JEUDI 2 JANVIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 1er, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 f.

Instruction indispensable sur le nouveau système des poids et mesures.

A compter du 1er janvier 1840, tout médecin est tenu, au nom de la loi, de n'écrire ses prescriptions pharmaceutiques qu'en se conformant au nouveau système métrique décimal. L'Académie de médecine ayant elle-même sanctionné l'adoption de ce système, aucun praticien ne saurait se dispenser de formuler d'après les nouveaux principes décimaux, dont la connaissance devient véritablement une nécessité. Cette connaissance est, du reste, extrêmement facile ; il suffit de retenir le petit tableau comparatif de M. Double, que l'Académie a adopté, et que nous allons reproduire.

POIDS anciens.	VALEUR EXACTE.
Livre.	1/2 kilogramme moins 1/3 d'once.
Once.	3 décagrammes plus 11 grains.
Gros.	4 grammes moins 3 grains.
Grain.	5 centigrammes, plus 1/17 de grain.

POIDS anciens.	VALEUR TRÈS RAPPROCHÉE.
Livre.	1/2 kilogramme, ou 500 grammes.
Once.	3 décagrammes, ou 30 grammes.
Gros.	4 grammes.
Grain.	5 centigrammes.

Une remarque importante, que nous croyons devoir ajouter, c'est que tout en adoptant le nouveau langage, chaque médecin ne devrait point omettre de placer à côté des signes décimaux les signes des anciens poids, entre parenthèse. Cela servirait, d'une part, à éviter les erreurs ; de l'autre, à prévenir l'oubli complet de l'ancien langage, et par conséquent l'intelligence des ouvrages anciens.

INTOXICATION ARSENICALE. — PROCÈS DE DIJON.

DÉBATS. — MM. RASPAIL ET ORFILA.

(*Audience du* 30 *mars.*)

M. LE PRÉSIDENT : Des doutes se sont élevés hier sur la nature des taches qui recouvrent cette assiette. M. Payen, l'un des experts de Dijon, a avancé que les taches d'antimoine obtenues par l'appareil de Marsh, pourraient simuler les taches arsenicales. En vertu de mon pouvoir discrétionnaire, et au nom de la Cour, j'ordonne qu'il soit procédé à l'analyse de ces taches par MM. les experts Orfila, Sené, Payen et Fleurot, et que M. Raspail assiste aux expériences.

M. Raspail est-il présrnt ?

MM. LES DÉFENSEURS : M. Raspail ne peut pas tarder d'arriver.

M. LE PRÉSIDENT : Procédons, en attendant, à l'audition des témoins.

(*M. Raspail est introduit.*)

M. LE PRÉSIDENT : La Cour a ordonné, Monsieur, sur un doute avancé hier par M. Payen, qu'il soit procédé à l'analyse des taches qui couvrent cette assiette, pour savoir en quoi les taches antimoniales sont dans le cas de se rapprocher des taches arsenicales. En votre qualité de conseil de la défense, je vous autorise, Monsieur, à assister à l'expérience.

M. RASPAIL : J'ai l'honneur de rappeler à la Cour, que, dans ma déposition, j'ai soigneusement évité de transporter exclusivement la question sur la nature des taches qui recouvrent cette assiette ; j'ai voulu faire à l'expertise de Paris la part la plus large, et lui accorder, sur sa parole, que ces taches ne pouvaient être que de l'arsenic, et ne provenaient que des expériences entreprises par ces messieurs, sur les débris de la putréfaction qu'on leur a expédiés de Dijon. Mais je me suis attaché à établir que ce fait matériel une fois admis, comme non susceptible d'être réfuté intelligiblement devant une Cour d'assises, M. Orfila avançait une hérésie déplorable, en en tirant la conséquence que ces taches ne pouvaient provenir que d'un empoisonnement. C'est pour cela que j'ai évité même de parler de l'analogie des taches antimoniales, fait du reste déjà publié dans les annales de la science depuis six mois seulement.

Après ces réserves prises contre toute fausse interprétation du système que j'ai soutenu hier dans cette enceinte, je me rends aux vœux de la Cour, pour aller remplir ma mission bien secondaire dans cette expérimentation ; mission de spectateur muet et inactif. Je demanderai seulement à la Cour le droit de faire à ces messieurs les observations qui me paraîtront propres à mettre l'expérimentation dans une meilleure voie, si elle s'écartait de la bonne, et celui d'exposer ensuite mes objections dans cette enceinte, quand ces messieurs auront achevé leur déposition.

M. LE PRÉSIDENT : La Cour vous donne acte de vos réserves, Monsieur, et vous accorde la double autorisation que vous demandez. MM. les experts, prêtez serment. M. Raspail n'étant qu'appelé seulement par la défense, n'est point admis à remplir cette formalité. Messieurs, vous avez trois heures pour procéder à ces expériences ; nous allons reprendre l'audition des témoins.

A midi MM. les experts sont admis à faire leur déposition, qui n'est que la répétition littérale et identique du rapport qu'ils avaient rédigé et signé en commun, après que M. Raspail se fut retiré, comme n'ayant pas mission d'expert assermenté, mais seulement celle de conseil de la défense.

La déposition de MM. les experts, Orfila, Devergie, Séné et Fleurot, a été en substance conçue en ces termes :

Nous avons cherché d'abord à obtenir par l'appareil de Marsh des taches arsenicales, en introduisant dans la fiole une faible quantité d'une dissolution aqueuse d'acide arsénieux. Ayant comparé ces taches avec celles de l'assiette qui sert de pièce au procès, nous en avons reconnu la ressemblance à l'aspect.

Nous avons obtenu ensuite, par le même appareil, des taches arsenicales ; celles-ci nous ont paru plus chargées en couleur, plus foncées, moins violacées. Nous avons procédé alors à l'analyse des unes et des autres. Nous avons, en chauffant, dégagé de l'odeur alliacée de l'assiette qui sert de pièce au procès. Ayant soumis à l'action de la flamme d'hydrogène les taches arsenicales et celles de l'assiette qui sert de pièce au procès d'un côté, puis les taches antimoniales de l'autre, nous avons reconnu que les premières et les secondes se volatilisaient, et que ces dernières disparaissaient, il est vrai, au feu d'oxidation, mais qu'elles noircissaient au feu de réduction, et qu'on pouvait ainsi les faire disparaître et reparaître alternativement. Au moyen de l'acide nitrique, les unes et les autres se sont dissoutes avec une espèce d'effervescence ; par évaporation, il est resté un résidu jaunâtre que le nitrate d'argent a coloré *en rouge de brique* pour les taches présumées arsenicales, et *en noir* pour les taches antimoniales. D'où nous avons conclu que les taches de cette assiette ne sauraient être confondues avec les taches provenant de l'hydrogène antimonié obtenues à l'aide de l'appareil de Marsh, et que les taches de la pièce au procès sont réellement des taches arsenicales.

M. PAYEN : J'ai exprimé hier des doutes sur la nature des taches qui recouvrent cette assiette, et j'avais avancé qu'il était possible d'en obtenir de semblables avec de l'hydrogène antimonié. C'est sur mon observation que la Cour a ordonné le supplément d'expertise. J'avoue, ainsi que ces Messieurs, que, malgré leur frappante analogie, ainsi que MM. les jurés pourront en juger par leurs propres yeux (*M. Payen soumet comparativement, sous les yeux du jury, la soucoupe de taches antimoniales et celle des taches arsenicales*), cependant ces deux sortes de taches se comportent diversement aux réactifs. Nous avons, en effet, entre autres choses, constaté le dégagement d'odeur alliacée de l'assiette qui sert de pièce au procès.

Cependant j'ai pris, au bas du rapport, toutes mes réserves contre les résultats de cette expertise, en me fondant surtout sur l'opinion exprimée ici par M. Raspail, qu'il est dans la nature plus d'une substance capable de donner, par l'apareil de Marsh, des taches qui se comporteraient, avec les réactifs ci-dessus désigné, comme font les taches arsenicales.

M. L'AVOCAT GÉNÉRAL : Enfin, il est avéré que l'on a constaté l'odeur alliacée sur les taches de l'assiette qui sert de pièce au procès !

MM. LES DÉFENSEURS CHOPPART ET MONGET : Nous prions M. le président de demander à M. Payen ce qu'il pense de la valeur du caractère auquel M. l'avocat-général paraît attacher en ce moment une grande importance.

M. PAYEN : L'odeur alliacée est un caractère de la vaporisation de l'arsenic.

MM. LES DÉFENSEURS : Mais le phosphore ?....

M. PAYEN : Cela est vrai ; le phosphore donne aussi cette odeur.

M. RASPAIL (appelé à déposer devant la Cour), s'exprime en ces termes : Le point scientifique qui vous est soumis, n'est qu'un de ces mille doutes que le rapport des experts de Paris a fait naître dans tout esprit non prévenu. Je ne me suis pas plus attaché à soulever cette difficulté que les mille autres de ce genre. Trois mois ne nous suffiraient pas pour les élucider toutes ; que pensez-vous que nous ayons pu faire dans l'espace de trois heures ? Trois heures, dont une bonne moitié a été perdue en préparatifs, et en confection d'appareils ou autres pertes de temps d'un tout autre genre. Cependant, il est, dans cette expertise, une circonstance qui vous permettra d'apprécier par vous-mêmes, MM. les jurés, combien il faut peu de chose à la science, pour changer d'avis coup sur coup, lorsqu'elle procède en chimie légale. Ces Messieurs ont cherché tout d'abord à obtenir des taches antimoniales, en plaçant dans l'appareil de Marsh de l'antimoine pur d'arsenic, enflammant le gaz hydrogène antimonié, et recueillant les produits de la flamme sur une assiette de porcelaine. Ces taches nombreuses étaient noires et fuligineuses exactement comme des taches de *noir à fumée*. Chacun de ces Messieurs s'est récrié sur l'énorme différence qui existait, à l'aspect seulement, entre ces taches antimoniales que venait d'obtenir M. Devergie, et les taches arsenicales que, d'un autre appareil, dans lequel on avait déposé de l'acide arsénieux, venait d'obtenir M. Orfila. Si le rapport de MM. les experts avait été rédigé sans plus ample information, voici ce que vous y auriez lu (je vous rends, mot pour mot, la phrase convenue verbalement entre ces Messieurs), pour exprimer le caractère distinctif des taches antimoniales et des taches arsenicales, sous le rapport de l'aspect : *les taches arsenicales sont violacées, brillantes et d'un reflet métallique ; les taches antimoniales au contraire sont noires, d'un noir mat et fuligineux et sans le moindre reflet métallique.*

Mais ayant profité d'nn instant où ces Messieurs avaient abandonné l'appareil de l'antimoine, et, profitant de l'autorisation de M. le président, j'ai pris la liberté d'obtenir, sur une soucoupe fort propre, des taches antimoniales, d'après un tout autre procédé, et j'ai produit des taches d'un aspect différent des premières, petites à la vérité, car il n'y avait presque plus d'antimoine dans l'appareil, mais violacées, brillantes, et offrant çà et là un aspect aussi métallique que les taches arsenicales ; il a fallu alors modifier la formule des caractères distinctifs. M. Orfila a dit : *Ces taches sont trop petites, et puis vous ne les enlèverez pas, avec le doigt, aussi facilement que les taches d'arsenic.* A ces mots, M. Payen n'a eu qu'à passer le doigt sur un certain nombre de ces taches antimoniales pour les faire disparaître sans qu'il en restât de traces. On a dit : *Mais leur reflet métallique ne se présente pas sur toutes*, et *il est bien circonscrit.* Alors M. Payen a pris une nouvelle soucoupe, sur laquelle, et à l'aide des procédés que je lui ai indiqués, il a obtenu (vu que l'antimoine de l'appareil avait été renouvelé) des taches beaucoup plus larges que les miennes et d'un plus beau reflet métallique ; elles étaient seulement encore un peu moins violacées que celles d'arsenic.

Je m'en vais, Messieurs, placer sons vos yeux les résultats de cette série, fort incomplète du reste, d'expériences chimiques :

(Ici, M. Raspail étale sur le petit bureau toutes les soucoupes qu'il peut trouver dans la caisse apportée à l'audience, et paraît chercher avec anxiété celle dont il vient de parler.)

Voilà bien les soucoupes nombreuses couvertes de taches arsenicales ; voilà la soucoupe des taches antimoniales obtenues par M. Payen. (M. Raspail la présente à M. Payen qui la reconnaît.) Mais je cherche envain la soucoupe des taches antimoniales obtenues en premier lieu par M. Devergie, et puis la mienne. Je m'étonne d'une pareille soustraction ! (Personne ne répond parmi MM. les experts.) Je me trouve ainsi, MM. les jurés, malgré moi, et par un fait qui m'est étranger, dans l'impossibilité d'établir sous vos yeux une progression, en vertu de laquelle il vous eût été facile de prévoir qu'avec un peu plus de temps, une habitude plus exercée, et en variant davantage les procédés du coup de main et les proportions des substances employées, nous aurions pu arriver à produire des taches antimoniales absolument identiques, sous le rapport de l'aspect, avec les taches arsenicales. Car, par suite de quatre essais senlement vous auriez eu sous les yeux :

1° Des taches antimoniales noires et fuligineuses ; 2° des taches antimoniales petites, violacées, mais sans reflet métallique ; 3° des taches plus grandes violacées et avec un petit reflet métallique ; 4° des taches beaucoup plus larges et à large reflet métallique.

Vous auriez eu ainsi quatre changemens de définitions, en quatre expériences consécutives.

Jugez de ce qui pourra arriver, quand le hasard se chargera du soin de modifier l'expérience, de varier les doses du mélange, les proportions respectives de l'antimoine et de ses combinaisons, à l'insu du chimiste ? Car l'expertise légale n'a jamais à opérer, comme nous venons de le faire, sur des substances pures et parfaitement bien isolées. En effet, nous avons pris de l'antimoine pur, et nous l'avons introduit dans un appareil dont nous connaissions bien toutes les substances. Mais si jamais un liquide de cadavre renfermait de l'antimoine, l'expérience que nous venons de faire ne représenterait nullement d'avance les résultats qu'on devrait s'attendre à obtenir. Et ici rien n'a été étudié sous ce rapport ; je puis vous énumérer des milliers de combinaisons sur le produit desquelles nous n'avons aucune donnée. Si vous me permettiez de poser à M. Orfila une trentaine de questions seulement, sur ce qui pourrait arriver, dans le cas où je lui soumettrais une trentaine de mélanges, à chaque question je ne crains pas d'être démenti ; il me répondrait : *qu'il ne sait pas ce qui arriverait alors, quelle en serait la réaction.* Cet aveu seul réduit au néant tout ce que nous venons de faire ; quant à la disparition des deux soucoupes, je laisse à MM. les jurés le soin d'apprécier la valeur de cette circonstance. Je n'insisterai pas à cet égard.

On a essayé ensuite les taches arsenicales et antimoniales par l'acide nitrique ; les unes, d'après l'annonce de M. Orfila, devaient, par l'évaporation de l'acide, laisser un résidu jaune, et les autres un résidu incolore. Or, il s'est trouvé que toutes les deux ont laissé un résidu également jaune ; mais nous avons passé sans peine sur ce désappointement.

Par le nitrate d'argent le résidu des taches antimoniales a *noirci*, et celui des taches arsenicales a *rougi.* Mais ici je dois faire observer à MM. les jurés, que la goutte de nitrate d'argent n'a été placée que sur l'extrême limite du résidu des taches arsenicales ; j'ai vainement demandé personnellement à M. Orfila, qu'il la plaçât sur le fond de la capsule, où le nitrate d'argent aurait infailliblement produit un précipité noir, comme sur les taches antimoniales. J'ai cru pouvoir attribuer le refus de M. Orfila, à ce qu'il a dit à M. Sené que l'acide nitrique de la Faculté était impur, était un *acide jaune.*

On a procédé ensuite au dégagement d'odeur des taches de l'assiette qui sert de pièce au procès. M. Devergie procédait à l'expérience. Deux fois on m'a invité à flairer l'odeur, deux fois j'ai dit ne percevoir aucune odeur caractéristique. Un de ces messieurs, qui m'a succédé, a dit, ainsi que moi, qu'il ne percevait rien de bien distinct. On a chauffé davantage ; ces messieurs ont déclaré percevoir l'odeur alliacée, j'ai perçu une odeur métallique qu'à la rigueur j'aurais eu de la peine à bien caractériser si je n'avais pas eu présente à l'esprit l'odeur alliacée. Cependant, j'ai déclaré, pour ne pas trop contrarier ces messieurs, que je percevais une odeur alliacée.

Ici M. l'avocat-général paraît avoir attaché une grande importance à la constatation de ce caractère ; je lui en demande pardon, mais ce caractère, à lui seul, ne signifie plus depuis long-temps ce qu'il avait tant et si hautement signifié d'abord. Qui oserait soutenir ici que l'odeur alliacée est le caractère spécial de l'arsenic ? Je lui répondrais par la volatilisation du phosphore et des phosphates des produits de la digestion, de l'acide sulfureux mêlé à certaines substances organiques, par la volatilisation de l'antimoine à l'état de certains mélanges ; enfin il me suffirait ici de vous dégager cette odeur d'une simple lame de couteau, après avoir eu soin de m'en servir pour couper une pomme ordinaire.

Il arriva un jour que deux chimistes de la capitale ayant été appelés par l'instruction pour reconnaître si un liquide recueilli sur un cadavre renfermait de l'arsenic ; et ayant reconnu à l'odorat un dégagement alliacé, prononcèrent que le liquide était mélangé à des combinaisons arsenicales. Il fut démontré plus tard pourtant que ce liquide ne renfermait pas un atome d'arsenic !!!

L'un de ces chimistes n'était autre que Vauquelin. Son collègue, qui, dans son ouvrage (1), en a fait amende honorable, et a admis définitivement en principe que l'odeur alliacée n'était pas un caractère de l'existence de l'arsenic; ce second chimiste n'était autre que M. Orfila. J'attends que M. Orfila me démente !!!

(M. Orfila et M. l'avocat-général gardent le silence.)

Une tache n'est donc pas reconnue arsenicale par cela seul qu'en se volatilisant elle dégage de l'odeur d'arsenic.

Il reste à m'expliquer sur la différence qu'offrent entr'elles les taches antimoniales et les taches arsenicales, quand on les soumet les unes et les autres à l'action de la flamme d'hydrogène. La tache arsenicale se volatilise, la tache antimoniale noircit au feu de réduction. Observez qu'ici nous avons opéré sur de l'antimoine pur. Mais qu'arriverait-il si, au lieu de parvenir pur et isolé sur l'assiette de porcelaine, l'antimoine s'y étendait en taches, au moyen d'un mélange d'huile essentielle, ou d'un corps métallique, métalloïde volatil, d'iode, par exemple, etc. ? Personne ne le sait ici ; l'expérience n'a pas encore été faite sous ce rapport. Que signifie donc ce caractère qui, dans l'état de la cause, est le seul que l'on puisse invoquer sur ce fait isolé, et qui est sans connexité aucune avec le procès qui nous occupe ? Qui ne connaît la puissance qu'ont les substances volatiles de communiquer leur propriété de volatilisation, à l'aide de mélanges, aux substances les plus fixes? Un savant instruit, capable et consciencieux, se garderait bien de rire de cette hypothèse, car elle est une loi. Lorsqu'il est admis que le titane, qui est le plus fixe et un des plus infusibles métaux, se retrouve si souvent dans les cheminées de nos hauts fourneaux, fondu et cristallisé, après avoir été transporté si loin par l'action des mélanges soumis à une température élevée, de quel droit se récrierait-on contre cette idée, que l'antimoine de ces taches pourrait acquérir la puissance de se volatiliser, s'il était étalé sur la surface de porcelaine, mélangé en faible proportion à une huile essentielle empyreumatique ou à une autre substance, soit organique, soit inorganique?

Permettez-moi, Messieurs, enfin, de vous soumettre une nouvelle observation que tout le monde est en état de comprendre.

Nous venons de consacrer trois heures pour étudier les différences et les ressemblances qu'offrent entre elles les taches arsenicales et les taches antimoniales ; et, comme vous le voyez, nous n'avons pas obtenu des résultats bien satisfaisans.

Mais il n'y a pas que l'antimoine qui, par l'appareil de Marsh, puisse donner de pareilles taches ! Et les chlorures, et les iodures et hydriodates, et les bromures, et les bromates, et les phosphures et phosphates, etc., etc., et enfin toutes les combinaisons susceptibles de se volatiliser en totalité ou en partie ! Allons nous redemander encore trois heures pour examiner leurs taches, comparativement avec les taches arsenicales ? L'expertise va-t-elle vous prier de lui accorder un sursis pour ses études nouvelles? Va-t-elle vous dire : *Avant de témoigner de nouveau devant vous, attendez que je m'instruise et que je fasse de nouvelles études.*

Oh ! alors, Messieurs, accordez-lui sa demande ; une bonne fois pour toutes renvoyez-la à l'école, et jugez le fait incriminé sans elle et sans nous.

Savez-vous ce que nous venons de produire de plus réel devant vous ? C'est une petite représentation théâtrale ; mais, en mon âme et conscience, je le déclare, et je ne crains pas d'être démenti, ce n'est pas là de la chimie ! *(Chacun garde le silence au banc de MM. les experts.)*

(« Après ce rapport officiel, et en vertu de sa double mission, » M. Raspail était tenu envers MM. les défenseurs à un rapport » confidentiel, pour leur servir, en tant que de besoin, comme » moyen de réfutation et de défense. Afin de compléter la décla- » ration de M. Raspail, et de donner le mot de l'énigme de quel- » ques réticences que lui imposait, dans cette solennité, le senti- » ment des convenances, nous ne saurions nous dispenser de la » publier ici telle que M. Raspail nous l'a transmise lui-même.»)

« Réunis dans le laboratoire de la Faculté des sciences, à l'Académie de cette ville, MM. Orfila, Devergie, Séné, Payen, Fleurot et moi, puis une personne étrangère qui a assisté à la plupart des expériences, nous nous sommes occupés à dresser des appareils de Marsh. Il a fallu couder et effiler des verres ; la lampe à émailleur n'était pas en état, l'huile épaissie en bouillie témoignait qu'on ne l'avait pas renouvelée depuis long-temps. On en a ajouté une nouvelle dose qui, nécessairement, au lieu d'améliorer l'ancienne, est venue perdre ses propriétés en se mélangeant avec celle-ci. On a eu beau souffler, la flamme la plus long-temps prolongée n'a fait que couvrir le verre d'une suie qui le protégeait contre l'action du feu. On s'est décidé à couder les tubes au moyen d'un brasier ardent, et à les effiler de même. L'impatience gagnait tout le monde, et le sentiment de la faim n'était pas tout-à-fait étranger à ces accès d'impatience. Enfin les appareils de Marsh ayant été confectionnés, par M. Orfila d'un côté, et M. Payen de l'autre, j'ai demandé à MM. les experts de Dijon si c'était bien là l'appareil dont ils ont fait usage dans leur rapport d'expertise du 2 février ; ils m'ont répondu affirmativement. Cet appareil était donc exactement construit comme celui dont s'étaient servi MM. les experts de Paris. Donc ces Messieurs de Dijon auraient dû obtenir des taches arsenicales du cadavre de Nicolas Mercier au 2 février, comme ces Messieurs de Paris assurent en avoir obtenu le 17 juin suivant, si le cadavre de Nicolas Mercier avait contenu de l'arsenic au 2 février. Ils n'en ont pas obtenu même des traces en opérant sur le même ordre de tissus, par les mêmes procédés, et avec le même appareil que MM. les experts de Paris ; donc Nicolas Mercier n'est pas mort empoisonné.

» Nous avons été, vous le concevrez facilement, un peu moins solennels que dans cette audience ; et l'assentiment donné aux expérimentations et aux conclusions de M. Orfila, m'a paru, en tous les cas, trop spontané et trop prompt à se faire jour pour qu'il fût l'expression d'un vote entièrement exempt d'un peu de faveur et de déférence. Je regrette que l'instruction judiciaire n'ait pas encore aperçu que toutes les règles de l'égalité devant la loi se trouvent compromises toutes les fois qu'on associe dans la même expertise un doyen de la Faculté de Paris, membre du conseil royal de l'université royale, avec des professeurs d'écoles secondaires de province, et dépendans du conseil royal.

» Ce revirement si subit et si imprévu, dont vous venez d'être témoins, de la part de deux et même trois expertises rivales, cette déférence de l'expertise froissée envers l'expertise qui depuis six mois l'avait foulée aux pieds, cette petite scène de physique amusante arrangée tout exprès pour MM. les jurés, tout cela se représente si souvent à Paris, qu'on ne saurait en ignorer le secret qu'en province. Malheureusement ce secret est celui de la comédie, que l'on ne connaîtra bien à Dijon qu'après le dénouement ; je désire qu'il ne soit pas funeste à la cause de la vérité et de la justice, je compte beaucoup en cela sur le savoir vivre et le coup d'œil exercé de MM. les jurés.

» Je n'avais pas voix au chapitre, au milieu de ces messieurs, ainsi que vous avez pu vous en apercevoir par la teneur de ma déposition publique ; je n'y étais pas même toujours invoqué comme témoin, et encore moins quand une expérience se trouvait désappointée. Il fallait voir avec quelle réserve heureuse et polie M. le doyen signalait des yeux son insuccès à ses collègues ! *M. Sené*, disait M. Orfila, en s'adressant à son ancien préparateur : « Votre acide nitrique est impur, c'est ce que j'appelle de l'acide » nitrique jaune. Lisez à cet égard la brochure dont je vous ai en- » voyé un exemplaire ; vous y verrez que j'ai découvert *une sub-* » *stance jaune* dans l'acide nitrique du commerce, substance » jaune qui a beaucoup étonné M. Soubeiran et les autres chimistes » à qui je l'ai présentée, et c'est ce corps qui altère souvent les » réactions caractéristiques de l'arsenic, spécialement celle par » l'acide nitrique. »

A ces mots de M. Orfila, j'ai prêté une attention plus sérieuse qu'auparavant. Une *substance jaune* nouvelle et découverte par M. Orfila ! Un acide nitrique qui prend la qualification chimique *d'acide nitrique jaune*, je ne connais que le gaz nitreux qui lui donne quelquefois cette couleur. Je n'avais pas la permission d'en demander davantage, et ne possédais nullement le droit d'interpellation. Au sortir de la séance, j'ai eu hâte d'avoir recours à la brochure inédite de M. Orfila, à l'exemplaire que M. Orfila a adressé, de sa propre main, à Me Monget, et qu'il paraît avoir adressée à plusieurs autres personnes. Effectivement j'ai trouvé, à la fin du livre, une note terminale, qui parle d'un ACIDE NITRIQUE JAUNE, D'UNE SUBSTANCE JAUNE non décrite que renfermerait l'acide nitrique du commerce.

Je m'attendais à voir M. Orfila nous donner le poids atomique de cette substance, l'histoire de ses caractères essentiels, la proportion dans laquelle on la trouve dans l'acide nitrique, enfin au moins un commencement de prise de possession de cette nouvelle voie ouverte aux recherches des chimistes. La chimie légale n'est pas tenue à tant de précision.

Alors, laissant là le livre, et n'ayant recours qu'à mes souvenirs, je suis resté convaincu que la *substance jaune* signalée par M. Orfila dans l'acide nitrique du commerce, ne pouvait être, sans parler des substances organiques qu'il peut contenir, que du soufre et des sulfures dont les chimistes ont déja signalé la présence dans ce réactif. C'est ce soufre, soit isolé, soit combiné, qui, en s'unissant à l'arsenic et à l'antimoine, produit un sulfure jaune et peut quelquefois, par le nitrate d'argent, imprimer à un résidu d'arsenic la coloration que le nitrate d'argent détermine sur le résidu d'antimoine. Voilà pourquoi je demandais que la goutte de nitrate d'argent fût déposée sur le fond et non sur les bords de la capsule ; dans ce cas, et, grâces à la *substance jaune* laissée par l'acide nitrique dans la capsule arsenicale, au lieu du *rouge brique*, nous aurions obtenu un *rouge noir*. Jugez par là à quoi tiennent les oracles de la chimie légale ! Innocence, si l'on interroge le fond d'une capsule ; culpabilité, si l'on ne dépasse pas les bords ! La vie et la mort des accusés séparées par un abîme de deux lignes de profondeur ! Que Dieu préserve l'innocence de ces tours de force de la chimie légale !

Après l'audition des témoins, M. l'avocat-général, prêtant le secours de son élocution simple et facile au système de M. Orfila, dont le rapport a été traité par lui comme le travail *le plus savant* qui ait jamais été publié sur la matière, a soutenu que la certitude d'un empoisonnement ne saurait être révoquée en doute, dans cette circonstance, que par les hommes qui, ainsi qu'un ancien philosophe, doutent de tout, même de leur existence.

Mais, telle est la puissance contagieuse du doute ! on s'est aperçu généralement qu'à force de défendre ce système d'expertise, et de vouloir réfuter les objections, M. l'avocat-général avait perdu un peu du ton affirmatif de son premier réquisitoire, et se laissait aller à son tour au *doute* un peu plus que ne le comportent les habitudes du ministère public. Il a fini même par se désister presque de son accusation à l'égard de la femme Mercier, née Chambellan.

La défense de Mercier père a été présentée par Me Choppart avec un talent d'analyse, et une connaissance technique de son sujet, qui ont fixé constamment sur lui l'attention de son nombreux auditoire.

Me Monget, avocat de la femme Mercier, déjà sûr d'avance d'un acquittement, s'est attaché, avec un rare bonheur d'expression, non à justifier son infortunée cliente, mais à la réhabiliter dans le cœur de ses nombreux compatriotes épars dans l'auditoire, et qui s'apprêtaient à lui rendre leur estime, en même temps que l'arrêt lui rendrait la liberté après dix mois d'arrestation et de captivité.

M. le Président a résumé les débats avec l'impartialité dont il avait fait preuve dans tout le cours de ces audiences si palpitantes d'intérêt.

L'immense majorité de l'auditoire, nous ne craignons pas d'être démentis, s'attendait à un acquittement des deux accusés.

La déclaration du jury a été négative à l'égard de la femme Mercier, dont la liberté a été immédiatement ordonnée ; et affirmative, *mais avec des circonstances atténuantes*, à l'égard de Mercier, qui a été condamné aux travaux forcés à perpétuité, avec exposition.

Il paraît constant, par les révélations des journaux de Dijon, que la question chimique a été tout-à-fait écartée ; qu'en conséquence la déclaration de M. Orfila a été considérée comme dénuée de preuves et de la valeur qu'il lui avait attachée pendant six mois dans les journaux. MM. les jurés n'ont eu égard qu'à quelques malheureuses contradictions de l'accusé. Mais cependant il faut qu'un doute, difficile à dissiper, ait pesé sur leur vote ; car autrement, et s'ils avaient eu la certitude complète d'un empoisonnement, ils n'auraient pas admis le bénéfice réparateur des circonstances atténuantes, et même ils n'auraient peut-être pas acquitté la femme Mercier. Car cet empoisonnement, dans l'hypothèse de l'accusation, aurait été trop longuement prémédité, trop froidement conçu, et opéré avec trop de persévérance, pour que le principal accusé n'eût pas pour complice sa femme, et qu'il pût échapper à la peine de mort.

On dit que la déclaration du jury, à l'égard de Mercier, a été rendue à la majorité de huit voix contre quatre.

(Fin de la déposition de M. Raspail.)

(1) Traité de Médecine légale, dernière édition, t. III, p. 143 et 144, en note.

Société médicale d'Emulatio

Présidence de M. MOJON.

La Société a consacré ses deux dernières séances au renou lement des membres du bureau et à la modification de plu articles de son règlement. Elle a arrêté, d'après le travail q a été présenté par l'un de ses membres, M. La Corbière, q rénavant les jetons de présence seraient d'une valeur égale à de l'Académie de médecine. La Société continuera à se r chaque premier mercredi du mois, à sept heures du soir, da local même où l'ont constituée ses célèbres fondateurs, les chat, les Alibert, les Corvisart, les Pinel, les Dupuytren, les cherand, les Husson, etc. (dans les salons de l'Ecole de Médeci Les séances seront publiques. Pour se conformer à l'un des arti de son règlement, la Société a arrêté en outre :

1° Qu'aucun nouveau membre ne pourrait être élu sans qu candidat ait lu en séance un travail et adressé une demande écrit qui seraient jugés favorablement par une commission no mée *ad hoc*.

2° Que le nombre des membres résidans serait élevé jusq cent.

3° Que le nombre des membres correspondans serait indéf Leur élection aurait lieu sur un rapport d'une commission aurait jugé favorablement la demande et les titres que le candi aurait adressés à la Société. Les lettres, les mémoires et les vrages manuscrits ou imprimés que les auteurs désireraient fa parvenir à la Société, doivent être envoyés (franco) à l'une adresses suivantes :

M. Nonat, secrétaire-général, rue de Seine-Saint-Germai n. 68;

M. Adorne, trésorier, rue du Four-Saint-Germain, 27 ;

M. Gillette, secrétaire particulier, rue Sainte-Marguerite-Sai Germain, 30 ;

M. Rognetta, secrétaire particulier, rue Taranne, 21.

La Société a arrêté que les séances seraient publiques, et qu' compte-rendu par mois serait inséré dans la *Gazette des Hô taux* sur les lectures et les discussions les plus intéressantes.

Séance du 6 novembre. — *Hydropisie de l'ovaire. Ponction le vagin.*

M. *Nonat* communique l'observation suivante :

Une jeune femme est entrée à l'Hôtel-Dieu pour être trai d'une tumeur hypogastrique. A l'examen on a reconnu un ky de l'ovaire saillant et fluctuant du côté du vagin. M. Nonat e fait la ponction de ce côté à l'aide d'un trois quarts. Aucun ac dent n'a suivi cette opération.

Six semaines après la tumeur s'est reproduite ; on pratique u seconde ponction par le vagin : la tumeur a paru, cette fois, lobée. Quelque temps après le mal s'est reproduit de nouvea On pratique une troisième ponction en enfonçant le trois-qua par l'hypogastre. Des accidens graves de péritonite se sont déc rés. On les a heureusement conjurés, mais la tumeur s'est rep duite encore.

M. Nonat se livre à des considérations pratiques sur ce fait, conclut en accordant une grande supériorité à la paracent vaginale comparativement à la paracentèse hypogastrique dans traitement de ces sortes de tumeurs.

—M. *Caffe* rapporte un autre fait plus remarquable encore. U femme de grande taille portait depuis long-temps une hydropi ovarique très volumineuse, qu'on avait caractérisée pour une h dropisie ascite. M. Caffe ayant été consulté, a cru également av affaire à une collection péritonéale. Le volume du ventre ét énorme, la dyspnée très grande, la maigreur générale extrêm il a pratiqué une ponction à gauche avec un gros trois-quart Le liquide était gélatiniforme et s'est fortement coagulé par l'a tion de la chaleur. La canule a laissé passer après le liquide u masse énorme de très longs cheveux. L'instrument a été laissé place. Le lendemain il ne laissait plus écouler de liquide. M. Ca l'a retiré et mis la malade à un régime alimentaire substanti Elle guérit radicalement. M. Caffe fait quelques observations s la circonstance remarquable des longs poils, qu'il regarde comn un produit accidentel et indépendant d'une conception fœtale.

M. Giraldès se livre à des considérations intéressantes s l'anatamie pathologique des kystes abdominaux ; il fait observ qu'une des causes les plus fréquentes de la difficulté de le oblitératiou, c'est l'ossification parcellaire ou ou la dégénére cence calcaire de leurs parois.

M. Bricheteau rappelle quelques cas remarquables d'hydrop pisie qu'il a guérie à l'aide de la compression et dont les détai se trouvent déjà publiés.

Vertus thérapeutiques de l'ail.

M. Rognetta donne lecture de la note suivante :

L'ail est une plante originaire de la Sicile et cultivée aujou d'hui en plein champ, surtout dans les provinces méridionale Ses bulbes sont douées d'une odeur caractéristique qu'on appell alliacée et d'un goût âcre et chaud que tout le monde connaît.

Cette odeur et cette saveur tiennent à une huile volatile, la quelle passe aisément dans le sang et communique son odeur à plupart des sécrétions, surtout à l'haleine et à la sueur. On a v la même odeur transpirer par la surface des plaies ou des cauté res quatre heures après l'ingestion de l'ail (Hallé et Nysten Voici comment M. Berzélius s'exprime sur le principe actif d ce végétal.

« L'huile de l'ail, extraite de la tige et de la bulbe de cett plante est très volatile, passe avec les premières portions d'eau et tombe ensuite au fond de celle-ci. Sa couleur est jaune, so odeur pénétrante, sa saveur forte et âcre. Appliquée sur la peau elle produit une douleur violente ; elle brûle en donnant beau coup de suie et répandant une odeur d'acide sulfureux..... ; ell est très soluble dans l'alcool, etc. » (Chim., t. V, p. 425.)

Il est d'expérience que, par l'ébullition, le principe odorant d l'ail se dissipe complètement, et ce qui reste n'a absolument au cun goût ni l'odeur propre de l'ail. Ce qui reste alors dans l bulbe se compose tout simplement d'albumine, de soufre, d'un matière sucrée et d'un peu de fécule. (Cadet.)

On peut obtenir le principe actif de l'ail non seulement par l distillation, mais encore par la simple infusion aqueuse ; o bien par l'infusion alcoolique, ou bien encore par la macératio dans du vinaigre. Personne n'ignore que c'est ainsi que nos cuisiniers donnent au vinaigre l'odeur alliacée qu'on emploie pou la salade.

Comme aliment, l'ail offre donc deux élémens à considérer

...renchyme qui constitue une matière alimentaire, et son ...e alliacé qui lui sert d'assaisonnement. Nous manquons ...vations directes sur la véritable action de l'ail dans l'or...ne bien portant. On croit que c'est un excitant parce qu'il ...e sur la langue et sur la muqueuse en général ; mais une ...re réflexion fera de suite comprendre que c'est là un effet ...mique dépendant du contact immédiat de l'huile alliacée et ...ne décide rien sur la véritable action dynamique de ce vé... Cette action dépend de l'impression du principe en ques... sur l'organisme entier, après être passé dans le torrent de ...culation. Or, qu'observons-nous chez les campagnards, ... exemple, qui font habituellement un grand usage de l'ail ... leurs alimens grossiers ? Rien ; si ce n'est que l'ail facilite ... digestions ; mais on ne peut dire pour cela qu'il soit exci...; car le vinaigre, qu'on met dans la salade, et qui est certes ...n d'être excitant, facilite également les digestions.

On n'ignore point qu'en Espagne et dans la Provence la plu...rt des mets contiennent de l'ail et que cet assaisonnement en ...cilite la digestion, sans pouvoir dire pourtant que ce soit là un ...ffet d'excitation. Un fait qui dément formellement la présomp...ion de l'action excitante de l'ail, c'est que les buveurs prévien...ent l'ivresse en faisant infuser qnelques gousses d'ail dans le vin qu'ils boivent, ou bien en mangeant de l'ail sur du pain. (Mérat et Delens, *Dict. univ. de Mat. méd.*, t. I.)

Autrefois, l'ail était employé en médecine et comme remède ...ynamique et comme moyen mécanique. Hippocrate en fait men...n, et il attribue à l'ail la propriété de provoquer certaines sé...rétions, telles que la transpiration, les urines, les garderobes ; ...orestus a vu l'usage répété de l'infusion d'ail guérir l'hydropisie ...scite, en déterminant d'abondantes sécrétions d'urine ; Syden...am et Cullen ont confirmé ce fait important par la guérison de ...lusieurs sujets hydropiques.

Si ces faits sont exacts, nous aurions déjà des données assez probantes pour établir que l'action constitutionnelle de l'ail est asthénique ou antiphlogistique comme celle de la scille et de la saignée.

Il serait cependant à désirer que des expériences nouvelles fussent faites sur ce sujet, pour confirmer ou infirmer les propriétés dynamiques que nous croyons reconnaître dans le princi...pe actif de l'ail. Cette détermination ne serait pas sans impor...ance pour la médecine des pauvres et des campagnes, qui pourraient en profiter dans une foule de maladies qui réclament la médication antiphlogistique.

Comme remède dynamique, l'ail peut être employé sous plusieurs formes ; la plus simple est l'infusion aqueuse édulcorée d'un sirop quelconque. On peut également se servir de l'infusion dans du lait, ainsi qu'on le fait déjà chez les enfans atteints d'helminthiase. Il va sans dire que, dans l'un comme dans l'autre cas, la bulbe de l'ail doit être écrasée. L'infusion dans du vinaigre forme un acide alliacé qui pourrait également être prescrit par gouttes dans de l'eau, ou bien réduit en pilules avec une poudre inerte. Pour empêcher l'évaporation du principe alliacé, il faudrait, dans ce cas, faire couvrir chaque pilule d'une couche de gomme et l'argenter ensuite. L'huile d'ail obtenue par la distillation pourrait être plus facilement réduite en pilules. Le vinaigre alliacé et l'huile d'ail seraient aussi applicables, d'après la méthode endermique, surtout chez les enfans.

Comme moyen mécanique, l'ail pilé a quelquefois servi comme épispastique. On l'écrase et on l'applique sous forme de cataplasme ; son simple contact pendant quelques heures suffit pour rubéfier, et même ulcérer la peau.

Sous cette forme, il est ordinairement appliqué à la région ombilicale chez des enfans atteints de vers. Il ne faut pas oublier, cependant, que le principe actif de l'ail pénètre promptement dans les tissus et passe dans la grande circulation, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la fétidité de l'haleine. J'ai vu employer l'ail en substance contre l'ophthalmie catarrhale chronique avec avantage. On touche momentanément la conjonctive avec un petit quartier d'ail, la muqueuse blanchit comme quand on la touche avec la pierre infernale.

Conclusions. 1° Nous appelons l'attention des praticiens sur un agent thérapeutique que nos ancêtres employaient, et qu'on a complètement oublié de nos jours. Nous croyons que l'usage de cette substance peut rendre des services réels à la médecine des pauvres et des campagnes.

2° L'action locale ou physico-chimique de l'ail est incontestablement irritante ; mais elle ne doit point être confondue avec l'action dynamique qui dépend de l'absorption de l'huile volatile que sa substance renferme, et qui peut être de nature opposée.

3° L'action dynamique ou constitutionnelle de l'ail paraît analogue à celle de la scille, et peut être vraisemblablement employée comme remède antiphlogistique dans une foule de maladies.

4° Enfin, il est très probable que, donné à haute dose, l'ail agit comme *poison froid* ou asthénique, et que ses effets réclament l'usage des remèdes stimulans ; mais la science manquant de faits à ce sujet, nous ne pouvons qu'émettre le vœu que des expériences soient faites sur des animaux.

Une discussion s'engage à l'occasion de cette lecture.

M. Bourjot ; J'avoue que, pour mon compte, j'aurais de la peine à souscrire aux propriétés asthénisantes que notre confrère croit reconnaître dans l'ail ; tout nous indique au contraire que cette plante est éminemment excitante. Je ne citerai qu'un seul exemple à l'appui de mon opinion. On sait que les écoliers qui veulent se donner la fièvre y parviennent en s'introduisant dans ... rectum un quartier d'ail. Or, une substance qui donne la fiè... , qui excite en un mot, peut-elle être regardée comme asthé...ante ? D'un autre côté, je dois déclarer que je ne comprends ...s trop la différence de la double action des remèdes que notre confrère voudrait introduire.

M. Rognetta : L'objection que M. Bourjot vient de m'adresser s'était présentée à mon esprit, car le fait qu'il a cité se trouve consigné dans plusieurs livres. Non seulement les écoliers, mais les conscrits, les prisonniers, etc., ont souvent eu recours à cette ruse pour se donner la fièvre ; mais qu'est-ce que cela prouve ? L'ail qu'on introduit dans le rectum irrite mécaniquement, cautérise la muqueuse par son contact immédiat, et provoque une réaction ainsi que le feraient tant d'autres corps. Mettez dans le même organe un morceau de pierre infernale, par exemple, vous aurez les mêmes symptômes réactionnels, et pourtant rien n'est mieux prouvé que l'action antiphlogistique du nitrate d'argent. La pâte arsenicale, la cantharide, le deuto-chlorure de mercure, appliqués sur le derme, irritent, enflamment les tissus. Résorbés, cependant, et passés dans le sang, ils déterminent des effets asthénisans qu'on ne saurait méconnaître. Dans ces exemples, la double action est manifeste. Je pourrais en citer cent autres. Reste maintenant à savoir si l'action locale de l'ail ne serait pas, comme dans ces exemples, en opposition avec son action générale. Cette question ne peut être résolue que par des faits, et en ayant égard aux modifications que l'ail résorbé imprime aux fonctions de l'organisme. Or, s'il est vrai que cette substance neutralise l'action du vin, on serait en droit de conclure qne son effet est contro-stimulant. Néanmoins j'ai fait un appel à de nouvelles observations. Je tiens, en attendant, à faire remarquer que lorsqu'il est pris enveloppé dans des alimens, l'ail n'exerce presque aucune action chimique sur l'estomac, à moins que sa quantité ne soit exorbitante et tout son effet se porte sur le dynamisme général.

M. Gillette : On ne saurait contester que le principe de l'ail qu'on introduit dans l'estomac, ne soit résorbé et porté dans toute l'économie. J'ai constaté de la manière la plus univoque que le lait de certaines vaches qui mangeaient des plantes douées de l'odeur alliacée, sentait fortement l'ail.

M. Bricheteau : J'ai fait quelques observations sur l'action de l'ail, dans mon pays où le peuple en mange des quantités considérables. J'ai trouvé que ce végétal agissait comme stupéfiant lorsqu'il était pris à très forte dose. Cela me ferait présumer qu'il contient peut-être quelque principe toxique, et je ne saurais voir dans ses effets une véritable excitation. Quant à la double action des remèdes dont on vient de parler, je crois qu'elle est incontestable. Le tartre stibié, par exemple, appliqué sur la peau, la rubéfie et l'enflamme ; donné intérieurement, il agit comme un puissant antiphlogistique.

M. Nonat ; Je suis loin de vouloir attaquer les réflexions que notre confrère vient de vous présenter sur l'action présumée asthénisante de l'ail, mais je ne puis admettre le système de preuves qu'il voudrait introduire pour juger de la véritable action constitutionnelle des remèdes. J'admets comme lui la double action, mais je nie que l'effet général soit toujours de même nature dans toutes les constitutions. Selon moi, cet effet peut varier tellement qu'il soit stimulant chez les uns, de nature opposée chez les autres. De ce que l'ail neutralise l'action du vin, ce n'est pas là pour moi une preuve que son effet soit asthénisant. L'ammoniac produit le même effet, et pourtant on ne saurait contester sa propriété excitante.

M. Rognetta : La question de l'action de l'ammoniac contre l'ivresse, a déjà été débattue plusienrs fois dans le sein de cette société. La compagnie doit se rappeler que des contestations assez vives ont été élevées contre la valeur des quelques faits que M. Nonat citait en faveur de son opinion, et que j'avais proposé à notre confrère d'entreprendre en commun des expériences sur des animaux, pour éclaircir cette importante question.

J'ai même fait un appel aux praticiens dans la *Gazette des Hôpitaux* pour obtenir des faits véritablement concluans dans l'intérêt de la science, et j'ai eu soin de distinguer les effets de l'alcali volatil de ceux de l'acétate d'ammoniac (esprit de Mindérèrus) qui sont bien différens. Rien, cependant, de bien concluant n'a été publié jusqu'à ce jour. J'ai empoisonné quelques animaux avec de l'eau-de-vie. J'ai eu beau leur administrer de l'ammoniac, ils sont restés dans le *coma*, et sont morts apoplectiques. Comme M. Nonat, je n'attache d'importance qu'aux faits, mais les faits eux-mêmes ne conduiraient qu'à de fausses conséquences s'ils étaient mal appréciés.

Séance levée à dix heures.

Académie de Médecine. — Séance du 31 décembre.

M. le président fait part de la perte que l'Académie vient de faire de deux de ses membres, Yvan et Aulagnier.

— *M. Dizé* fait un rapport sur un sirop de citrate de fer préparé par M. Moussu, pharmacien, à Paris. Ce sirop n'offrant rien d'inconnu, l'Académie a rejeté le rapport.

— *M. Gauthier de Claubry* fait un rapport sur une prétendue médication miraculeuse de la goutte, appartenant à un docteur de Toulouse. Cette médication consiste dans des habillemens de laine, des saignées et des purgatifs. L'auteur prétend que la goutte n'est autre chose que l'effet de quelques bulles d'air qui s'introduisent dans les articulations à travers les mailles de la peau délicate de ces régions. Il demande deux cents mille francs pour sa découverte ! (*Risum teneatis !!*)

— *M. Bérard* fait un rapport sur des instrumens présentés par M. Dupierris, pour la guérison des fistules vésico-vaginales.

Durant la lecture de ces rapports, l'Académie s'est occupée de la nomination des différentes commissions permanentes. Nous en donnerons la liste dans le prochain numéro.

HOTEL-DIEU. — M. Petit.

Phthisie pulmonaire ; rhume négligé ; amélioration ; sortie.

Francois Buisson, dont le père est mort à cinquante-un ans apoplectique, dont les frères et sœurs se portent bien, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est couché au n° 14 de la salle Saint-Bernard.

Au mois de décembre 1837, quelques jours après avoir couché ayant chaud dans une chambre humide, il a été pris d'enrouement, d'extinction de voix, de toux continuelle saus fièvre, sans douleur de côté au début ; la respiration devint alors très difficile. Il ne se soumit à aucun traitement.

Au bout de trois ou quatre mois, il ressentit des points douloureux, de siége variable autour de la poitrine ; il n'eut pas encore de fièvre, mais la dyspnée augmenta. Il y a sept mois qu'il a craché du sang noir en toussant ; ceci s'est renouvelé plusieurs fois pendaut trois semaines, un mois. Au bout de ce temps, l'hémoptysie ne se reproduisit pas pendant six semaines ; mais alors de nouveaux crachats de sang reparurent par intervalle ; le sang était en caillots consistans, plutôt noirs que rouges. A la même époque, à ces symptômes s'ajoutèrent des sueurs nocturnes à la poitrine et à la figure ; il n'avait jamais eu et n'eut pas alors non plus de dévoiement ; la toux continuait plus intense la nuit et le matin que dans le jour ; pas de palpitations.

A cette époque il entra à l'Hôtel-Dieu, et eut trois fois des ventouses scarifiées à la partie supérieure et antérieure de la poitrine. Il en éprouva d'abord beaucoup de soulagement, mais il ne tarda pas à revenir à l'état primitif. Ce qui le décida à entrer à l'hôpital, ce fut l'intensité de la toux et la faiblesse qui augmentait tous les jours. Face anxieuse ; le côté droit de la poitrine est un peu plus déprimé que le gauche ; douleurs très vives dans le dos. La sonoréité est à peu près naturelle et égale des deux côtés. A gauche et en avant, ainsi qu'en arrière, le bruit de respiration est fort, pur et net ; à droite il est beaucoup plus faible et éloigné. Râle muqueux à petites bulles au sommet, en avant et en arrière ; râle sous-crépitant très nombreux en arrière et en bas ; moins nombreux en avant et sous l'aisselle. Mouvemens très étendus des deux côtés dans l'inspiration ; expiration très prolongée ; toux peu fréquente dans le jour, plus fréquente dans la nuit ; crachats nummulaires épais, jaune-vert, avec teinte grisâtre en petite quantité, six à huit dans les vingt-quatre heures. Rien au cœur ; pouls à 85, assez mou ; 20 respirations par minute ; chaleur normale ; il transpire la nuit assez faiblement ; la langue est nette, peu d'appétit, pas de soif, pas de dévoiement ; bon sommeil dans les intervalles de la toux.

Du 5 au 10, rien de nouveau. La toux et les crachats persistent ; pas de fièvre. (Un quart de grain d'acétate de morphine.)

4 décembre. Le mieux qui existe depuis le 10 novembre, se soutient ; les râles muqueux et sous-crépitant ont presqu'entièrement disparu. La respiration est seulement soufflante aux deux temps à droite, en avant et en arrière ; la voix retentit en arrière au sommet ; il existe en même temps une pectoriloquie. La toux persiste, et Buisson sort en état d'amélioration.

Récidives de pleuro-pueumonie droite occupant toute la partie postérieure du poumon ; au deuxième degré dans les deux tiers supérieurs, et au premier dans le tiers inférieur.

Le 15 novembre dernier, est entré, au n° 68 de la salle Sainte-Jeanne, le nommé Alexandre Doofeuil, âgé de vingt-huit ans, d'une constitution forte, un peu sèche ; santé habituellement bonne. Il y a trois ans qu'il eut une maladie à peu près analogue : à la suite d'une contusion il eut un point de côté à gauche, avec toux, crachats jaunes-verdâtres. Il fut neuf mois malade : on lui fit une application de ventouses.

Il est malade maintenant depuis le 12, à midi. Sans cause connue, il fut pris de douleur derrière l'épaule droite, de frisson, de dyspnée : on lui appliqua vingt sangsues, qui le soulagèrent immédiatement. Dans la nuit il eut de la toux accompagnée de crachats jaunâtres ; la nuit du 13 au 14, douleur dans le côté droit de la poitrine, et le 14 il vomit à deux reprises des matières vertes très amères. Dix sangsues.

Etat actuel. Décubitus dorsal impossible sur les côtés ; il se dit bien faible ; cependant sa physionomie est assez bonne. Respiration de 25 à 28, courte ; douleur interne et inférieure de l'hypocondre droit, augmentant par la toux, la respiration et la pression. Toux médiocrement fréquente et pénible, crachats visqueux, aérés, transparens, quelques-uns de couleur d'abricot. Sonoréité et bruit respiratoires purs à gauche ; en arrivant à droite, même état ; en arrière, matité presque complète dans toute l'étendue du côté. Dans le tiers supérieur, bruit respiratoire très faible ; résonnance assez forte de la voix ; dans le tiers moyen, respiration bronchique et bronchophonie, avec râle assez gros pendant la toux ; dans le tiers inférieur, râle souscrépitant abondant.

Cœur normal ; pouls, 100 ; assez large, résistant ; peau sudorale ; pas de mal de ventre, pas de selles depuis le début. Saignée de quatre palettes ; sang couenneux ; caillot peu consistant.

16 novembre. Il a beaucoup souffert dans la nuit ; la respiration a été plus gênée qu'hier. Saignée de trois palettes matin et soir.

17 novembre. Le sang de la première saignée offre une couenne de deux lignes, ferme, résistante ; caillot très ferme ; deux cinquièmes de sérum citrin. Celui de la seconde offre une couenne de trois lignes, très ferme ; le caillot est médiocrement solide ; moitié de sérum citrin.

Le malade ne se trouve pas sensiblement mieux ; pas de sommeil ; la douleur du côté a un peu diminué ; la respiration bronchique occupe les deux tiers supérieurs ; râle assez volumineux, et sec pendant la toux ; en bas, râle crépitant, mou ; crachats jaune verdâtre, transparens, aérés, un peu moins visqueux ; toux pénible, médiocrement fréquente ; langue blanche, pâle ; une selle et un vomissement de matières bilieuse ; peau couverte de sueur ; pouls 110, développé, résistant. Saignée de 4 palettes (sang légèrement couenneux), 1 once d'huile de ricin et 1 once de sirop tartarique, looch, diète.

18 novembre. Amélioration. Saignée de 3 palettes et demie, looch, diète.

19 novembre. Le sang présente une couenne de deux lignes et demie, très ferme, en champignon ; caillot solide ; moitié de sérum citrin.

Absence de douleur, très peu de toux, crachats encore visqueux, nets ; un peu de râle crépitant fin là où on entendait de la respiration bronchique ; le bruit respiratoire est sensible partout ; pouls à 80, assez mou ; chaleur modérée de la peau ; il a beaucoup sué cette nuit ; langue blanche, deux selles, appétit, figure très bonne. Trois bouillons ; violette ; looch.

20 novembre. Pouls à 60, mou, peu développé ; état général très bon ; langue pâle, un peu blanche ; deux selles ; encore un peu de râle ; appétit. Trois potages ; violette.

Sortie le 25 novembre.

— Après avoir rapporté ces deux faits remarquables, l'un par la persistance de la toux, ce symptôme si commun et si fatigant des affections pulmonaires les moins graves, l'autre par la fréquence des rechutes, nous croyons devoir

les faire suivre de quelques réflexions générales sur le traitement de ces maladies.

On a dit depuis long-temps que l'hiver est la saison des rhumes; les personnes âgées y sont particulièrement exposées, et les affections catarrhales sont chez elles bien plus opiniâtres et bien plus pénibles.

Dans les hôpitaux, les moyens employés se bornent à quelques tisanes dites pectorales et que le suc de réglisse édulcore à peine, à quelques juleps préparés on ne sait comment; et si l'on tient compte en outre du peu d'élévation de la température des salles, on ne sera point surpris de la persistance et de la gravité de ces affections chez les malheureux qui sont forcés d'y chercher un asile. La plupart de ces maladies même se déclarent dans les salles, et tous les jours on peut voir des malades entrés pour toute autre cause, être pris de catarrhes et de pneumonies qui souvent ne sont que le début d'une affection bien plus redoutable et à laquelle ils succombent bientôt.

Dans la pratique de la ville, les médecins ont plus de ressources. Un malade confié à sa famille, et dont les moyens pécuniaires sont suffisans, reçoit des soins plus éclairés et plus bienveillans; la température de la chambre est tenue à un degré convenable, les courans d'air évités avec soin, et les pectoraux prodigués, chauds et bien préparés. Aussi, toutes choses égales d'ailleurs, les affections catarrhales ont-elles dans ce cas bien moins d'opiniâtreté et des suites bien moins souvent fâcheuses.

Mais tout cela ne suffit point encore; ce n'est pas assez, en effet, que d'avoir à sa disposition les premiers élémens d'une bonne hygiène et d'un traitement convenable. Pour peu que la maladie persiste les tisanes pectorales fatiguent, les juleps et les loochs empâtent et restent sans action. Il faut alors que le médecin varie avec soin ses prescriptions et qu'il trouve des moyens plus actifs. Une foule de préparations diverses ont été offertes à l'impatiente avidité des malades et à ces nécessités de changement imposées aux médecins. Les pectoraux, sirops, pâtes, pastilles ont été prodigués à l'infini, et, parmi ces remèdes, un grand nombre, il faut le dire, n'ont obtenu qu'une réputation éphémère, un succès de publicité bientôt épuisé. D'autres, au contraire, ont dû à l'intelligence, aux soins et à la loyauté des personnes qui les ont proposés, des succès durables et légitimes; de bonnes substances bien préparées, assemblées dans des proportions justes, calculées avec prudence et avec l'aide des lumières de médecins éclairés, ne peuvent que mériter, par l'utilité de leur emploi et les avantages qu'elles offrent, une vogue qui se soutient et que le temps ne détruit pas. Parmi ces moyens il en est un dont l'efficacité a été reconnue d'abord par le célèbre Alibert et par une foule d'autres médecins distingués de Paris et des départemens, parmi lesquels nous citerons Delaporte, Montègre, Beauchêne, et MM. Laborie, Ranque (d'Orléans), etc.; c'est le *sirop pectoral de Lamouroux*, que tout le monde connaît depuis trente ans, et dont les avantages, dans les affections dont nous venons de parler, sont incontestables. Employé concurremment avec les mucilagineux, ce sirop calme très promptement les irritations bronchiques, et son utilité est positive, non point, certes, pour guérir, mais pour soulager les malades atteints de tubercules pulmonaires, et qui sont destinés à périr victimes de cette cruelle et fréquente maladie...., la phthisie. Dans ces cas, *le sirop Lamouroux* est certainement un des moyens les plus utiles pour apporter du calme et du soulagement.

M. *Lamouroux* a eu depuis peu l'heureuse idée d'extraire de son sirop une pâte qui jouit des mêmes propriétés médicamenteuses que *le sirop pectoral*, et dont on prend cinq à six tablettes par jour. De cette manière, sa composition peut être mise en usage en tous lieux, et le transport outre-mer n'affaiblit ou n'altère en rien les propriétés des substances qu'il emploie. Ajoutons à cette consciencieuse appréciation, que M. Lamouroux n'a jamais eu recours à la publicité, et que le succès de sa médication est dû tout entier aux avantages que son usage a présentés aux praticiens et aux bienfaits qu'en ont retirés les malades.

Remède contre l'inspiration du chlore. — Dans les grands établissemens de blanchîment, dans les fabriques de produits chimiques et dans les expériences de laboratoire, il arrive souvent que l'inspiration des vapeurs du chlore produit des effets très dangereux. On se garantit de ce danger en respirant la vapeur de l'esprit-de-vin, ou en avalant des morceaux de sucre trempés dans de l'alcool.

Ce remède, pratiqué depuis deux ans, a toujours produit des résultats heureux. (*Arch. für naturlehre.*)

Lancette perfectionnée; par M. William. — Cette lancette est construite de manière qu'en lâchant une pièce d'arrêt, un ressort pousse la lancette en avant et de côté, pour faire l'incision qu'on a en vue; au moyen du même ressort, on reporte la lancette dans son étui. Le ressort, roulé en spirale, comme [...] d'une montre, occupe une cavité cylindrique dans un [...] métallique, lequel tourne sur un axe qui le traverse par le ce[...] l'extrémité supérieure de la lame de la lancette est fixée pa[...] pivot à vis à un des côtés de la plaque; ces deux pièces [...] renfermées dans un étui mince; la pointe de la lancette est [...] lante hors de cet étui et se meut dans un espace limité.

La pièce d'arrêt placée à une face de cet étui, est mue pa[...] petit bouton saillant hors de l'étui, et dont la pointe entre [...] les entailles ou dents faites sur la plaque métallique où le re[...] est renfermé; de cette manière la plaque peut être fixée dans [...] férentes positions, à mesure qu'on la fait mouvoir. La seco[...] partie de l'étui glisse sur la première, et on l'y fixe convenab[...] ment au moyen d'une petite vis.

On peut déterminer avec cet instrument la profondeur et [...] longueur de la plaie à faire.

(*Repertory of patent inventions.*)

Efficacité de la teinture d'iode contre le scrofule; par Gœden. — L'iode est, selon l'auteur, de tous les médicamen[...] plus avantageux dans les affections scrofuleuses parvenues à [...] summum, surtout lorsqu'il existe une ophthalmie; il l'a adminis[...] à une jeune fille de douze ans, d'abord à la dose de cinq gou[...] de teinture, matin et soir, dans une bouillie; puis successiv[...] ment en augmentant d'une goutte par jour, la dose fut porté[...] dix gouttes, matin et soir. Au bout d'un mois, la teinture d'i[...] ne fut administrée que de trois en trois jours jusqu'à la huitiè[...] semaine, époque à laquelle on en cessa l'usage; la malade [...] entièrement guérie. (*Journ. der prakt. Heilkunde.*)

M. MALGAIGNE reprendra son *Cours public sur les hernie[s]* demain vendredi à trois heures, dans l'amphithéâtre n. 3 [...] l'Ecole pratique.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 4 JANVIER 1840. (15e ANNÉE.) [N° 2, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAUX DE LA VILLE.

Ankylose; traitement de M. Louvrier. — Nouvelles opérations. — Accidens.

Depuis quelques jours surtout, on s'est beaucoup occupé dans les hôpitaux, dans les feuilles scientifiques, à l'Académie et jusque dans les salons, du mode de traitement de M. Louvrier (l'extension brusque et forcée) appliqué à l'ankylose du genou; les journaux politiques eux-mêmes, rendant compte de tous ces bruits, et les commentant se sont fait appréciateurs de la nouvelle méthode, les uns en rectifiant des assertions précédemment émises, les autres en formulant une proscription complète de ce mode de traitement.

Pour nous, fidèles à la règle de franchise et d'équité dont nous nous sommes fait une loi, après avoir été les premiers à faire connaître les tentatives heureuses qui ont dû encourager M. Louvrier dans l'application de sa méthode, nous ne voulons pas non plus dissimuler ce que nous savons des accidens qui viennent de contrarier le succès de deux opérations qu'il a faites depuis le dernier compte-rendu que nous avons présenté à nos lecteurs.

— A l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Isabelle, n. 43, était couchée, depuis environ dix-huit mois, une femme âgée de cinquante-un ans, affectée au genou droit d'une fausse ankylose, datant de six années et qui avait succédé aux ulcérations dont sa jambe avait été couverte par suite d'une maladie syphilitique qui n'a jamais pu être guérie.

Pour faciliter et justifier toutes les déductions qui peuvent être faites des circonstances se rattachant à la position de cette femme, il est convenable de présenter l'aperçu très sommaire de ce qui a paru le plus important à noter dans son état avant la terminaison fatale dont nous allons rendre compte. Ainsi donc:

Avant l'opération. Cette femme avait offert des symptômes plus que probables d'une phthisie tuberculeuse, caractérisée par une toux sèche assez fréquente, un mouvement fébrile presque continu, des sueurs nocturnes, etc.

Elle était atteinte d'une maladie syphilitique constitutionnelle fort ancienne, se traduisant par un large ulcère vénérien affectant la partie inférieure du membre malade, et contre la cicatrisation duquel tous les topiques possibles, tous les traitemens internes et externes, ceux surtout à base de mercure, avaient successivement échoué, depuis le temps de l'affection primitive remontant à environ vingt années.

Ceci explique suffisamment l'état de maigreur extrême, de débilité, on pourrait presque dire de marasme auquel ce sujet était en proie dès avant l'opération.

Au moment de l'opération et consécutivement. Le redressement du genou, qui n'était maintenu en flexion que par la simple contracture des muscles postérieurs de la cuisse, ayant été fait par le procédé ordinaire, la malade accusa une douleur intense dans le jarret d'abord, puis dans la cuisse, jusque dans la fesse, dans la région de l'anus et même dans les parties intérieures du bassin; une déchirure d'assez peu d'étendue s'était faite au jarret et avait mis à découvert une petite portion du nerf sciatique poplité externe; mais on constata immédiatement que les tendons des muscles n'étaient nullement lacérés. Un peu plus tard, une ecchymose, comme il arrive dans presque tous ces cas, se forma au côté externe de l'articulation.

Il survint spontanément une rétention d'urine, qui nécessita le cathétérisme, pratiqué seulement au bout de trois jours, malgré les instances réitérées des chirurgiens. Deux litres de liquide sortirent de la vessie.

Au bout de fort peu de temps, la plaie vénérienne offrit une ulcération plus vive, une suppuration plus abondante; la déchirure du jarret s'enflamma rapidement, prit de l'extension, passa à un état de mauvaise nature qui se propagea vivement dans l'articulation. La toux et le mouvement fébrile augmentèrent, une forte diarrhée s'établit; il n'y eut pas de frisson, pas d'haleine fétide, et la malade succomba la quatrième semaine après l'opération.

Une luxation spontanée avait commencé à se manifester quelque temps après l'opération; elle était devenue complète au bout de huit jours, et s'augmentait à mesure que les tissus de l'articulation se désorganisaient.

A l'autopsie. Chevauchement d'environ trois pouces, suivant la longueur du tibia sur le fémur en arrière; il y avait fonte générale du ligament rotulien et de tous ceux de l'articulation, sauf une très petite portion du ligament latéral externe ou de l'aponévrose crurale, qui était en putréfaction. Il restait quelques traces des ligamens croisés à leur point d'insertion sur le tibia; quelques petites incrustations osseuses adhéraient à ces débris, et provenaient des parties internes des condyles, qui avaient été emportés par l'arrachement de ces ligamens à leur insertion supérieure.

A ces points, l'os était en plein état de suppuration; il ne présentait nulle part aucune trace de soudure; la rotule était complètement libre.

Il y avait disparition entière de la membrane synoviale et des fibro-cartilages.

On n'a remarqué aucune lésion des artères ni des nerfs. La veine poplitée était enflammée dans une très-petite étendue de sa portion supérieure au foyer purulent dans lequel tous les tissus étaient en pleine désorganisation par l'effet de la suppuration; l'altération de la veine était surtout marquée sur sa tunique interne, qui contenait une assez forte injection de pus.

Les fibres tendineuses et musculaires pour les parties qui n'avaient pas été détruites par l'inflammation étaient pâles et ramollies, mais ne présentaient aucune trace de lacération, sinon dans une portion du demi-tendineux qui, à la réunion de son tiers supérieur avec les deux autres tiers, offrait une légère déchirure entourée de petits caillots sanguins non encore résorbés, comme ceux que laissaient ailleurs les traces de l'ecchymose qui avait existé.

L'inspection des viscères a fait constater dans l'abdomen un cystite interne ayant rempli de matière puriforme la vessie et les uretères; les reins eux-mêmes en contenaient dans le bassinet et offraient quelques légers abcès à la surface de la substance corticale.

Il existait plusieurs tubercules à l'état de ramollissement dans le parenchyme des poumons, qui étaient généralement affectés d'inflammation.

On n'a trouvé d'abcès métastatiques ni dans le foi, ni dans les poumons, ni nulle part ailleurs.

Tel est l'aperçu rapide et superficiel que nous voulions présenter; le rapport à l'Académie sera sans doute beaucoup plus détaillé et pourra mieux éclairer la question; mais il suffit de ce qui précède pour qu'il soit patent à l'esprit de chacun que malheureusement la mort a été la conséquence des résultats immédiats de l'opération. On ne saurait s'illusionner, ni abuser personne sur ce point; mais il n'en est pas moins vrai que l'on peut faire regarder avec raison ce cas comme exceptionnel et ne devant point faire rejeter immédiatement le nouveau mode de traitement proposé.

Jamais cas plus défavorable ne pourra se présenter pour l'application de la méthode de M. Louvrier; et d'abord, nous devons dire que lui-même, voulant appliquer son appareil préférablement à la réduction des ankyloses complètes, a long-temps engagé sa malade à se soumettre plutôt au traitement par la section des tendons et l'extension graduée. Espérant l'obtenir d'elle, il avait résisté à ses instances pour qu'il l'opérât le même jour qu'une autre femme couchée même salle n° 33, opérée le 22 novembre; car il aurait voulu que dans l'hôpital Beaujon on pût comparer les deux modes de traitement appliqués en même temps; la malade n'y voulut jamais consentir et réclama plus vivement l'opération par l'appareil de M. Louvrier. Sa débilité, son état de marasme, et surtout la considération des causes qui l'avaient réduite à cette position, semblaient encore à M. Louvrier des contre-indications qui augmentaient sa répuunance; mais il finit par céder, à tort selon nous, à tant de sollicitations de la part de la malade, et surtout aux assurances que lui donnèrent des chirurgiens célèbres qui devaient connaître le sujet pour le garantir de ses craintes contre l'état général qu'il redoutait.

Indubitablement, la mort a eu pour cause principale l'arthrite violente que l'opération a fait se manifester et qui a été elle-même le résultat immédiat de la déchirure du jarret; mais celle-ci a été occasionnée d'abord par trop de précautions prises à cause de la maigreur excessive du membre et qui ont fait serrer l'appareil peut-être outre

FEUILLETON.

DU TRAITEMENT MÉDICAL ET PRÉSERVATIF DE LA PIERRE ET DE LA GRAVELLE, AVEC UN MÉMOIRE SUR LES CALCULS DE CYSTINE; par le docteur Civiale (1).

Les personnes qui se sont tenues au courant des travaux scientifiques de M. le docteur Civiale, ont dû sans doute remarquer comme nous que, dans celle de sa publication relative aux affections vulgairement appelées *pierre* et *gravelle*, cet habile praticien a presque uniquement envisagé jusqu'ici le traitement de ces maladies sous le point de vue des moyens chirurgicaux qu'on peut leur opposer; il a à peine effleuré ce qui concerne le traitement médical proprement dit. L'auteur vient de remplir cette lacune dans l'ouvrage que nous annonçons. La forme sous laquelle la maladie calculeuse se présente le plus ordinairement aux praticiens peut rendre compte de l'attention toute particulière accordée d'abord par M. Civiale aux procédés de la chirurgie. Les cas pour lesquels ces procédés sont plus spécialement réclamés, étant en réalité beaucoup plus fréquens que les autres, eu égard aux circonstances qui décident les malades à solliciter l'avis des gens de l'art, cette considération rendait plus importans les différens points de vue sous lesquels M. Civiale a dû envisager la pierre et la gravelle dans ses précédens écrits, notamment dans son Traité de l'affection calculeuse, dans le parallèle des divers moyens de traiter les calculeux, et dans ses lettres sur la lithotritie.

Le livre que nous sommes aujourd'hui chargé de faire connaître, peut donc être regardé comme le complément de tout ce que l'auteur a fait paraître jusqu'ici sur la pierre et la gravelle.

Cet ouvrage remarquable, comme tous ceux dont la science est redevable à l'infatigable activité de l'habile chirurgien de l'hôpital Necker, a été écrit sous les inspirations d'une pratique judicieuse. On y trouve les plus sages préceptes, les méthodes de traitement les plus rationnelles, basés sur l'expérience acquise par l'observation d'un grand nombre de faits cliniques analysés avec cette sagacité et cet esprit de rigoureuse logique dont tous les écrits de l'auteur portent l'empreinte.

Le livre que nous avons sous les yeux, acquiert un nouveau degré d'intérêt par l'à-propos de plusieurs questions mises à l'ordre du jour, et qui depuis quelque temps préoccupent vivement l'attention publique. Il a principalement pour objet: 1° De faire connaître les ressources de la médecine lorsque la maladie calculeuse est encore sous forme de gravelle, ou qu'elle n'a pas pris assez de développement pour nécessiter l'intervention des procédés chirurgicaux. Si on excepte quelques travaux entrepris sur ce sujet, mais auxquels on a généralement imprimé une vicieuse direction en y faisant intervenir des théories chimiques dont on a exagéré la portée, on peut dire que l'empirisme le plus aveugle n'a cessé de présider aux prescriptions de la médecine pour tous les cas dont il est ici question. M. Civiale nous paraît avoir envisagé le sujet sous son véritable point de vue, en ramenant la thérapeutique à ce qu'elle doit toujours être pour satisfaire la raison, c'est-à-dire en prenant pour base des indications l'état morbide des organes et des fonctions de l'appareil urinaire, état morbide dont la gravelle et la pierre ne sont en réalité qu'un produit. Cette voie, tracée par l'observation, n'a point été suivie par les auteurs qui ont écrit sur la maladie calculeuse; la plupart se sont égarés en créant des systèmes et des théories hasardées sur lesquels ils ont échafaudé des traitemens infructueux et presque toujours nuisibles. Cette vérité ressort à chaque page du livre de M. Civiale.

L'auteur a eu aussi pour but: « 2° d'exposer la conduite qu'il convient de tenir quand, par sa situation ou son volume, la pierre est inaccessible aux ressources de l'art chirurgical; 3° d'énumérer les moyens que l'on doit employer après l'opération, pour prévenir la maladie et combattre les dispositions du sujet à redevenir calculeux; 4° enfin d'apprécier la valeur de certains moyens chimiques ou pharmaceutiques, auxquels on attribue la propriété de fondre, de disgréger la pierre, et celle de quelques eaux minérales sur lesquelles on cherche à appeler l'attention publique, en les présentant comme douées du même pouvoir. »

Après quelques considérations générales sur le mode de développement des concrétions urinaires, sur la couleur, la forme des graviers, ainsi que sur le plus ou moins de rapidité avec laquelle s'accomplissent la précipitation et l'agglomération de la matière solidifiable de l'urine, M. Civiale rappelle qu'il n'est pas rare de voir des malades expulser successivement, et à divers intervalles, des graviers d'une nature différente. Cette observation, que la pratique de chaque jour permet de vérifier, renverse les combinaisons de la théorie qu'on avait cherché à mettre en crédit relativement à la formation de la gravelle. Les différentes diathèses ou prédominances de l'un des principes constituans de l'urine, ne sont en effet ni aussi constantes ni aussi exclusives qu'on l'a prétendu. Il résulte de là nécessairement que les effets attribués à certaines médications ayant pour but de combattre ces diathèses, sont loin d'être aussi concluans qu'on l'a pensé; car les diathèses sont tous les jours modifiées, et même entièrement changées par des causes qui nous échappent, et ces changemens peuvent avoir lieu alors même que le malade n'est soumis à aucun traitement: voilà ce que démontre l'observation. C'est ce qu'on remarque spécialement pour la gravelle d'acide urique, d'urate d'ammoniaque, d'oxalate calcaire, de cystine. Quant à la gravelle grise ou phosphatique, son apparition se lie à des états pathologiques spéciaux de l'appareil urinaire, aujourd'hui bien connus, depuis que M. Civiale a appelé sur eux l'attention, dans son excellent Traité de l'affection calculeuse.

Il est un autre fait d'une grande portée, sur lequel insiste l'auteur. On croit généralement que la présence d'une ou de plusieurs pierres dans la vessie exclut celle de la gravelle. Cette opinion erronée est funeste à plus d'un malade. Parmi les victimes de cette déplorable erreur, il convient de citer un estimable confrère, le docteur Guerbois, qui, indépendamment de la gravelle, sur laquelle son attention s'était exclusivement arrêtée, avait aussi une pierre vésicale, et une pierre si grosse que la lithotritie ne put être appliquée. Dans tous les cas de ce genre, la coexistence de la pierre et de la gravelle dénote un désordre plus profond dans les fonctions des reins, désordres augmentés et entretenus par la présence d'un calcul dans la vessie; la gravelle n'est alors qu'un surcroît de maladie, ainsi que le fait observer avec raison M. Civiale.

Lorsqu'à la coïncidence de la pierre et de la gravelle, et à l'expulsion abondante de celle-ci se joignent l'irritation du col vésical, la tuméfaction de la prostate, l'atonie de la vessie, on doit appréhender la récidive de la pierre alors que le malade en a été débarrassé par une opération.

Ce que nous venons de dire sur la coexistence assez fréquente de la pierre et de la gravelle doit faire sentir la nécessité de faire une ou plusieurs explorations de la vessie des graveleux. M. Civiale a raison d'insister beaucoup sur cette indispensable précaution, dont l'oubli a été fatal à plus d'un malade; elle peut seule d'ailleurs permettre de reconnaître les circonstances

(1) 1 vol. in-8°. Paris, chez Crochard et compagnie, place de l'Ecole-de-Médecine, 17. — Prix, 5 fr. 50 c. au lieu de 3 fr. 50 c. déjà indiqué par erreur.

mesure dans l'idée d'empêcher un glissement; et d'ailleurs, même dans ces circonstances, la déchirure se fût-elle faite, si l'on n'avait pas eu affaire à des tissus délabrés par la maladie interne dont nous avons parlé, et surtout ses traitemens si divers, si multipliés; et encore, sans ces conditions de constitution altérée, cette simple déchirure aurait-elle pris si vite un caractère fâcheux qui a amené une issue si funeste.

La maladie grave et avancée du poumon, l'affection des organes urinaires, dont on n'a pas trouvé de cause appréciable ni justificative, ne sont pas sans doute étrangères à la fatale terminaison comme cause prédisposante et peut-être prochaine.

En résumé ce cas nous paraît vraiment exceptionnel, et la gravité des conclusions qu'on pourrait en tirer diminue, si l'on pense aux accidens formidables qui suivent quelquefois les opérations les plus simples et les plus innocentes de la chirurgie, chez les sujets mal disposés.

C'est par devoir et par conviction qu'en faisant connaître ce cas déplorable, nous avons allégué les motifs qui, suivant nous, devaient en atténuer la portée. Nous regrettons sincèrement de ne pouvoir modifier de même la rigueur de notre jugement sur les résultats fâcheux d'une autre opération que nous ne voulons pas dissimuler davantage.

— Un traiteur de la rue l'Evêque, portant au genou droit une ankylose absolument complète, à angle très aigu et datant d'environ quinze ans, a été opéré il y a près de trois semaines, en présence de MM. Marjolin, Louis, Roux, Bouvier, Isidore Bourdon, etc., etc. Le redressement du membre s'est fait, comme de coutume, sous l'effort de la machine, mais avec un bruit qui a dénoté la rupture d'une soudure large et solide. Néanmoins, les suites immédiates de l'opération se sont présentées sous l'aspect ordinaire: mouvemens assez faciles de l'articulation, peu de douleur, aucun gonflement; ecchymose habituelle au bout de deux ou trois jours. Mais bientôt l'extrémité inférieure du membre a perdu sa chaleur, sa sensibilité; des phlyctènes s'y sont établies, enfin tous les symptômes de la gangrène sont malheureusement venus confirmer les craintes sur lesquelles on cherchait à s'abuser; il est presque indubitable que l'amputation de la jambe à son tiers inférieur va devenir nécessaire; mais d'autres appréhensions plus fâcheuses seraient superflues.

Malgré le sphacèle du pied tout entier, aucun accident local ne s'est manifesté dans l'articulation du genou; les mouvemens ne sont devenus ni moins faciles ni plus douloureux, la rectitude s'est parfaitement maintenue, aucune trace d'inflammation ni d'engorgement ne s'est montrée. La gangrène de la partie inférieure ne peut être expliquée qu'en supposant la rupture de l'artère poplitée, qui cependant n'a été démontrée par aucun autre signe. Quoi qu'il en soit, l'expansion de la gangrène s'est arrêtée, les traces de l'emphysème qui existaient se sont dissipées; le travail d'élimination commence, et pour corroborer l'état général du malade, qui s'est aussi sensiblement amélioré, il a été transporté aujourd'hui à l'hôpital Necker, où il va recevoir des soins plus assidus et plus propices à sa position. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui arrivera.

— Ces détails, au sujet de deux des cas les plus intéressans, nous empêchent de relater aussi longuement deux autres opérations qu'a encore faites M. Louvrier depuis le numéro du 7 décembre, où nous avons rapporté quatorze opérations faites avec succès. L'une, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Blandin, sur une femme portant une ankylose complète depuis plus de huit ans, avec flexion à angle droit très prononcé de la jambe sur la cuisse. La rotule, qui adhérait comme écrasée à la face tout à fait inférieure des condyles, a néanmoins été décollée et la jambe ramenée à l'état de rectitude.

L'autre, à l'hôpital de la Charité, sur une jeune fille de 23 ans, ayant au genou droit une ankylose datant de 10 ans, à angle droit, et soudure partielle de la rotule sur le fémur, avec déviation considérable du pied en dehors.

Ces deux dernières opérations laissent espérer jusqu'ici tout le succès qu'on en attendait, de même que celles antérieures dont nous avons parlé dernièrement, se maintiennent dans l'état de succès que nous avons annoncé.

L... E...

Lésions organiques du sein et des testicules; opérations; par M. le docteur Goyrand (d'Aix).

Les chirurgiens confondent souvent sous le nom de squirrhe des affections de nature bien différente. Les caractères anatomiques des lésions organiques qui tendent à se ramollir et à passer à l'état de cancer ulcéré, ne sont pas tellement distincts que l'erreur sur la vraie nature de ce genre de lésion ne soit possible pour l'anatomo-pathologiste. Ces erreurs sont faciles et fréquentes quand le diagnostic doit être établi sur les caractères extérieurs. Aussi Boyer donnait-il comme seul caractère certain du cancer la tendance de l'affection à se reproduire. Suivant ce praticien illustre, s'il n'y avait pas de récidive à la suite de l'extirpation d'une tumeur, c'était parce que la tumeur n'était pas de nature cancéreuse. Mais c'est là un moyen de diagnostic fort peu satisfaisant.

Les efforts des médecins doivent tendre à établir d'une manière plus positive les vrais caractères des diverses lésions organiques. A. Cooper a fait sur ce point plus que les praticiens français, dans ses Traités sur les maladies du sein et du testicule. Ainsi, dans les diverses variétés de la lésion qu'il a nommée maladie *hydatique* de la mamelle, bien que le tissu de l'organe prenne souvent un développement énorme et un aspect lardacé qui le fait ressembler beaucoup au tissu squirrheux, le praticien anglais a reconnu que la complication de cancer est fort rare. Il ne l'a rencontrée qu'une fois dans sa longue pratique.

Recueillons avec soin les faits qui pourront servir à confirmer les vues du praticien anglais, ou à établir de nouveaux signes diagnostiques des diverses lésions organiques.

Voici un cas de kyste de la mamelle avec induration et hypertrophie de l'organe, qui a pris un développement énorme.

Kyste hydatique (A. Cooper) *de la mamelle, avec hypertrophie et induration de tout l'organe; extirpation; guérison.*

Une femme de la commune de Cabriés, âgée de trente-neuf ans, bien constituée et assez forte, vit se former dans son sein gauche, au commencement de 1835, une tumeur dure, mobile, et d'abord indolente. Cette femme fut longtemps sans parler de son mal, qui se développa d'abord lentement, et fit plus tard des progrès rapides. En février 1837 elle consulta un médecin qui prescrivit l'usage de l'oxide d'or et les frictions avec une pommade iodurée. Ces moyens furent sans effet; la tumeur continua de s'accroître avec rapidité. Le flux menstruel, qui jusqu'alors avait été régulier, arriva deux fois chaque mois à dater du mois de mars.

Au commencement d'août la malade consulta un chirurgien de Marseille, qui lui proposa l'opération.

Je vis la malade pour la première fois le 6 septembre; elle me dit que son sein avait presque doublé de volume dans l'espace d'un mois et demi. Sa tumeur avait alors un volume extraordinaire et un si grand poids, que la malade ne pouvait ni marcher ni aller en voiture, bien qu'elle la tînt suspendue au moyen d'une serviette attachée sur le cou.

Cette tumeur représentait un sphéroïde tronqué à sa base, avait 23 pouces 3 lignes de circonférence à son insertion à la poitrine, 26 pouces 5 lignes sur le point le plus renflé. Généralement très dure, elle présentait vers sa partie supérieure un point saillant dans lequel la fluctuation était évidente. La peau de la tumeur était, dans la plus grande partie de son étendue, épaissie, dure et rugueuse comme dans l'éléphantiasis. Le mamelon était enfoncé. La base de la tumeur s'étendait jusque dans l'aisselle; mais il n'y avait pas de ganglions axillaires engorgés. Ce sein dégénéré était comme suspendu par une espèce de ligament résultant de l'hypertrophie du tissu cellulaire, qui était au-dessus de lui. Quand la tumeur était livrée à son poids, ce tissu formait une corde étendue: il était souple d'ailleurs. La tumeur était très mobile sur la poitrine. La malade accusait quelques douleurs lancinantes qui étaient, au reste, peu fréquentes et supportables. Elle était surtout fatiguée par le poids énorme de la tumeur. Quelques douleurs sympathiques se faisaient sentir dans la mamelle droite, qui n'était nullement engorgée. L'état général était bon; il n'existait aucun signe de diathèse ou de lésion viscérale quelconque. Je pratiquai l'extirpation le 9, en présence de M. le docteur Arnaud et du médecin de la malade.

Il fallait conserver la peau la plus saine pour recouvrir la vaste plaie qui devait résulter de l'opération. La meilleure peau était au côté interne de la tumeur; il y en avait aussi qui n'était pas altérée à la partie externe postérieure. Je me décide à conserver un grand lambeau interne et un lambeau externe, étroit et concave, dans lequel le premier puisse s'enchasser. La malade est couchée sur un lit le bras éloigné du tronc; une première incision partant de la partie inférieure de l'insertion de la tumeur remonte en dehors, à trois travers de doigt de cette insertion, en décrivant une grande courbe dont la concavité est tournée vers la ligne médiane, et vient se terminer au-dessus du squirrhe. Une seconde incision, partant du même point que la première, remonte sur la partie antérieure de la tumeur, traçant un grand lambeau qui a 5 pouces de largeur à sa partie moyenne, et vient se réunir à angle aigu avec l'extrémité supérieure de la première. Aux premiers coups de bistouri, nous voyons s'élancer plusieurs jets de sang artériel et veineux qui s'arrêtent d'eux-mêmes. Les deux lambeaux cutanés sont détachés par une dissection rapide. J'attaque la tumeur par sa partie supérieure, en coupant le tissu cellulo-adipeux hypertrophié qui la surmonte; ce tissu est tout infiltré de sérosité. Arrivé sur le grand pectoral, j'attire à moi la tumeur, et quelques grands coups de bistouri l'ont abattue en un instant. La plaie est extrêmement vaste. Le tissu cellulo-adipeux hypertrophié et infiltré, qui était tiraillé par le poids de la tumeur, est très souple; nous croyons pouvoir le laisser. Je lie une artère, j'en tords quatre autres et je procède au pansement.

---

qui rendent la sortie spontanée des graviers difficile ou impossible; elle offre aussi le seul moyen de s'assurer de l'expulsion de tous les corps étrangers. C'est, en effet, parce que l'exploration de la vessie a été mal faite ou négligée que tant de graveleux deviennent calculeux. On ne doit pas perdre de vue que tout calcul a été petit avant d'être gros, qu'un état pathologique soit de la vessie, soit de l'urètre, a pu seul s'opposer à sa sortie spontanée, avant qu'il ait acquis un volume tel que son expulsion soit devenue désormais impossible.

Les moyens et procédés de la pratique ordinaire étant insuffisans pour les explorations dont nous parlons, M. Civiale rappelle ceux qu'il a plusieurs fois indiqués dans ses autres écrits, notamment le lithoclaste, auquel il a fait subir d'importantes modifications, qui le rendent très propre à ce genre de recherches; nous citerons aussi l'emploi du trilabe ordinaire, pour le cas d'atonie de la vessie. Ces moyens nous paraissent plus sûrs que la sonde de gomme élastique et le stylet à l'aide desquels M. Ségalas assure avoir reconnu souvent la présence d'un gravier dans la vessie.

M. Civiale a consacré un chapitre de son ouvrage à d'intéressantes considérations sur l'influence qu'exercent sur le sort des graveleux la crainte des explorations et tout ce qui porte le nom d'opération; il met sur la même ligne les conseils officieux des personnes qui les entourent, et surtout les avis que certains médecins de salons hasardent avec une légèreté vraiment coupable. Mais indépendamment de ces écueils semés sous les pas des graveleux, il en est d'autres non moins dangereux qui doivent éveiller toute la sollicitude des praticiens; nous voulons parler des journaux, des annonces, des affiches, des écrits spéciaux, qui sont avidement saisis par les calculeux. Ces sortes de malades, ajoute avec raison M. Civiale, se livrent en aveugles aux spéculations industrielles, et ne se lassent pas de soumettre leur corps aux médications les plus bizarres. L'auteur rapporte à ce sujet des faits de nature à faire gémir sur les tristes conséquences des coupables combinaisons que le charlatanisme sait inventer pour capter la confiance des graveleux, en leur enlevant les chances de salut que la temporisation leur fait perdre.

On se demandera peut-être ce qu'ont de commun avec le traitement médical de la maladie calculeuse les considérations qui précèdent. Il suffit de quelques réflexions sur ce point pour se convaincre que ce chapitre n'est pas déplacé dans un ouvrage destiné à éclairer les praticiens et le public sur la fausse direction que l'on cherche à donner à la thérapeutique de la pierre et de la gravelle. A entendre quelques personnes, il suffit aujourd'hui d'aller à Vichy, à Contrexeville, à Carlsbad, ou d'avaler quelques onces de bi-carbonate de soude pour être guéri de ces cruelles maladies. M. Civiale fait voir combien sont funestes ces illusions que l'on s'efforce d'entretenir dans le monde, et contre lesquelles on ne saurait trop se prémunir. Si l'auteur, cédant à sa trop juste indignation, a stigmatisé de sa verve caustique l'industrialisme médical se drapant sous le manteau de la science et de la philantropie, il a cru sans doute être utile à une classe de malades à laquelle il consacre depuis long-temps ses veilles. La pureté de ses intentions, aux prises avec l'impudence du charlatanisme, suffira pour l'absoudre de la vivacité de ses attaques.

C'est dans la seconde partie de son travail qu'il aborde, à proprement parler, le traitement médical et préservatif de l'affection calculeuse. Le premier chapitre, consacré à la thérapeutique générale de cette maladie, présente d'abord l'exposition des moyens dirigés contre les sables rouges et les dépôts pulvérulens. La prédominance de la matière solidifiable de l'urine et la formation des sables, soit que le dépôt s'en effectue par le refroidissement du liquide, soit qu'ils paraissent tout formés au moment même de la sortie de l'urine, sont essentiellement liées, suivant M. Civiale, à un état de surexcitation directe ou indirecte des reins. La principale difficulté du traitement consiste dès lors à déterminer les causes qui provoquent cette surexcitation rénale; elle se rattache assez ordinairement à un état morbide de l'appareil urinaire, tel qu'un rétrécissement de l'urètre, des coarctations spasmodiques, un état névralgique du canal et du col de la vessie, une paresse de ce dernier viscère, etc. C'est en s'attachant à bien préciser, puis à détruire ces états morbides primitifs à l'aide des moyens déjà indiqués par l'auteur dans son Traité des maladies de l'urètre, qu'on voit, en peu de jours, disparaître les sables de l'urine sans l'emploi d'aucun traitement spécial, et qu'on obtient une guérison durable.

Cette méthode rationnelle est bien différente du traitement empirique qu'on trouve si complaisamment décrit dans tous les livres, et qui n'ont la plupart du temps pour effet que d'aggraver la situation des malades. Il paraît inconcevable que des idées aussi simples n'aient pas frappé plutôt l'attention des praticiens. C'est en réalité sur ce pivot que roule tout le traitement de la gravelle et la prophylaxie de l'affection calculeuse, ainsi que le démontre M. Civiale dans le cours de son ouvrage.

Il est toutefois des cas dans lesquels les reins se sont trouvés si long-temps sous une influence morbide, que le vice de la sécrétion persiste, quoique la cause première ait disparu; ces exceptions rentrent dans la catégorie des cas où la maladie calculeuse est plus avancée. Quelle que soit, au reste, la coloration des sédimens urinaires, coloration qui, d'ailleurs, n'a point toute la portée qu'on lui a attribuée, quoiqu'elle constate des différences dans le degré ou dans le mode du trouble de la fonction rénale, l'observation a démontré plus d'une fois à M. Civiale, et j'ai pu remarquer moi-même, que le traitement général ne réclamait pas de notables modifications; il faut excepter toutefois les sédimens cendrés et blancs, sur lesquels nous aurons bientôt occasion de revenir.

La gravelle constitue le second degré de la maladie. Le traitement médical de la gravelle d'acide urique, la plus commune de toutes, varie suivant diverses circonstances qui peuvent se présenter, et que M. Civiale range sous trois séries; savoir: 1° émission de graviers spontanée et sans douleur; 2° coliques néphrétiques avec émission de graviers; 3° coliques néphrétiques sans expulsion de graviers. L'auteur a présenté sur ces différentes questions des considérations pratiques du plus haut intérêt; nous ne pouvons que les signaler ici, en renvoyant le lecteur à l'ouvrage lui-même, dans lequel il puisera de sages préceptes propres à le guider dans la pratique. M. Civiale apprécie du reste à leur juste valeur, en les soumettant à une sage critique, différens moyens auxquels l'empirisme le plus aveugle ou des théories imaginaires ont eu recours dans le traitement de la gravelle. Il insiste de nouveau sur les divers états morbides des organes urinaires, qui provoquent et entretiennent la maladie, et dont n'ont, jusqu'ici, tenu aucun compte les auteurs qui ont écrit sur la gravelle. Le point de vue judicieux sous lequel il a envisagé le traitement de cette affection, est le seul qui satisfasse la raison et qui en définitive offre les résultats les plus avantageux. Que la gravelle soit d'acide urique, d'oxalate calcaire ou de cystine, le traitement ne diffère pas d'une manière notable, quoiqu'en aient dit certains auteurs modernes.

A l'occasion de la gravelle blanche ou phosphatique, à laquelle l'auteur a consacré un article spécial où l'on trouve des vues neuves et intéressantes, il s'élève de nouveau contre les méprises dans lesquelles sont tombés ceux qui ont attribué au régime alimentaire toutes les causes de la gravelle en général.

La gravelle jaune ou rouge (acide urique, urate d'ammoniaque) se forme spécialement dans les reins, et seulement à la suite de troubles fonctionnels, d'un dérangement dans la sécrétion de l'urine, tandis que la gravelle blanche ou phosphatique prend

Les deux lambeaux se rapprochent avec une grande facilité ; j'assure leurs rapports au moyen d'une douzaine de points de suture, et je les comprime légèrement et d'une manière égale au moyen de quelques gâteaux de charpie et quelques compresses fixées par une longue bande.

Cette énorme tumeur pesait treize livres quatre onces. Généralement très dure, elle présentait plusieurs points fluctuans, un, entre autres, à la partie antérieure supérieure, un autre vers la partie inférieure de la face profonde. Ces points fluctuans étaient des kystes pleins d'une sérosité brunâtre, présentant intérieurement, sur une partie de leur surface un grand nombre de petits corps kystiformes, de la forme et du volume d'un noyau d'olive, pressés les uns contre les autres, et tous implantés sur la paroi de la cavité. Ces corps olivaires, enveloppés d'une membrane ténue et diaphane, contiennent à l'intérieur un liquide de couleur citrine, assez consistant, qui ne coule pas, retenu qu'il est par une trame très déliée, comparable aux prolongemens intérieurs de la membrane hyaloïde. En incisant la tumeur dans tous les sens, je trouve cinq de ces kystes de capacité différente : il y en a un qui recevrait le poing; le plus petit contiendrait un œuf de poule. Tout le tissu de la mamelle, énormément hypertrophié, est dur, jaunâtre, granulé, crie sous le scalpel ; mais ne présente ni les caractères anatomiques du vrai squirrhe, ni ceux du cancer encéphaloïde. Le tissu cellulaire comprimé forme à la tumeur un kyste complet ; la peau, fort épaissie, rugueuse et brunâtre dans certains points, se sépare partout sans difficulté de la tumeur.

L'opération ne donna pas lieu au plus léger accident. la fièvre traumatique fut presque nulle. Le 14, j'enlevai les fils des sutures, et je trouvai les lambeaux complètement recollés aux parties sous-jacentes et présentant seulement quelques points de suppuration sur leurs bords. Le dix-huitième jour la guérison était complète.

Cette femme a joui de la meilleure santé depuis cette époque. Il ne lui reste d'autre trace de cette opération qu'une longue cicatrice linéaire, formant une courbe dont la concavité est tournée vers la ligne médiane.

Sarcocèle volumineux ; difficultés du diagnostic ; castration.

Un homme âgé d'environ cinquante ans, eut le testicule gauche froissé par un coup de genou que lui donna involontairement sa femme pendant son sommeil. La douleur vive que lui causa cette contusion se dissipa promptement. Huit mois plus tard, cet homme s'aperçut que son testicule augmentait de volume.

Il s'adressa alors à un médecin, et se soumit à un long traitement qui n'arrêta pas les progrès du mal. Le malade s'adressa à moi vers la fin de septembre 1838 ; il y avait alors deux ans que son testicule avait été froissé, et seize mois qu'il avait commencé à grossir. La tumeur était très volumineuse ; la peau du scrotum était fortement tendue; le testicule droit était sain et appliqué par le scrotum tendu sur la partie supérieure du côté correspondant de son congénère, sur lequel il était cependant bien mobile. La tumeur, régulièrement ovoïde, présentait à sa partie antérieure et supérieure un point saillant où la fluctuation était manifeste ; le malade n'accusait aucune douleur lancinante, et n'était incommodé que par le volume, et surtout par le poids de la tumeur, qui tiraillait douloureusement le cordon quand le scrotum n'était pas soutenu par un suspensoire. La pression excitait très peu de douleur. La tumeur n'était nullement transparente; pressée entre les doigts, elle cédait dans le sens de la compression, et se renflait dans les autres diamètres. Je plongeai dans la tumeur une aiguille à cataracte; sa pointe me parut libre dans une cavité. Je crus à l'existence d'une hydrocèle à parois très épaisses. Cependant, je n'étais pas bien sûr de mon diagnostic; il me restait des doutes sur la nature de la tumeur. Evidemment, il n'y avait qu'hydrocèle; les membranes avaient une telle épaisseur que l'excision pouvait seule convenir. J'entrepris cette opération, bien décidé, ainsi que le malade, à qui j'avais fait part de mes doutes, à sacrifier le testicule s'il le fallait.

Je pratique en avant une première incision, étendue de la partie supérieure au point le plus déclive de la tumeur. A travers cette incision qui ne comprend que la peau, je plonge le bistouri dans le centre de la tumeur, et je reconnais qu'il n'y a pas d'hydrocèle, mais bien une dégénérescence du testicule. Je prolonge alors supérieurement l'incision de la peau jusque vers l'anneau inguinal, et une seconde incision partant de ce dernier point descend sur le côté externe de la tumeur, circonscrivant avec la première un large lambeau du scrotum. La peau est partout très mobile ; aussi, la dissection est-elle rapide ; dans un instant le sarcocèle est détaché, et je coupe le cordon qu'un aide a saisi de manière à l'empêcher de remonter. Quatre petites artères sont liées à la surface de la section du cordon ; j'assure les rapports des deux bords de la plaie par la suture entrecoupée.

Il ne survint aucun accident. C'est le 7 octobre 1838 que l'opération fut pratiquée. Le 12, j'enlevai les sutures ; la plai était alors tout à fait linéaire. La guérison fut complète le quinzième jour. Depuis lors, cet homme a joui d'une santé parfaite.

Autopsie de la tumeur. Le sarcocèle a au moins le volume de la tête d'un enfant à terme ; la tunique vaginale est sans cavité, par l'adhérence de ses deux feuillets ; la tunique albuginée est épaissie. J'incise la tumeur longitudinalement ; son tissu est d'un blanc jaunâtre, d'un aspect uniforme, *cérébroïde*, et se laisse traverser par le doigt sans difficulté. L'épydidyme présente la même altération que le testicule ; il n'a pas augmenté de volume dans les mêmes proportions que celui-ci.

Le canal déférent, dégénéré à son origine comme le testicule et l'épydidyme, reprend bientôt son aspect normal. Le cordon est sain. Sous les enveloppes du cordon, au-dessus de l'épydidyme, existe un kyste séreux du volume d'une noix, qui, par sa partie inférieure, adhère largement à l'épydidyme et au testicule.

Ce fait m'a paru intéressant par la difficulté qu'a présentée le diagnostic. La compressibilité de la tumeur, l'absence des douleurs à la pression, la facilité avec laquelle je faisais mouvoir en tous sens l'aiguille à cataracte dans le tissu mou et friable du testicule dégénéré, la fluctuation qui se faisait sentir à la partie supérieure, formaient une réunion de signes bien propres à tromper l'observateur sur la vraie nature du mal.

Au reste, en pareil cas, si l'opérateur a de la prudence, l'incertitude du diagnostic est sans inconvénient. Si on a affaire à un squirrhe, l'extirpation est indispensable ; si c'est une hydrocèle, ses parois sont excessivement épaisses; l'excision peut seule convenir. En agissant comme faisait toujours Dupuytren dans ces cas douteux, comme j'ai cru devoir le faire moi-même en cette circonstance, en faisant avec le bistouri une ponction exploratrice à la tumeur à travers la première incision de la peau, on évite sûrement tous les inconvéniens d'une erreur de diagnostic.

CONCOURS POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE.

Séances des 23, 27 et 30 *décembre.*

MM. Requin et Dalmas ont parlé *de l'asthme.* Le premier a fait une simple reconnaissance dans le domaine de cette question, et s'est livré à des considérations beaucoup trop générales et susceptibles de s'appliquer autant à l'examen de la dyspnée qu'à celui de l'asthme. Peut-être serait-on en droit de lui adresser, sans trop d'injustice, ces paroles de Job à ses amis : *Ce que vous savez ne m'est point inconnu*, si les défauts d'une épreuve pouvaient faire douter d'un mérite incontestable.

—M. Dalmas a prouvé qu'il possédait une grande partie des élémens de la question qui lui était soumise, et savait les exposer avec simplicité et méthode; aussi a-t-il été écouté avec le plus vif intérêt; malheureusement il n'a pas rempli entièrement les conditions de temps qui lui étaient imposées.

— *De l'urine dans les maladies.* « Elevé à une école solidiste, où on considérait comme une chose ridicule et même honteuse d'observer les urines, je ne me considère pas comme suffisamment préparé à cette question. » Tel est l'aveu par lequel a débuté M. Gibert, et auquel il s'est montré fidèle dans tout le cours de sa leçon.

Malgré le désavantage de cet exorde, M. Gibert a trouvé le moyen de parler pendant une heure, et, qui mieux est, de faire écouter avec tant de plaisir ses spirituelles excursions, que personne ne s'est rappelé la fin de l'épigramme de Martial : *Jam dic, Postume, de tribus capellis*, ou la traduction qu'en a donnée Racine dans ses *Plaideurs* :

Avocat, je prétends
Qu'Aristote n'a point d'autorité céans ;....
Avocat, il s'agit d'un chapon
Et non point d'Aristote et de sa politique.

—M. Gibert a donc livré à M. N. Guillot la question des urines presque intacte, et l'on doit avouer qu'il était difficile d'avoir un plus digne successeur. La dissertation de ce candidat, une des plus remarquables de ce concours, est un excellent résumé des recherches physiques, chimiques et même microscopiques sur les urines, et de leur application à la pathologie. Nous ferons néanmoins observer qu'il eût été plus convenable pour l'indépendance et l'équité de la science que, dans cette leçon, la néphrite albumineuse éclipsât moins exclusivement l'albuminurie.

— M. Broussais a eu à traiter *de la gangrène* : on a été étonné de lui voir seulement aborder les sommités de la question, et négliger les détails pratiques qu'on était en droit d'attendre de lui. Peut-être ce jugement est-il trop sévère ; mais nous pensons que plus un candidat est distingué, moins la critique doit être indulgente.

— Entendre une leçon de M. Hourmann, c'est assister à une conversation où l'on n'est pas étonné par une abondante phraséologie, ébranlé par une voix sonore, ou dominé par un imperturbable à-plomb, mais où l'élégante simplicité du langage est alliée à la justesse de l'expression, et la précision de la forme à la valeur de la pensée. Sa leçon sur la gangrène a d'ailleurs eu l'avantage de nous faire pénétrer dans les détails d'un sujet que son prédécesseur n'avait fait qu'effleurer ; car on dirait que dans ces trois séances, les premiers entrés en lice semblent avoir eu pour but d'indiquer la carrière que les seconds ont pris le soin de parcourir.

M. EMILE CHEVÉ, d.-m.-p., ouvrira un nouveau Cours de pathologie interne le mardi 7 janvier à midi 1 quart, dans son amphithéâtre, rue de La Harpe, 90. Ce Cours aura lieu tous les jours, jeudis et dimanches exceptés.

---

plus particulièrement naissance dans la vessie, quoiqu'on en rencontre aussi, mais beaucoup plus rarement, dans les reins et dans les uretères. Cette espèce de gravelle est le résultat d'une phlegmasie continue et plus ou moins intense, avec ou sans lésions organiques de l'appareil urinaire, et surtout de la vessie, ainsi que l'a péremptoirement démontré M. Civiale, dans son Traité de l'affection calculeuse : « Quand on examine les sujets atteints de cette sorte de gravelle, dit ce chirurgien, on a de la peine à comprendre que certains médecins aient songé à lui assigner pour cause une nourriture trop succulente. La plupart des malades, au contraire, sont affaiblis soit par le catarrhe vésical, soit par d'autres maladies de l'appareil urinaire ; ils sont pâles, maigres ; les facultés digestives sont débilitées et leur estomac ne supporte qu'une nourriture peu substantielle. »

Le traitement à mettre en usage contre la gravelle grise, ne diffère pas moins que les causes et les symptômes de cette maladie. S'agit-il d'une urine bourbeuse, crétacée, entraînant de petits amas de matière graveleuse durcie, c'est contre l'affection catarrhale qu'il faut agir, sans, pour ainsi dire, s'occuper de la gravelle qu'occasionne cet état de la vessie.

Le traitement consiste à faire des injections, qui ont pour effet de débarrasser ce viscère du dépôt qu'il peut contenir, d'en changer le mode de vitalité et d'en ranimer la contractilité presque toujours affaiblie. L'auteur entre ici dans tous les détails que comporte ce sujet, sur la manière de faire ces injections, sur la température du liquide, sur les précautions réclamées par ce moyen, dont l'emploi a été beaucoup trop négligé dans le traitement des maladies génito-urinaires en général, et dans celui de la gravelle en particulier.

Quoique les injections constituent la partie essentielle du traitement, il convient de recourir à divers moyens accessoires propres à faciliter et assurer le succès; telles sont les boissons abondantes, quelques bains chauds, les lavemens purgatifs, les lotions et applications émollientes, le repos, un régime doux, etc.

Lorsqu'on peut soupçonner que les reins sont le siége principal de la phlegmasie et le lieu de la formation des graviers blancs, c'est sur ces organes qu'il faut surtout diriger le traitement. Il est facile de comprendre que les injections vésicales, si efficaces dans d'autres cas, n'auraient ici qu'un effet secondaire. C'est d'ailleurs dans ces circonstances, en général fort graves, que la santé générale et la constitution du malade ont reçu la plus rude atteinte. Le traitement devient dès-lors plus compliqué et plus embarrassant pour le praticien. Toutefois, c'est sur les boissons diurétiques prises en grande quantité, qu'il faut le plus compter : celles qui réussissent le mieux, et dans le plus grand nombre de cas, sont les eaux acidulées gazeuses, simples ou sulfureuses ; celles de nature alcaline sont généralement nuisibles ici. Disons même, par anticipation, que les eaux minérales les plus vantées contre la gravelle, et que l'on prescrit indistinctement pour tous les cas, ne sont réellement utiles que par la grande quantité qu'on en boit. Or, l'eau pure, qui est de tous les diurétiques le plus inoffensif, produit à peu près le même effet, prise aux mêmes doses.

Diverses circonstances peuvent faire échouer le traitement dirigé contre les dépôts que contient l'urine, soit que ceux-ci se montrent sous forme de poudre ou de sable, soit qu'ils constituent la gravelle proprement dite. Communément alors il existe des états morbides qui paralysent les efforts de la nature et de l'art. C'est donc à découvrir et à écarter ces obstacles, qu'il faut d'abord s'attacher. De même une foule de particularités exercent une influence incontestable sur la production de la gravelle, son développement, sa gravité, son mode d'expulsion et son traitement. M. Civiale a consacré un chapitre fort étendu à l'examen des diverses questions qui se rattachent aux différentes circonstances que nous venons de signaler et d'après lesquelles le traitement médical de l'affection calculeuse doit être modifié. L'auteur examine d'abord les cas dans lesquels les graviers ne peuvent sortir lorsqu'ils sont retenus dans les reins et les uretères. Il signale, à cette occasion, un fait important, c'est qu'en général les reins ne fonctionnent mal et ne deviennent le siége de lésions plus ou moins graves, que parce qu'il existe dans la vessie ou l'urètre un état morbide qui gêne l'émission de l'urine. Cette remarque, que justifie l'observation journalière, a été trop négligée dans le traitement de la gravelle.

Les graviers peuvent aussi être arrêtés dans la vessie. Ici l'art a des moyens de s'assurer de la cause qui s'oppose à la sortie des corps étrangers ; il possède des ressources pour faciliter leur expulsion et prévenir ainsi le développement de la pierre. M. Civiale, s'appuyant sur de nombreuses observations fournies par sa pratique, a fait connaître la conduite rationnelle qu'il convient de tenir, suivant les causes variées qui peuvent retenir les graviers dans la vessie. Ce sont :

1° L'état spasmodique de l'urètre et du col vésical.
2° Les rétrécissemens du canal.
3° La tuméfaction ou toute autre maladie de la prostate.
4° La paralysie de la vessie.

On conçoit que c'est principalement contre ces divers états morbides que doivent être dirigés les moyens curatifs, afin de favoriser l'expulsion de la gravelle qui n'est ici qu'un accessoire, et dont la rétention expose nécessairement le malade à tous les accidens qu'entraîne la pierre.

Nous regrettons de ne pouvoir qu'appeler l'attention sur cette partie tout-à-fait neuve de l'ouvrage de M. Civiale, qui a su saisir les véritables indications sur lesquelles doit être établi le traitement de la gravelle. Ce serait bien en vain qu'un malade serait soumis pendant trois ou quatre saisons à l'usage du bi-carbonate de soude et des eaux minérales les plus renommées, fussent même celles de Vichy, si un rétrécissement organique de l'urètre, si une hypertrophie de la prostate, formaient une barrière infranchissable aux graviers renfermés dans la vessie.

Indépendamment des modifications qu'apportent dans le traitement curatif et préservatif de la maladie calculeuse les circonstances particulières que nous venons de signaler, il en est d'autres qui sont commandées par l'âge, le sexe, le climat, le régime alimentaire. On lira avec intérêt les remarques suggérées à l'auteur par l'examen approfondi de ces diverses questions auxquelles se rattachent une foule d'erreurs qu'il a victorieusement combattues, notamment celle qui concerne l'influence des alimens azotés sur la production de la gravelle et de la pierre, et sur laquelle un savant physiologiste a bâti tout un roman, du reste très bien fait.

M. Civiale a été naturellement conduit à examiner s'il est préférable de faire l'extraction, par un procédé chirurgical, des graviers d'un certain volume, ou de chercher à en provoquer l'expulsion en stimulant les organes et en rendant l'urine très abondante. Ce problème n'est pas aussi facile à résoudre qu'on pourrait le penser. L'auteur s'appuyant sur la facilité et la promptitude de la guérison de l'affection calculeuse, à son début, par les procédés de la lithotritie, n'hésite pas à préférer l'extraction et le broiement des graviers, à l'emploi des moyens souvent fort longs et toujours incertains, qui sont recommandés pour favoriser leur expulsion ; le temps perdu tourne alors au préjudice du malade, qui se trouve dans des conditions moins avantageuses à raison des désordres qu'occasionnent la présence et le volume toujours croissant des graviers. Cette opinion fort sensée, que nous partageons, est étayée d'un grand nombre de faits. Ils démontrent que des malades ont vu leur état s'aggraver, après avoir trop compté sur le succès d'un traitement médical qu'on leur avait présenté com-

me infaillible, tout en exagérant les souffrances et les dangers de la lithotritie.

Nous saisirons cette occasion pour présenter quelques remarques sur une opération de ce genre, pratiquée au mois d'août dernier, dans la Maison de Santé et de Médecine opératoire. Parmi les particularités qu'a présentées le traitement du malade, l'auteur de la relation qui en a été donnée (voyez *Gazette des Hopitaux*, n° 142, page 566, 3e colonne), a noté « la grande facilité avec laquelle les fragmens s'arrêtaient dans le canal de l'urètre vers la portion prostatique, qui présentait une espèce d'infundibulum.» Il attribue, avec raison, à cette circonstance les nombreuses orchites survenues pendant le cours du traitement. Le conseil qu'il donne ensuite de repousser dans la vessie les fragmens qui n'ont pas dépassé le bulbe de l'urètre, est fort sage. Quant à la meilleure manière de procéder pour opérer cette répulsion, elle a déjà été indiquée par M. Civiale. L'introduction d'une grosse sonde élastique, dont l'extrémité oculaire presse sur le gravier, en même temps qu'on pousse modérément une injection d'eau tiède, est un procédé dont fait usage le chirurgien que nous venons de citer, depuis qu'il pratique la lithotritie. Il l'a fait connaître dans plusieurs de ses ouvrages, et j'ai eu moi-même occasion de le recommander dans différens articles de ce Journal. Le succès qu'a obtenu l'auteur de l'observation que nous avons sous les yeux, est une nouvelle preuve de la bonté de ce procédé, qu'ont au reste adopté M. Leroy (d'Étiolles) et la plupart des chirurgiens.

Nous ferons observer aussi que, lorsque l'urètre présente la disposition qui a été notée plus haut et que les débris de la pierre s'y agglomèrent sans cesse, il est souvent préférable d'y laisser à demeure une sonde à larges ouvertures et d'employer quelques autres moyens dont M. Civiale se sert avec avantage. Un lithoclaste à courbure large et aplatie, et qui permet de réduire les fragmens presque en poussière, rend beaucoup moins fréquent l'accident qui a été signalé et qui est un des plus graves de la lithotritie.

Nous n'avons pas encore tout dit sur le dernier ouvrage de M. Civiale; il nous reste à examiner la partie relative à la dissolution de la pierre dans l'intérieur du corps vivant et à l'action des substances alcalines contre cette maladie. La manière dont l'auteur a envisagé et traité cet important sujet mérite une sérieuse attention. La position scientifique de M. Civiale et son expérience donnent une grande portée aux opinions qu'il a émises sur ce point: nous y reviendrons dans un prochain article.

H. L.

La séance de l'Académie des sciences du 30 décembre a été consacrée à la distribution des prix, à la proclamation des sujets proposés pour les futurs concours, et à l'éloge de M. Ampère, par M. Arago.

Nous avons déjà indiqué le nom des lauréats; nous rendrons compte de cette séance dans le prochain numéro.

M. le docteur DANFERT vient de recommencer dans son magnifique établissement, rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, n° 8, un nouveau Cours préparatoire au baccalauréat ès-lettres et ès-sciences, ainsi qu'au premier examen de médecine. Ce praticien, d'un mérite bien connu, s'est adjoint des professeurs ayant fait leurs preuves. Les jeunes gens qui se préparent aux différentes écoles du royaume, puiseront également dans son beau cabinet de physique, le seul en son genre, tous les élémens nécessaires à l'instruction dont ils ont besoin.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 7 JANVIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 3, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX DE LONDRES.

Brûlure de l'arrière-bouche causée par une gorgée d'eau bouillante. Suffocation. Bronchotomie. Mort. Par M. Travers.

Un enfant âgé de trois ans, habitué à boire du thé chaud, a pris, en l'absence de sa mère, quelques gorgées d'eau bouillante qu'il croyait être du thé; il s'est brûlé toute la bouche et l'entrée du pharynx et de la glotte. La douleur a été vive; elle a été suivie de dysphagie et de tous les symptômes du croup. Ces symptômes sont devenus alarmans, la suffocation surtout a pris un caractère de gravité extrême. La mère a conduit l'enfant à St-Bartholomew's-Hospital. M. Travers a pratiqué sur-le-champ la bronchotomie pour remédier à la suffocation menaçante. L'enfant a éprouvé aussitôt un mieux très marqué, mais son état a empiré dans la nuit et il est mort.

A l'autopsie on a trouvé la bouche et le fond de la gorge excoriés; la cavité de la glotte rouge, couverte de mucus épaissi et de lymphe plastique; la muqueuse de cet organe gonflée, son tissu sous-muqueux infiltré de sérosité. L'auteur dit qu'il existe plusieurs cas pareils dans lesquels la bronchotomie pratiquée de meilleure heure a parfaitement réussi. Pour que l'opération réussisse, il faut, ajoute-t-il, qu'elle soit faite avant que le cerveau et le poumon soient congestionnés. (*The Lancet.*, novembre.)

— Les faits de cette nature sont assez rares; ils méritent cependant d'être signalés à cause de leur gravité et du remède essentiel qui leur convient, la trachéotomie ou la bronchotomie.

L'autopsie précédente et une légère réflexion sur les symptômes ci-dessus, feront aisément comprendre que les effets de la brûlure en question se réduisent à ceux de l'angine trachéale.

Nous présumons, du reste, que la même cause agit différemment chez les enfans que chez les personnes adultes. C'est effectivement d'observation que des alimens très chauds, plus chauds même que l'eau bouillante, ne produisent rien de pareil. C'est que chez les adultes la muqueuse buccale se trouve déjà habituée à tolérer un haut degré de chaleur. Nous avons vu un de nos confrères passer impunément sur sa langue, à plusieurs reprises, une grosse clé rougie au feu. On voulait nous faire croire à une préparation particulière de la langue, à l'aide de moyens chimiques; il n'en était rien; cependant, c'est que le calorique de la clé s'épuisait tout simplement sur la salive et l'épiderme qui couvraient la surface du même organe.

Epingle enfoncée profondément dans l'oreille; accidens graves; par M. Paul.

Marguerite Duff, âgée de dix-huit ans, entre à l'hôpital en janvier 1839, se plaignant d'un violent mal d'oreille. Elle déclare qu'une année auparavant, en voulant gratter cet organe avec une épingle, elle s'enfonça profondément et lui échappa des doigts. Une année s'est passée sans la moindre souffrance, mais depuis quinze jours des douleurs lancinantes insupportables s'étaient déclarées dans l'oreille et dans la tête, qui l'empêchaient de prendre le moindre repos.

M. Paul explore attentivement le conduit auditif à l'aide de tubes lumineux; il ne découvre aucun corps étranger. Cependant il croit voir une sorte de petite tache sur la membrane du tympan. Cataplasmes émolliens, sangsues, opiacés. Les symptômes augmentent; l'insomnie devient alarmante.

Plusieurs mois se passent dans cet état. Le 3 avril, on explore de nouveau le conduit auditif; on s'assure que la tache de la membrane tympanique est plus saillante et qu'elle est formée par la tête d'une épingle. On la saisit avec une pince et on l'extrait en la détachant de la tige métallique. Les symptômes continuent. Les nouvelles explorations ne font pas apercevoir le corps étranger jusqu'au 28 mai; alors l'épingle paraît à travers la membrane du tympan: on la tire. Les souffrances s'apaisent peu à peu et la malade guérit. (*Ibid.*)

— Il est bien remarquable qu'un corps étranger de la nature de celui dont il s'agit ait pu rester impunément si long-temps dans un organe si délicat. Il est probable cependant que les choses se seraient autrement terminées si le chirurgien n'avait pas été assez heureux pour l'en extraire. On n'ignore point les conséquences malheureuses qui ont suivi des accidens de ce genre; qu'il nous suffise de rappeler cette observation de Sabatier, d'un enfant qui est mort des suites de la chute d'une petite boule de papier mâché dans le conduit auditif. A l'autopsie, ce célèbre chirurgien trouva la membrane du tympanite détruite, la caisse en suppuration et le rocher nécrosé et couvert de pus; le corps étranger fut rencontré au milieu de ces désordres. L'histoire des corps étrangers tombés dans l'oreille est beaucoup plus importante qu'on ne le croit communément; les exemples malheureux de cette espèce fourmillent dans les annales de l'art, et pourtant beaucoup de médecins paraissent eux-mêmes tout aussi peu imprévoyans des dangers de la pratique commune de gratter le conduit auditif avec une épingle ou quelque autre corps étranger, que le vulgaire.

Fistule vagino-abdominale. Eventration vulvaire; par M. Stanley.

Une jeune femme accouche de son premier enfant avec beaucoup de difficulté; le travail a duré près de deux jours, et le vagin a été gangréné sur un point par l'action compressive de la tête. Après la chute de l'eschare, une ouverture avec perte de substance est restée dans le fond du vagin, faisant communiquer cet organe avec la cavité péritonéale. Une anse d'intestin s'est engagée, et a fait procidence dans le vagin. On y a placé un pessaire, dont la présence n'a point empêché la femme de redevenir enceinte.

Le second accouchement n'a rien offert de remarquable. Quatre autres grossesses ont suivi cette dernière. On a placé de nouveau le pessaire; la femme a tellement négligé cet instrument qu'il finit par s'entourer d'une sorte de bourrelet, et occasionner des symptômes d'étranglement.

C'est pour ce dernier accident qu'elle s'est fait recevoir à *Bartholomew's hospital.* M. Stanley extrait d'abord le pessaire; il examine ensuite l'état de la fistule, dont les dimensions paraissaient assez considérables pour permettre la formation d'une procidence intestinale. Celle-ci cependant ne dépassait point le fond du vagin. M. Stanley a cru devoir tenter une opération pour oblitérer, ou du moins pour rétrécir l'ouverture accidentelle; mais il ne décrit point cette opération, ni les conditions particulières de la fistule. Malheureusement, cependant, sa tentative n'a fait qu'empirer l'état de la malade; la procidence intestinale a acquis le volume d'une tête de fœtus à terme, et s'est prolongée par la vulve jusqu'au périnée. Cet état était vraiment affreux. Le chirurgien voulait tenter une seconde opération; mais la malade s'y est refusée, et a quitté l'hôpital. (*Ibid.*)

—Les fistules vagino-péritonéales et entéro-vaginales ont été signalées depuis long-temps. Les faits, cependant, de cette espèce que la science possède sont en très petit nombre. Nous n'en connaissons même pas de pareils à celui-ci. Pour que ce mode de lésion ait lieu à l'occasion d'un accouchement, il faut que l'eschare se déclare en haut et en arrière du fond du vagin: ce qui est rare; aussi voit-on plus souvent ces eschares communiquer avec la vessie ou le rectum qu'avec le péritoine. Il en est autrement quand la lésion est produite par un corps vulnérant qui traverse verticalement le vagin; dans ce cas, cependant, la fistule n'est pas toujours incurable.

On se rappelle un fait de cette nature arrivé il y a quelques années à Montpellier, d'une jeune personne qui, dans une chute de haut sur les fesses, s'est empalée par le vagin à travers une sorte d'échalas planté sur le lieu. Le corps est entré dans le péritoine, mais on l'a retiré, et la malade a guéri.

Des fistules non moins graves par cette voie, sont celles qui résultent de l'ouverture d'un intestin dans le canal vaginal, à la suite des causes diverses que nous ne devons pas examiner ici. Ce sont là des fistules stercorales plus incurables encore que celles qu'on nomme recto-vaginales.

Le fait dont nous venons de rapporter les détails offre ceci de particulier, qu'il constitue une éventration par une voie insolite dépourvue de sac et même de tégumens; une masse énorme d'intestins sortait au dehors, et on a lieu de s'étonner que la malade n'ait pas succombé à une entérite. La tumeur, cependant, était réductible; et on conçoit qu'on pourrait, jusqu'à un certain point, s'opposer à l'issue des viscères à l'aide de quelque moyen mécanique.

Hémorrhagie abdominale provenant de la trompe de Fallope à la suite d'une fausse couche; par M. Barlow.

Une jeune femme âgée de vingt-deux ans, enceinte de six mois, est avortée sans cause appréciable. Une hémorrhagie a suivi la fausse couche; puis la femme a paru affectée de purpura hémorrhagica, et est morte vers le cinquième jour. A l'autopsie on a trouvé un épanchement abondant de sang dans le péritoine et dans le pelvis, des caillots assez abondans existaient dans ces parties. Ayant cherché attentivement la source de cette hémorrhagie, on n'a pu découvrir aucun vaisseau lésé.

La trompe de Fallope cependant, de chaque côté, plongeait dans le foyer sanguin, et son intérieur contenait des caillots. La cavité utérine n'offrait aucun liquide, mais son col était bouché par des caillots sanguins.

Ces circonstancs ont fait penser à M. Barlow que l'épanchement péritonéal provenait de la matrice; le sang étant passé de la cavité de ce viscère par les trompes. Il en a présenté la pièce pathologique à la Société médico-chirurgicale, où une discussion assez piquante s'est engagée à cette occasion.

— M. Bright n'adopte pas l'explication de M. Barlow. Il croit que l'épanchement péritonéal est indépendant de la matrice, et que les caillots trouvés dans les trompes ont été absorbés par ces organes. Il n'est pas rare, dit-il, de trouver du pus dans les trompes absorbé par elles dans le péritoine. Il serait plutôt porté à regarder l'épanchement sanguin comme le produit de la même cause de la purpura hémorrhagica.

M. Lacock ne peut admettre que le sang puisse passer de la cavité utérine dans le péritoine à travers les trompes, leur organisation s'y opose. Un liquide contenu dans l'utérus file, dit-il, plus facilement du côté du col, où il trouve une voie ample, libre et directe. Dans deux cas analogues qu'il a eu l'occasion d'examiner, le sang provenait d'une grossesse tubaire. Du reste, il n'est pas éloigné de croire que le sang pur pourrait être, dans quelques cas, sécrété par le péritoine sans qu'on retrouve à l'autopsie aucune rupture vasculaire.

— M. Brodie n'est pas éloigné d'admettre l'opinion de M. Barlow. Une jeune femme qu'il a soignée d'une oblitération vaginale, éprouvait une rétention menstruelle depuis long-temps; l'utérus en était fort développé; M. Brodie lui a pratiqué la ponction par le vagin et a donné issue à une grande quantité de sang liquide et un peu décomposé. La femme est morte. A l'autopsie, on a trouvé dans le péritoine un épanchement considérable du même liquide sanguinolent. Cette circonstanee n'a pu être expliquée que par la filtration du sang à travers les trompes.

— M. Moore cite un fait pareil au précédent. Le sang s'était fait jour à travers une trompe qui a été trouvée rompue par le sang.

— M. Burne a vu l'un des cas dont a parlé M. Lacock et croit, comme ce dernier, que le sang pourrait avoir eu pour source une grossesse tubaire.

— M. Wilson examine attentivement la pièce de M. Barlow et ne trouve rien qui puisse appuyer l'explication de ce dernier.

La discussion a été close.

ESSAI SUR LA THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES FRACTURES

Par MATHIAS MAYOR.

(Suite du n° 145. — 1839.)

Pour éclaircir ce point important et l'asseoir sur des bases quelque peu scientifiques, il est un moyen bien simple et dont je me suis empressé de faire usage: c'est tout bonnement de chercher à y voir de près. Tous les muscles qui sont chargés d'imprimer quelques mouvemens à l'humérus, étant donc mis très exactement à découvert, j'ai fait la part de ceux qui se trouvent plus ou moins tendus ou relâchés dans telle ou telle position de cet os.

Or il est évident, et au tout premier coup-d'œil, que l'extension complète du bras et de l'avant-bras, de manière à ce que ces membres forment un angle droit avec la ligne médiane; que cette extension est, de toutes les situations de l'humérus, celle qui est la plus propre à tendre les plus nombreux et les plus vigoureux des muscles en question; que le biceps, entre autres, est mis dans un état fâcheux de tiraillement par l'extension du radius sur l'humérus; et qu'en particulier le pectoral et le grand dorsal sont plus violemment tendus ou raccourcis encore « lorsqu'un lien, soi-disant contre-extensif, vient presser contre la région axillaire. »

Il n'est pas moins certain que la même tension générale aura lieu si on élève le bras et l'avant-bras le long du cou, et parallèlement à la ligne médiane; mais qu'on n'aura pas l'inconvénient grave qui résulte toujours de la pression des muscles pectoral et grand dorsal par le lien sous-axillaire.

Enfin il est manifeste, aux yeux de tous, que le placement du bras le long des côtes relâche tous les vaillans fléchisseurs bien connus, et que la flexion de l'avant-bras produit le même bon effet sur le vigoureux biceps. Dans les deux premières de ces positions respectives tout est donc évidemment sacrifié au relâchement des deltoïde, sus-épineux, sous-épineux et petit-rond; et on a, certes, raison de prendre en très grande considération la résistance considérable de muscles aussi puissans. Mais si on doit être aussi méticuleux en présence de ces derniers, il importe, pour être logique, raisonnable et juste, d'éprouver des terreurs proportionnelles, et par conséquent bien autrement saisissantes en face de ces énormes masses charnues qui sont chargées de serrer le bras contre le tronc, et de le porter en avant et en arrière.

Aussi, et pour peu qu'on y réfléchisse, on ne balancera pas un instant à plier les procédés de réduction tout-à-fait en faveur de ces dernières puissances motrices, et sans s'inquiéter le moins du monde de quelques antagonistes *beaucoup plus faibles* et qu'on peut braver impunément. Comme il s'agit, en effet, de se décider entre deux obstacles, le choix ne saurait jamais être douteux ici pour un anatomiste.

Ainsi donc on pourrait donner du procédé de Mott l'explication suivante :

« Grâce à leur ignorance complète des premiers élémens de l'anatomie, les *rebouteurs* ont pratiqué la réduction de l'humérus en faisant de l'extension et de la contre-extension à leur manière, et on a cru devoir les imiter. Mais cette contre-extension est si nuisible sur le pectoral et le dorsal, que le célèbre docteur américain a fait faire un véritable progrès à l'art en la mettant complètement de côté dans cette circonstance. Il a donc dû obtenir des succès là où on avait échoué avec les liens extensifs et contre-extensifs, surtout s'il avait l'attention, comme c'est probable, de fléchir l'avant-bras. »

Si ces aperçus ont quelque valeur, il est clair que le procédé de Mott est jugé; et que, jusqu'à meilleur avis, celui que j'ai indiqué doit mériter la préférence. Il est vrai qu'il n'a encore, pour lui, que l'anatomie, la physiologie et cette mécanique, dont les principes doivent être sacrés aux yeux de tout chirurgien.

Le but essentiel, dans la réduction des fractures et des luxations, étant donc de placer tel ou tel muscle dans un état de relâchement ou d'éviter un degré trop considérable de résistance de la part de tel ou tel autre, il est évident que l'étude de la myologie doit, sous ce seul point de vue, acquérir une importance pratique à laquelle on ne s'est pas arrêté suffisamment jusqu'ici. Rien de plus simple, de plus clair et de plus précis, cependant, que le rôle de chaque muscle dans la réduction de chacune des pièces du squelette; et c'est à l'étudier avec soin que l'homme de l'art doit s'appliquer, pour déterminer exactement la conduite qu'il aura à tenir dans chaque cas particulier.

Le rôle de chaque faisceau ou masse musculaire sera, en effet, actif ou passif, d'une opposition presque indomptable ou plus ou moins facile à surmonter, suivant que le praticien aura présent à la mémoire la situation, la direction et les effets physiologiques divers de tels et tels muscles prépondérans, et qu'il saura combiner les flexions du membre et la direction des tractions dont il croira avoir besoin. Ce n'est qu'en suivant cette marche qu'il parviendra à atténuer, éviter ou annuler les mauvais effets de la puissance musculaire.

Or, ces flexions et ces tractions mécaniques, dans tel ou tel sens, et les résistances musculaires à vaincre, peuvent être exactement calculées et constituent les trois élémens sur lesquels doit s'appuyer le chirurgien pour soumettre, en quelque sorte, à la rigueur des formules mathématiques, tout ce qui concerne la réduction des os luxés et brisés. On le conçoit de reste, puisqu'il y aura, d'un côté, des contractions rectales bien déterminées; et de l'autre, tous les moyens antagonistes qui ressortent des flexions et des tractions mécaniques, et que les uns et les autres de ces états opposés peuvent être soumis à des appréciations plus ou moins exactes.

Il est d'ailleurs assez probable que, dans les cas rares de difficile réduction, on donnera, à l'exemple des Anglais, ou plutôt d'Ambroise Paré, la préférence aux poulies moufflées pour exécuter les tractions, attendu que ce mode d'agir est évidemment mieux gradué, plus uniforme et régulier, plus constant, plus sûr et plus facile à mettre en jeu, que celui par les efforts réunis de plusieurs individus toujours assez difficiles *à discipliner*.

La Gazette médicale s'est empressée d'accueillir, dans quatre de ses numéros, le prolixe mémoire de M. Bonnet sur le traitement des fractures, et elle a fait très sagement, puisque le chirurgien de Lyon semblait se poser pour décider, une fois pour toutes et par des expériences exactes, du mérite de cette grande question clinique. « Convient-il ou non de placer les membres fracturés dans l'extension parfaite? » L'affirmative a été admise et soutenue de la manière la plus absolue par M. Bonnet, et la Gazette l'a laissé passer, sans aucune de ces réflexions dont elle ne se fait cependant pas faute, et qu'elle *doit* en effet se permettre, dans le but d'atténuer l'impression produite par de certaines doctrines. Celles du docteur lyonnais étaient d'autant plus dangereuses, qu'il les avait formulées avec une rare assurance, et, en suite d'expériences fautives et sans aucune valeur thérapeutique.

L'observation suivante déposera, du moins et très douloureusement, contre le silence de ce journal, dans cette circonstance, et contre la responsabilité que son rédacteur a assumée sur lui, en REFUSANT d'admettre dans ses colonnes, les *rectifications* et les *contre-épreuves* que les étranges et vitales erreurs du chirurgien de Lyon exigeaient impérieusement et sans plus tarder.

Observation. Un banquier de Vevey, M. D..., 75 ans, fort replet, fait une chute à peu près à la même heure que le président de Micville, dont il a été question à l'article précédent. Je passerai sous silence une malheureuse et incroyable méprise de son chirurgien, sur la nature du mal, et les tiraillemens inutiles et douloureux qu'il lui a fait subir d'abord; mais je dirai que, forcé d'avouer enfin qu'il s'agissait d'une fracture du col du fémur, au lieu d'une luxation, le docteur se décida pour l'extension parfaite du membre sur le même plan horizontal, et pour de fortes tractions destinées à maintenir le pied malade au niveau de l'autre. Mais cette position ne tarda pas à devenir insupportable, et le malade fit appeler un jeune chirurgien, le docteur Largvier, qui conseilla l'hyponarthécie, la suspension et les deux demi-flexions, telles qu'il les avait vues à l'hôpital de Lausanne.

Son ancien voulut bien consentir aux deux premières; mais, se fondant sur ce qu'il a vu à Paris, sur ce qui se pratique généralement, dit-il, dans cette grande capitale, et, la Gazette médicale à la main, sur ce qui est si bien enseigné et appliqué à l'Hôtel-Dieu de la seconde ville de France, il insiste avec force en faveur de la position étendue du membre.

Cependant les douleurs ne s'amendent point, et l'on supplie M. Larguier de vouloir bien exécuter ce qu'il a conseillé et qui, de notoriété publique, lui a si bien réussi dans d'autres cas analogues. La double flexion est donc alors immédiatement obtenue par le simple soulèvement de la charnière qui se trouve sous le jarret, et, à l'instant aussi le plus grand soulagement est obtenu par le relâchement subit de la généralité des muscles. Inutile de dire qu'au lieu d'être couché constamment sur le dos et sans pouvoir se remuer, M. Dietrick a eu l'avantage de se mouvoir aussitôt et en tous sens, suivant qu'il en éprouvait le besoin. Mais... il était trop tard! Le principe d'une vaste gangrène avait eu le temps de s'établir derrière le sacrum, et l'infortuné vieillard mourut des suites affreuses de ce mal, le trentième jour après l'accident.

Au moment où j'allais expédier cet article pour Paris, j'ai eu, et à point nommé, une de ces bonnes fortunes de praticien et d'auteur qu'on saura apprécier avec moi. J'avais communiqué à quelques confrères et jeunes docteurs comment j'envisageais, en général, la réduction des fractures; et je leur avais annoncé la marche que je me proposais de suivre, ainsi que le procédé que je les engageais à mettre en pratique pour réduire les luxations coxo-fémorales en particulier. Eh bien! ce matin, 27 octobre, j'appris, en entrant à l'hôpital, qu'on y avait apporté la veille Jean-Pierre Chérix, de Bex, 46 ans, qui avait depuis dix jours une luxation du fémur en haut et en arrière, et qu'un de nos habiles docteurs, M. Lébert, n'avait pu parvenir à réduire dans deux tentatives différentes qu'il avait faites. Je fus plus heureux, et en moins de temps que je mettrai à narrer le fait.

Je fais asseoir Chérix sur un lit, la tête bien élevée et soutenue par d'épais oreillers; un drap plié en cravatte est passé derrière les omoplates; les chefs en sont ramenés sous les aisselles, ensuite sur les clavicules, puis réunis derrière le blessé et confiés à un seul aide. Un second lien est disposé au-dessus du genou, et ses chefs sont remis entre les mains de deux aides. Un quatrième aide est chargé de fléchir fortement la jambe; un cinquième, de faire une compression vigoureuse sur le pli de l'aine; et, moi-même, me mettant à cheval sur les genoux du malade, je croisais les mains sous le jarret.

Au moment où je commandai de tirer, de résister et d'appuyer, et où je m'efforçai, en même temps, de soulever le genou pour augmenter encore la flexion de la cuisse et ramener celle-ci dans l'abduction, le bas du tronc s'éleva, de sorte que l'aide chargé de le fixer sur le lit, ni assez fort, ni assez pesant pour cette fonction, un élève, qui avait parfaitement saisi l'importance de la flexion complète de la cuisse, se jeta précipitamment sur l'aine du côté sain, refoula le bassin et décida le succès par cette simple et prompte manœuvre.

La réduction fut, en effet, si facile et si subite, qu'elle passa presque inaperçue, et qu'au lieu du bruit de *crocq*, je n'entendis qu'une espèce de frôlement semblable au frottement léger de deux feuilles de papier l'une sur l'autre.

Il est assez inutile d'analyser ultérieurement ce procédé de réduction; car il est évident que la résistance est mieux à sa place sous les aisselles que sur les muscles de la cuisse et du bassin; que la position assise tend à fléchir celui ci sur la cuisse et à relâcher, par conséquent, tous les muscles du plan antérieur; que la flexion de la jambe, à angle droit, met, de même, les muscles de la région postérieure dans le plus grand relâchement, tout en forçant la cuisse à se plier davantage encore sur le bassin, et que le poids d'un et ensuite de deux aides vers les plis inguinaux a maintenu, forcément, le bas du tronc sur le lit, pendant que je faisais tirer sur la cuisse, et que je m'appliquais à augmenter encore cette même traction, en soulevant le genou et en le reportant en dehors.

Tout cela n'est-il pas simple, facile à saisir et à exécuter, et, surtout, conforme aux idées que nous avons tout à la fois de l'anatomie, des forces vitales ou physiologiques, et des lois de la mécanique appliquée au corps humain.

Lorsqu'on a à sa disposition des aides suffisans et intelligens, il est plus convenable de leur distribuer les divers rôles que nécessite cette réduction; mais s'ils font défaut ou si l'on ne peut pas s'y fier on pourra assez facilement se passer de trois ou quatre d'entre eux en s'y prenant de la manière suivante :

Le lien auquel est confiée la résistance sera fixé au lit derrière la tête du malade; les aines seront fortement pressées et assujetties contre le lit, au moyen d'un drap plié en cravate, et la jambe pourra être maintenue fléchie à l'aide d'un lien qui, des malléoles, ira s'attacher au drap-cravate qui passe transversalement par dessus les deux régions inguinales. Il est d'ailleurs si peu nécessaire de dépenser une grosse somme de force pour tirer sur le genou, qu'un seul homme en viendra facilement à bout s'il a soin de s'arcbouter, avec les pieds, contre celui du lit. On voit même qu'au besoin l'opérateur tout seul pourrait suffire à l'œuvre en fixant et tendant aussi le lien inférieur vers le pied du lit; car aussitôt que nos quatre liens, le *sous-axillaire*, le sus-inguinal, le sus-rotulien et le circum-malléolaire seront fortement tendus et arrêtés, il suffira à l'homme de l'art de se mettre à califourchon sur les genoux du patient, pour être en mesure de soulever le genou et, par conséquent, d'augmenter considérablement et presque à volonté la force de traction. La circonstance qui, ainsi que nous l'avons vu, n'implique le besoin que d'une très faible résistance, semble assez nous indiquer encore, qu'il est très probable qu'on pourrait se passer du lien *sous-axillaire*, et que le *sus-inguinal* suffirait, à lui seul, soit pour appliquer solidement le bassin contre le lit, soit pour constituer par cette forte pression, le degré de résistance jugé convenable et nécessaire pour faire face aux efforts de traction dans une situation semblable. (Telle est bien la conséquence pratique de ce que j'appelle la résistance, dans le traitement des luxations et des fractures; conséquence à laquelle, pour le répéter encore une fois, on ne serait point arrivé avec l'absurde doctrine de la *contre-extension*. Elle est, d'ailleurs, une preuve nouvelle du prix qu'on doit attacher aux principes, puisqu'ils nous mettent incessamment sur la voie du perfectionnement et de la belle simplicité clinique.

On voit encore, du reste, par l'observation ci-dessus de Chérix, et de la manière la plus nette, ce que devient, en CHIRURGIE du moins, le *nombre* infini des cas et des faits, auxquels on tient si fort, à côté de leur *valeur* réelle; et ce que signifie ici, hélas! ainsi qu'ailleurs, la *quantité* même innombrable des objets, s'ils sont vagues et sans portée, en face de leur *qualité*, si elle est incontestable et bien déterminée.

En chirurgie! ai-je dit plus haut : c'est que tout est ici subordonné à des lois connues et positives, empruntées à la chimie, à la physique et surtout à la mécanique, et qu'il est assez inutile de dire et de redire cent fois qu'elle *a pu* être l'effet des leviers dans tel et tel cas donné, lorsque ce même effet peut être parfaitement indiqué *par avance*.

On voit donc combien il importe *en chirurgie* de s'attacher franchement aux *causes*, au lieu de se traîner complaisamment, gauchement et sans aucune utilité, sur des effets évidens et suffisamment connus et appréciés par tout le monde.

Les procédés, les opérations et les instrumens quelconques ne feront donc de véritables progrès *en chirurgie* qu'autant qu'on les fera jaillir du brillant foyer des sciences exactes, et qu'on appellera celles-ci en garantie de leur valeur.

La chirurgie, pour tout dire, est un art dont toutes les parties sont fixées irrévocablement ET DE TOUTE ÉTERNITÉ, de telle sorte que ses progrès ultérieurs (et il y en aura auxquels on ne s'attend guère) peuvent être indiqués d'avance par un habile mécanicien.

La médecine, au contraire, a besoin de faits ou d'effets innombrables, présentés, examinés, tournés et retournés sans cesse et en tous sens, pour fonder son empirisme. Chaque jour et jusqu'à la fin des siècles peut et doit lui apporter quelque léger secours, quelques faibles traits de lumière; car rien, *absolument rien* ne sera *jamais* terminé chez elle.

La chirurgie doit donc être envisagée comme ce qu'il y a de *fini* ou de *parfait* dans l'art de guérir; et la médecine comme ce qui *est et sera, à tout jamais, imparfait et infini*.

Ces distinctions sont importantes, sinon pour fixer un vain rang entre deux sœurs jumelles, mais pour indiquer nettement le terrain sur lequel les médecins et les chirurgiens doivent établir leur marche vers le progrès.

Cette allure diffère du tout au tout, puisque, je ne saurais assez le redire, les uns ne doivent se diriger que d'après des *causes bien connues*, et que les autres n'ont d'autre boussole que des *effets possibles, probables*, et malheureusement toujours *très incertains*.

J'ai cru cette digression à sa vraie place pour faire mieux ressortir ma première proposition; elle pourra d'ailleurs servir à la compléter.

Art. V. — *De la réduction et de la coaptation des fractures.*

Lorsque les flexions et les tractions dont je viens de parler sont convenablement et simultanément faites, le membre où il existe une fracture reprend assez généralement sa forme, sa direction et sa longueur normales, c'est-à-dire que les fragmens se mettent SPONTANÉMENT dans un rapport mutuel plus ou moins exact et tel qu'il importe de les maintenir invariablement jusqu'à leur parfaite consolidation. (Si l'os cassé peut être facilement atteint avec les doigts, ceux-ci devront chercher à favoriser une coaptation plus précise des fragmens, par de douces et prudentes pressions; mais il convient d'éviter celles-ci lorsque les parties molles sont si douloureuses et tellement tuméfiées que toute tentative de replacement violent serait nuisible et surtout incertaine.

On ne donnera, en effet, rien au hasard, et on se contentera donc alors de faire en sorte que le membre soit aussi égal que possible à l'autre. On s'appliquera essentiellement à le maintenir tel et à rendre les fragmens parfaitement immobiles, sauf à revenir plus tard à quelques légères modifications de l'appareil lorsqu'on pourra le faire impunément et avec une entière connaissance de cause. L'expérience autorise effectivement l'opérateur à remédier par une coaptation secondaire et plus exacte, quoique tardive, et par de nouvelles combinaisons des agens contentifs, aux imperfections qui lui seraient échappées et aux à peu près de la première réduction.

Il aurait donc grand tort de ne pas profiter de ce précieux avantage, d'autant qu'il peut être obtenu sans trop de difficultés et même au bout d'un temps assez long. Mais le tort du praticien serait impardonnable si, dans toutes

les circonstances où les données manquent pour pouvoir juger sainement des rapports respectifs des fragmens et de l'appareil mis en œuvre ainsi que de l'effet précis de ce dernier, il s'avisait néanmoins d'emmailloter le membre définitivement. De cette manière il se priverait irrévocablement des moyens d'apprécier l'état ultérieur ou éventuel de l'os et de ses agens contentifs, et de n'en avoir une connaissance positive que lorsqu'il serait trop tard pour y remédier au besoin. C'est cependant ce qui ne doit pas manquer d'arriver avec tous les appareils inamovibles.

Je renvoie à l'article VII, sur les Agens propres à la contention, quelques détails importans qui semblent appartenir au sujet actuel, et qui seront mieux compris plus bas.

Art. VI. — *Des soins que réclament, dans toutes les fractures, les organes qui les avoisinent et qui sont étrangers à l'os.*

En prenant pour type du traitement des lésions traumatiques des os, la conduite que doit tenir le chirurgien, lors d'une fracture du crâne, nous remarquerons, en effet, que, s'il ne prend guère en considération l'état pathologique de cette boîte osseuse, en revanche il ne néglige rien de tout ce qui peut et doit calmer l'irritation des parties qu'elle contient, dissiper leur engorgement et prévenir les désordres variés auxquels les exposent infailliblement, et l'état de l'os qui vient d'être fracturé, et l'effet violent de la cause vulnérante. Il se garde bien, surtout, de les charger de corps durs, de les presser rudement sous de lourds appareils, de les soustraire imprudemment et pendant plusieurs semaines, non seulement à la vue et au tact, mais encore à l'action des moyens reconnus les plus propres à venir à leur secours. Il a, au contraire, l'intime conviction, que tout le secret de l'heureuse issue du mal dont le traitement lui est confié, consiste à faire, en quelque sorte, abstraction complète de l'état de l'os, pour ne s'occuper, presque exclusivement, que de celui de ses annexes et de son entourage. Il se conduit, en un mot, comme il ferait s'il avait à traiter, partout ailleurs, des lésions plus ou moins graves, et qui ne seraient accompagnées d'aucune solution de continuité du côté de l'appareil osseux. Telle est la règle qu'indiquent la science et la raison, et qu'on a malheureusement trop méconnue et trop souvent enfreinte jusqu'ici.

Que fait-on, en effet, et presque partout? Précisément tout l'opposé; c'est-à-dire qu'on ne semble préoccupé que de la fracture seule, qu'on dirige tous ses efforts contre cette affection comme si elle était unique, qu'on ne s'inquiète nullement de ce qui se passe sur les tissus ambians, et que non-seulement on va jusqu'à se mettre hors d'état de surveiller ceux-ci et de leur venir en aide au besoin, mais encore qu'on les traite brutalement et au rebours de ce qu'on ferait s'il n'existait pas de fracture dans leur voisinage. Le traitement exclusif de cette dernière, voilà le point de mire important du praticien; et pourvu qu'il soit atteint, fût-ce même avec les corps les plus durs, avec les moyens les plns antipathiques à la situation complexe qu'on a sous les yeux, peu importe, l'homme de l'art est satisfait; et chacun de s'écrier avec lui: Advienne que pourra!!!

Mais, je me trompe, il existe au contraire une école de praticiens très distingués en France, en Allemagne, en Angleterre, etc., et qui professent hautement cette doctrine nouvelle à laquelle les a conduits sans doute l'observation de faits malheureux: « Qu'il y a danger imminent d'exposer les parties molles aux chances fâcheuses qui résultent toujours pour elles de l'application *intempestive* des appareils; qu'il importe donc, et avant tout, de donner à ces parties des soins éclairés et de les traiter d'abord avec tous les moyens convenables et sans aucun égard à la déplorable position qu'ont les fragmens, ni à celle, plus pernicieuse encore, qu'ils pourront prendre et garder; qu'il faut attendre, en conséquence, avant de s'occuper de la fracture proprement dite, avant de la réduire et de la maintenir définitivement réduite à l'aide des agens mécaniques qu'elle réclame; qu'il faut attendre, dis-je, que la réaction vitale et toutes ses graves conséquences aient été *préalablement* vaincues par les diverses médications qu'indiquent l'expérience et la sagesse!!

Autre extrême, autre source de fatales erreurs! Vous figurez-vous un chirurgien qui, voyant et sentant les deux bouts d'une grosse pièce de bois ou de métal qui serait enfoncée au milieu des tissus divers qui composent la cuisse, par exemple, et qui, pouvant la faire disparaître d'un *seul tour de main*, s'aviserait ou s'amuserait à ne l'enlever que lorsqu'il aurait longuement combattu les désordres *naissans*, que la présence même de ce corps entretiendrait?

Tel est bien, cependant, le point de vue scientifique et technique sous lequel il convient d'envisager une pratique aussi étrange. Non pas que j'ignore, qu'il est assez inutile, pour la consolidation définitive des fragmens entre eux, qu'ils soient mis en rapport exact, immédiatement et dès les premiers momens après l'accident, mais qu'on peut, au contraire, renvoyer la réduction de plusieurs jours et, peut-être, de plusieurs semaines, sans trop compromettre la formation du cal provisoire. Si j'insiste pour une réduction, aussi prompte que possible, c'est parce qu'elle prévient des accidens nouveaux, qu'elle place toutes les parties lésées dans leur état normal, qu'elle simplifie le traitement ultérieur, qu'elle satisfait l'attente et l'impatient désir du blessé lui-même (1), et, avant tout, qu'elle ne présente aucun inconvénient quelconque.

Ah! sans doute, s'il était impossible de faire marcher de front les deux ordres de traitement; s'il fallait à tout prix prendre parti pour l'un aux dépens de l'autre, et s'il était indispensable de braver les périls que présente nécessairement l'adoption exclusive de l'un, alors la question changerait de face et il n'y aurait pas à balancer. Il faudrait se décider pour la dernière de ces alternatives, car elle présente à coup sûr beaucoup moins d'inconvéniens que la marche qu'on suit assez généralement, et contre laquelle s'élèvent à bon droit les observateurs les plus judicieux.

Mais, grâce au ciel, nous n'en sommes plus réduits là, et l'art possède aujourd'hui des moyens faciles et sûrs de réaliser les vœux de la science et de l'humanité, en cumulant les deux modes de faire. Il dépend du chirurgien, en effet, d'appliquer aux fractures des extrémités, le système qu'il suit ordinairement, pour celles du crâne et d'autres parties analogues du squelette; de fixer les fragmens des os longs d'une manière tellement inoffensive, solides cependant, et si favorable, en même temps, à leur future réunion, qu'il pourra hardiment les passer dès-lors sous silence, et les perdre impunément de vue, pour se vouer presqu'entièrement aux exigences essentielles des tissus mous environnans.

(La suite à un prochain numéro.)

CHRONIQUE.

STATISTIQUE DES EMPOISONNÉS EN ANGLETERRE DURANT L'ANNÉE 1839.

Sir Robert Inglis, membre de la Chambre, a fait publier un rapport général authentique des cas d'empoisonnemens mortels constatés par les actes judiciaires aux différentes assises d'Angleterre, sur les rapports des hommes de l'art, pendant l'année 1839.

Ce relevé ne donne rien moins qu'un total de 543 suicides et crimes; relevé effrayant, et qui ne peut s'expliquer que par la misère extrême qui règne dans les classes inférieures et par la facilité avec laquelle les pharmaciens délivrent en Angleterre les poisons sans ordonnance de médecin. La plupart de ces malheurs se rapportent à des suicides volontaires ou accidentels, ou bien à des actes d'aliénation mentale On y voit plusieurs exemples de malheureuses mères qui ont empoisonné leurs enfans avant d'avaler elles-mêmes le poison.

Dans le chiffre ci-dessus on compte 261 femmes, 282 hommes. Dans ce nombre figurent aussi huit médecins qui, chose remarquable, se sont tous, moins un, suicidés avec l'acide prussique.

Une circonstance plus douloureuse encore, c'est d'y trouver 186 enfans, presque tous à la mamelle, victimes pour la plupart du laudanum ou de l'opium, qu'une habitude funeste permet aux mères en Angleterre d'avoir en provision.

Parmi les chiffres relatifs à la nature des poisons employés, figure en première ligne l'arsenic, 181 cas.

Vient ensuite le laudanum,	131
Puis l'opium,	42
Acide sulfurique,	32
— hydrocyanique,	27
— oxalique,	19
Sublimé corrosif,	12
Huile essentielle d'amandes amères,	4
Noix vomique,	3
Colchique,	3
Belladone,	2
Acétate de morphine,	2
Tartre stibié,	2
Strychnine,	2

Ellébore, nitrate d'argent, sels de plomb, cantharide, acide nitreux, bichromate de potasse, etc., un ou deux cas de chaque.

La plupart de ces cas n'ont point été traités, ou bien ils ne l'ont été que d'après la désolante routine qu'un esprit de coterie révoltant entretient au détriment de la société. N'est-il pas déplorable de voir autour de nous un groupe d'individus intéressés à servir leur patron, qui ont accès dans les colonnes de la presse, se mutiner en quelque sorte, se donner le mot d'ordre, et chercher vainement à étouffer des vérités importantes au détriment de la justice, de la science et de la vie de nos semblables.

Les hommes clairvoyans ne seront pas dupes de ce monopole dégoûtant, et quelques-uns de ces instrumens intéressés qui prennent une part active dans une cause qui n'est pas de leur compétence, devraient bien tourner leurs regards sur eux-mêmes.

Académie des Sciences. — Séance du 30 décembre.

Concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Monthiyon. — L'Académie a reçu, pour ce concours, quarante-deux ouvrages manuscrits ou imprimés, et la commission en a ajouté deux autres.

Parmi ces ouvrages, l'Académie en a distingué cinq.

En premier lieu, elle a porté son attention sur les ouvrages qui traitent d'une maladie peu connue des anciens, et que l'on désigne sous les noms de maladie de *Bright*, d'*Albuminurie* ou de *Néphrite albumineuse*. M. Bright, de Londres, est le premier qui ait bien reconnu ses caractères et signalé les rapports qui lient les altérations morbides des reins à l'hydropisie, d'une part, et de l'autre, à l'état albumineux des urines, qui en sont les compagnes les plus ordinaires.

Ce rapport établi, il restait à distinguer avec précision les variétés nombreuses des lésions anatomiques des reins, celles moins tranchées qui se remarquent dans l'hydropisie, et l'état albumineux des urines: trois groupes de phénomènes dont la réunion la plus fréquente constitue cette espèce de maladie.

Le degré de perfection auquel est parvenu en France le diagnostic de cette affection, est dû principalement à MM. les docteurs Rayer et Martin Solon. L'un (M. Rayer), qui a dirigé plus particulièrement ses vues sur les altérations des reins, lui a donné le nom de néphrite albumineuse; l'autre (M. Martin Solon), qui a fait une étude plus approfondie des urines, l'a nommée albuminurie; tous les deux, par les observations nouvelles qu'ils ont faites, et les remarques judicieuses dont ces observations sont suivies, ont heureusement placé leurs noms à côté de celui du médecin anglais, en ce qui concerne cette maladie.

Dans l'organisation humaine, où tous les actes se lient, se coordonnent les uns les autres, on est toujours porté à se demander si le sang reste étranger à des dérangemens aussi profonds que ceux qui caractérisent la néphrite albumineuse.

Quoique nos moyens d'investigation ne soient pas aussi parfaits pour déterminer la part plus ou moins active que peut y prendre ce fluide, un fait important semble néanmoins nous mettre sur la voie: c'est celui de la présence d'une matière analogue à l'urée dans le sang des malades atteints de la néphrite albumineuse.

Si la présence de l'urée, constatée par MM. Proust, Bostock, Christison et divers autres observateurs, vient à se confirmer par d'autres observations et de nouvelles expériences, ce fait serait, comme on le voit, la répétition de celui qu'ont obtenu MM. Prévost et Dumas par l'ablation des reins chez les animaux.

En conséquence de ce qui précède, la commission propose d'accorder, à titre d'encouragement, une médaille en or de la valeur de 1,500 fr. à chacun des trois médecins précités:

1° M. Bright; 2° M. Martin Solon; 3° M. Rayer.

En second lieu, la commission a remarqué le Traité pratique des Maladies vénériennes, de M. Ricord.

La commission propose d'accorder au docteur Ricord une médaille en or d'encouragement, de la valeur de 1,500 fr., pour l'appréciation plus exacte de la symptômatologie des maladies vénériennes que renferme son ouvrage, ainsi que pour les indications, mieux précisées qu'on ne l'avait fait avant lui, sur l'emploi des préparations mercurielles dans leur traitement.

En troisième lieu, la commission propose d'accorder à M. Martin, à titre d'indemnité, la somme de 1,000 fr., pour les perfectionnemens importans qu'il a apportés à une jambe mécanique.

La commission a vu encore avec intérêt les Mémoires de MM. Dieffenbach, Pravaz, Bouvier et Guérin sur la section des muscles pour le traitement du torticolis ancien ou récent, mais elle a pensé que l'expérience n'avait pas encore prononcé suffisamment sur cette méthode de traitement. Il en est de même du travail de M. Amussat sur l'entrée accidentelle de l'air dans les veines.

Concours pour le prix de physiologie expérimentale. — La commission a jugé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix. Deux Mémoires, l'un de M. Amussat, l'autre de M. Foucaud, ont été réservés pour un prochain concours, les faits qu'ils annoncent n'ayant pu être vérifiés par la commission. Une mention honorable est accordée à l'ouvrage du professeur Wagner sur l'ovologie, et des encouragemens au Mémoire de M. Deschamps sur la tunique du cœur.

Concours pour le prix relatif aux arts insalubres. — Sur le rapport de sa commission, l'Académie a décerné: 1° un nouvel encouragement de 2,000 fr. à M. Castera, pour ses travaux relatifs au sauvetage des naufragés et à la création de la société des naufrages; 2° un encouragement de 600 fr. à MM. Ajasson de Grandsagne et E. de Bassano pour une mèche de sauvetage, qui donne les moyens de s'éclairer pendant quelques instans dans une cavité envahie par l'acide carbonique.

— *Prix relatif à la vaccine.* — L'Académie rappelle encore qu'elle a proposé pour sujet d'un prix de 10,000 francs, qui sera décerné, s'il y a lieu, dans la séance publique de 1842, la question suivante:

« La vertu préservative de la vaccine est-elle absolue, ou bien ne serait-elle que temporaire?

» Dans ce dernier cas, déterminer par des expériences précises et des faits authentiques le temps pendant lequel la vaccine préserve de la variole.

» Le cow-pox a-t-il une vertu préservative plus certaine ou plus persistante que le vaccin déjà employé à un nombre plus ou moins considérable de vaccinations successives?

» En supposant que la qualité préservative du vaccin s'affaiblisse avec le temps, faudrait-il le renouveler, et par quels moyens?

» L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux du vaccin a-t-elle quelque relation avec la qualité préservative de la variole?

» Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne, et, dans le cas de l'affirmative, après combien d'années faut-il procéder à de nouvelles vaccinations? »

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er avril 1841. Ce terme est de rigueur.

— *Prix fondé par M. Manni.* — M. Manni, professeur à l'université de Rome, ayant offert de faire les fonds d'un prix spécial de 1500 francs, à décerner par l'Académie, sur la question des « Morts apparentes et sur les moyens de remédier aux accidens funestes qui en sont trop souvent les conséquences; » et le roi, par une ordonnance en date du 5 avril 1837, ayant autorisé l'acceptation de ces fonds et leur application au prix dont il s'agit:

L'Académie avait proposé, en 1837, pour sujet d'un prix qui devait être décerné dans la séance publique de 1839, la question suivante:

« Quels sont les caractères distinctifs des morts apparentes?

» Quels sont les moyens de prévenir les enterremens prématurés? »

L'Académie a reçu sept mémoires manuscrits. Plusieurs d'entre eux ont paru renfermer des vues utiles, mais que l'expérience n'a pas encore suffisamment justifiées.

En conséquence, elle remet le prix sur les « morts apparentes, » à l'année 1842.

L'Académie espère que dans le cours de ces deux années, les auteurs auront le temps nécessaire pour donner à leur travail le degré de perfection que réclame un sujet aussi important.

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1842.

— La séance est terminée par l'éloge historique de feu M. Ampère, par M. Arago.

CONCOURS POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE A MONTPELLIER.

Seconde épreuve orale.

M. Alquié a eu *des hernies en général*. Il s'est livré à des

(1) On conçoit sans peine la différence de l'effet sur le moral d'un blessé lorsqu'il se trouve en présence d'une réduction consommée, ou de la conviction fâcheuse qu'il est atteint d'une fracture grave et à laquelle on n'ose pas toucher, et tout à la fois de la perspective, non moins pénible et qui peut durer dix à quinze jours, d'une opération plus ou moins redoutable et qu'il faudra nécessairement subir.

considérations de localité qui ont pris beaucoup de temps, et ne lui ont pas permis d'embrasser toutes les généralités des hernies.

— M. Buisson, dans sa question *des plaies des artères*, a fait preuve de connaissances étendues et d'une érudition brillante ; il s'est tenu à la hauteur de sa position, quoiqu'on puisse lui reprocher quelques considérations physiologiques un peu trop longues et qui reparaissent dans chaque leçon. M. Buisson manque de pratique, ce qui est un grand malheur pour une chaire de pathologie externe, où les phrases harmonieuses ne suffisent pas.

— M. Caffort est un praticien distingué, dont la première épreuve orale avait été écoutée avec un grand intérêt. Dans celle-ci, *sur les plaies des articulations*, la parole lui a manqué après vingt minutes. Il est juste de dire que M. Caffort était très souffrant avant de monter en chaire.

— M. Batigne avait à traiter *des tumeurs blanches*. Il s'en est acquitté d'une manière heureuse ; n'oubliant rien, groupant avec beaucoup d'art les différentes opinions, et établissant des corollaires pratiques du plus grand intérêt ; on voyait l'homme qui a passé toute sa vie dans les hôpitaux. Tout ce qu'on pourrait désirer, c'est un peu plus d'animation dans la parole.

— M. Franc a été élevé à l'école d'un grand maître ; il a fait une leçon, dont les auditeurs tireront profit, *sur les corps étrangers introduits accidentellement dans les organes respiratoires et digestifs*. Quoique la question soit trop longue, le candidat a su en coordonner tous les détails et les présenter de la manière la plus favorable. C'est, sans contredit, une des meilleures leçons du concours.

— M. Andrieu, en traitant *de l'anévrisme au point de vue chirurgical*, a montré qu'il possédait fort bien son sujet ; il est dommage qu'il ne puisse pas l'exposer de même.

— Nous ferons la même remarque pour M. Vailhé. Il s'agissait *de la carie et de la nécrose*. M. Vailhé est connu à Montpellier pour un bon opérateur, mais il ferait bien de renoncer aux concours ; il cherche toujours le mot, et il lui arrive souvent de ne pas le trouver.

— C'est tout le contraire pour MM. Jaumes et Lafosse. Le premier devait parler *des maladies chirurgicales du rectum* ; le second, *des fausses articulations*. Il y a eu un peu de vague dans la manière de faire de ces deux candidats ; il était facile de reconnaître que leurs connaissances théoriques ne se rattachaient pas à des principes positifs. La pratique est trop négligée par les jeunes médecins qui se destinent à la lutte pénible des concours ; aussi leurs leçons s'en ressentent. C'est ainsi qu'il serait impossible d'avoir une idée exacte de ce qu'il faut entendre par fausse articulation, après la leçon de M. Lafosse, qui présentait un décousu déplorable. Notre jugement est peut-être un peu sévère pour MM. Jaumes et Lafosse, parce que la critique doit être d'autant moins indulgente que les candidats promettent davantage.

En résumé, les candidats qui se mettent en première ligne sont MM. Batigne, Franc, Buisson et Andrieu.

Les thèses ont été rendues le 1er janvier. Je tiendrai les lecteurs de la *Gazette des Hopitaux* au courant de ce qui se passera.

CONCOURS POUR L'INTERNAT A MONTPELLIER.

Ce concours se compose de quatre épreuves,

1° Une épreuve écrite : des luxations spontanées sous le rapport médico-chirurgical.

2° Une épreuve orale d'anatomie : anatomie de la région inguinale.

3° Une épreuve orale de pathologie externe : des maladies des voies lacrymales.

4° Une épreuve pratique : appliquer le bandage pour la fracture du péroné et le spica de l'aine.

Les épreuves orales sont d'un quart d'heure.

Ont été nommés : MM. Bourelli, à l'hôpital Saint-Eloi ; Patron, à l'Hôpital général ; Suzeau, au dépôt de police. O. E.

Concours pour la destruction de l'empirisme.

La société vétérinaire des départemens du Calvados et de la Manche décernera, dans la séance générale qui se tiendra à Bayeux le 2 novembre 1840, une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur les moyens d'arrêter les progrès toujours croissans du charlatanisme, et d'empêcher les empiriques, maiges, sorciers et soi-disaut guérisseurs d'animaux, sous quelque dénomination que ce soit, d'exercer sans autorisation la médecine vétérinaire.

Ce Mémoire devra renfermer non-seulement des renseignemens suffisans pour que le ministère puisse au besoin y trouver les matériaux nécessaires à un projet de loi sur la matière, mais encore l'organisation de la médecine vétérinaire civile.

Les membres titulaires de la Société sont seuls exclus du concours.

Les mémoires devront être adressés *franco* au secrétaire de la Société, à Bayeux, avant le 1er septembre 1840. Ils porteront en tête une épigraphe ou une sentence qui sera répétée dans un billet cacheté et signé lisiblement par l'auteur. Ce billet accompagnera l'envoi du Mémoire.

La Société se réserve le droit de publier à son choix les Mémoires qui lui seront envoyés.

La Société vétérinaire ayant acueilli à l'unanimité la présente proposition dans sa séance du 3 novembre 1839, a résolu qu'une copie en serait adressée, par les soins du secrétaire, à toutes les Sociétés d'agriculture de France, à tous les rédacteurs de journaux qui s'occupent de médecine vétérinaire, en les invitant de donner place à cette proposition dans leur journal ; enfin d'employer tous les moyens de publicité que le président et le secrétaire jugeront convenables. (*Journal des Haras.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 30 décembre.

NOMINATIONS DES MEMBRES DES COMMISSIONS PERMANENTES.

Commission des eaux minérales. MM. Patissier, Bouillaud.
Vaccine. MM. Emery, Gauthier de Claubry.
Remèdes secrets. MM. Martin Solon, Hamel.
Epidémies. MM. Dupuy, Chervin.
Statistique. MM. Renoult, Fréd. Dubois.
Comité de publication. Bousquet, Bouvier, Bérard, Joly, Lecanu.

M. EMILE CHEVÉ, D.-M.-P., commencera l'étude des articulations vendredi prochain, 10, à quatre heures, dans son amphithéâtre, rue de la Harpe, 90, et celle du système nerveux le même jour, à onze heures, à l'Ecole pratique, dans l'amphithéâtre, n. 3.

M. CHASSAIGNAC étant sur le point de terminer la 2e partie de son Cours (muscles et aponévroses), commencera incessamment la 3e partie comprenant la splanchnologie.

La *Némésis Medicale* est complète, les trois dernières satires viennent d'être publiées en même temps ; les sujets en sont :
Le Conseil royal de l'Instruction publique ; — *l'Institut* ;
Les Lazarets et les Quarantaines ;
Et enfin *les Adieux*.

La réimpression des satires qui étaient épuisées permet de livrer l'ouvrage entier aux personnes qui en feront la demande.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 9 JANVIER 1840. (15e ANNÉE.) N° 4, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Leçons sur les Maladies du sein; recueillies par M. V. BAUD.

(Quatrième article. — Traitement.)

Une tumeur au sein qui a offert d'ailleurs les caractères du squirrhe, sur lesquels nous nous sommes expliqué, présente de la fluctuation; a-t-on affaire à un cancer occulte, ou bien à un abcès? Pour tous les hommes cliniques, la question est impossible à résoudre à priori; car si malheureusement, dans beaucoup de circonstances, l'ouverture de la tumeur donne la certitude de l'existence d'un carcinome, il est des cas heureux dans lesquels il ne s'agit que d'une collection purulente. J'ai vu d'ailleurs ces abcès se former sur des engorgemens simples qui environnent des cancers bien constatés plus tard par l'anatomie pathologique. Je vous ai montré un fait de ce genre l'année [illegible]re, dans la salle Saint-Augustin; mais quelquefois, après l'ouverture de la poche purulente, qui a toujours détruit la tumeur dans une plus ou moins grande étendue, on traite le reste de l'engorgement par les moyens que nous avons indiqués, et les malades guérissent parfaitement. Ces considérations, basées sur des faits, et n[illegible]r de vaines et futiles scholies si usitées de nos jou[illegible]oivent vous dicter la prudence que vous mettrez [illegible] le diagnostic de la maladie. Vous ne ressembl[illegible] ces hommes de cabinet pour lesquels toujours [illegible]ertain, malgré les leçons qu'ils ont si souven[illegible] et qu'ils pardonnent si peu.

Opération. Mais, av[illegible] dit, le champ de la thérapeutique a ses limites [illegible]init et où commence celui de la médecine opérat[illegible]isque nous les avons déjà posées, ces limites, i[illegible]este à formuler aussi en quelque sorte ce moyen e[illegible]

Nous allons [illegible]otre habitude, négliger les principes les plus vu[illegible] de cette opération pour ne traiter que quelques poi[illegible]minans.

Quelquefois il n'existe qu'un engorgement très bien limité sié[illegible]nt, dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans adhéren[illegible] la glande mammaire. S'il est peu volumineux, [illegible]et à découvert par une incision longitudinale à l[illegible] et on l'extrait ordinairement par énucléation av[illegible] de facilité; s'il offre plus de volume, on fait une in[illegible] T, dont on relève les angles par la dissection. [illegible]s des cas moins heureux, la glande est occupée [illegible]ité ou en partie par l'engorgement; dans les deux [illegible]loit être entièrement sacrifiée. Ce principe, que r[illegible]ndait Dubois, est d'une importance extrême pour [illegible]s récidives. Si la peau est saine on la conserve en totalité, ou seulement en partie si cette portion suffit amplement pour recouvrir la plaie; si elle est malade, elle doit être sacrifiée dans la proportion suivante: emportez un demi-pouce de la peau saine et un quart de pouce des tissus sub-jacens, quand les localités le permettent. On ne peut nier, en effet, qu'il existe une certaine analogie dans la manière d'être du tissu malade et des tissus qui lui sont contigus ou même continus; ceux-ci pourraient donc recéler le germe du cancer. Depuis que nous suivons ce principe, nous avons eu à déplorer un nombre bien moins grand de récidives.

Un malade portait un cancer de la peau qui recouvre la partie supérieure et postérieure de l'avant-bras [illegible] l'avait opéré deux fois; nous lui avons fait subir [illegible] sième op[illegible] trième tentative, nous enl[illegible] partie de l'aponévrose anti-[illegible]le, nous sacrifiâmes même une certaine étendue des muscles de la couche superficielle, et cette fois [illegible] nous obtînmes une guérison définitive, due sans doute au soin que nous avions pris de porter plus profondément l'action du bistouri.

Vous avez à faire une incision semi-lunaire; comment vous y prendrez-vous? Je ne parle pas de la manière dont vous devez tenir l'instrument, et ne veux que vous prémunir contre une faute très généralement commise.

On dirige son incision verticalement, de telle sorte qu'une ligne parallèle à l'axe du tronc passe par ses deux extrémités; mais quel est le point le plus déclive dans une incision ainsi faite, c'est évidemment le cul-de-sac formé par l'extrémité inférieure de l'ovale que vous avez décrit; ce ne peut être en aucune sorte l'angle inférieur, qui se trouve plus élevé. Or, calculez les inconvéniens qui peuvent en résulter si votre plaie suppure au lieu de se réunir par première intention, comme cela arrive si souvent sous notre climat. Nous avons trouvé un moyen de nous soustraire à cette imperfection, et ce moyen, le voici dans toute sa simplicité.

Notre incision, au lieu d'être verticale, est dirigée de manière que la ligne qui passerait par les deux points extrêmes, au lieu d'être parallèle à l'axe du tronc, fait avec lui un angle à sinus inférieur de trente degrés environ. Ainsi, l'angle inférieur de cette incision en est réellement le point le plus déclive, et fournit un écoulement facile au pus.

Quand on a besoin de deux incisions courbes, ainsi que dans les cas où une portion de peau recouvrant la tumeur doit être sacrifiée avec le procédé ordinaire, qui consiste à les faire se correspondre concavité à concavité, on ne peut guère éviter, lors du rapprochement des bords par la suture, une saillie des deux angles de la plaie; la coaptation est d'ailleurs peu exacte, elle devient au contraire aussi complète que possible tant au centre qu'aux extrémités, si, comme nous l'avons conseillé depuis long-temps, on dispose ses incisions courbes en sens inverse, de manière que la convexité de l'une corresponde à la concavité de l'autre. Ce principe, applicable à toutes les ablations de tumeurs, importe plus spécialement dans les opérations sur des endroits habituellement découverts; il favorise d'ailleurs l'action des moyens contentifs pour l'affrontement des lèvres de la plaie.

Une loi générale de médecine opératoire que j'ai donnée depuis long-temps, trouve sa place ici: commencez les incisions du côté de l'origine des nerfs; une fois que vous les aurez coupés, ils auront perdu leurs communications avec leur centre commun, et vous pourrez ensuite les diviser de nouveau impunément; tandis qu'il en serait autrement si, en pratiquant la solution de continuité, on procédait en sens inverse de celui que je viens d'indiquer.

La peau saine qui recouvre une tumeur volumineuse doit être ménagée, avons-nous dit, en suffisante quantité pour recouvrir entièrement la solution de continuité; si l'on disséquait la totalité de cette peau elle aurait trop d'étendue, il faudrait en retrancher une certaine quantité qu'on aurait au moins inutilement épargnée. Quel moyen doit-on donc employer pour que la peau respectée par les incisions et détachée par la dissection ait l'étendue convenable dont nous venons de parler? Il faut mesurer la largeur de la base de la tumeur, et conserver supérieurement et inférieurement aux tégumens la moitié de la largeur de cette base, plus un tiers de pouce pour chacun des lambeaux, à cause de la contractilité du tissu.

Ainsi, à l'aide de cette loi générale de médecine opératoire, qui n'a pas été indiquée, nous pensons qu'on évitera des fautes qui sont souvent très nuisibles aux malades.

Le volume énorme de certaines tumeurs par une très grande quantité de vaisseaux nécessite, surtout chez les individus faibles, une précaution particulière dont nous nous sommes très bien trouvé, il y a peu de jours, dans l'amputation d'un sein cancéreux du poids de neuf livres. La dissection devant en être ordinairement de longue durée, si, avant d'y procéder, vous faites immédiatement l'une après l'autre les deux incisions pendant que vous disséquerez, elles fourniront une quantité de sang d'autant plus considérable que le plus souvent les vaisseaux sont très dilatés. Pour éviter la perte d'une trop grande quantité de ce liquide, il faut ne faire la seconde incision qu'après avoir, à l'aide de la première, disséqué la tumeur jusqu'à sa base.

Il est, de principe général, de commencer la dissection de toute tumeur par la partie la plus déclive; car si elle était faite en sens inverse, c'est-à-dire de haut en bas, le sang venant à inonder les tissus sur lesquels le chirurgien doit porter l'instrument, rendrait la dissection moins facile.

FEUILLETON.

[illegible]ITATION ET DE LA FOLIE; PAR BROUSSAIS.

De[illegible]dition, publiée par M. C. BROUSSAIS. 2 vol. in-8° de [illegible] chaque. — Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-[illegible].

[illegible]d fait domine la vie scientifique de Broussais; une [illegible]ée le guide: rattacher les phénomènes morbides à l'or[illegible] en détruisant l'ontologie médicale; mais pour lui cela [illegible]as. Après avoir considéré l'homme physique dans ses [illegible] avec l'organisme, il lui restait encore une tâche à rem[illegible] de détruire l'ontologie psychologique; en d'autres ter[illegible]er les manifestations morales à l'instrument qui les pro[illegible]cerveau. C'est cette tâche qu'il a entreprise dans ses [illegible]rs; et si la mort l'avait épargné encore quelques temps, [illegible]obable qu'il l'aurait terminée. Certes, pour quiconque [illegible] le Traité de l'Irritation, il restera démontré que cette [illegible]ntelligence, loin de tomber dans la décrépitude, n'avait [illegible]du de son énergie et de sa profondeur. Libre à chacun [illegible]réter d'après ses propres convictions la conversion tar[illegible] Broussais à la doctrine de Gall, toujours est-il que cette [illegible]ion du grand homme restera comme un témoignage écla[illegible] sa haine pour l'ontologie; et de ses études ressortira cette vérité, qu'il faut désormais ne voir dans l'homme que des [illegible]s en action, soit que de leur admirable jeu résultent la vie [illegible]e, les phénomènes instinctifs ou intellectuels. C'est à la [illegible]stration et à la propagation de cette vérité que l'illustre [illegible]n consacra sa vie entière; soyons donc reconnaissans en[illegible]i pour les services qu'il rendit à la science, et qu'amis [illegible]emis, tous s'empressent de rendre un juste hommage à l'une [illegible]s belles gloires qui aient illustré la France.

[illegible]mot *irritation* est désormais inséparable du nom de Brous[illegible]ar c'est la grande loi dont il fit le pivot de la pathologie. [illegible]ns-nous donc sur ce mot pour en apprécier la valeur. Il [illegible]e l'action des irritans ou l'état des parties irritées; et on [illegible] irritans tous les modificateurs de notre économie qui [illegible]t l'irritabilité ou la sensibilité des tissus vivans, et qui [illegible]t ces phénomènes au-dessus du degré normal; mais cette définition en exige une autre, celle de l'irritabilité. Voici comment l'auteur s'exprime à cet égard:

On entend par ce mot la faculté que les tissus possèdent de se mouvoir par le contact d'un corps étranger, et ce mouvement n'est autre chose qu'une condensation, un raccourcissement de la fibre animale; cette propriété n'appartient pas seulement à la fibre musculaire, comme l'avait prétendu Haller, mais encore est commune à toutes les formes de la matière vivante qui ont pour base la fibrine, la gélatine et l'albumine mêlées à quelques autres substances; c'est l'exagération de tous les phénomènes de contractilité qui constitue l'irritation dans ces tissus. L'irritation suppose donc: 1° des corps vivans qui peuvent agir plus qu'à l'ordinaire dans un temps donné; 2° des corps vivans ou non vivans qui leur font éprouver ce surcroît d'action; ajoutons que l'irritation n'est que l'excitation sortie des limites normales; et par excitation on doit entendre l'effet produit par les modificateurs qui mettent en jeu l'irritabilité. L'excitation (nommée aussi stimulation), considérée d'une manière générale, abstraction faite du lieu où elle existe et du modificateur qui la provoque, porte aussi le nom d'*excitement*.

L'irritation, pour Broussais, est le phénomène fondamental de la pathologie, mais loin de vouloir tout expliquer par elle, il déclare qu'au-delà des phénomènes de contractilité, il s'en passe d'autres (sécrétion, nutrition) que nous ne pouvons approfondir.

Dans le chapitre II, l'auteur jette un coup-d'œil sur l'histoire de l'irritation. Depuis Hippocrate jusqu'à Platner on ne trouve rien de satisfaisant à ce sujet. Glisson est le premier qui en ait donné une théorie qui n'est pas plus claire que les idées de ses prédécesseurs. Haller vient et détermine par des expériences quels sont les tissus irritables. Pour lui, la fibre musculaire est la seule qui jouisse de l'irritabilité, le tissu nerveux ne possède que la sensibilité.

Brown posa en principe que la vie ne s'entretient que par l'excitation, et que vivre n'est autre chose qu'être excité; mais cet auteur ne traita l'excitation que d'une manière abstraite, c'est-à-dire en la séparant des organes, et se jeta ainsi dans l'ontologie. D'après Broussais, il y a trois ordres de puissances excitantes: 1° les corps extérieurs (de leur action résulte l'excitation convergente qui aboutit au cerveau); 2° innervation du cerveau sur tous les organes ou excitation convergente; 3° excitation résultant du mouvement des fluides assimilés ou non assimilés, au milieu des solides; c'est une excitation générale qui s'exerce dans toutes les directions et qui se propage dans le système nerveux. Qu'on y ajoute les influences des organes les uns sur les autres, soit par l'intermédiaire du cerveau, soit immédiatement par les cordons nerveux, et l'on aura une idée des principales excitations; mais ce n'est pas tout, les gaz et les fluides extérieurs au moment de leur absorption, les fluides circulans dans leurs rapports entre eux et avec les solides, éprouvent des combinaisons nouvelles, des changemens de forme, des transformations continuelles; or, tous ces mouvemens moléculaires peuvent être considérés comme autant de causes nouvelles d'excitation, et tel est le rôle que joue ce phénomène dans l'économie, que tous nos désirs, nos pensées, nos souffrances, nos jouissances et nos volitions en dépendent.

Si cette excitation s'accroît, elle se transforme en irritation; et dès que celle-ci existe, nos instincts, nos sentimens et les facultés de notre intelligence, notre moral, en un mot, est changé, et nous ne sommes plus avec le monde extérieur et avec nous-mêmes dans les rapports où nous avions coutume d'être; de là les passions violentes qui, parvenues à leur plus haut degré, constituent la folie.

Voilà déjà, comme on le voit, le moral de l'homme rattaché à l'excitation et à l'irritation.

Dans le chapitre IV, qui est divisé en trois sections, l'auteur examine successivement: 1° les fonctions de l'appareil nerveux chez l'adulte; 2° leur développement depuis l'état d'embryon jusqu'au parfait développement du corps de l'homme; 3° les raisons des prérogatives qui le distinguent entre tous les animaux.

En suivant l'homme dans les phases diverses de son développement, Broussais établit: 1° que les phénomènes d'instinct ouvrent pour lui la scène du monde; 2° que bientôt les perceptions produites, ou plutôt provoquées par l'action des sens externes, s'y associent pour toujours; 3° que par suite de l'exercice de cette association on peut établir dans l'instinct en général une division qui présente à l'observateur des instincts de conservation individuelle, et des instincts sociaux qui ont reçu le nom de sentimens; 4° enfin, que l'intelligence, incessamment développée et accrue par ses rapports avec le monde extérieur, c'est-à-dire avec la perception des faits, finit par acquérir une prépondérance extrêmement notable et toujours croissante avec les progrès de l'âge. Voilà les idées de Gall, admises par Broussais; car le premier divise le moral en instincts, sentimens, et facultés intellectuelles.

Dans le chap. V, l'auteur réclame l'analyse des fonctions du moral humain en faveur de la physiologie, et cherche à les ravir

Nous avons établi ici une exception fondée sur les raisons suivantes : la tumeur peut embrasser dans ses adhérences le muscle grand pectoral déformé, atrophié par la pression de la masse morbide, atrophié par le défaut d'exercice, et quelquefois même passé en partie à l'état fibreux. Eh bien ! ce muscle est si mince inférieurement à l'état normal, et à plus forte raison à l'état pathologique, que si même sur des cadavres appartenant surtout à des sujets maigres vous essayez à disséquer la mamelle d'après le principe général, il vous arrivera très souvent de pénétrer sous le muscle. Maintes fois nous avons été témoin de cette méprise dans nos cours de médecine opératoire.

Nous avons donc pour habitude de commencer notre dissection sur un point assez saillant du grand pectoral, point qui varie selon les cas. Ainsi, ne nous est-il plus possible de nous fourvoyer, et à cela joint le soin de faire contracter le muscle, de porter le bras en dehors et en dedans, vous n'aurez jamais la douleur d'enlever une partie saine de cet organe, de prolonger inutilement votre opération, et de donner à la plaie une étendue trop considérable.

On procède par énucléation toutes les fois qu'il est possible de le faire ; abstenez-vous-en néanmoins dans les cas où la tumeur est entourée de veines volumineuses, dans la crainte de voir l'air s'introduire dans leurs ca[vités] pendant l'ablation du sein volumineux dont il a été [déjà question] [illegible] grand nombre de bulles se formaient à la surface de [la] plaie ; mais elles siégeaient dans le tissu cellulaire, e[t] nous inspiraient aucune inquiétude, les grosses veines existant seulement dans la peau qui recouvrait la tumeur, et nullement sous sa base. On a bien dit que sous la clavicule cet air ne peut cheminer loin ; mais comme les expériences, peut-être, n'ont pas été assez multipliées, mieux vaut se précautionner.

La tumeur étant enlevée, touchez, faites toucher avec la plus scrupuleuse exactitude toute l'étendue de la surface de la plaie, pour voir s'il n'y reste pas quelques indurations. Nous avons dans cet amphithéâtre montré de petites indurations comme miliaires, disséminées en très grand nombre sous les bords de la solution de continuité, dans l'épaisseur du grand pectoral, sous ce muscle, et dans le petit pectoral lui-même. On peut ainsi espérer de les enlever toutes, et alors la malade peut être à l'abri de la récidive. Cependant, poursuit M. Lisfranc, rappelez-vous bien que ces cas sont excessivement graves, que presque toujours ces engorgemens existent même au loin. Dans des autopsies nous en avons souvent trouvé des quantités innombrables jusque derrière le scapulum, jusque sur la plèvre, jusque sous la clavicule.

Une des complications habituelles du cancer de la mamelle, est la présence de ganglions engorgés dans le creux de l'aisselle. Ils peuvent n'avoir subi que des altérations inflammatoires ; et Sœmmering, Desault ont guéri sans récidive par l'opération, des cancers du sein. Nous avons nous-même obtenu quelques succès de ce genre, quand on n'avait pas pu enlever tous les ganglions lymphatiques engorgés.

Avons-nous besoin de dire qu'il est plus prudent de les extraire ? Il est une chose qu'il ne faut pas oublier, c'est que très souvent ils s'étendent bien plus haut qu'il ne semblait avant l'opération. On est dans l'habitude de prolonger jusque dans la plaie résultant de l'amputation du sein la solution de continuité qu'on fait pour enlever les ganglions lymphatiques engorgés qui siégent autour d'elle ; cette manière de procéder est indispensable quand l'engorgement s'étend jusqu'à la première plaie ; mais lorsqu'il en est éloigné, et que les tissus qui l'en séparent sont sains, il est au moins inutile de réunir les deux solutions de continuité.

Si les engorgemens ne sont pas trop loin de la plaie faite pour l'amputation du sein, il est souvent possible, en exerçant sur eux des pressions de haut en bas, de les amener sous le bord de la plaie, de les y fixer avec une érigne, de les disséquer et de les enlever sans besoin de diviser de nouveau les tégumens.

Pour détacher avec moins de difficultés les engorgemens profondément situés dans le creux de l'aisselle, on exerce sur eux des tractions pour les faire descendre le plus possible ; mais si ces engorgemens cèdent, les nerfs et les vaisseaux axillaires obéissent aux mêmes tractions, et, quand on n'en a pas l'habitude, on est fort étonné de les voir descendre aussi bas ; or, il est indispensable, d'abord pour savoir où ils sont, et ensuite pour les maintenir fixés en leur place et pour éviter d'ailleurs sur eux des tiraillemens toujours plus ou moins dangereux, il est indispensable, disons-nous, de les faire assujettir par les doigts d'un aide, qui les maintient parfaitement ; nous n'avons pas besoin de faire remarquer qu'ainsi l'opération est infiniment moins dangereuse.

Tous les chirurgiens savent que les adhérences des engorgemens aux vaisseaux axillaires peuvent [illegible] t obligé, l'é[illegible] lentement avec des [illegible]s importantes du creux de l'aisselle, [illegible] paration anatomique. Mais honneur soit rendu à l'anatomie pathologique, s'écrie M. Lisfranc, j'avais vu, comme tous les chirurgiens, que les pressions exercées par une hernie sur le tissu cellulaire environnant le convertissaient souvent en tissu fibreux accidentel formant autour du sac péritonéal des espèces de sacs fibreux ; je pensai que les ganglions lymphatiques pouvaient aussi, de la même manière, s'envelopper de tissu fibreux accidentel. Or, quand j'arrive sur ces engorgemens, j'incise sur eux dans une petite étendue, j'ouvre l'espèce de kyste par lequel ils sont assez souvent enveloppés et je les extrais avec une facilité et une promptitude qui frappent d'étonnement tous ceux qui ne connaissent pas le point important d'anatomie pathologique que je viens d'énoncer.

Quand on énucléé, comme lorsqu'on dissèque ces tumeurs, on rencontre des colonnes fibreuses.

Il est des cas où, quoi qu'on fasse, il est impossible d'enlever toute la masse morbide à cause des rapports intimes qu'elle a contractés avec des nerfs et des vaisseaux importans. Il ne faut pas entièrement désespérer du succès en pareille occurrence, car il pourra bien se faire que ce que l'on a été obligé de laisser se fonde sous l'influence de l'inflammation, si surtout on observe les règles de traitement déjà établies. On a quelquefois recours, en de telles circonstances, à la ligature. Qu'elle ne porte pas en masse sur le pédicule de la tumeur, car elle déterminerait presque infailliblement la gangrène de ces tissus ; mais d'abord, avec les ongles, amincissez ces tissus le plus possible, puis, prenez un stilet, isolez les uns des autres, à l'aide de cet instrument, les divers élémens de ce pédicule et posez autant de ligatures partielles.

Terminons enfin par un principe qui n'est pas, de tous, le moins important : vous avez attiré à vous des colonnes fibreuses à la suite de ces ganglions ; elles descendent de très haut, elles sont fortement tendues ; si vous les divisez sans précaution, elles remontent brusquement par leur élasticité, entraînant quelquefois avec elle une volumineuse branche artérielle, normale ou anormale, que vous venez de diviser, et qu'il vous sera très difficile ou même impossible de lier ; force vous sera de recourir au tamponnement, de bourrer de charpie et d'arsenic le creux de l'aisselle et vous aurez là une cause énergique d'inflammation et d'énormes collections purulentes. Avant de porter l'instrument tranchant sur ces colonnes prenez-les donc entre votre indicateur et votre pouce pour vous assurer qu'il n'y existe pas quelques battemens artériels, et si vous en découvrez, commencez par poser une ligature au-dessus du point où devra porter votre section et alors vous pourrez sans hésitation procéder à celle-ci.

Après toutes ces opérations accessoires il restera des cavernes plus ou moins profondes sous les muscles, mais vous en obtiendrez, en général, assez aisément la cicatrisation si, pendant que vous tenez le bras rapproché du tronc, vous maintenez une compression modérée sur la paroi antérieure de l'aisselle.

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies, par M. Malgaigne.

(Cinquième leçon.)

DU DÉVELOPPEMENT DES HERNIES INGUINALES. — HERNIES VAGINALES TESTICULAIRES. — HERNIES INGUINALES FUNICULAIRES. — HERNIES ENKYSTÉES D'A. COOPER.

Nous avons à nous occuper aujourd'hui du mode de développement des hernies inguinales chez l'homme, et des accidens qui viennent à leur suite. Nous avions précédemment distribué toutes ces hernies en trois grandes catégories, suivant les âges et les prédispositions : hernies de l'enfance, hernies de la jeunesse, hernies de l'âge mûr et de la vieillesse ; mais si l'on abandonne la considération des causes intérieures et extérieures pour chercher, dans le lieu même où se fait la hernie, dans les parties qu'elle parcourt, la raison de son existence, il faut réunir ensemble les deux dernières catégories, dans lesquelles le canal inguinal est d'abor[d fermé par l]e péritoine sans prolongement, et où il faut que les viscères, en se déplaçant, poussent devant eux un sac herniaire, tandis que les hernies du premier âge ont ce caractère spécial, de se faire un canal naturel perméable et revêtu [d'av]ance d'une séreuse. Je parle ainsi pour la généralité des cas, [n]ous [au]rons soin d'indiquer les exceptions qui ont été observées.

Etudions donc d'abord le mécanisme [illegible] de l'enfance, improprement appelées hernies congénial[es].

MODE DE DÉVELOPPEMENT DES HERNIES [DE L'ENFA]NCE.

M. Malgaigne rappelle d'abord la disposition du testicule, caché dans l'abdomen durant presque toute la vie intra-utérine, attiré en bas dans les derniers mois, se présentant en général à l'entrée du canal inguinal vers le septième mois ; sorti du canal à huit mois, et enfin descendu à neuf mois jusqu'au fond du scrotum. Nous négligerons les détails d'anatomie dans lesquels le professeur a dû entrer, mais qui sont suffisamment connus de nos lecteurs ; il suffit de rappeler qu'en traversant le canal, le testicule a entraîné avec lui une portion du péritoine qui constitue la tunique vaginale.

Maintenant, une première question se présente ; pour-

---

au joug de la métaphysique et de l'idéologie ; puis il examine les fondemens de la psychologie dans l'antiquité, avant Platon. Après avoir montré comment l'homme fut conduit, dans les temps reculés, à s'abstraire de lui-même en érigeant ses principales facultés en choses réelles et en leur donnant les attributs du concret, il aborde l'étude du moral humain, et cherche à le démêler dans les fonctions de l'encéphale servi par ses nerfs. Dans un tableau des phénomènes cérébraux, il établit que le cerveau, par sa base, reçoit les stimulations convergentes de l'intérieur et de l'extérieur ; par suite de ces stimulations, il réagit dans la direction des nerfs sortans sur les muscles et les viscères, d'où : 1° les mouvemens musculaires instinctifs et viscéraux ; 2° les mouvemens sensitifs, viscéraux, renvoyés et perçus ; 3° les mouvemens musculaires respirateurs et autres instinctifs, le tout sans délibération, commun avec les animaux ; sans ce que l'on appelle le moral.

Si le cerveau réagit dans la direction des nerfs intrà-crâniens sur le cervelet et le cerveau, il en résulte : 1° les impulsions affectives et autres qui sont comprises sous le titre de sentiment, c'est-à-dire qui portent à l'action avant le raisonnement ; 2° les réflexions que l'on fait sur les conséquences de ces actions sollicitées par le sentiment, réflexions qui opèrent sur la représentation de la jouissance promise par le sentiment, et sur les conséquences de cette jouissance par le moyen de l'éventualité.

Voilà pour ce qui concerne les phénomènes instinctifs. Quant aux phénomènes intellectuels, l'auteur établit que le cerveau, par ses hémisphères, reçoit les stimulations convergentes dont la plupart, toutes peut-être, ont été déjà reçues par sa base ; il réagit, et de cette réaction résultent les différens phénomènes intellectuels qui consistent à :

1° Faire de ces stimulations des représentations toujours d'objets concrets, réels, ou modelées sur ces objets.

2° Faire sentir les différences et les ressemblances entre ces représentations, ainsi que leur absence.

3° Faire sentir les rapports de causalité ou d'action de ces objets les uns sur les autres et sur soi.

4° Faire sentir la représentation de soi-même, ou le sentiment personnel, le moi.

5° Retenir les actions demandées par l'instinct et les sentimens, pendant que ce travail interne s'exécute.

6° Les commander et exécuter en conséquence de la délibération (les sentimens l'aident dans cette action).

7° Exprimer par le discours les représentations, comparaisons, absences, jugemens divers, l'action, la passion et leurs degrés, au moyen de signes qui sont saisis par les trois sens supérieurs.

Ensuite l'auteur développe les propositions précédentes et examine tour à tour les différentes facultés admises par les phrénologistes, telles que le langage, l'individualité, l'étendue, le coloris, etc. ; l'examen de chacune de ces facultés devient pour lui l'occasion de combattre l'existence de l'ame, de s'élever contre les abus du catholicisme, et d'attaquer les *anthropomorphisations* de la divinité.

Le tableau des phénomènes cérébraux, qui forme la section 3 du chapitre V est un travail entièrement neuf et qui ne se trouve pas dans la première éditition, et M. C. Broussais nous apprend dans une note que ce travail n'est, en quelque sorte, qu'un canevas qui devait servir de texte à une rédaction définitive. Le premier volume est terminé par la profession de foi suivante : « Quant à moi, mon opinion, que je consigne ici, pour moi seul » peut-être et pour un petit nombre d'amis, c'est que tout homme » complètement organisé a le *sentiment* d'une cause et d'une » force première qui lie tout et enchaîne tout, mais je ne puis » la définir et je ne sens pas le besoin de l'honorer par un autre » culte que celui que lui rend ma conscience. » On voit par ce passage, que Broussais était déiste et non pas athée comme l'ont prétendu ses ennemis (car il eut des ennemis).

Cette accusation prenait sa source dans le désir qu'avaient ses antagonistes de le peindre sous des couleurs sombres auprès des vrais croyans d'après lesquels un athée, quelque vertueux et méritant qu'il fût, est un homme dangereux ; mais en vérité, à supposer que le Traité de l'Irritation contînt des doctrines peu orthodoxes, à qui cela pourrait-il nuire ? la foi des croyans n'en sera point ébranlée, et le matérialisme n'y trouvera que de nouveaux argumens en sa faveur.

Le second volume s'ouvre par un chapitre sur les doctrines admises touchant les facultés intellectuelles par les psychologistes, doctrines qui reposent sur les faits de conscience, faculté que l'homme possède, disent-ils, d'observer sa pensée. Puis il les combat, et montre qu'il n'est pas possible de constituer une science avec les seuls phénomènes de la conscience. En effet, les psychologistes professent qu'il faut écouter le langage de la conscience ; et pour atteindre ce but se recueillir, se placer dans le silence et dans l'obscurité afin qu'aucun sens ne fonctionne, s'abstraire de tous les corps de la nature, en un mot *s'écouter penser*. Broussais, prenant ceci pour texte de son argumentation, montre jusqu'à l'évidence que le psychologiste aura beau faire, il ne pourra jamais s'isoler des sensations provenant des v[iscères,] [quoi] qu'il fasse ; en effet, il trouvera dans sa conscience [illegible] des impressions faites antérieurement sur les sens, e[t] [sa] conscience se trouvera peuplée : 1° de matériaux pr[ovenant de] l'intérieur ou des nerfs viscéraux, y compris ceux du [cerveau] même ; 2° de matériaux provenant de l'extérieur ou des sen[s ex]ternes. Puis il compare les hypothèses des psycholo[gistes aux] opinions des physiologistes, lesquels partant de faits b[ien consta]tés et observés, établissent que la sensation, la pensée et la [vo]lonté, sont des résultats de l'action de la substance cér[ébrale]. [Les] physiologistes tirent une telle conclusion du témoig[nage des] sens, tandis que leurs adversaires puisent leurs argu[mens dans] leurs perceptions sensitives, et en ont tiré des inductio[ns] [illegible].

Ici, l'auteur prend une à une les objections que les p[sycholo]gistes ont faites à l'opinion d'après laquelle la faculté de la pensée serait dévolue à un appareil organique, et com[bat] [cha]cune de ces objections avec toute la vigueur d'argum[entation] qu'on lui connaît. Parmi les psychologistes qu'il réfute [illegible] grande supériorité, se trouve M. Cousin, le chef des rati[onalistes] français, qui a emprunté et perfectionné les catégories d'A[ristote].

Le chapitre VIII (*bis*) est entièrement neuf, et a été [écrit en] 1838. L'auteur y examine les phénomènes instinctifs, le[s senti]mens et les facultés intellectuelles, en tant que se ratta[chant à] l'irritation ; il établit que l'innervation qui correspond au[x phé]nomènes de l'encéphale nommés moraux, est sujette à l'[irrita]tion, et que celle-ci peut s'élever au degré de l'irritation. P[renant] pour exemple la philogéniture de Gall, l'auteur montre q[ue cet] instinct est exaltable par suite de la grossesse, de l'accouch[ement] et de la lactation ; d'après lui, cette stimulation générique p[eut] être la seule cause du développement de l'amour des petits [chez] les femelles des animaux mammifères, de même que le stim[ulus] de l'incubation semble le faire naître chez les femelles des [oi]seaux. Ceux qui ont accusé Broussais d'être tombé dans la dé[cré]pitude intellectuelle dans ses vieux jours, peuvent prendre [lec]ture de ce chapitre, l'un des derniers écrits du grand homme [et ils] se convaincront alors que sa vaste intelligence, loin d'éprou[ver] les atteintes du mal qui rongeait ses entrailles, n'avait rien pe[rdu] de sa puissance et de sa force.

Broussais nous trace l'histoire générale des instincts et des [sen]timens ; et après avoir fait connaître les opinions des philo[so]phes, au sujet de chacun d'eux, il expose celles des phrénolo[gis]tes, et cherche à montrer la supériorité de celles-ci sur les [pre]mières.

quoi la voie de communication étant ainsi frayée par le testicule, n'y a-t-il pas de hernies inguinales avant la naissance? Notez que le testicule n'entraîne que la portion postérieure du péritoine dans un point où elle ne tient à aucun viscère, et que par lui-même il ne peut donc pas les entraîner. Quelquefois, à la vérité, on trouve qu'il a contracté avec quelques-uns des adhérences, mais alors l'effet de ces adhérences est de retenir le testicule dans l'abdomen, et cette autre cause de hernies nous échappe encore. Enfin, ajoutez que sur l'enfant nouveau-né, il faut des efforts violens, des cris, de la toux, etc., pour pousser les intestins dans cette voie insolite, et que le fœtus, qui ne respire pas, dont la poitrine est restée affaissée, n'a ni l'occasion ni la puissance de se livrer à de grands efforts.

Après la naissance, du moins, la hernie peut se faire à travers le canal de communication resté ouvert, et se trouver ainsi en contact avec la tunique vaginale qui recouvre le testicule; c'est la hernie congéniale des auteurs, et particulièrement de Scarpa. A. Cooper l'a désignée sous le nom, beaucoup meilleur, de hernie dans la tunique vaginale. Cependant, comme les intestins peuvent s'arrêter en différens points du canal de communication qui appartient à cette tunique, peut-être est-il besoin d'une dénomination plus précise, et je l'appellerais volontiers hernie vaginale testiculaire.

En effet, quand la nature suit son cours, le canal de communication tend à se rétrécir, et enfin à s'oblitérer; et en général l'oblitération se fait d'abord à sa partie moyenne, à peu près vers l'anneau inguinal externe; et le canal se trouve ainsi divisé en deux portions. La portion supérieure s'oblitère ensuite, puis l'inférieure; ce travail se fait dans les premières semaines ou dans les premiers mois de la vie extra utérine.

Supposez maintenant qu'une hernie se fasse chez un enfant dont le canal n'est encore oblitéré qu'en un seul point. La hernie descendra jusqu'à ce point d'abord, et non plus bas; elle sera bien cependant dans le prolongement de la tunique vaginale, et non dans un sac herniaire [illegible] sont pas rares; vous en avez vu un dans la dern[illegible] la hernie descendait un peu au-dessous de l'anneau exte[illegible] ne chez un enfant de quelques mois, et le testicule était libre, beaucoup plus bas au fond du scrotum. C'est là encore une hernie vaginale à laquelle vous pouvez donner le nom de *hernie vaginale funiculaire*. Cette hypoth[èse n'a] point été décrite dans ces circonstances. Ma[is] vous [compre]nez qu'à mesure que des efforts nouveaux la po[ussent] plus en bas, elle distend le tissu cellulaire du cord[on et la par]tie de la portion inférieure de la tunique vaginale [non oblité]rée, arrive jusqu'au testicule, et comme l'envelop[pe séreuse du] cordon n'a pas encore contracté d'adhé[rences avec] le sommet de cet organe, à raison de la tunique [vaginale] qui l'en sépare, la hernie parvient même à déc[oller la] partie le testicule qu'elle laisse en arrière, d[e sorte que la t]unique séreuse qu'elle laisse en avant, sans cepe[ndant d]escendre jamais aussi bas que dans la hernie vagina[le tes]ticulaire. Si par hasard elle vient alors à s'étrangl[er, le] chirurgien, en cherchant à ouvrir le sac, tombe im[médiate]ment sur la vraie tunique vaginale qui est en av[ant, et] dans laquelle il ne trouve rien que le testicule; il [faut qu'il] divise la paroi postérieure de cette tunique qui [forme] le véritable sac. A. Cooper a désigné cette var[iété sous] le nom de *hernie enkystée de la tunique vaginale*; [ce n'e]st tout simplement la hernie vaginale funiculaire [à son pl]us haut degré de développement.

Enfin, les choses ne [se passent p]as point toujours de la même manière. D'une part, on trouve quelquefois le canal de communication entièrement oblitéré avant la naissance. Wrisberg a observé cette oblitération sur un fœtus de quatre mois. D'autres fois, le testicule étant descendu, l'oblitération est très lente à se faire. A. Cooper a disséqué un sujet de huit ans chez lequel le canal offrait un pertuis qui pouvait admettre une sonde de femme; et nous avons pu remarquer plusieurs fois que chez les sujets atteints de hernies dites congéniales, et qu'on avait cru guéris par l'application des bandages ordinaires, la hernie reparaissait à quinze, dix-huit ou vingt ans et plus tard, avec des caractères assez tranchés de hernies congéniales pour autoriser à penser qu'il y avait ici, non pas une véritable oblitération, mais un simple rétrécissement du canal. Dans le premier cas, vous voyez que les enfans pourraient être affectés immédiatement après leur naissance d'une hernie accidentelle en tout semblable à celle des adultes; tandis que d'une autre part des jeunes gens déjà assez avancés peuvent avoir une hernie véritablement vaginale.

Il y a plus; nous n'avons parlé que des cas où les testicules étaient descendus dans le scrotum, et il y a de nombreuses exceptions. Canestrini avait cru voir que chez les Hongrois les testicules descendaient fréquemment fort tard dans les bourses; et il avait vu là une prédisposition aux hernies, spéciale à cette nation. Cela n'est nullement rare ailleurs; et, par exemple, en France et à Paris vous seriez frappé de la fréquence relative de ces cas, si vous interrogiez avec soin tous les individus. Je citerai seulement ici quelques-unes de mes observations où cette circonstance s'est rencontrée.

1° Un sujet de six ans. Le testicule gauche, descendu à deux ans, avait entraîné une hernie gauche; le droit n'était pas encore descendu à six ans.

2° Sujet de [huit] ans. Le testicule gauche descendu depuis long-temps; le droit apparaissant depuis un mois seulement à l'anneau externe, et entraînant une hernie.

3° [Un sujet d]e quatorze ans, portant à droite une hernie [congéniale d]es premiers jours après la naissance; le testicule [gau]che commence seulement à descendre.

4° Un sujet de trente ans, le testicule gauche arrêté à l'anneau externe.

J'en pourrais citer un grand nombre d'autres; certains individus ont même gardé toute leur vie un de leurs testicules dans l'abdomen, et, d'après mes observations, il semble que le testicule gauche soit plus sujet à ce retard dans la descente. N'allez pas croire que cette descente soit par elle seule une cause suffisante de hernie; fort souvent le testicule suit son trajet sans que les viscères bougent, soit que les anneaux soient trop étroits pour les laisser passer, ou que la tunique vaginale se soit déjà resserrée au-dessous de l'organe qu'elle embrasse. Je me souviens d'avoir vu un enfant de treize ans qui n'avait encore dans le scrotum que le testicule droit, un brutal l'ayant élevé en l'air, comme il se baignait, le précipita à plat ventre sur la surface de l'eau; il y eut craquement et douleur vive à l'aine gauche; le testicule était sorti de vive force, et cependant jamais ni alors ni depuis, après plus de vingt ans écoulés, il n'y a eu apparence de hernie.

Mais d'autres fois la hernie se fait; l'intestin suit le testicule et se présente avec lui à l'anneau ou hors de l'anneau, en un mot, c'est une *hernie vaginale testiculaire* avec la différence qui résulte de la position du testicule. Il peut de même se faire alors une *hernie vaginale funiculaire* par oblitération de la tunique au-dessus du testicule; j'en ai plusieurs exemples, et souvent c'est pour le bandagiste un cas des plus embarrassans. Je ne sais s'il se fait quelquefois aussi dans ces circonstances des hernies purement accidentelles; la chose n'est pas impossible, mais l'étude des réalités est bien assez vaste pour ne pas nous aller perdre dans celle des possibilités.

En résumé, donc les hernies de la tunique vaginale se présentent d'abord dans deux conditions toutes différentes, qui permettent d'en faire d'abord deux grandes espèces:

Ou le testicule est descendu dans le scrotum;

Ou il n'y est pas descendu; et il s'est arrêté dans le canal, à l'anneau externe ou au-dessous de cet anneau.

Je n'ai jamais vu de hernies se faire par le canal inguinal, le testicule restant caché dans le ventre.

Maintenant, dans chacune de ces espèces, il y a deux grandes variétés:

La *hernie vaginale testiculaire*;

La *hernie vaginale funiculaire* qui, à son plus haut degré de développement, prend les caractères de la *hernie enkystée de la tunique vaginale* de A. Cooper.

Est-il possible de reconnaître toutes ces variétés sur le vivant, sans opération? Je le pense.

La hernie vaginale testiculaire, quand le testicule est dans le scrotum, se déclare en général subitement; l'enfant tousse, un paquet d'intestins se précipite et arrive immédiatement au fond du scrotum. A part ce commémoratif, on la reconnaît aisément par sa position en avant et un peu au-dessous du testicule, lequel est légèrement remonté en arrière. La disposition de la tunique vaginale qui sert de sac à la hernie, explique suffisamment ces phénomènes, qui ne se rencontrent dans aucune autre variété.

Les effets de cette hernie sur toute l'économie sont les mêmes que ceux de la hernie des adultes; j'y reviendrai en parlant de cette dernière. Mais elle exerce sur les testicules et sur la forme du scrotum une influence qui n'a pas été suffisamment signalée. Sur les testicules la pression de la hernie fait qu'à la longue ils s'atrophient; j'en ai vu plusieurs exemples.

Un homme de 26 ans avait eu une hernie de ce genre; jusqu'à l'âge de 21 ans il ne porta point de bandage. Je le vis à l'âge de 26 ans: la hernie était facilement reconnaissable; le testicule droit était atrophié, réduit au volume d'un haricot.

Un homme de 40 ans vient demander un bandage double pour deux hernies qu'il portait depuis son enfance, et qui, ne l'ayant pas fait beaucoup souffrir jusque là, n'avaient pas exigé l'emploi du brayer. Les deux testicules étaient réduits à un aussi mince volume que dans le cas précédent; l'homme était très grand, très gros, très fort, mais il avait la voix grêle, très peu de barbe, et le système adipeux largement développé. Il présentait également cette forme particulière du scrotum qui est propre aux hernies vaginales anciennes et non réduites. On dirait que le scrotum a participé à l'atrophie du testicule; il est bien moins pendant et allongé; mais, de plus, au lieu de figurer un coin à base inférieure, il est plus large à sa partie supérieure.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Académie de Médecine. — Séance du 7 janvier.

M. Bally remercie l'Académie pour l'honneur qu'elle lui a fait de l'appeler à la présidence, et vote en même temps des remercîmens à son prédécesseur, M. Husson. Il donne lecture du discours adressé au Roi au nom de l'Académie par le président de la

---

Dans le chapitre IX il é[tudie le r]ôle que joue l'excitation dans les maladies, et range ce[s maladies e]n trois sections: la première comprend l'étude de mala[dies par défaut d'exc]itation (asphyxies par défau[t d'air r]espirable, excès de froid, etc.); la seconde comprend les [irritations par excès d]'excitation (engelur[es, ecchy]mès); la troisième tr[aite d]es irritations produites par le défaut d'excitation (inflammations pul[monaires, ir]ritations gastriques chez les affamés, gastrites par ingestion [d'air par excès d'exc]itation par inspiration d'un air trop [chaud, abus des bois]sons stimulans, etc.). Dans cette [dernière] partie de l'ouvrage, [il est que]stion des changemens qui surviennent dans les orga[nes sous] l'influence de l'irritation. L'auteur enseigne que, par l'[effet de l']irritation, les tissus commencent à se mouvoir avec p[lus d'én]ergie, précipitation que dans l'état normal; alors ils appellent les [fluides] en raison des affinités qui existent entre les molécules d[e ces tissus] et celles des liquides: affinités qui augmentent avec l'i[ntensité] de la vie. La partie irritée se tuméfie, rougit en se p[énétrant] de sang, le calorique s'y dégage en plus grande quant[ité, la] température augmentée, d'où peut résulter la suppura[tion, le r]amollissement et la gangrène. De t[out cela] il résulte que l'excitation est un état normal, que cette [excitation] peut se transformer en irritation, et celle-ci en inflamm[ation]; ces deux dernières ne sont donc que l'excitation exagérée.

Broussais étudie ensuite l'irritatio[n dans les tis]sus qu'elle se montre dans le tissu aréolaire et lamineux, [les] ganglions, les muscles, etc., et le tissu nerveux, dont l'é[tude em]brasse: 1° les irritations des extrémités nerveuses répand[ues dans] les divers tissus; 2° les irritations des cordons nerveux; [3° les i]rritations du cerveau, du cervelet et de la moelle. La p[remière] partie du second volume est terminée par le dilemme suiv[ant: les] médecins n'ont à choisir qu'entre deux manières de philo[sopher:] ou il faut qu'ils soient physiologistes, et ils ne peuvent l'[être qu'en] prenant pour guide l'irritabilité, ou ils doivent être [ontologistes], et alors ils sont exposés à d'innombrables contradicti[ons théor]iques et pratiques, et alors ils ne peuvent tirer qu'u[n] faible parti des observations qu'ils auront faites.

C'est pour faire ressortir la vérité de c[e dilemme, dit l'auteur, que m]ent que Broussais a choisi l'histoire de la folie, [ou des m]aladies sur lesquelles l'empirisme a régné le plus lo[ng-temps]; mais ce n'est pas tout, en choisissant la folie pour don[ner une] idée des applications des principes physiologiques, il a [eu un dou]ble objet, celui de contribuer au perfectionnement de la [théorie et de la prat]ique de cette funeste maladie, et de la faire servir au[x progrès] de la science de l'entendement humain et à la destruction de l'ontologie. Puis, il entre en matière et traite successivement des causes de la folie, de son incubation, de ses caractères, de sa marche, de sa durée, de son traitement et des altérations cadavériques rencontrées chez les aliénés. Cette seconde partie est remarquable par les opinions anti-phrénologiques qu'elle contient et qui forment un contraste curieux avec les autres parties de l'ouvrage, qui sont entièrement en faveur des idées de Gall. Pour comprendre cette particularité, il est bon de faire remarquer qu'à sa mort, Broussais s'occupait de mettre cet ouvrage en harmonie avec ses nouvelles convictions, et qu'il n'aurait pas manqué de refondre la dernière partie de son ouvrage, où il fait plus d'une objection contre le système de Gall. Quels que soient les contrastes qui se montrent dans cet écrit, par rapport aux opinions phrénologiques et anti-phrénologiques de l'auteur, nous devons remercier M. C. Broussais de nous avoir transmis la seconde partie de l'ouvrage, telle qu'elle se trouve dans la première édition.

L'auteur définit la folie la cessation prolongée du mode d'action du cerveau, qui dans l'état normal est le régulateur de la conduite des hommes, et auquel tient cette faculté qu'on appelle la raison; mais il faut que les malades puissent s'acquitter en grande partie des fonctions des autres organes pour qu'on leur donne la qualification de fous, car on ne considère pas comme tels les frénétiques et beaucoup de malades attaqués de phlegmasies aiguës qui sont aussi dépourvus de raison. Privé de cet instrument, l'homme ne peut plus résister aux impulsions aveugles de l'instinct, et cet instinct est lui-même plus ou moins dépravé dans la folie; de là, la possibilité de tous les genres d'aberration dans les discours et dans les actes des hommes frappés d'aliénation mentale. Relativement aux formes de la folie, l'auteur les divise en manie aiguë, distinguée en furieuse et sans fureur; puis vient la manie chronique, qui peut être générale ou partielle (monomanie). Les monomanies sont distinguées en instinctives ou fondées sur la perversion de l'instinct et des besoins appelés physiques, et en monomanies intellectuelles ou fondées sur la perversion des besoins moraux et sur la prédominance d'une idée ou d'une série d'idées acquises; puis viennent quelques pages sur la manie intermittente, et à ce sujet Broussais cite un cas curieux de cette espèce. Il s'agit d'une dame qui avait depuis trente ans des accès annuels de folie qui duraient trois ou quatre mois; elle en pressentait le retour, et se rendait dans une maison de santé; l'accès passé, cette dame s'en retournait chez elle, et conservait toute sa raison jusqu'à l'année suivante.

Dans le chapitre VI, Broussais déroule à nos regards le tableau des différentes théories qui ont régné sur la folie, depuis l'antiquité jusqu'à l'époque de la médecine physiologique; il prouve que depuis long-temps la folie était considérée comme une inflammation du cerveau et des méninges, vérité consignée dans Cœlius Aurélianus, qui indique même comme moyens thérapeutiques de cette maladie, l'application de sangsues et de ventouses scarifiées à la tête, à la nuque et entre les épaules, ainsi qu'un régime rafraîchissant, la diète et la stimulation révulsive sur la peau. Si les médecins ont substitué, dit-il, les idées humorales de Galien comme causes productrices de la folie, aux phlegmasies cérébrales, c'est parce qu'ils ont pris pour type de l'inflammation le phlegmon, et qu'ils ont pensé que là où il y avait inflammation, il devait y avoir suppuration. Or, comme il est rare de trouver du pus phlegmoneux dans le cerveau des aliénés, ils ne se seraient jamais persuadé que les ramollissemens, les indurations, l'opacité, l'injection, l'adhérence des membranes, pussent être produits par une phlegmasie et faire naître le délire, la fureur, les convulsions, l'exaltation ou l'abrutissement des facultés intellectuelles; et lorsque ces altérations furent rencontrées, on les considéra, non pas comme causes, mais comme effets de l'aliénation mentale. Dès 1814, Broussais rattacha tous les délires, soit aigus, soit chroniques, à l'irritation primitive ou sympathique de l'encéphale, en ajoutant que tantôt cette irritation s'élève au degré de l'inflammation, et tantôt reste au-dessous. Les convulsions, pertes partielles et générales du sentiment et du mouvement, les engorgemens, congestions, ramollissemens, épanchemens, etc., furent attribués par lui à la même cause; et dans l'examen des doctrines il établit que les congestions cérébrales, les cancers et les hydatides du cerveau, ses tubercules, etc., sont les produits de l'irritation. Il restait à rallier la folie à ces mêmes altérations, et c'est ce qu'il fit dans la 123e proposition de l'Examen des doctrines; voici le texte de cette proposition:

« La manie suppose toujours une irritation du cerveau; cette irritation peut y être entretenue long-temps par une autre inflammation, et disparaître avec elle; mais si elle se prolonge, elle finit toujours par se convertir en une véritable encéphalite, soit parenchymateuse, soit membraneuse. »

Plus loin, l'auteur s'élève contre les médecins qui se sont glorifiés d'avoir établi les premiers que le diagnostic médical consiste à donner aux phénomènes extérieurs une valeur représentative de l'état intérieur ou de la lésion de l'organe qui en est le siége; et pour qu'on ne lui conteste plus désormais la priorité de

commission qui s'est rendue au château des Tuileries le jour de l'an, et fait connaître la réponse faite par sa Majesté à ce discours.

— M. le Président invite l'Académie à nommer une commission de sept membres pour être investie du pouvoir de proposer la liste des nouveaux membres-correspondans de l'Académie. Cette commission se compose en partie des membres du conseil d'administration, et en particulier de M. Orfila, membre inné de toutes les commissions possibles, passées, présentes et futures!!

— *Relevé statistique des pneumoniques traités à la clinique de M. Bouillaud.* M. Rayer fait un rapport sur un travail de M. Pelletan, relatif à 75 cas de pneumonie et pleuro-pneumonie observés à la Charité. Ce travail expose d'abord les détails des faits observés jour par jour avec le plus grand soin. L'auteur se livre ensuite à des considérations générales, et en tire des conséquences du plus haut intérêt pour l'histoire générale de la maladie.

Dans les tableaux dressés par M. Pelletan, on remarque que la pneumonie unilatérale est beaucoup plus fréquente que la pneumonie double; elle est plus commune à droite qu'à gauche, à la base qu'au sommet du poumon, chez les sujets jeunes que chez les vieillards; et, chose remarquable, chez tous, le mal avait été occasionné par l'action du froid. Très souvent la maladie était compliquée de pleurésie, et lorsque le délire s'est manifesté, la pneumonie occupait le lobe supérieur du poumon. La fréquence du pouls n'a pas toujours été en raison de l'intensité de la maladie.

Arrivant enfin au traitement, M. le rapporteur fait voir toute l'importance des saignées appliquées d'après la formule de M. Bouillaud; il s'appuie sur les heureux résultats obtenus par cet habile observateur, puisque sur les 75 cas, deux seuls malades sont morts, les autres sont guéris. Il est donc vrai de dire, ajoute M. Rayer, qu'en se conformant à la formule de M. Bouillaud, la guérison est la règle, la mort l'exception. Les deux sujets, effectivement, qui n'ont pu profiter des bienfaits de la méthode, se trouvaient dans une condition exceptionnelle, puisque leur mal était déjà arrivé à la troisième période quand ils ont été reçus à la clinique. Une dernière remarque non moins importante, c'est que la convalescence a été généralement très courte, et la guérison elle-même s'est opérée dans l'espace de cinq à sept jours. M. Pelletan a éprouvé aussi les avantages réels des vésicatoires appliqués après la saignée, ce qui contredit les préjugés contraires qu'on avait répandus sur ce puissant remède antiphlogistique.

Dans l'appréciation de chaque proposition de M. Pelletan, M. Rayer a présenté les relevés statistiques de plusieurs auteurs accrédités, et fait des rapprochemens très heureux. Il termine en votant des remercîmens à M. Pelletan pour son intéressante communication, et en proposant l'envoi du mémoire au comité de publication.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

M. Moreau demande que l'intéressant rapport de M. Rayer soit imprimé en même temps que le mémoire de M. Pelletan, comme un complément de ce dernier. (Adopté.)

— M. Boyer a lu une intéressante observation d'anévrisme de l'aorte recueillie à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Dubois d'Amiens. (Commission.) Nous en rendrons compte lorsqu'un rapport en sera fait à l'Académie.

— Vers la fin de la séance, M. Leblanc, médecin vétérinaire, présente une pièce d'anatomie pathologique que l'Académie a observée avec le plus grand intérêt. C'est le cadavre d'un chien sur lequel M. Leblanc avait inoculé avec succès la morve avec de la matière prise chez un homme atteint de cette maladie. On avait, jusqu'à présent, inoculé la morve de l'homme au cheval, du cheval au chien et du chien au cheval, et les résultats avaient été positifs; mais on n'avait pas encore inoculé la maladie de l'homme au chien : c'est ce que M. Leblanc vient de faire avec succès. [...]nnerons les détails de ce ces observations.

[...]vée avant cinq heures.

CONCOURS [...] PATHOLOGIE INTERNE.

Séance [...]

Le sort décide de la manière suivante des s[...] tés par les candidats.

M. C. Broussais : De la Statistique appliquée à la patholog[ie] et à la thérapeutique.
M. Dalmas : Des Métastases.
M. Hourmann : De la Périodicité dans les maladies.
M. Combette : De l'Hydropisie.
M. Requin : Des Prodromes dans les maladies.
M. Legroux : De la Spécificité dans les maladies.
M. Gendrin : De l'Influence des âges dans les maladies.
M. Piorry : De l'Hérédité dans les maladies.
M. Gibert : Des Altérations du sang.
M. Dubois d'Amiens : De la Fluxion et de la Congestion.
M. N. Guillot : De l'Influence de l'Anatomie pathologique la thérapeutique.
M. Cazenave : De la Révulsion et de la Dérivation.

Ces thèses devront être remises imprimées le 21 janvie[r] quatre heures en séance publique.

Recherches sur l'introduction accidentelle de l'air dans les veines, et particulièrement sur cette question : « L'air, en s'in[tro]duisant spontanément par une veine blessée pendant une o[pé]» ration chirurgicale, peut-il causer subitement la mort? » J.-Z. Amussat, membre de l'Académie royale de médec[ine]. 1 vol. in-8° de 264 pages. Prix, 5 fr. — A Paris, chez Ger[mer] Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

La *Némésis Médicale* est complète, les trois dernières sat[ires] viennent d'être publiées en même temps; les sujets en sont
Le Conseil royal de l'Instruction publique; — *l'Institut*;
Les Lazarets et les Quarantaines;
Et enfin *les Adieux*.

La réimpression des satires qui étaient épuisées permet d[e li]vrer l'ouvrage entier aux personnes qui en feront la deman[de].

cette idée, il prouve qu'elle lui appartient, qu'elle est le fondement de la doctrine physiologique, et que c'est cette même idée qui lui dicta l'histoire des phlegmasies chroniques, publiée en 1808, époque à laquelle les spoliateurs n'étaient point encore sur les bancs de l'école; il s'élève aussi contre ceux qui ont prétendu que la folie ne pouvait pas être sympathique, c'est-à-dire dépendre de l'affection d'un organe autre que le cerveau.

Dans le chapitre VI, intitulé : Théories de la folie selon les anciens et les modernes, jusqu'à l'époque de la médecine physiologique, Broussais fait la guerre aux doctrines de Gall. Cependant on remarque que déjà il y avait en lui les germes d'une conversion qui est devenue si éclatante; car il dit (page 469) : « Notre opinion bien arrêtée est qu'en effet il est nécessaire d'un certain développement dans le cerveau, organe de l'intelligence, pour qu'un homme se fasse remarquer par ses moyens intellectuels; que les facultés les plus distinguées correspondent, comme le veut le docteur Gall, au développement de la moitié antérieure des hémisphères du cerveau: opinion déjà énoncée dans l'antiquité.... »

L'auteur fait déjà, comme on le voit, de la localisation, puisqu'il attribue la manifestation des facultés les plus distinguées à la moitié antérieure du cerveau; or, de cette localisation en masse à une localisation de détail il n'y a qu'un pas, et pour un génie aussi ardent que celui de ce grand homme dont l'ontologie et l'entité étaient sa bête noire, il n'est point étonnant qu'en méditant les œuvres de Gall et de Spurzheim, il se soit lancé dans les idées phrénologiques qui paraissent donner une explication satisfaisante du moral de l'homme, en rattachant les instincts, les sentimens et les facultés de l'intelligence à l'organisation, objet constant de ses travaux et de ses veilles, et pour le triomphe duquel il combattit long-temps avec talent et courage.

En résumé, pour l'auteur, la folie est un des effets de l'irritation; ses causes, ses symptômes, sa marche, les altérations cadavériques, tout le prouve. Quant au traitement, après avoir parlé des différens moyens thérapeutiques qui ont été en honneur, tels que les saignées, les purgatifs drastiques, les bains de surprise, etc., il signale les services rendus par Pinel aux aliénés, et établit que la folie étant le résultat de l'irritation, il existe pour la combattre deux ordres généraux de modificateurs, les sédatifs et les contre-irritans nommés aussi révulsifs. Au début, si la maladie est à son plus haut degré, on devra la considérer comme une encéphalite et la traiter en conséquence, à l'aide des saignées, de l'abstinence, des boissons émollientes, et par l'application du froid. Puis il arrive aux moyens hygiéniques, à la tête desquels il place le traitement moral; il insiste sur la réclusion dont il démontre les avantages. Tel est en peu de mots le résumé bien imparfait du Traité de l'Irritation et de la Folie. Cet ouvrage est riche de faits; l'argumentation vigoureuse de Broussais s'y montre dans tout son éclat, et les idées philosophiques les plus hardies et de l'ordre le plus élevé s'y rencontrent à côté des faits les plus insignifians en apparence, mais qui, observés par l'œil de lynx de l'auteur, sont d'un haut enseignement. Telle est l'anecdote qu'il rapporte, et dont une chatte fait tous les frais. On sait que Broussais aimait les animaux, et surtout ceux de l'espèce féline; son attachem[...] [ser]vi aux progrès de la science, en montrant jusqu[...] [leu]rs instincts et leur raisonnement.

Le Traité de l'I[rritation et d]e la Folie, tend :
1° A détruire l[...] lésions des organes;
2° A rattacher [...]me à l'organisation;
3° A ramener l[...] l'excitation et l'irritation dans les phénomènes p[...];
4° A montrer l[...]
5° A faire trio[mpher la doctri]ne de Gall, au préjudice de la psychologie anci[enne].

Certes, c'était [...]che à remplir, et Broussais l'eût entièrement ache[vée si la mort] ne l'avait pas ravi trop tôt à notre juste admi[ration...]as douteux, en effet, qu'il n'eût coordonné toute[...] son ouvrage, et qu'il n'eût rattaché chaque g[...] l'irritation de chacun des organes cérébraux a[...]ses continuateurs.

En tête de l'o[uvrage se trouve] une notice préliminaire par M. C. Broussais, d[...]ls de l'illustre défunt nous promet la publicat[ion ...]s différens discours et mémoires lus par son pè[re ...]insi que plusieurs autres sur différens sujets; [...] qui formera un volume, paraîtra sous le titre de [...] *Médecine et de Philosophie*; à la suite de cette n[otice ...]une liste de souscripteurs au monument funèbr[e].

[...]AU DE SAINT-LUDGÈRE, D.-M.-P.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 11 JANVIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 5, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GERDY.

Deux observations de paralysie de la vessie traitées et guéries par l'application de vésicatoires sur l'hypogastre et sur la région lombaire.

Première observation.

Lobry (Eloy-Auguste), est entré le 17 juillet, salle St-Jean, 21. C'est un bottier âgé de trente-cinq ans, revenu depuis six mois d'Alger, où il a servi pendant six ans dans les chasseurs à cheval. Fréquemment, pendant cet intervalle, il est resté long-temps à cheval sans satisfaire au besoin d'uriner, soit par impossibilité, soit par négligence. Toutefois, il n'a éprouvé aucun inconvénient de cette circonstance pendant tout le temps qu'il est resté en Afrique. Mais, environ quinze jours après son retour en France, il s'aperçut, un matin, qu'il avait uriné dans son lit. La nuit suivante le même accident se renouvela. Pendant le jour il urinait d'ordinaire volontairement. Quelquefois cependant il n'était averti du besoin d'uriner que par quelques gouttes qui, en s'échappant, venaient mouiller son pantalon. Bientôt il s'aperçut que les urines tombaient sans former de jet. Pour favoriser leur expulsion, il se livrait à de vains efforts, et se trouvait obligé de peser sur l'hypogastre et sur le périnée. D'ailleurs, il ne pouvait aucunement arrêter l'excrétion des urines dès que celles-ci avaient commencé à couler. Les choses ont persisté dans cet état jusqu'à présent. Il a continué d'uriner toutes les nuits dans son lit.

Le 18 juillet, on applique sur l'hypogastre un vésicatoire camphré.

Dans la nuit du 19 au 20, le malade n'a pas pissé au lit.

Jusqu'au 27, les choses s'améliorent progressivement; à cette époque, l'expulsion des urines est presque normale. On panse alors le vésicatoire avec du cérat pour le sécher.

28. Les choses se maintiennent dans un bon état.

29. Le vésicatoire est complètement sec. Le malade a pissé au lit cette nuit.

30. Il a encore pissé au lit. On réapplique un vésicatoire sur l'hypogastre.

Dans la nuit du 30 au 31 il n'a pas pissé au lit.

Jusqu'au 12 août, sous l'influence du vésicatoire, qui est pansé avec la pommade de garou, l'excrétion des urines devient chaque jour plus volontaire. Pendant tout ce temps le malade ne pisse plus au lit; les urines sortent en formant un jet qui s'étend à environ un pied.

Le 13 août, pour éviter une rechute et entretenir l'amélioration, on applique un vésicatoire sur la région lombaire droite.

Du 13 au 1, l'amélioration se soutient toujours, et même s'accroît. L'urine est alors projetée à environ deux pieds. On sèche le vésicatoire.

Depuis cinq à six jours, consécutivement au vésicatoire de la région lombaire, les ganglions inguinaux se sont engorgés. L'engorgement s'est propagé par les lymphatiques à la cuisse et même à la jambe. La cuisse surtout est engorgée, et présente sur sa face interne des stries rougeâtres, suivant la direction des lymphatiques. Cataplasmes sur l'aine.

Le 22, 30 sangsues sur la région inguinale; bains alcalins; cataplasmes.

Le 23, bain alcalin.

Le 30, la lymphite a cédé aux cataplasmes et aux sangsues. Du reste, tout s'est maintenu en bon état du côté de l'excrétion des urines. Le malade sort.

Deuxième observation.

Royer (Simon), âgé de quarante ans, cordonnier, est entré le 16 novembre 1839, salle Saint-Jean, 32.

Il y a douze ans qu'il fut traité à Beaujon, par M. Marjolin, pour une maladie de la vessie qu'il dit avoir entendu appeler incontinence d'urine. On employa des cataplasmes et des bains entiers.

Depuis ce temps, il n'avait plus rien ressenti du côté de l'excrétion des urines, quand, il y a douze jours, il s'aperçut qu'il urinait involontairement. Il fit cette remarque à la suite d'une marche à pied continuée pendant quinze jours. En outre, il avoue que souvent, par paresse, ou pour ne pas se déranger de son travail, il a négligé de satisfaire au besoin d'uriner. Quoi qu'il en soit, la nuit, il mouille ses draps; le jour, il n'est averti du besoin d'uriner que par la sensation d'humidité développée sur ses cuisses par la présence de l'urine. Celle-ci est excrétée sans former de jet. Le malade, comme on dit, pisse sur ses souliers. Une sonde, introduite facilement dans la vessie, a fait sortir une quantité assez notable d'urine. Toutefois, ni la main appliquée sur l'hypogastre, ni le doigt introduit par le rectum, n'avaient auparavant indiqué une distension extraordinaire de cet organe. Le malade n'y accuse d'ailleurs point de douleurs.

Le 17 novembre, on applique un vésicatoire camphré sur l'hypogastre.

Le 18 le malade ne pisse plus au lit.

Le 22, il commence à percevoir la sensation du besoin d'uriner; l'urine ne sort plus goutte à goutte, et la volonté peut quelque chose sur son expulsion. Toutefois, impossibilité complète d'arrêter l'excrétion urinaire quand elle a commencé. Le besoin d'uriner revient assez fréquemment, sept à huit fois par jour; et quatre ou cinq minutes après chaque expulsion, le malade est obligé d'expulser une nouvelle quantité d'urine, peu considérable d'ailleurs.

Jusqu'au 26, l'état des choses s'améliore. De jour en jour la volonté prend plus de part à l'excrétion des urines; celles-ci forment un jet de plus en plus marqué; le 26 elles sont projetées à deux pieds. Le malade éprouve toutefois assez fréquemment le besoin d'uriner, huit à dix fois par jour.

Jusqu'au 30 novembre, sous l'influence du vésicatoire, dont on continue toujours d'entretenir la suppuration, l'amélioration déjà signalée se maintient.

Le 30 novembre, les phénomènes qui accompagnent l'excrétion des urines sont les mêmes qu'à l'état normal; le besoin d'uriner a perdu de sa fréquence.

Le 2 décembre le malade sort. A. le F...

Cancer énorme du rectum, chez un homme de 67 ans; extirpation; accidens consécutifs graves; guérison, dont la durée date déjà de plus d'un an; par M. PETEL, D.-M. au Cateau (Nord), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Leduc (J.-B), âgé de soixante-sept ans, cultivateur à Vaux-Audigny, près Bohain (Aisne), d'un tempérament sanguin, avait toujours joui d'une santé parfaite, il n'éprouvait qu'un symptôme à peu près habituel; depuis long-temps il avait, disait-il, le *boyau tendre*.

Dans le commencement de 1838 il se plaignit à M. Vignon, médecin de la commune, d'une diarrhée parfois sanguinolente qui le fatiguait beaucoup. Nous-même fûmes consulté à cet égard; nous apprîmes qu'il était sujet aux hémorrhoïdes et à un cours de ventre presque habituel, que depuis quelque temps du sang apparaissait fréquemment dans les selles, que de la douleur précédait et accompagnait la défécation. L'exploration du rectum fut négligée; et d'après l'étude des symptômes, nous portâmes ce diagnostic: Colo-rectite chronique; en conséquence, nous convînmes, M. Vignon et moi, de mettre notre malade à un régime convenable, d'employer des lavemens d'amidon laudanisé; ces moyens étant insuffisans, nous eûmes recours aux pilules opio-saturnines, mais le tout en vain, ou du moins avec de légers amendemens dans les symptômes.

Sept à huit mois après, vers septembre, appelé de nouveau à voir le malade, je m'empressai cette fois de porter le doigt dans le rectum; j'y constatai, et après moi M. Vignon, des tumeurs indurées dont la nature nous parut équivoque; étaient-elles hémorrhoïdales, étaient-elles squirrheuses? Nous penchâmes pour cette dernière opinion, nonobstant le facies du malade qui était des meilleurs.

Au mois d'octobre nous étions fixés sur ce point; les douleurs étaient décidément lancinantes, les selles toujours précédées par un ichor plus ou moins abondant; dès lors nouvelle exploration qui nous apprit que les bosselures étaient augmentées surtout à gauche et encore plus en avant, où il existait, de plus, une ulcération profonde. Le toucher fut très douloureux. Le doigt, introduit le plus

---

FEUILLETON.

NOTICE BIOGRAPHIQUE SUR ANTOINE SCARPA.

(*Foreign quarterly review.*)

Il semble que tous les hommes célèbres qui répandaient un grand lustre sur leur patrie et éclairaient la génération actuelle, se soient donné le mot pour mourir ensemble! Au sentiment de profonde douleur que cause leur perte, se joint presque celui de l'étonnement; on voudrait que la mort fît une exception en leur faveur; on s'accoutume, pour ainsi dire, à l'idée que ces flambeaux, qui jettent une si belle lumière, ne doivent pas s'éteindre! Malheureusement ni la science, ni la sagesse, ni la tempérance ne peuvent garantir de ce glaive suspendu sur toutes nos têtes, qui frappe en aveugle à droite et à gauche. Scarpa, dont nous voulons essayer de retracer les travaux et les droits à la reconnaissance des hommes, a long-temps présenté une de ces heureuses exceptions dont nous venons de parler; il a quitté la vie plein d'années et de gloire, et jusqu'à son dernier moment, il n'a pas cessé un instant de s'occuper utilement de l'art de guérir qu'il a pratiqué avec tant d'honneur.

Comme physiologiste et comme chirurgien, il est probablement l'homme qui s'est acquis la plus grande et la plus belle réputation. Son nom était plus qu'européen, il était proclamé dans le monde entier; ses découvertes en anatomie et en chirurgie ont été accueillies partout avec admiration; partout elles ont été utiles. Ses œuvres ont été traduites et commentées dans toutes les langues. Il a laissé dans le cœur de ses nombreux disciples des sentimens profonds d'amour et de vénération, en même temps que des semences qui ont produit partout de bons fruits. Il existe à peine une société littéraire ou scientifique qui n'ait regardé comme un honneur de se l'agréger, et à la mort de sir Humphry Davy, il fut nommé par acclamation un des huit associés, résidans à l'étranger, de l'Institut de France. Les honneurs, les titres, les récompenses des souverains, venaient le chercher dans sa retraite. Le besoin de repos, la diminution de ses facultés physiques et surtout de sa vue, l'engagèrent à renoncer à la pratique et à se retirer dans sa magnifique maison de campagne, où, entouré d'une des plus belles collections de tableaux, d'objets d'art et d'antiquités, il partageait son temps entre les muses, les beaux-arts, l'agriculture, l'anatomie et la chirurgie, qu'il ne cessait, malgré son grand âge, d'enrichir de quelque idée ou de quelque découverte nouvelle.

Il a conservé jusqu'à son dernier moment une sérénité parfaite et cette étonnante vigueur intellectuelle qui l'avait si bien servi pendant toute sa vie; il s'est éteint à l'âge de 85 ans, dans les bras de ses élèves, de ces professeurs illustres que sa science avait légués à l'université de Pavie. Les héritiers de son talent ne l'ont pas quitté un instant pendant la maladie qui nous l'a enlevé; ils ont rendu à leur maître, à leur ami, à leur père d'adoption, les soins les plus assidus et les plus touchans; ils ont embelli par leur sollicitude et leur reconnaissance les derniers momens de l'homme auquel ils devaient leurs talens et les places honorables qu'ils occupent dans les chaires de l'école ticinienne. Heureux ceux qui ont parcouru une longue carrière aussi utile à l'humanité, qui meurent pleins de jours, dont la mort est pleurée, et qui sont entourés d'amis qui leur ferment les yeux!

Scarpa naquit au commencement de l'année 1748, à la Motte, petit village du Frioul, de parens estimés, mais pauvres et obscurs. Un oncle, curé du village, qui, sans doute, pressentait l'avenir de son illustre neveu, l'envoya à Padoue, où il fit les frais de ses études; il ne fut pas long-temps avant de se féliciter de ses prévisions. Le jeune Scarpa montra bientôt tout ce qu'il devait être un jour, par les immenses et rapides progrès qu'il faisait dans ses études. Un grand homme ne se trouve pas sans se dire en face d'un autre grand homme: *Ed io, anche, io son pittore.* Scarpa eut d'emblée pour maître l'immortel Morgagni, qui ne tarda pas à découvrir dans son élève tous les germes de son illustration future; il en fit bientôt son ami intime et son collaborateur. Déjà Scarpa se délassait avec les lettres de ses travaux; pendant les longues soirées du carnaval, qu'il passait dans la société de Morgagni, ils se distrayaient de leurs conversations scientifiques par la lecture à haute voix des comédies de Plaute.

Le duc de Modène ayant besoin d'un prosecteur d'anatomie pour son université, s'adressa à Morgagni pour remplir cette chaire. Celui-ci ne voyant que l'avancement de la science, et oubliant ses intérêts et son affection, proposa son élève favori qui fut agréé avec reconnaissance. C'est à vingt-deux ou vingt-trois ans que Scarpa quitta Padoue pour Modène, et c'est en 1772 qu'il donna ses premières leçons d'anatomie. C'est là aussi qu'il composa et dédia à François III son Mécène, son premier ouvrage anatomique, sous ce titre: *De structurâ fenestræ auris, et de tympano secundario, anatomicæ observationes.* Mutinæ, 1772. In-8°.

Dans le même temps le grand duc lui donna la place de chirurgien en chef de l'hôpital de Modène. Plus les occupations se multiplient, plus on trouve de temps pour tout faire. Malgré ses leçons d'anatomie, malgré l'augmentation de sa pratique médicale, malgré les soins journaliers qu'il était obligé de donner dans son hôpital militaire, il trouvait cependant le temps de faire des recherches anatomiques, de les conserver au moyen de très beaux dessins qu'il faisait lui-même, et de rédiger ses observations dans le latin le plus pur et le plus élégant. Son second ouvrage, qui parut bientôt après le premier, a pour titre: *Anatomicarum annotationum liber primus de gangliis et plexibus nervorum.* Mutinæ, 1779. In 4°.

Neuf ans après l'établissement de Scarpa à Modène, le duc, pour des raisons inconnues, jugea convenable de diminuer les appointemens de tous les professeurs; c'est alors que Scarpa demanda la permission de faire un voyage à Paris et à Londres; cette permission ne pouvait lui être refusée.

C'est dans cette excursion qu'il fit la connaissance, à Paris, à Londres et en Hollande, des médecins et des chirurgiens les plus célèbres, tels que Vicq d'Azyr, Pott, John Hunter, etc.

Lorsqu'à Paris il montra à Vicq d'Azyr son beau dessin du nerf olfactif, celui-ci écrivit sur la marge de ce dessin, ces mots: J'ai vu pour la première fois les ramifications du nerf olfactif.

John Hunter a dit, dans son mémoire sur ce même nerf, que les ramifications représentées dans la planche de Scarpa, sont trop déliées; et les professeurs de Pavie, qui possèdent ce monument des premiers travaux de leur maître, croient que la critique de l'illustre chirurgien anglais est fondée.

Scarpa se trouva à Paris dans le même temps que le philosophe Joseph II, qui alors parcourait l'Europe incognito. Le fameux Brambilla, médecin de l'empereur, fut étonné d'y voir Scarpa; il lui exprima sa surprise, et lui dit qu'il ne croyait pas qu'il pût quitter Modène. Scarpa lui répliqua: « Vous savez que quand un grand seigneur est en disgrâce à la cour, on l'invite à voyager pour sa santé; c'est ce qui m'arrive maintenant. »

Brambilla comprit sur le-champ qu'il devait profiter de cette occasion unique pour tâcher d'attirer à l'université de Pavie un professeur qu'il prévoyait bien devoir lui donner le plus grand éclat. Il en parla à l'empereur, qui n'eut rien de plus pressé que

haut possible, semblait atteindre les limites du mal ; je n'hésitai pas à en conseiller de suite l'extirpation.

Jusqu'au mois de décembre je réitérai plusieurs fois cette proposition, mais infructueusement ; ce ne fut qu'alors que les douleurs étaient devenues atroces et permanentes, qu'on y obtempéra.

D'après la sollicitation de M. Vignon et moi, M. le docteur Hardy, de Cambrai, fut demandé. Ce praticien éclairé et habile, après avoir exploré le mal, et reconnu avec nous que l'état général du malade était très bon, fut tout-à-fait d'avis de tenter le moyen périlleux, plutôt que de laisser Leduc en proie aux douleurs affreuses que la mort seule pouvait arrêter. On remarqua que les selles, lorsqu'elles étaient un peu moulées et que l'ichor qui les précédait était sorti, avaient un aspect très naturel, n'étaient pas mélangées de sanie ni de pus ; ce qui, joint au palper de l'abdomen qui ne faisait découvrir aucune bosselure sur le trajet du gros intestin, nous confirmait, avec la bonne mine du malade, dans l'opinion que le mal était borné.

Le 7 décembre 1838, à deux heures après midi, assisté de MM. Hardy et Vignon, je procédai à cette redoutable opération ; la peau fut incisée ovalairement ; l'étendue du rayon partant de l'orifice anal aux limites de l'incision, fut de 10 à 12 lignes. Du côté du sacrum la dissection fut facile ; d'abord, parce que la maladie n'y avait pas fait autant de progrès ; ensuite, parce que les adhérences de l'intestin avec le sacrum sont naturellement moins intimes. En avant, les tissus cellulo-graisseux et cellulo-fibreux étaient confondus en une masse homogène, dure, squirrheuse, et servant de paroi à l'intestin, les tuniques muqueuses, celluleuses et musculaires de celui-ci étant complètement détruites dans ce sens, et cela dans l'étendue environ d'une pièce de trente sous. Je pressentis qu'avant d'arriver à la hauteur du mal, j'avais à craindre la lésion de l'urètre, peut-être de la vessie ou de quelques annexes ; en conséquence, je me mis immédiatement en devoir de placer une sonde, dont un petit incident imprévu retarda un moment l'introduction ; le méat urinaire était, en effet, aux 3/4 oblitéré par une bride muqueuse que je dus préalablement détruire. Avec la courbure de la sonde je pratiquai de suite quelques mouvemens d'abaissement qui me prouvèrent que l'épaisseur des tissus de la cloison recto-vésicale et urétrale était encore assez notable, ce qui, sans doute, tenait au développement pathologique du tissu lamineux qui avait refoulé en avant l'appareil vésico-urétral. Bientôt, en remontant (c'était environ à deux pouces au-dessus de l'anus), je retrouvai la paroi antérieure du rectum, qui, cette fois, put être comprise dans la dissection circulaire de tout l'intestin, jusqu'aux limites de la dégénérescence.

A mesure que je remontais, je sentais le tissu cellulaire céder insensiblement avec plus de facilité ; et enfin, après de longues et pénibles manœuvres, la portion disséquée restant abaissée, l'index gauche y pénétra en la fronçant, et parvint à reconnaître une surface lisse et saine, selon toute apparence. Des tractions modérées exercées sur le rectum, saisi à pleines mains, le firent étonnamment descendre, en sorte que le palper extérieur, joint aux signes fournis par l'index, ne me laissa aucun doute sur l'exacte limite du mal. D'ailleurs, l'excision pratiquée sur-le-champ avec des ciseaux courbes, nous laissa voir à tous les trois l'intestin aussi sain que possible ; muqueuse, celluleuse, et musculeuse étaient à l'état normal. Le doigt, porté ensuite vers le point qui avait servi de paroi à l'intestin, fit sentir quelques duretés qui semblaient s'irradier vers la prostate ; des incisions ménagées et répétées en enlevèrent la plus grande partie.

Aussitôt la connaissance de cette grave et compromettante circonstance, j'avais fait mettre au feu un fer cylindrique de treize à quatorze lignes de diamètre, afin de détruire par le feu ce que le fer aurait pu épargner, je sacrifiai ainsi avec dévouement le *tutò* au *citò*. L'intestin, attiré au niveau de l'anus, y restait sans être maintenu. Nous agitâmes la question de savoir si nous ne l'y fixerions pas. La considération qu'une suppuration abondante devait se former à son pourtour, nous décida à le laisser libre ; mais nous ne le revîmes plus, et il est certain qu'il se rétracta au moins de six à huit lignes au-dessus du niveau où il fut excisé ; car dans les premiers temps nous avons, à l'aide d'un explorateur en olive, constaté qu'il était à quatre pouces de hauteur.

La portion enlevée que je conserve dans l'alcool, porte environ 3 pouces 1/2 dans son diamètre sacré, qui est le plus grand, et quelques lignes de moins dans le diamètre vésical. De nombreuses artères ont été tordues malgré les difficultés de la position, et nous avons pu nous passer de tout autre moyen hémostatique.

Un linge fenestré enduit de cérat fut introduit dans cette vaste plaie, puis comblé par des boulettes de charpie ; beaucoup de compresses furent appliquées par-dessus et maintenues avec un bandage solidement fixé. Une légère syncope survint dès que le malade fut au lit, mais elle ne dura point. Tilleul chaud ; pendant les premières heures, potion laudanisée à 60 gouttes ; un peu plus tard, limonade citrique. Nuit assez bonne, peu de fièvre dans la journée. Eau de poulet ; on continue la potion laudanisée. Avant la fin du deuxième jour, pansement. Tout est bien ; point d'hémorrhagie ; le pansement ne diffère qu'en ce que les dernières boulettes de charpie sont imbibées d'eau chlorurée. Au bout de huit à dix jours l'eschare de la cautérisation tombe ; elle est large. Des bourgeons rosés commencent à se former. Tout tend à une belle et bonne cicatrice, mais nous n'osons encore l'espérer.

Au bout de dix jours le pansement se fait ainsi : on lave d'abord la plaie en la seringuant avec de l'eau de son, puis on injecte une légère décoction de kina rouge ; on commence à introduire une grosse mèche imbibée de chlorure et enduite de cérat ; on répète ce pansement deux ou trois fois, selon l'urgence.

C'était l'hiver. Vers le vingt-cinquième jour notre malade se refroidit pendant un pansement ; le frisson le prend, la plaie n'est plus vermeille ; il tousse un peu ; il y a quelques tremblotemens. De suite je suis appelé ; tous mes soins se bornent à provoquer des sueurs avec des boissons chaudes et abondantes, en même temps à stimuler la plaie avec une décoction plus forte de kina ; tout se dissipe. Huit jours plus tard, nouveau refroidissement ; longs frissons. Cette fois, la plaie devient blafarde ; le pus se supprime ; la toux est sèche et plus fréquente ; le délire s'empare du malade ; les tremblottemens se remarquent non seulement aux membres, mais encore aux lèvres. Diagnostic : Dépôts purulens miliaires sous-arachnoïdiens et sous-pleuraux, d'où trouble de l'innervation, toux sèche. Traitement : Poudre de Dower, 6 grains toutes les heures ; infusion presque bouillante de tilleul prise sans relâche ; couvertures épaisses ; onguent styrax sur la plaie. Pronostic : Mort probable sous quelques jours. La peau ressent une énergique excitation par suite de cette médication ; une abondante sueur s'établit et continue. Dès lors, diminution de tous les symptômes ; toux moindre ; l'intelligence revient ; les tremblottemens diminuent ; les chairs se raniment ; la plaie suppure, et cette fois les accidens sont conjurés pour toujours.

Au bout de quelques mois, nous avons craint qu'un petit point, qui ne se cicatrisait pas, ne fût de mauvaise nature ; nous y avons porté une plaque de bois creusée et chargée de pâte de Vienne ; nous y sommes revenus plus tard, et enfin aujourd'hui tout est bien cicatrisé. Je ne conçois même pas que les mèches, que je crois nécessaires d'entretenir continuellement crainte d'une oblitération imminente, ne soient pas plus préjudiciables à la cicatrice, à cette nouvelle muqueuse mal organisée et si fatiguée, alors surtout qu'elles sont introduites, aujourd'hui, presque toujours, par la femme du malade qui, ayant la vue faible, occasionne souvent de la douleur par son inhabileté.

Les selles, mêmes consistantes, ne sont pas facilement retenues ; il est vrai qu'elles sont presque toujours liquides, ce qui tient à ce que le *boyau est tendre*, ainsi que le dit le malade, et qu'ensuite le régime est mal suivi : nous l'avons pendant un certain temps surveillé, et alors il lui arrivait souvent d'avoir des selles assez dures ; mais depuis qu'il peut se passer de nous, nous ne pouvons obtenir qu'il se nourrisse plus convenablement qu'il ne le fait.

D'un autre côté, comme l'observe Bichat, entr'autres, les fibres circulaires du rectum diminuent à mesure qu'on s'éloigne de l'anus, de sorte qu'à la hauteur où l'intestin est excisé, on ne peut compter guère sur l'efficacité de leurs contractions. Un bandage en T, une mèche, des étoupes, constituent un appareil permanent qui le garantit, autant que cela se peut, contre son infirmité. Peut-être qu'un petit pessaire ovoïdal lui serait très utile ; c'est du moins une expérience à laquelle je le soumettrais volontiers. Dans les premiers temps que Leduc se promenait, ses jambes enflaient ; il avait beaucoup maigri. Aujourd'hui, rien de cela n'existe ; la nutrition se fait parfaitement ; son teint est on ne peut plus satisfaisant ; le sommeil est à peu près celui d'autrefois.

— Il n'existe pas, que je sache, dans la science, d'observations de ce genre, comparables à celle-ci sous les rapports : 1° de la hauteur où elle a été pratiquée, les tissus étant aussi profondément désorganisés ; 2° de l'exécution ; 3° de l'issue heureuse des accidens consécutifs si formidables ; 4° de l'âge peut-être ; 5° de la durée de la guérison ; 6° des détails dont on reconnaît l'utilité quand on les envisage sous le rapport pratique.

M. Lisfranc, auquel revient l'honneur d'avoir mis en vigueur cette opération, paraît établir qu'il est dangereux d'aller aussi haut, parce qu'il prétend que le péritoine descend plus bas. M. Blandin dit « que le péritoine descend sur la face antérieure du rectum jusqu'à trois pouces six lignes de l'anus chez l'homme. » M. Malgaigne accorde encore six lignes de plus, ce qui fait quatre pouces. Ne serait-ce pas parce que la vessie, étant de capacité différente, influe, comme le remarque encore Bichat, sur le niveau du péritoine par rapport au rectum ; ne serait-ce pas, dis-je, à cause de cette circonstance qu'il existe tant de divergence sur ce point important ? Notre malade, pour sa part, urinait lentement, et il est probable qu'il laissait souvent combler sa vessie.

En 1812 (Dict. des Sc. méd.), Delpech écrivait : « L'extirpation du cancer du rectum, que quelques chirurgiens n'ont pas craint de proposer, nous paraît absolument impraticable, etc.

En 1830, M. Bégin (dans l'article Cancer du Dict. de

---

d'adopter l'heureuse idée de Brambilla, et de faire les offres les plus honorables à l'élève de Morgagni ; mais celui-ci écoutant plus les sentimens de reconnaissance qu'il croyait devoir au duc de Modène, alors Hercule III, que ses intérêts et sa convenance, n'accepta la chaire de Pavie, dans l'année 1783, qu'après y avoir été invité de la manière la plus formelle par le duc lui-même.

L'accession de Scarpa à la chaire de Pavie fut certainement un bienfait immense pour cette université, et sans contredit il fut dû à l'heureuse inspiration de Brambilla. Comme un bienfaiteur oublie rarement les objets de sa bienveillance, Brambilla dès lors saisit avec empressement toutes les occasions favorables d'augmenter le lustre de l'université de Pavie. Il faut dire pourtant qu'il y était né. Mais combien ne voit-on pas souvent des gens vivant dans une cour, entourés de tous les genres de distinctions et d'honneur, oublier leur patrie ! Ce ne fut point le cas de Brambilla ; il se montra toujours un excellent citoyen, et il a laissé un souvenir honorable dans sa ville natale.

Scarpa fit la même année l'inauguration de son entrée à l'université, dans un discours latin dont le titre était : *De promo vendis anatomicarum administrationum rationibus, oratio ad tirones*. Ticini, 1783. In-4°.

En 1785, à l'ouverture du nouvel amphithéâtre anatomique, il prononça un discours plein d'éloquence, avec ce titre : *Theatri anatominici Ticinensis dedicatione, oratio habita prid. calend. novembris, ann.* 1785.

C'est alors qu'il se livra avec une ardeur incroyable à sa passion favorite, c'est-à-dire aux études et aux recherches anatomiques, pour lesquelles, il faut en convenir, il avait une aptitude rare. Il était doué d'une patience qui fait qu'on ne se lasse pas des travaux les plus longs et les plus pénibles ; il avait un œil d'aigle, qui lui faisait apercevoir les plus petites choses ; il possédait une adresse dans les mains, qui lui rendait aisées les dissections les plus délicates et les plus difficiles ; enfin il était doué d'un admirable esprit d'observation et d'induction, qui donnait un prix inestimable aux découvertes qu'il faisait avec son scalpel.

Un des premiers ouvrages qu'il imprima à Pavie, fut la continuation de celui qu'il avait déjà publié à Modène : *Anatomicarum annotationum liber secundus de organo olfactûs. Præcipuo, deque nervis nasalibus è pari quinto nervorum cerebri*, Ticini, ann. 1785, in-4°.

Bientôt après il donna dans les actes de l'Académie médico-chirurgicale de Vienne, tome 1er, un mémoire : *De nervo spinali ad octavum cerebri accessorio commentarius*. Vindobonæ, anno 1788.

Deux ans après parut le mémoire suivant : *Anatomicæ disquisitiones de auditu et olfactu*. Ticini, 1790, in-fol. max.

Un anatomiste anglais ayant avancé, au sein de la Société royale de Londres, que le cœur n'avait pas de nerfs, *cor nervis carere*, Scarpa accepta le défi, et quelques mois s'étaient à peine écoulés, qu'il jeta dans l'arène cette épigraphe : *Regiæ societati Londonensi sacrum*, le fameux travail in fol., intitulé : *Tabulæ nevrologiæ ad illustrandam historiam cardiacorum nervorum, noni nervorum cerebri, glosso-pharyngei et pharyngei ex octavo cerebri*. Ticini, 1794.

En parcourant ce travail qui lui coûta tant de peines et de veilles, et qui fut composé dans ces courts instans qu'il ne dérobait pourtant pas à ses devoirs d'enseignement anatomique et chimique, l'on peut se rendre compte de l'enthousiasme avec lequel il fut accueilli par tous les savans de tous les pays ; dès lors le nom de Scarpa fut inscrit au premier rang et, plus heureux que tant d'autres, il n'est jamais descendu de ce poste éminent où il s'était si rapidement élevé.

En 1799, il donna aux savans un ouvrage précieux, vrai modèle d'observations analytiques, sur la formation et la structure intime des os, avec ce titre : *De penitiori ossium structurâ commentarius*. Lipsiæ, ann. 1799, in-4°.

Une circonstance accidentelle favorisa ce travail et peut-être lui en inspira l'idée, c'est la découverte d'un cimetière antique, dans les débris duquel il trouva des os qui semblaient avoir été préparés pour dévoiler leur organisation. Bien long-temps après, de nouvelles expériences et des observations précieuses sur la pathologie des os, engagèrent Scarpa à en donner une seconde édition, enrichie de six tables dues à l'admirable burin d'Anderloni, sous le titre : *De anatomiâ et pathologiâ ossium commentarii*. Ticini, 1827.

Bientôt après il publia, dans les Mémoires de la Société italienne, qui siégeait alors à Vérone, ses recherches sur une monstruosité qu'il appela un *cauro-vacca*, et que les Anglais désignent sous le nom de *free-martin*. C'est à cette époque que Scarpa renonça aux travaux anatomiques pour se vouer entièrement à la pratique de la chirurgie. Déjà les œuvres qu'il avait publiées lui avaient acquis, non seulement en Italie, mais dans toute l'Europe, la renommée la plus digne d'envie et qui n'a pas été surpassée. Comme grand anatomiste et physiologiste, c'est dans le courant du dix-huitième siècle qu'il ceignit son front d'une glorieuse couronne, et le siècle actuel commençait à peine, qu'il avait cueilli dans les champs de la chirurgie une palme immortelle. Scarpa n'aurait pas pu faire une division plus sage de l'époque de ses travaux, quand, dans son éloge de Carcano Leone, il prononçait ces paroles : « L'histoire de la chirurgie nous donne une utile instruction, c'est que les chirurgiens les plus habiles et les plus célèbres ont toujours commencé leur carrière par de profondes études d'anatomie » ; Ne semblait-il pas parler de lui-même, et réfléchir une partie de l'histoire de sa vie ? Il est certain que, pendant les premières années de sa vie, où les sens ont le plus de vigueur, où le corps a le plus de force pour supporter les grandes fatigues et résister à l'influence délétère des émanations des cadavres, c'est le moment favorable pour consacrer le jour, et souvent la nuit, à des dissections délicates, à des recherches qui appellent toujours de nouvelles recherches, c'est-à-dire que l'œil et la main se préparent à la pratique de l'art de guérir ; c'est ainsi que, riche de ses observations et de son expérience, l'anatomiste de Pavie acquit bientôt la réputation du plus adroit et du plus habile chirurgien.

Il commença sa nouvelle carrière en 1801, en publiant ses OEuvres sur les maladies des yeux (*Saggio di osservazioni e di esperrinze sulle principali malattie degli occhi*. Pavia, 1801, in-4°). Cet ouvrage remarquable, qui eut sur-le-champ un succès immense, qui rapidement fut imprimé en Italie à cinq éditions et fut plusieurs fois traduit en français, en anglais et en allemand, fut le présage de tout ce qu'on avait droit d'attendre d'un savant qui ne tarda pas à être regardé comme le premier chirurgien de l'Italie et probablement de l'Europe. Il tint parole ; en 1803, il donna aux écoles de chirurgie un ouvrage moins considérable, mais d'une grande importance, sur la maladie congéniale appelée le *pied-bot*. Avant les travaux du professeur de Pavie sur cette maladie, son traitement était empirique ; maintenant que nous en connaissons les causes, que les dissections nombreuses que Scarpa a faites de pieds-bots ont fait connaître la véritable nature de la maladie, son traitement a pris un caractère plus méthodique, plus rationnel et plus sûr ; l'appareil très ingénieux que Scarpa a imaginé pour remédier à cette maladie, la guérit ordinairement dans l'espace de deux à trois mois ; il a pu dès lors être perfectionné et simplifié ; mais ces perfectionnemens sont principalement dus à ses travaux.

Quand les Français s'emparèrent de l'Italie, dans l'année 1796, le gouvernement républicain cisalpin obligea tous les employés à une formule de serment toute nouvelle, dans laquelle était ex-

Méd. et de Chir. prat. en 15 vol, t. IV, p. 571), pour encourager les chirurgiens à opérer les cancers du rectum dans les cas désespérés, citait qu'on avait pu exciser cet intestin jusqu'à deux pouces : c'était donc là le *nec plus ultrà*.

M. Malgaigne dit (p. 604 de sa Médecine opératoire) : « Les deux seules conditions réclamées par l'opération, sont : 1° que le doigt indicateur dépasse les limites du mal ; 2° que le tissu cellulaire ambiant soit sain, etc. » Quand ces deux conditions manquent, l'expérience n'a pas encore prouvé si l'opération peut être pratiquée avec des chances de succès : 1° Loin de dépasser le mal, ce n'était qu'avec effort que nous arrivions à ses limites ; 2° le tissu cellulaire était, en avant et à gauche, excessivement altéré (1).

Je ne pense pas qu'une opération de ce genre, même beaucoup moins considérable, ait été pratiquée sans ligature, et complétée par deux cautérisations aussi vigoureuses.

Les médications interne et topique ont, sans nul doute, eu la plus grande part à la résolution des accidens terribles qui survinrent au vingt-cinquième jour, puis au trentetroisième. Ces accidens dissipés, qu'on le sache bien, nous n'avons pas laissé gémir notre malade ; il a été nourri de bons bouillons de volaille ; il a bu du bon vin.

N'est-il pas curieux de voir un homme presque septuagénaire supporter de pareilles secousses, et avoir en soi les forces nécessaires pour réagir avec l'aide des moyens, sans doute, mais dont la valeur reste souvent bien précaire quand la nature est épuisée. Son habitude extérieure ne nous avait pas trompés.

Il resterait à savoir si dans les autres cas, qui tous ont été moins graves, on compte des succès arrivés à un terme déjà aussi consolant et donnant tout espoir d'une durée illimitée.

Quant aux détails, ils ont été abrégés, sans doute ; mais tels qu'ils sont je ne les crois pas dénués d'intérêt pour les vrais praticiens.

(1) Dans sa brochure sur la relation de la maladie de Broussais, M. Amussat, dont je m'honore d'avoir été l'élève, établit que l'enlèvement d'une portion du rectum est aussi dangereux que l'ablation de l'utérus. Ce jugement, porté par un homme aussi distingué, est de fraîche date.

Académie des Sciences. — Séance du 6 janvier.

L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination d'un vice-président qui, cette année, doit être pris dans les sections des sciences physiques.

Le nombre des membres ayant droit de voter est de 54. Le nombre des bulletins à un premier tour de scrutin est de 52. Majorité absolue, 27.

MM. Serres obtient	23 suffrages.
Thénard,	22
Beudant,	1
De Mirbel, Magendie, Dumas, chacun	1

Aucun membre n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, on procède à un second tour de scrutin :

MM. Serres obtient	26 suffrages.
Thénard,	25
Dumas,	1

A un troisième tour, enfin, le nombre des bulletins étant 51 :

MM. Serres obtient	28 suffrages.
Thénard,	23

M. Serres, ayant ainsi réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président et vient prendre place au bureau. M. Poisson, vice-président pendant l'année 1839, et qui doit ainsi remplir les fonctions de président pendant l'année 1840, n'est point présent à la séance. On annonce qu'une indisposition grave l'empêche d'y assister.

Le reste de la séance est consacré à des objets étrangers à la science.

PROCÈS DE DIJON.

Réclamation de M. Devergie (Alphonse). — *Réponse de* M. Raspail.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, 9 janvier 1840.

Monsieur,

Je n'ai lu qu'aujourd'hui le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* où se trouve la narration des débats relatifs au procès de Dijon (n° du 2 janvier) ; j'y trouve cette phrase, qui aurait été prononcée à l'audience par M. Raspail :

« Voilà bien les soucoupes nombreuses couvertes de taches arsenicales. Voilà la soucoupe des taches antimoniales obtenues par M. Payen. (M. Raspail la présente à M. Payen, qui la reconnaît.) Je cherche en vain la soucoupe des taches antimoniales obtenues en premier lieu par M. Devergie, et puis la mienne. Je m'étonne d'une pareille soustraction. (Personne ne répond parmi les experts.) »

Cette phrase ne tendant à rien moins qu'à faire supposer que ces soucoupes auraient été soustraites à dessein, je ne saurais laisser planer sur moi un pareil soupçon. Je le repousse avec énergie. Il est si peu fondé, que MM. Raspail et Payen, qui ont opéré sur le même appareil, si mes souvenirs sont bien présens, ont choisi parmi plusieurs soucoupes celles dont les taches antimoniales offraient plus d'analogie avec l'arsenic.

Cela est si vrai, que M. Raspail a déclaré à MM. les jurés qu'en deux heures il avait obtenu des taches antimoniales qui approchaient pour la ressemblance, des taches arsenicales, et que, s'il avait eu plus de temps, il les aurait obtenues tout-à-fait pareilles.

On peut reprodnire dans un journal des souvenirs d'audience et les traduire plus ou moins fidèlement, faire commettre même, involontairement, des erreurs chimiques à des témoins appelés à éclairer la justice ; mais on ne saurait avoir le droit d'attaquer la probité d'un homme qui a rempli, sinon d'une manière toujours éclairée, au moins avec conscience, les missions judiciaires qui lui ont été confiées. Sous tous ces rapports, mes collègues repousseraient la même insinuation comme calomnieuse, s'ils en avaient connaissance.

J'attends, Monsieur, de votre impartialité, l'insertion de ma lettre dans votre plus prochain numéro.

J'ai l'honneur d'être votre dévoué confrère,

Devergie (Alphonse).

Paris, 10 janvier 1840.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu attentivement la lettre précédente ; je m'attendais à rencontrer au bas une autre signature : je vais donc répondre à M. Devergie.

La phrase citée par M. Devergie a été prononcée par moi, en pleine audience, en présence de M. Devergie, qui l'a parfaitement bien entendue, et qui n'a nullement réclamé alors. Il y a plus : le lendemain, Me Chopard a de nouveau insisté sur le même incident, dans le cours d'une plaidoirie, à laquelle M. Devergie a accordé la même attention que tout l'auditoire. M. Devergie n'a pas cru devoir relever les faits ; M. l'avocat-général et M. le président n'ont nullement interrompu Me Chopard, ce que ces deux magistrats n'auraient pourtant pas manqué de faire, dans le cas où les souvenirs de Me Chopard auraient été inexacts. Du reste, cet incident a été, à Dijon, de notoriété publique : voilà la vérité matérielle.

Quant aux suppositions qu'il plaît à M. Devergie de voir dans le détail d'audience, j'avais mission de répondre à Dijon ; je n'ai plus mission à Paris ; je ne dois m'en occuper ni pour les repousser, ni pour les admettre. J'ai dit positivement, et le lendemain M. le défenseur a répété à haute et intelligible voix, les paroles que la *Gazette des Hôpitaux* rapporte ; je ne dois rien ajouter de plus.

M. Devergie va chercher bien loin et à huis-clos, des preuves en faveur de ses souvenirs actuels d'audience. Les preuves d'une parole proférée en public ne peuvent être prises que dans ce public. Quant à celles qu'il allègue, elles sont fausses de tout point.

J'ai opéré, moi, sur un appareil bien près de s'éteindre, dont s'était servi M. Devergie. M. Payen a renouvelé l'antimoine, et recueilli les taches de ce nouvel appareil sur une nouvelle soucoupe.

Je n'ai nullement pu faire le choix des soucoupes qui devaient être présentées à MM. les jurés ; car, pour moi, il m'importait de les présenter toutes ; ensuite, ce choix ne devait être arrêté qu'à la suite d'une délibération ; or, ma qualité d'expert non assermenté devant l'instruction m'interdisait le droit d'assister à une délibération quelconque. Aussi, quand ces messieurs ont manifesté l'intention de rédiger le procès-verbal de la séance, ai-je pris congé d'eux ; nous sommes descendus du laboratoire, ces messieurs pour entrer au secrétariat de l'académie, et moi pour me rendre à mon hôtel.

Enfin, si M. Devergie, que mes paroles n'ont nullement désigné, avait cru devoir s'en formaliser, il devait le faire à Dijon et en pleine audience ; car, je le déclare encore, et tout l'auditoire est là pour le certifier, je les ai dites à haute et intelligible voix ; le défenseur, le lendemain, les a répétées en propres termes ; et personne, ni le jour ni le lendemain, n'a élevé la moindre réclamation contre cette partie de ma déposition.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée. Votre serviteur,

Raspail.

Résumé des inoculations de la morve de l'homme au cheval, à l'âne, au chien.

(Académie de médecine, séance du 7 janvier.)

En 1826, MM. Coleman, Travers et Turner, en Angleterre, ont inoculé la morve et le farcin de l'homme à l'âne.

En 1837, M. Leblanc a inoculé du virus morveux et farcineux de Prost (mort dans le service de M. Rayer) à un cheval. L'animal a présenté tous les symptômes de la morve et du farcin ; il était en voie de guérison quand il a été sacrifié (21 jours après l'inoculation).

En 1838, M. Gouatt, en Angleterre, a inoculé la morve de l'homme à un âne.

M. Leblanc a inoculé du virus morveux et farcineux de Dondelignère (mort dans le service de M. Husson), à deux chevaux qui ont succombé à la morve et au farcin.

M. Leblanc a inoculé du virus farcineux pris sur un garçon écarrisseur (qui était dans le service de M. Roux et qui n'est pas mort) à un âne, qui a succombé à la morve et au farcin.

En 1839, M. Leblanc a inoculé du virus morveux et farcineux de Devinque (mort dans le service de M. Andral), à un âne, qui a succombé à la morve et au farcin.

M. Renault a inoculé du virus morveux et farcineux de Batisse (mort à l'Hôtel Dieu, dans le service confié à M. Nonat), à des chevaux qui ont succombé à la morve et au farcin.

M. Leblanc et M. Saussier ont inoculé du virus morveux et farcineux de Marion (mort dans le service de M. Husson), à deux chiens et à un lapin.

1° Le 6 décembre, à un chien, par des piqûres faites à la face plantaire des deux pattes gauches, à la face interne de la cuisse gauche et sur le bord gauche de la lèvre supérieure.

---

primée la haine des rois : Scarpa refusa de prononcer ce serment, et déclara qu'il renoncerait plutôt à sa chaire de professeur. Le gouvernement eut le bon sens de le conserver à sa place et de le laisser agir d'après sa conscience.

Vers l'année 1804, Scarpa obtint sa retraite ; mais l'année suivante, Napoléon étant venu à Milan pour se faire couronner, dit à Scarpa, en présence de tous les autres professeurs : « Vous avez quitté votre chaire, vous devez la reprendre ; un vaillant soldat tel que vous doit mourir sur le champ de bataille. » Scarpa se rendit à cette invitation, et reprit sa chaire de clinique chirurgicale. Ce fut alors que Napoléon lui assigna une pension de 5,000 fr. sur l'évêché de Ferrare.

Un de ses plus beaux titres à la reconnaissance de ses contemporains et de la postérité, fut le grand ouvrage qu'il publia, en 1804, sur *l'anévrisme*. Il lui fut inspiré par la question que la Société de médecine de Paris avait proposée, en 1798, pour éclairer la controverse sur les différens procédés d'opérer cette maladie des artères. Ce ne fut point une simple théorie, suite de méditations faites dans le silence du cabinet, mais le résultat d'expériences nombreuses et variées, faites sur toutes sortes d'animaux, dans lesquelles il put comparer la valeur réciproque des différentes manières de lier les artères. Son adoption d'un cylindre pour aplatir l'artère, fut la conséquence rationnelle de ses nombreux essais. Il faut ajouter que les nombreux succès qu'il a eus dans l'application de cette nouvelle méthode à l'homme malade, ont justifié la préférence qu'il lui a donnée. Je ne puis m'empêcher de dire, avec une espèce d'orgueil, qu'il a, dans son ouvrage, examiné et jugé avec bienveillance le procédé de l'auteur de cette notice, qui consiste à couper l'artère entre deux ligatures. Je ne puis trop répéter que le nom d'Anderloni se lie naturellement à celui de Scarpa. Les gravures qui enrichissent le Traité des anévrismes, sont d'une beauté et d'une perfection qui ne seront jamais surpassées et bien difficilement égalées. Ces gravures, comme celles de tous les autres ouvrages de Scarpa, sont toujours fidèlement copiées sur les dessins de ce grand maître.

Bientôt un nouveau sujet de méditation vint préparer un nouveau chef-d'œuvre ; une maladie beaucoup trop commune, la sortie d'une portion d'intestin de la place qu'elle doit occuper naturellement, et qu'on désigne sous le nom générique de *hernie*, lui parut, avec raison, digne de fixer son attention. L'ouvrage qu'il publia bientôt après sur ce sujet important, lui mérita les éloges et la reconnaissance de toutes les Académies et de tous les grands maîtres de l'art. Cet ouvrage, éminemment classique, ne tarda pas à paraître dans toutes les langues de l'Europe. On y reconnaît à chaque page l'anatomiste profond et le chirurgien habile ; non-seulement il a éclairé le mécanisme jusqu'alors inconnu ou inexpliqué, au moyen duquel s'opèrent quelques hernies ; mais encore il a signalé pour chaque espèce de descente les dispositions de l'anneau du cordon spermatique, des artères épigastrique, crurale et obturatrice. Il a donné d'excellens préceptes sur le débridement de l'anneau, et a sagement basé sa préférence pour le débridement multiple, sur des raisons que l'expérience a confirmées. Enfin, les travaux modernes sur la cicatrisation et l'oblitération des anus contre nature, consécutifs aux hernies gangrénées, sont le fruit et le complément de ses recherches sur la formation de *l'infundibulum* et sur l'éperon intestinal. Cet ouvrage, traduit en français par M. Cayol, en 1812, a été considérablement augmenté dans une nouvelle édition italienne où on a refondu divers mémoires publiés séparément. Deux ou trois ans après il donna un supplément au *Traité des hernies*, auquel il ajouta ses recherches sur celle du périnée. Ces travaux, traduits en français par M. Ollivier, forment le complément de la traduction de M. Cayol.

Sa réputation, dès lors, s'éleva à une telle hauteur, que désormais on le regarda comme l'oracle de la chirurgie.

Napoléon, comme roi d'Italie, le nomma successivement chevalier de la Couronne de Fer et membre de la Légion-d'Honneur. L'empereur François Ier, qui succéda à Napoléon dans ces états, le décora solennellement de la croix. C'est ainsi que tous les souverains, tous les gouvernemens exprimaient leur estime, et le cas qu'ils faisaient de ce grand homme.

Pour répondre au désir de Joseph II, et comme un moyen de témoigner sa reconnaissance à son Mécène, il avait entrepris, avec son collègue et ami Volta, le voyage de Vienne. Ce prince reçut Scarpa et son illustre compagnon avec bienveillance et affabilité ; pour l'avantage de la science, il engagea ces deux savans à prolonger leur excursion dans toute l'Allemagne septentrionale, et d'ailleurs, il leur fournit avec munificence tous les moyens pécuniaires qui pouvaient favoriser un tel projet.

C'est en 1820 qu'il entreprit le voyage de l'Italie méridionale, mais avec l'intention de le faire absolument comme amateur de la science et des beaux-arts, comme admirateur de la belle nature qui allait se développer à ses yeux ; et il faut convenir qu'il eut besoin de la plus ferme volonté pour se soustraire aux instances continuelles de tous ceux qui voulaient le consulter. C'est ainsi qu'il parcourut la Toscane, les états du pape et le royaume de Naples ; c'est dans cette terre classique qu'il étancha, pour ainsi dire, cette soif inextinguible qu'il avait d'acquérir toujours de nouvelles connaissances, et qu'il perfectionna le tact admirable dont il était doué pour juger les chefs-d'œuvre des beaux-arts.

Scarpa se retira entièrement de l'enseignement dans l'année 1812 ; il fut alors nommé professeur émérite d'anatomie, de clinique chirurgicale et d'opérations chirurgicales. Bientôt après il fut proclamé directeur des études de médecine, charge très honorable par elle-même, mais qu'il éleva à un plus haut degré de splendeur, soit par l'éclat de son nom, soit par les nombreux services qu'il rendit à la Faculté de médecine. C'était un beau spectacle de voir les trois facultés qui composent l'Université de Pavie, dirigées dans le même temps par trois hommes également distingués dans leurs sciences respectives : Zamburini, Scarpa et Volta. Ces trois grands hommes moururent, en quelque sorte, les armes à la main et exerçant encore leur charge de directeurs des études. Scarpa a survécu plusieurs années à ses illustres collègues ; ce troisième flambeau, en s'éteignant, a laissé l'Université de Pavie couverte d'un crêpe funèbre ; avec lui a disparu la dernière trace de cet illustre triumvirat.

C'est en 1814 que Scarpa fut nommé directeur de la Faculté médicale. Les principales fonctions du directeur étaient de veiller à ce que les études fussent complètes et régulières, de présider les réceptions au doctorat, en un mot, de faire exécuter ce qu'indiquait le plan des études médicales, envoyé de Vienne depuis peu. Mais Scarpa s'aperçut bientôt que ce plan n'était point au niveau des connaissances actuelles, qu'il était défectueux dans plusieurs parties, et surtout dans tout ce qui regardait l'étude de la chirurgie. Il en écrivit plusieurs fois au gouvernement ; il présenta des observations pleines de sagesse et d'énergie pour que ce plan fût changé ; mais ce fut en vain.

Il plaida la cause de l'anatomie comparée que le gouvernement avait proscrite : il proposa de séparer la zoologie de la minéralogie, en montrant l'impossibilité qu'un seul professeur pût, dans la même année, donner un cours complet et parfait de ces deux sciences ; et ses paroles et ses écrits ne furent pas entendus. Fatigué de prêcher dans le désert, il renonça à sa place de directeur ; le gouvernement de Milan, qui vit avec un grand déplaisir cette détermination de Scarpa, accepta pourtant sa démission, mais ne pensa jamais à nommer un autre directeur à sa place ; de sorte que, bon gré mal gré, il en remplit les fonctions jusqu'à son dernier jour.

Les bords des piqûres se sont tuméfiées ; les plaies ont sécrété un liquide séreux qui s'est desséché ; les piqûres ont été remplacées par des ulcères d'une grande étendue ; les ganglions gutturaux gauches ont quintuplé de volume. Le chien respirait difficilement, a éprouvé des frissons ; il est devenu triste, ne mangeait plus. Le membre gauche postérieur est devenu tuméfié, très douloureux. Plusieurs collections purulentes superficielles se sont formées sur le trajet des vaisseaux de la face interne du membre gauche portérieur, à la base de l'oreille droite et sur le trajet des vaisseaux glosso-faciaux gauches. Le scrotum et le fourreau se sont tuméfiés, sont devenus d'une nuance violacée, puis noirs. La peau du scrotum, gangrenée, est tombée en lambeaux. Les abcès superficiels se sont ouverts. Plus tard, toutes les plaies ulcérées sont devenues vermeilles ; le chien a alors repris sa gaieté et son appétit ordinaires ; les plaies tendaient rapidement vers la cicatrisation lorsqu'il a été sacrifié (31 jours après l'inoculation).

A l'autopsie, on a trouvé les poumons, le foie la rate, les reins dans l'état normal ; les plaies ne suppuraient plus ; les ganglions gutturaux gauches étaient encore quatre fois plus gros que dans l'état normal ; ils étaient blafards, mous ; la peau du fourreau et son tissu sous-cutané étaient noirs, mais ne formaient pas encore d'escarrhe.

La lésion la plus remarquable qu'ait présenté ce chien, est la gangrène de la peau du scrotum et du fourreau. Cette lésion est très fréquente chez les hommes morveux.

2° Le second chien et le lapin, inoculés le même jour, n'ont éprouvé que des symptômes locaux.

Nouveaux procédés pour arracher les dents.

M. le docteur B....., Hippocrate rurale, nous communique les faits suivans, qui ne sont pas sans singularité ; il s'agit d'une nouvelle méthode pour l'avulsion des dents, dont le prix d'arrachement, fixé à *un franc*, paraît encore assez élevé aux habitans des campagnes, pour qu'ils aient recours à des moyens plus économiques.

Premier procédé. Il consiste à attacher la dent malade au moyen d'un gros fil double, long et que l'on fixe à une porte ; un grand coup de pied est donné dans la porte qui, en s'ouvrant violemment, emporte avec elle le fil et la dent.

Deuxième procédé. Celui-ci est plus ingénieux encore. Un paysan a eu l'idée d'attacher la dent malade à un fil d'archal qu'il y a fixé bien solidement ; à l'extrémité libre de ce fil, il a fixé une balle de pistolet qu'il avait perforée ; puis il a chargé son pistolet, et malgré les représentations de notre confrère qui n'a pu que l'engager à ne pas tirer horizontalement comme il allait le faire, mais dans la direction de la dent à arracher, le coup a parti, la dent a suivi la balle, et le malade a été débarrassé sans trop de douleur, sans accident, sans déchirure, et surtout *gratuitement*!!

LA TRAITE DES BLANCS.

Le journal mensuel *L'Enfance*, se délivre gratuitement aux ouvriers, au Cabinet littéraire, rue de l'Odéon, 31.

M. CHASSAIGNAC étant sur le point de terminer la 2e partie de son Cours (muscles et aponévroses), commencera incessamment la 3e partie comprenant la splanchnologie.

Nous avons vu Scarpa, déjà chargé d'années, entreprendre le voyage de l'Italie méridionale en 1820. Sa passion pour les beaux arts, et surtout pour la peinture, fut le principal motif de cette excursion. C'est en parcourant les riches cabinets de tableaux de Florence, de Rome et de Naples, qu'il fit à grands frais une magnifique collection de peintures originales de toutes les écoles d'Italie. Il acquit dans cette partie des beaux arts une telle finesse de goût, un jugement si parfait, que souvent il fut pris pour juge de tableaux dont l'origine était douteuse. On connaît l'arrêt qu'il porta sur un magnifique tableau possédé par le comte Snardi de Bergame, et qu'il décida entre le portrait de Guido Baldo, duc d'Urbain, et l'ouvrage du divin Raphaël : on peut voir ce jugement de Scarpa dans une lettre qu'il a publiée dans la *Bibliothèque italienne*.

Dans ce voyage, il fit la découverte d'un casque de fer antique, admirablement sculpté, et qu'il a fait connaître en en publiant une description enrichie de superbes gravures.

C'est ainsi qu'entouré des objets divers de ses affections, il passait des jours dignes d'envie dans sa belle retraite sur les rives du Pô ; il aimait beaucoup l'agriculture, et quoiqu'il n'ait jamais rien publié sur ce sujet, il a inventé et mis en pratique des méthodes nouvelles de culture, qui ont souvent été mentionnées dans différens ouvrages, et adoptées avec succès par un grand nombre d'agriculteurs. Il est difficile de trouver quelque branche dans l'arbre immense de la science, qui n'ait pas été pour lui une source de jouissances, et qu'il n'ait cultivée avec succès.

Le Musée anatomique de Pavie, commencé par Rezia, reçut de Scarpa une augmentation, due surtout à ses propres préparations. Marchant ensuite sur ses traces, Jacopi, Fattori, et en dernier lieu le célèbre Panizza, actuellement professeur d'anatomie, l'ont successivement enrichi, de manière qu'à l'heure qu'il est, on peut hardiment le signaler comme un des plus beaux et des plus utiles musées anatomiques de l'Europe.

La manière pleine de noblesse et de dignité avec laquelle il remplissait sa chaire de professeur, captivait le respect et l'attention des auditeurs. Peut-être pourra-t-on l'égaler un jour ; jamais on ne pourra le surpasser. Il avait un ordre et une méthode admirables ; son discours avait autant de clarté que de charme ; sa voix était sonore et animée, et son éloquence commandait le silence le plus profond chez ses auditeurs ; ses manières avaient une certaine austérité tempérée par une amabilité et une douceur pleines de charmes. Ces rares qualités lui gagnaient facilement tous les cœurs, et l'entouraient de vénération.

Son anatomie n'était pas restreinte à la simple et stérile description des organes, il savait l'embellir de considérations physiologiques et chirurgicales du plus grand intérêt. Aussi, non-seulement ses leçons étaient fréquentées par la foule des jeunes gens qui étudiaient les sciences médicales, mais encore il comptait au nombre de ses auditeurs des médecins et des chirurgiens distingués, aussi bien que des savans tout-à-fait étrangers à l'art de guérir.

Scarpa était grand, il était bien fait, et pouvait passer pour un bel homme ; ses manières étaient pleines de grâces ; dans la société il était extrêmement aimable, quand il avait le désir de l'être ; mais lorsqu'il n'était pas obligé de faire les honneurs de sa maison, et qu'il se trouvait dans une société qui lui était indifférente, alors absorbé dans ses pensées, assis à l'écart, le menton appuyé sur le pommeau de sa canne, les jambes croisées, silencieux et immobile, on l'aurait pris pour une statue.

Il se livrait avec ardeur au plaisir de la chasse, dans laquelle à avait acquis une adresse peu commune. Il est probable que c'est il cet exercice qu'il a dû une partie de sa force, de cette souplesse, de cette agilité des membres qu'il a conservées jusqu'à l'âge le plus avancé. La retraite et la vie de campagne étaient sa grande passion ; il avait coutume de passer les vacances automnales dans sa délicieuse maison de Bonasco, située sur une charmante colline au-delà du Pô ; c'est là qu'il consacrait ses matinées à composer ses œuvres chirurgicales ; le reste de la journée était donné à ses amis, à la chasse et aux affaires de la campagne ; les heures de la soirée se passaient en lectures et en conversations littéraires.

Il est mort après avoir souffert plusieurs années d'une affection de la vessie, accompagnée de violens spasmes et d'une disposition hémorrhoïdale qui a dégénéré en un ulcère incurable. Il a été soigné dans ses maux avec une tendresse et une persévérance tout-à-fait filiales, par quelques-uns de ses élèves et de ses intimes amis, à la tête desquels il faut nommer les professeurs Panizza, Cairoli et Rusconi.

Contentons-nous d'avoir rendu ce faible hommage à la mémoire du vénérable Nestor de la chirurgie moderne, à ce bienfaiteur de l'humanité, dont le nom est prononcé avec regret par tous ses concitoyens et sera répété avec orgueil par la postérité. Espérons que nous ne tarderons pas à devoir à l'amitié et à la reconnaissance les mémoires de cet homme illustre, dont lui-même a laissé les principaux élémens dans ses papiers.

La *Némésis Medicale* est complète, les trois dernières satires viennent d'être publiées en même temps ; les sujets en sont : *Le Conseil royal de l'Instruction publique* ; — *l'Institut* ; *Les Lazarets et les Quarantaines* ; Et enfin *les Adieux*.

La réimpression des satires qui étaient épuisées permet de livrer l'ouvrage entier aux personnes qui en feront la demande.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 14 JANVIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 6, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Diabètes sucrés.

Première observation. Le 14 novembre dernier, le nommé Lebœuf, cuisinier, âgé de vingt-quatre ans, s'est présenté à la consultation, accusant des envies fréquentes d'uriner et se disant affecté de diabète.

Cet homme, qui paraît avoir encore une certaine force, prétend néanmoins avoir beaucoup maigri depuis le mois de février, époque à laquelle il a commencé à être stimulé par des besoins plus fréquens d'uriner. Celles-ci, en effet, ont dès lors été rendues en plus grande quantité que par le passé, et le malade assure en avoir rendu pendant un certain temps jusqu'à douze litres par jour, quantité excédant de beaucoup celle des boissons qu'il prenait habituellement.

Il a remarqué en outre qu'à la même époque la soif était augmentée ainsi que l'appétit, à tel point qu'il avait honte d'avouer la faim qui l'obsédait.

Lebœuf ne sait à quoi attribuer sa maladie; il déclare n'avoir jamais fait aucune sorte d'excès et bien se nourrir habituellement. Mais une circonstance digne de remarque, c'est que depuis sept ans il travaille dans une cave très humide, se remplissant de boue pendant les temps pluvieux, au point qu'il ne pouvait s'y promener qu'avec des sabots.

Il n'avait pas fait de maladies graves, jusqu'au moment où les premiers symptômes du diabète se manifestèrent; mais ayant séjourné aux colonies il y a été travaillé pendant six mois par la diarrhée. Le médecin auquel il s'est adressé d'abord a combattu le diabète par le quinquina, les bains, les vésicatoires volans à la région hypogastrique, etc. Néanmoins son état n'en a pas été amélioré, et, désespérant alors de se guérir à Paris, Lebœuf est allé passer la belle saison à la compagne. Là, son état s'est effectivement amendé; mais, n'ayant pu obtenir une entière guérison, il est revenu à Paris.

Au moment de son entrée à la Clinique, il rendait six à sept litres d'urine par jour. L'appétit est assez développé et les digestions se font bien et vite. La soif est moindre [illegible] quelques mois; mais il a, dit-il, beaucoup maigri, surtout depuis quelques jours. Toutes les fonctions s'accomplissent bien chez lui sauf la sécrétion des urines; seulement il est un peu constipé et son haleine a une odeur aigre; les fonctions génératrices son dans un état parfait d'intégrité.

On lui recommande de garder toutes ses urines jusqu'au lendemain, et on lui prescrit les trois quarts d'alimens.

16 novembre. Le malade a rendu sept litres d'urines claires et ayant un goût sucré. Il n'a bu que trois pots de tisane dans les vingt-quatre heures; ce qui fait trois fois trente-deux onces, c'est-à-dire trois litres.

Le 17, il rend un peu moins d'urines, que l'on réunit aux précédentes pour être analysées.

Du 18 au 21, les urines vont encore en diminuant de quantité. Même régime.

Le 22, les urines analysées par M. Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, très exercé, comme l'on sait, à ces sortes d'analyses, a fourni du sucre en assez grande quantité qu'il présente au moment de la visite: la quantité qu'elles en contiennent est d'un huitième.

Le 22, le malade est bien.

Le 23, on pratique une saignée d'une palette pour analyser le sang; la quantité des urines paraît ne plus diminuer.

Le 2o, on réitère la saignée, et à partir de cette époque la quantité des urines diminue progressivement. On commence l'emploi de l'opium à haute dose, et d'un grain on arrive rapidement à faire prendre 6 gr. par jour de ce médicament au malade. La quantité des urines diminue à un tel point, qu'il n'en rend plus qu'un litre et demi dans les vingt-quatre heures.

Le 4 décembre, le malade ne rend plus que fort peu d'urines, mais elles contiennent encore du sucre, qui s'y trouve même (toute proportion gardée) en plus grande quantité que lorsque la maladie était à l'état aigu; elles ont perdu en outre le peu de couleur qu'elles avaient repris, et sont actuellement presqu'entièrement limpides.

Lebœuf quitte la clinique étant encore dans cet état.

Deuxième observation. Lacroix, âgé de vingt-quatre ans, sellier, s'est présenté à la consultation accusant les symptômes suivans:

Depuis trois semaines, cet homme, qui s'est toujours bien porté, s'est aperçu que la quantité de ses urines allait en augmentant; ce phénomène est surtout irrécusable depuis quinze jours. En même temps la soif s'est accrue, l'appétit est resté le même. Lacroix assure qu'il fait usage d'une bonne nourriture.

Il ne sait à quoi attribuer sa maladie, et dit rendre six litres d'urine tous les jours. Il a la bouche sèche, éprouve de la fatigue dans les membres et transpire fort peu; le sommeil est bon, mais les besoins d'uriner le réveillent fréquemment.

Lacroix reste à la clinique du 18 au 20 novembre, et dans ce temps il rend une assez grande quantité d'urine. On croit néanmoins qu'elles ne renferment point de sucre, et on se hâte de donner au malade sa sortie.

Au bout de quinze jours seulement, on aperçoit dans le liquide qu'on avait conservé, des cristaux de sucre; mais cette preuve irrécusable de sa maladie arrivait trop tard: le malade avait déjà été renvoyé.

Hernies inguinales.

Première observation. Le 10 octobre dernier, on apporta à la clinique, sur les trois heures de l'après-midi, le nommé Bourdet, âgé de trente-six ans, cordonnier, affecté de hernie inguinale externe droite. Atteint de cette affection dès sa première jeunesse, jamais il n'avait porté de bandage; mais il en porta un depuis dix ans, construit néanmoins d'une façon si irrégulière et si impropre, qu'il est loin de remplir le but désiré.

Suivant le malade, il aurait été pris, le 7, de vomissemens répétés après avoir mangé du poisson mal préparé, et ce serait à la suite des efforts du vomissement que la hernie se serait échappée peu à peu, malgré la résistance opposée par le bandage qui la soutenait alors.

En vain il a tenté à plusieurs reprises de faire rentrer les viscères déplacés, et bientôt il a été pris de coliques, de nausées, de hoquet; les vomissemens on persisté et n'ont pas cessé depuis. Désespérant alors de parvenir à réduire sa hernie, le malade s'est déterminé à réclamer le secours de la chirurgie.

A six heures l'opération a été pratiquée par M. Roux. Après l'incision des parties extra-herniaires, ce chirurgien est arrivé sur le sac, et s'est assuré qu'il n'avait point affaire à une hernie congéniale; ce que l'on pouvait présumer, jusqu'à un certain point, d'après le commémoratif fourni par le malade, qui avait assuré que sa hernie remontait à une époque tellement reculée, qu'il en avait à peine le souvenir.

A l'ouverture du sac, on trouva que la tumeur herniaire était constituée par une anse intestinale rouge, mais nullement gangrenée, et par une masse considérable d'épiploon rouge et très engorgé. La réduction de ce dernier n'ayant pas été jugée convenable par l'opérateur, une grande partie fut excisée peu à peu, en ayant soin de lier les artères au fur et à mesure qu'elles étaient coupées, en conservant aux fils une longueur convenable pour être retenus au dehors de la plaie après la rentrée de l'épiploon dans l'intérieur du ventre.

Lorsque le chirurgien se fut assuré que les vaisseaux ne fournissaient plus de sang, les parties furent épongées, et le débridement étant déjà effectué, on en opéra la réduction qui n'offrit presque pas de difficultés; les fils des ligatures furent retenus au-dehors, ramassés en un petit faisceau et enveloppés dans un linge.

La plaie fut ensuite remplie de charpie, et le pansement fut achevé moyennant l'application du spica de l'aine faiblement serré. Le malade fut soumis à une diète sévère, et on prescrivit un purgatif de sel d'epsum.

Le lendemain (11 octobre), le malade a eu six garderobes; pas de symptômes de péritonite. Diète.

Les 12 et 13, pas d'accidens; état satisfaisant.

FEUILLETON.

TRAITÉ DES MALADIES DE PLOMB, OU SATURNINES,

PAR LE Dr TANQUEREL DES PLANCHES (1).

Voici un livre écrit avec conscience, et que nous devons recommander à l'attention de nos lecteurs. Dans un temps où se font tant de livres improvisés et tant de statistiques écourtées, on rencontre rarement un ouvrage qui ait coûté, comme celui-là, huit ans de travaux assidus, et qui soit appuyé sur plus de deux mille observations recueillies au grand jour. L'hôpital de la Charité, où affluent en si grand nombre les ouvriers atteints des diverses affections saturuines, a fourni la plupart de ces obsevrations. Mais M. Tanquerel, pour rendre son travail aussi complet que possible; ne s'est point contenté de ses études cliniques; il a, pour éclairer les questions d'étiologie, visité fréquemment les ateliers où l'on travaille le plomb, à Paris et dans les environs; il s'est adressé aux directeurs et aux médecins des établissemens situés en province; il a fait de nombreuses expériences sur les animaux vivans, et s'est aidé, pour les recherches chimiques que nécessitait son sujet, de l'habileté de MM. Chevallier, Devergie et Guibourt. Enfin il a consulté avec le plus grand soin la plupart des ouvrages qui avaient été écrits sur la matière.

Cet ouvrage se divise en quatre parties, qui commencent chacune par un résumé historique, et se terminent par un choix d'observations détaillées.

La première partie, qui comprend presque tout le premier volume, traite de la colique de plomb; la seconde, de l'*arthralgie*, ou douleurs vives qui se propagent dans les membres. Ce mot, inventé par l'auteur, signifie plutôt douleur des articulations. En effet, quoi qu'il prétende, le mot *arthron* est toujours employé par Hippocrate pour désigner l'articulation, ou surface articulaire; mais ce n'est point la peine de disputer pour si peu.

Dans la troisième partie, sont examinées les diverses formes de la paralysie saturnine.

Enfin, la quatrième contient, sous le nom d'*encéphalopathie saturnine*, l'examen des désordres fonctionnels qui nous révèlent l'action délétère des particules du plomb sur le cerveau.

Jetons maintenant un coup-d'œil sur les principaux points traités dans ces quatre monographies, qui sont liées ensemble, et par la spécificité de la cause morbide, et par une partie du traitement.

Et d'abord, comment le plomb s'introduit-il dans l'économie? Toutes les préparations de plomb, quand elles sont réduites à l'état de corpuscules très ténus, ou qu'elles sont tenues en dissolution dans un liquide, peuvent être absorbées et produire les différentes affections saturnines. Mais quelles sont les voies d'absorption? Sont-ce, comme on le répète journellement, la surface de la peau et les muqueuses du tube digestif ou de l'appareil respiratoire?

M. Tanquerel ne croit pas à l'absorption par la peau recouverte de son épiderme. Il a fait, à ce sujet, plusieurs expériences sur les animaux, qui, toutes, ont donné un résultat négatif; et les quelques observations qui ont été consignées à ce sujet dans divers ouvrages ne méritent aucune valeur.

Mais la peau dénudée ou les muqueuses mises en contact avec une préparation quelconque de plomb, viennent absorber le poison. Ainsi, on a vu survenir l'empoisonnement à la suite du pansement d'un vaste ulcère par les bandelettes de sparadrap. Dans un cas d'ophthalmie, traitée par des collyres où entrait un demi-gros d'acétate de plomb, il y eut absorption par la conjonctive, et des accidens toxiques se manifestèrent au bout de douze jours de l'emploi de ce collyre. Dans une autre observation plus curieuse encore, recueillie par l'auteur, la muqueuse vaginale a été la voie d'absorption. Une femme avait fait trois fois par jour des injections avec de l'eau de Goulard, pour arrêter une hémorrhagie utérine. Au bout de quatre jours elle commença à éprouver les symptômes de la colique de plomb. Mais c'est la muqueuse pulmonaire qui paraît à l'auteur la voie la plus ordinaire de l'empoisonnement. Il fait observer à ce sujet que les professions qui occasionnent le plus souvent la colique sont justement toutes celles où l'on réduit le plomb et ses composés en molécules très ténues, susceptibles de se disséminer dans l'atmosphère. L'absorption par la muqueuse digestive est beaucoup plus rare. On l'a observée chez un certain nombre de malades qui avaient pris de l'acétate de plomb. Elle fut plus fréquente dans les temps où l'usage de corriger l'acidité des vins par la litharge était, faute de surveillance, beaucoup plus commune. C'est ainsi que se répandit épidémiquement cette maladie décrite par Citois sous le nom de colique de Poitou, par d'autres sous le nom de colique de Madrid, et qui n'était, en réalité, qu'une colique de plomb.

De quelque manière que le poison ait été absorbé, mais surtout chez les ouvriers soumis à des émanations continues, avant qu'ait lieu le développement des maladies saturnines, l'auteur a noté sous le titre d'*intoxication primitive* un certain nombre de phénomènes qui indiquent le commencement de la saturation de l'économie. Ce sont:

1° Une teinte ardoisée des gencives, plus prononcée au voisinage des dents que partout ailleurs; les réactifs chimiques démontrent que cette couche est du sulfure de plomb.

2° L'haleine se charge d'une odeur métallique toute spéciale.

3° La peau s'enduit d'une teinte jaunâtre, que l'auteur a retrouvée même après la mort dans les principaux viscères; car cet ictère est le résultat de l'altération du sang qui, pénétrant tous les tissus, leur communique cette teinte.

4° Lorsque la saturation est en quelque sorte opérée, il survient un amaigrissement général plus prononcé à la face; les forces diminuent, le pouls devient plus petit, quelquefois même il se ralentit.

La température élevée paraît favoriser l'absorption. C'est pendant les mois de juin, de juillet et d'août que s'observent le plus grand nombre des coliques. Il est vrai aussi que c'est l'époque de l'année où sont le plus en activité les fabriques de céruse, et les travaux des peintres en bâtiment.

L'anatomie pathologique ne paraît à M. Tanquerel offrir aucun renseignement sur la nature de cette maladie. En résumant quarante-neuf autopsies faites avec soin, il trouve que vingt fois le tube digestif n'a offert aucune altération; et que dans les vingt-neuf autres cas il existait des altérations diverses qui ont été plutôt les effets que la cause des accidens observés pendant la vie. Parmi ces effets, celui qui a été observé le plus souvent (16 fois), c'est un retrait du paquet intestinal.

L'histoire des symptômes de la colique est développée de la manière la plus complète; chacun des symptômes est soumis à la méthode numérique qui, portant ici sur un très grand nombre de faits, acquiert une grande valeur. De ces symptômes, la douleur est le seul qui soit absolument constant; la constipation, qu'on regarde généralement comme aussi caractéristique, peut manquer quelquefois. Sur 1,217 malades, 1,140 ont été atteints de constipation, 33 allaient régulièrement à la selle, 25 ont eu du dévoie-

(1) Deux vol. in-8, de 600 pages, chez Ferra, libraire-éditeur, rue des Grands-Augustins, n. 16.

Le 14, on panse la plaie, que l'on trouve en bon état. On accorde au malade un peu de bouillon.

Le 15, le mieux continue. Potages.

Le 16, Le malade est bien ; quelques ligatures tombent; on prescrit une potion calmante parce que le malade se plaint de ne point assez dormir. Soupe et potages.

Le 17, il a eu une selle spontanée.

Le 18, chute de la dernière ligature.

Le 21, on lui accorde le quart d'alimens.

Le 4 septembre, l'amélioration ne s'est jamais démentie un seul instant. A cette époque la cicatrisation de la plaie est presque achevée. Le malade mange la demie ; on lui fait prendre une once et demie d'huile de ricin et demi-once d'eau de roses pour combattre la constipation.

Deuxième observation. Jean-Batiste Piet, âgé de soixante-quatre ans, portier, a été atteint de hernie inguinale externe droite, à l'âge de trente-huit ans. Habituellement réductible, la hernie sortait tous les huit à quinze jours, et alors, pour la faire rentrer, Piet n'avait qu'à se mettre dans le lit, dans le décubitus dorsal, abandonnant pour le moment toute sorte d'occupation. Ce moyen lui a constamment réussi jusqu'à présent.

Cette hernie, qui ne gênait le malade que lorsqu'elle sortait, n'avait jamais nécessité l'application d'un bandage, et Piet n'en avait jamais tenté l'usage, tant il trouvait peu grave l'infirmité dont il était atteint.

Le 11 novembre le malade a fait une chute dans un escalier, à laquelle il attribue la sortie de la hernie, dont cependant il ne s'est aperçu que le lendemain ; alors il est aussitôt survenu du hoquet et des coliques. Ce n'est que du troisième au quatrième jour à dater de l'apparition de la tumeur, que les vomissemens ont commencé : composés d'abord d'alimens, de mucosités et de bile, il a fini par rendre des matières stercorales : ces vomissemens n'ont pas cessé depuis.

Piet a conservé l'espoir de faire rentrer lui-même sa hernie au premier moment ; et dans cette croyance il est resté chez lui jusqu'au 20 novembre, époque à laquelle il est entré à la Clinique.

Le taxis prolongé ayant été jugé dangereux dans de telles conditions, on y renonça ; d'autant plus que la hernie paraissait tout-à-fait irréductible, et qu'elle existait déjà depuis huit jours. L'opération fut pratiquée le 20 novembre.

Le sac herniaire était libre d'adhérences à l'extérieur ; à sa partie supérieure antérieure il était recouvert par une grande quantité de graisse que l'opérateur a disséquée d'abord, et excisée ensuite. Le sac a ensuite été pincé avec une pince à disséquer, et avec le bistouri on lui a fait éprouver une légère perte de substance. Aussitôt il s'est écoulé une grande quantité de sérosité sanguinolente qui remplissait la cavité du sac.

Cette poche péritonéale a ensuite été divisée avec le bistouri sur la sonde cannelé, et on l'a trouvée libre d'adhérences, excepté à son collet où elle était unie à l'intestin dans une petite étendue. Cette adhérence a empêché la traction des viscères au dehors, et les essais de réduction sans débridement ; et vu sa trop grande résistance pour être déchirée, on a pratiqué le débridement en dehors et en haut en portant le bistouri boutonné et convexe sur son tranchant dans la gouttière de la sonde cannelée.

Ayant ensuite attiré au dehors quelques anses d'intestin, l'opérateur a reconnu que la partie qui adhérait au collet du sac était épaissie, enflammée et ulcérée jusqu'à la perforation sur le lieu qui était soumis à la constriction de l'anneau inguinal interne ou du collet du sac, et que les anses intestinales adhéraient entre elles par des liens charnus et anciens.

La perforation intestinale imposant au chirurgien de retenir au dehors cet organe, des fils ont été passés dans le mésentère et fixés dans ce but. Mais la perforation n'était pas la seule altération que présentait l'intestin, qui, en outre était en partie gangréné, et tellement épaissi et enflammé sur d'autres points que sa cavité se trouvait presque complètement oblitérée. Aussi cette masse intestinale fut-elle réséquée, ce qui favorisa aussitôt la sortie de l'intérieur du tube digestif d'une assez grande quantité de matières stercorales et de gaz.

Un pansement à plat, sans compression, a terminé l'opération, dans le but de laisser une libre issue aux matières contenues encore dans l'intestin.

Le malade s'est trouvé beaucoup mieux immédiatement après cette opération ; mais peu de temps après, il est survenu une hémorrhagie que le tamponnement n'a pu arrêter ; elle ne s'est arrêtée que d'elle-même, après avoir considérablement affaibli le malade.

Le lendemain de l'opération (21 novembre), il disait avoir passé une bonne nuit, et était dans un état satisfaisant.

Le 22, il a eu quelques hoquets, mais ne souffre pas dans le ventre ; il a à peine un peu de fièvre. Les matières continuent à couler par la plaie.

Le 23, le malade est bien : on lui accorde du bouillon. L'adhérence de l'intestin avec les bords de la plaie est établie. Il n'a point encore rendu de matières par le bout inférieur de l'intestin.

Le 24, le malade est faible ; il survient des vomissemens qui sont promptement suivis de mort.

A l'autopsie, on n'a pas trouvé d'épanchement péritonéal, ni aucun signe bien évident de l'inflammation de la séreuse abdominale. Mais dans l'intestin, on a trouvé des traces d'infection purulente.

Il n'existait pas d'adhérences entre les deux bouts de l'intestin et le collet du sac.

L'artère épigastrique était à la partie externe de la hernie qui était inguinale interne : il y avait eu erreur de diagnostic.

Opération d'anus artificiel, pratiquée en 1776.

Monsieur,

Dans tous les ouvrages de chirurgie qui ont parlé des procédés à mettre en usage pour établir un anus artificiel (Dict. des sciences médicales, t. XXIV, p. 125, article Imperforation de l'anus. — Dict. de médecine en 21 vol., t. XII, p. 57, Jules Cloquet. Dans ce livre l'opération fut, dit-on, suivie d'insuccès. — Dict. de chirurgie pratique, t. III, p. 8, Dupuytren), M. Velpeau (Médecine opératoire, t. III, 1re édit., p. 983), après avoir indiqué le procédé proposé par Littre, on raconte que Duret (de Lyon) et Pillore (de Rouen) ont avec succès établi un anus artificiel dans l'aine. C'est dans les mémoires de la Société de médecine de Paris qu'on peut lire les détails de l'opération de Duret. Mais on ne trouve nulle part la relation de l'opération de M. Pillore (de Rouen) ; aussi ce fut vainement que Dupuytren me pria de lui indiquer où ce fait avait été publié. M. Velpeau ne fut pas plus heureux lorsqu'il demanda le même renseignement à mon fils, alors interne dans son service.

Le 16 novembre dernier, M. Amussat écrivit à mon fils une lettre dans laquelle, en lui demandant de nouveau cette observation, il le prie de lui faire savoir s'il peut ajouter quelque chose aux renseignemens connus, et qui se bornent à ce qui suit :

« Pillore (de Rouen) paraît être le premier qui ait pratiqué le procédé de Littre. Martin le jeune, dans un rapport qu'il fit à la Société de médecine de Lyon, 1798, après avoir raconté le fait de Duret, dit, page 189 du Recueil des actes de cette société :

« Pillore, chirurgien de Rouen, émule et contemporain de Lecat, la fit aussi avec succès ; mais son incision, pratiquée à la région iliaque droite, s'adressait au cul-de-sac du cœcum. »

« Fine, chirurgien en chef de l'hôpital de Genève, dit, dans un mémoire sur l'anus artificiel qu'il a publié en l'an 13 dans les Annales de la Société de médecine de Montpellier :

« J'ai inutilement demandé et fait demander à M. Pillore père, très avancé en âge, et depuis sa mort à M. son fils, chirurgien à Rouen, des renseignemens sur le temps où cette opération a été faite, sur le cas qui l'a nécessitée, sur la manière dont elle a été exécutée, ainsi que sur les suites qu'elle a eues. Je n'ai pu savoir autre chose, sinon que cette observation devait se trouver dans les papiers du défunt. Il est fâcheux que la médecine opératoire soit privée des détails d'une opération qui présente un grand intérêt, et sur laquelle M. Martin n'a eu qu'une connaissance verbale. »

Ce fut alors qu'en feuilletant dans les papiers de mon père, je trouvai l'observation que je vous envoie.

Agréez, etc. H. Pillore père, D.-M.

Rouen, 5 janvier 1840.

Observation. Le sieur Morel, marchand de vin et maître de poste du Vert-Galant, route du pays de Brai, fut attaqué, dans le courant de l'année 1776, de difficulté d'aller à la garderobe. Il ressentit d'abord quelques légères douleurs dans le fondement ; elles devinrent un peu plus considérables, sans être insupportables ; mais la difficulté de cette déjection augmenta à tel point, qu'il en eut des inquiétudes qui le déterminèrent à venir à Rouen pour consulter et faire les remèdes nécessaires. Il s'adressa à M. Delaroche, médecin habile, qui lui conseilla les laxatifs ou purgatifs doux, qui, en liquéfiant les excrémens, en favorisèrent et en entretinrent l'issue pendant quelque temps ; mais la difficulté augmentant toujours, il fut d'avis de lui faire avaler du mercure ou vif argent en assez forte dose, afin que par sa masse il pût entraîner avec lui l'obstacle qui s'opposait à leur déjection. Le malade, en effet, en avala deux livres ; on l'attendait tous les jours, mais il ne parut pas : la déjection alors était totalement supprimée, le ventre grossissait de jour en jour sans être douloureux et sans aucune inflammation. Dans cet état de cause, je fus consulté. (Il y avait déjà un mois que le malade avait pris le mercure sans en avoir aucune révélation.)

Je visitai d'abord l'intestin rectum, pensant bien que c'était de ce côté là que devait être l'obstacle qui s'opposait à l'issue des excrémens, croyant même qu'il pouvait être formé par les excrémens eux-mêmes durcis et rassemblés dans cet intestin, comme je l'ai vu plusieurs fois arriver. Mais au milieu de cette espèce de bouchon, je trouvai la partie supérieure de l'intestin dure et squirrheuse, formant un très gros bourrelet qui l'obstruait totalement. J'essayai des sondes et des canules de toute espèce et de tout calibre ; je continuai ces essais pendant plusieurs jours, mais inutilement. Dans cet état, c'est-à-dire, le malade n'ayant rien rendu par cette voie depuis plus d'un mois, et le ventre grossissant toujours malgré la diète austère qu'il observait, je lui proposai de lui faire un anus artificiel. Il fut de mon avis, et rapporta à cet effet l'exemple d'un homme de son voisinage, qui depuis plusieurs années en avait un que la nature lui avait fait à la suite de l'étranglement d'une hernie inguinale. J'avais comme lui connaissance de ce fait, ainsi que de celui d'une femme en pareil cas et par la même cause (1).

(1) J'observerai ici en passant, et par forme de digression, que

---

ment au commencement de la maladie, et 19 pendant toute la durée.

Parmi les symptômes moins connus auxquels l'auteur a donné une attention particulière, nous citerons l'apparition de tumeurs mobiles inégales dans le ventre données par des anses intestinales contractées, et le resserrement du rectum qui est affecté d'une contraction spasmodique, d'une véritable crampe comme on peut s'en assurer par le toucher. Il faut employer même une certaine force pour faire pénétrer des lavemens dans le gros intestin des individus affectés de colique de plomb.

Cette maladie, malgré les douleurs atroces qu'elle fait naître, n'est réellement dangereuse que par les complications dont elle est souvent accompagnée. Quand elle est simple, c'est-à-dire qu'elle ne donne lieu à aucun symptôme du côté des centres nerveux, elle se termine heureusement. M. Tanquerel, sur le grand nombre des coliques simples qu'il a observées, n'a vu périr qu'un seul individu. Ce malheureux, après trois mois de douleurs violentes qui résistèrent à tous les traitemens, finit par succomber au dernier degré du marasme. Malheureusement les rechutes sont fréquentes, et d'autant plus que les coliques ont été plus multipliées, et que les ouvriers sont plus adonnés aux excès de tout genre.

Quant au traitement, l'auteur, favorisé par les médecins de la Charité, a expérimenté la plupart des méthodes qui ont été recommandées depuis l'expectation jusqu'à la noix vomique. Pour ne pas être induit en erreur, il ne s'en est, dans ses expérimentations, rapporté qu'à lui-même, et ne s'est point contenté du récit des sœurs et des infirmiers.

De toutes ces médications diverses, dont on trouvera une histoire détaillée dans l'ouvrage, l'auteur préfère l'huile de croton tiglium ; non qu'il croie à cette substance une vertu spécifique, mais parce qu'aucune ne jouit au même degré de la propriété d'imprimer une secousse violente aux organes digestifs. Le mode d'administration qu'il conseille, est de la donner à la dose d'une goutte dans une cuillerée de tisane, toutes les sept ou huit heures, jusqu'à ce qu'on ait obtenu des selles et des vomissemens. Le traitement se continue pendant trois jours. On fait pendant tout ce temps avaler une grande quantité d'orge miellée.

Dans un prochain article nous examinerons les affections nerveuses céphalo-rachidiennes produites par l'introduction du plomb dans l'économie.

G...

Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, ou Recherches sur le physique et le moral, les habitudes, les maladies et le régime des gens de lettres, artistes, savans, hommes d'état, jurisconsultes, administrateurs, etc. (1); par M. Réveillé-Parise, membre de l'Académie de médecine, etc.

Nos ancêtres mettaient un quart de siècle pour faire un livre. Leurs matériaux étaient préparés de longue main ; ruminés, limés un grand nombre de fois ; les expressions, les faits, les citations repassés à différentes reprises au creuset de la critique, ils ne se décidaient à mettre leur œuvre au jour que lorsque le sujet leur paraissait épuisé. Aussi leurs ouvrages sont-ils, comme le Moniteur universel, presqu'inépuisables à nos yeux ; il est rare effectivement qu'on lise de nos jours d'un bout à l'autre les œuvres d'Hippocrate, de Celse, de Galien, d'Avicenne, de Rhazes, de Paré, de Severin, de Haller, de Bonnet, de Morgagni, etc. On se contente de les consulter au besoin, et souvent il arrive que les rats les consultent plus fréquemment encore que l'homme de l'art. C'est que le nombre considérable des faits qui s'y trouve est tellement en désaccord avec nos études actuelles, que notre patience s'effraie en leur présence. Nos livres à la mode, en effet, sont bâtis bien autrement : des fondemens en papier musqué, des cloisons transparentes, une façade brodée en similor, des toits fort glissans, le tout construit avec des matériaux forgés dans un coin de belvédère et achevé avec une promptitude égale à celle d'une bâtisse à la Frascati, tel est le système que suivent généralement les auteurs modernes. Aussi l'existence de ces livres est-elle fort éphémère, et l'on voit à peine quelques ouvrages sérieux, surtout dans notre science, qui méritent les honneurs de plusieurs éditions et parcourent une carrière brillante de plusieurs lustres. N'allez pas vous imaginer que cela tienne à la marche progressive des sciences, plus rapide de nos jours qu'autrefois. C'est qu'aujourd'hui beaucoup d'auteurs ne visent qu'à faire de l'effet, à *parvenir* en un mot ; le reste importe peu.

Lorsqu'on voit par conséquent un ouvrage sortir de cette ligne spéculative, lorsque ses fondemens, son organisation, sont de nature à lui promettre une longue existence, lorsque cette existence elle-même constitue une nécessité, un bienfait immense pour la science et pour la société, une pareille production peut être regardée comme exceptionnelle de nos jours, et les éloges que les savans lui prodiguent n'ont rien de commun avec cette voix de coterie que certains auteurs font élever à grands frais dans des journaux de différentes couleurs. La physiologie et l'hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit se place naturellement dans cette catégorie exceptionnelle.

« Cet ouvrage, dit l'auteur, est le fruit de près de quinze ans d'études, de recherches et d'observations médicales et philosophiques. » On n'aura pas de peine à le croire lorsqu'on l'aura lu et médité. L'œuvre de M. Réveillé-Parise est effectivement difficile à imiter ; elle emprunte ses matériaux à des études de plusieurs genres, peu familières aux médecins, et modèle le tout à l'observation rigoureuse des faits d'application clinique. Trois éditions, dont deux épuisées en très peu de temps ; plusieurs traductions à l'étranger, parlent assez haut pour nous dispenser d'en faire l'éloge avec plus de détails.

L'auteur a divisé son sujet en trois parties : dans la première, il expose la physiologie normale des hommes adonnés aux travaux de l'esprit ; dans la seconde, la physiologie-pathologique ; dans la troisième enfin, l'hygiène.

Après une introduction de haute philosophie médicale, l'auteur étudie dans plusieurs chapitres successifs les deux modes principaux de la manifestation de la vie, la sensibilité et la contractilité. La conséquence générale qui découle de cette étude est une loi fondamentale du tempérament des personnes livrées aux travaux de l'esprit. L'auteur s'exprime de la manière suivante :

« Si toutes les parties du corps humain conservaient, dit-il, le même degré d'énergie ; si l'on pouvait obtenir une égale et constante pondération des puissances organiques ; si, en un mot, toutes les actions vitales étaient tendues à l'unisson, il n'y aurait pas de tempérament. Voilà le beau idéal de la physiologie ; mais il n'en est pas ainsi. Un ou plusieurs systèmes de l'économie, un organe important même, ne tardent pas à prédominer : dès lors le tempérament se dessine au physique et au moral. Lorsqu'à cette condition physiologique, se joignent les circonstances du régime, du climat, des habitudes, de l'éducation, des maladies, ce tempérament se modifie ; il s'exaspère ou diminue, selon la direction imprimée aux causes dont je viens de parler. Une vue large et complète des choses, les observations les plus positives, forcent donc d'admettre, comme on l'a dit, une *trame* primitive, individuelle, invariable jusqu'à un certain point, sur laquelle se brode ensuite notre existence.

(t) Troisième édition, revue et augmentée ; 2 vol. in-8°, chez Dentu, imprimeur-libraire, rue des Beaux-Arts, nos 3 et 5.

Je me déterminai donc à faire l'opération ; mais, comme le cas était fort délicat, je fis prier cinq ou six de mes confrères de venir voir le malade pour en conférer avec eux. Aucun ne fut de mon avis ; mais le malade, homme de bon sens, présent à notre conférence, les pria de lui indiquer un autre moyen qui pût le sauver. Ils lui répondirent tous qu'ils n'en connaissaient aucun. « Eh bien ! leur répondit-il, il faut donc avoir recours à l'opération, puisqu'elle seule peut me sauver, vous en convenez, et qu'il est de fait que ma maladie est mortelle. »

Encouragé par des raisons aussi fortes, je fis l'opération en présence de Messieurs mes confrères et de six élèves pensionnaires que j'avais alors. J'avais choisi le cœcum comme celui des intestins qui était le plus propre à remplir nos vues, tant par sa situation que parce qu'il nous fournissait un réservoir, et nous évitions par là l'écoulement continuel et involontaire des excrémens. Une plaque garnie d'une éponge en forme de pelotte, soutenue par une ceinture élastique, devait faire l'office de sphincter, que le malade aurait ouvert à volonté toutes les fois qu'il en aurait senti le besoin ; et au moyen d'un petit clystère de temps en temps, il aurait détergé ce réservoir. Nous avions conféré ensemble, le malade et moi, et nous étions convenu de toutes ces choses avant l'opération. Je la fis donc. Je commençai par une incision transversale des tégumens un peu au-dessus du pli de l'aine ; je la continuai obliquement de bas en haut, à la faveur du tissu cellulaire en sous-œuvre ; j'arrivai à l'aponévrose du muscle grand-oblique du bas ventre ; j'incisai un peu au-dessus du ligament de Fallope dans la même proportion, pour avoir au moins un bon pouce de canal depuis le réservoir jusqu'à l'ouverture des tégumens. Je fis aux muscles et au péritoine une ouverture transversale à peu près de la même étendue ; le fond du cœcum, facile à reconnaître par son appendice, se présenta ; je n'eus pas la peine de le chercher, je l'amenai sans effort le plus en avant possible ; là, soutenu par un aide et par moi, je l'ouvris transversalement et l'assujétis aux deux lèvres de la plaie par le moyen d'un point de suture que je fis à l'une et à l'autre avec deux aiguilles enfilées de menu fil. Je les passai de dedans en dehors, et coupai le fil par le milieu pour obtenir deux anses que je nouai, tant supérieurement qu'inférieurement, sur deux compresses, pour empêcher le froncement des lèvres. Les matières sortirent abondamment.

Pour tout appareil, j'appliquai de la charpie brute et des serviettes ; je ne comprimai pas, afin que l'issue des matières ne fût point interrompue ; en effet, elles coulèrent avec abondance pendant plusieurs jours ; le ventre diminua considérablement de volume ; mais comme le vif argent nous donnait de l'inquiétude, et comme nous n'en avions vu paraître aucune parcelle, nous fîmes prendre au malade toutes les positions possibles pour procurer une pente aisée au mercure. Cependant nous n'en eûmes aucune révélation. Depuis l'opération il s'était déjà écoulé quatorze ou quinze jours, pendant lesquels la plaie avait suppuré ; l'intestin s'était agglutiné avec les lèvres ; j'avais retiré les fils qui l'avaient assujetti ; tout, en apparence, était dans le meilleur état possible lorsque le malade ressentit quelques douleurs vagues dans les différentes régions de l'abdomen : nous les attribuâmes d'abord à de l'air renfermé dans le canal intestinal ; mais le malade, inquiet, disait toujours qu'elles dépendaient du mercure, et, en conséquence, continuait à prendre les positions propres à le faire sortir.

Nous étions au vingtième jour lorsque le ventre, qui était fort aplati, se tuméfia et devint très douloureux ; nous appliquâmes des fomentations émollientes et, à la faveur de notre anus artificiel, nous fîmes des injections dans l'intestin colon ; deux saignées furent pratiquées ; mais, malgré tout, les symptômes allèrent en augmentant, et le malade mourut le vingt-huitième jour après son opération. J'en fis l'ouverture en présence des mêmes chirurgiens, tant confrères qu'élèves, et je trouvai ce qui suit :

L'intestin cœcum, le commencement du colon jusqu'à la fin de son arc, étaient sains et en bon état. L'intestin cœcum était agglutiné avec les lèvres de la plaie, excepté dans un de ses angles, où s'était formée une fusée de suppuration dans le tissu cellulaire voisin, fusée qui n'avait aucune communication au-dedans. L'intestin colon, ouvert dans toute son étendue, ne contenait que des glaires couenneuses ; le bourrelet squirrheux qui formait la maladie première avait huit ou neuf pouces d'étendue et occupait la fin du colon et le commencement du rectum. Dans toute cette étendue le calibre intestinal était totalement obstrué ; le tissu celullaire environnant était également dur et squirrheux ; du côté du rectum était une ouverture de quinze lignes de diamètre, dont les bords calleux annonçaient une espèce d'ulcère chancreux qui fournissait des matières purulentes et fétides ; le tissu cellulaire du péritoine, dans le voisinage des reins et des attaches du mésentère était suppuré, sans collection de matières purulentes ; sa portion membraneuse était enflammée et adhérente avec les replis des intestins qui l'avoisinent.

Le vif-argent que le malade avait pris, fut trouvé dans une des dernières circonvolutions de l'intestin jéjunum qu'il avait entraîné par sa masse dans l'hypogastre derrière la vessie ; il avait fait faire poche à la portion du calibre intestinal qui le contenait. Cette portion était parsemée d'espace en espace de taches gangréneuses ; enfin le mercure s'y trouva en totalité ; il n'avait rien perdu de son poids.

— Nous croyons qu'on peut conclure de cette observation, que si le succès de cette opération n'a point répondu à notre attente, l'on doit s'en prendre au mercure ou vif argent ; car il est très présumable que, lorsque les intestins qui, à cause de leur grande dilatation avaient perdu une partie de leur action, se furent vidés des matières stercorales, le mouvement péristaltique ne pût être assez puissant pour chasser le mercure : alors survint un mouvement inverse ou rétrograde qui fut annoncé par les nausées et les coliques que le malade éprouva vers le vingtième jour de sa maladie ; ajoutons le tiraillement produit sur le mésentère et sur les intestins par cette masse qui pesait deux livres, et on ne sera pas surpris de l'inflammation gangréneuse qui a produit la mort du malade.

j'eus occasion sur l'un et sur l'autre de ces sujets, de faire des expériences relatives à l'effet des purgatifs appliqués sur le velouté même des intestins ; je les employai en poudre, en dissolution et en infusion. On observera que l'intestin qui formait l'anus était renversé ; il formait un appendice comme une espèce de boudin long d'environ un pouce, et était continuellement dans un état d'allongement et de raccourcissement pareil à celui d'un ver ; mouvemens que j'ai vu augmenter sensiblement toutes les fois que j'appliquais des purgatifs, et qui étaient d'autant plus vifs que les purgatifs étaient plus forts ; le velouté de ces intestins se recouvrait en même temps d'un mucilage plus ou moins abondant, et les deux sujets éprouvaient des sensations ou espèces de coliques analogues à ces mêmes effets.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je vous prie d'avoir la bonté d'insérer cette lettre dans votre prochain numéro.

Mon Mémoire sur l'excision de la partie inférieure du rectum, publié dans la Gazette médicale de Paris et dans les fascicules de l'Académie de médecine, renferme les passages suivans :

« Chez les femmes, quand on dissèque jusqu'à l'insertion du péritoine sur le rectum, et qu'on fixe sur la partie inférieure de cet organe des érignes pour exercer sur lui de légères tractions, on trouve entre l'extrémité inférieure de l'intestin et la membrane séreuse de l'abdomen la distance de 6 pouces en avant et sur les côtés ; en arrière, la disposition du méso-rectum permettrait de remonter beaucoup plus haut.

» Dans l'homme on trouve 4 pouces depuis l'anus jusqu'au péritoine. »

J'ai donc été très surpris de voir, dans le nº 5 de votre estimable journal, M. Petel me faire avancer des erreurs qu'il commet tout seul, quand il prétend que je fais descendre le péritoine plus bas.

Si M. Petel avait lu mon Mémoire, il saurait aussi qu'il n'a pas le premier enlevé 3 pouces 1/2 de la partie inférieure du canal intestinal, car voici encore mon texte qui prouve une nouvelle erreur de ce chirurgien distingué :

« D'abord j'enlevai ceux qui envahissaient une partie des sphincters (les cancers), je détruisis ensuite ceux qui siégeaient dans toute l'épaisseur de ces muscles, et enfin de proche en proche je m'élevai jusqu'à 3 pouces 1/2 de l'ouverture du rectum. »

Cinquième observation ; guérison. — « J'incisai 3 pouces 1/2 de l'intestin. »

Agréez, etc.

LISFRANC.

Paris, 11 janvier 1840.

RÉPONSE DE M. ORFILA A LA RÉCLAMATION DE M. COUERBE.

M. Orfila a adressé à l'Académie des Sciences une longue lettre en réponse à la réclamation de M. Couerbe qui a été publiée dans plusieurs journaux. Ce qu'il y a de singulier, c'est qu'aucun de ces journaux qui a donné en entier la lettre du doyen n'a reproduit le moindre fragment de la pièce remarquable de M. Couerbe. On a fait ainsi connaître la défense et l'on a supprimé avec un grand soin les détails de l'accusation ! Telle est l'impartialité qui règne dans l'esprit de certains hommes.

Dans cette lettre M. Orfila reconnaît la priorité de la découverte de M. Couerbe, mais il prétend que ce dernier n'avait pas reconnu positivement que l'arsenic naturel existait dans les os et pas ailleurs. « J'affirme sur l'honneur, dit-il, n'avoir jamais vu M. Couerbe retirer l'arsenic des os, en traitant ceux-ci soit par l'acide nitrique, soit par le nitrate de potasse. »

Quant à la convention de publier le travail en commun avec M. Couerbe, M. Orfila déclare qu'il n'a pu la tenir, pressé qu'il a été par la déposition qu'il devait faire devant la cour d'assises de Dijon.

— Le public appréciera sans doute la valeur de ces raisons. Nous devons cependant, dans l'intérêt de la justice, faire remarquer que la loi qui a servi de point de départ à la découverte de M. Couerbe est telle que l'arsenic ne pouvait se trouver que dans les os et pas ailleurs. Du reste, entre M. Couerbe qui affirme *sur son honneur* avoir, postérieurement à sa déclaration écrite, retiré de l'arsenic des os en présence de M. Orfila, et M. Orfila lui-même qui nie, *aussi sur son honneur*, le même fait, il y a une si grande distance que nous croyons devoir laisser au lecteur le soin d'apprécier, s'il le peut, la pureté de la conscience de chacun des deux chimistes.

» De toutes les forces de l'économie, celles qui peut-être offrent le plus de variétés dans leur énergie, sont les forces sensitives et les forces motrices, établies pour s'aider, se balancer, se modérer et concourir au maintien de la santé. Il est bien rare néanmoins que cette action soit dans les rapports d'une exacte proportion. Sentir et agir sont les deux principaux ressorts de la vie ; notre conservation dans l'être et le bien-être, dépend de leur action sagement combinée. Mais qu'il est difficile de les maintenir dans des limites compatibles avec la santé ! Chez certains hommes les forces sensitives l'emportent ; elles acquièrent tôt ou tard une prédominance marquée ; l'appareil nerveux est alors doué primitivement, originairement, d'une grande capacité d'action, capacité qui n'a fait que s'accroître par l'emploi même exagéré de cette force. Cet accroissement est la conséquence d'une loi physiologique en vertu de laquelle un organe continuellement exercé, augmente progressivement sa force, son énergie, sa prépondérance. Mais, d'un autre côté, et par une conséquence de la même loi, si la sensibilité est plus active, la contractilité diminue dans les mêmes proportions ; la force de [illegible]tion ne contrebalance plus la force d'impression. Qu'arrive[illegible] alors ? le système nerveux attire tout, envahit tout, domine [illegible]èrement l'organisme ; les forces vitales s'y concentrent, mais [illegible]gueur contractile des organes cesse d'être en rapport avec [illegible] disposition. Certaines fonctions jouissent d'une prodigieuse [illegible]té ; d'autres, au contraire, languissent par défaut d'inner[illegible] ; tel organe est dans un état de réplétion vitale, tandis [illegible] autre manque, pour ainsi dire, du nécessaire. Dès lors la [illegible]gie des forces radicales de l'économie cesse d'exister, leur [illegible]tion n'est plus égale, leurs rapports harmoniques, leur [illegible] consensuelle. Ces phénomènes s'observent chez les indi[illegible] éminemment nerveux, mais principalement chez les hom[illegible] qui exercent long-temps et fortement les facultés intellec[illegible]es.

Ainsi on peut poser la loi suivante :

» D'une part : *Disposition nerveuse originelle ;*

» Puis : *Excès d'action ;*

» Enfin : *Prédominance extrême, continue du système nerveux ;*

» De l'autre : *Diminution graduelle et presque absolue de la contractilité.*

» Telle est la loi fondamentale, la condition organico-vitale, le caractère dominant et distinctif de ce tempérament ; loi que je prie instamment de ne jamais perdre de vue, car nous la retrouverons sans cesse ; cet ouvrage n'en est que le développement et l'application. »

Cette loi effectivement paraît dominer tout l'ouvrage de M. Réveillé-Parise, elle en forme la clé en quelque sorte, et quel que soit l'homme célèbre auquel on cherche à l'appliquer, on trouve presque constamment que la sensibilité est en plus, la contractilité en moins. On croirait à peine les immenses conséquences pratiques que l'auteur a su déduire de cette remarque si simple en apparence.

Il étudie sous le point de vue médical, et met en évidence avec un rare bonheur les particularités les plus remarquables de la vie des grands hommes, depuis Platon jusqu'à Napoléon, et déduit à chaque pas des corollaires d'une heureuse application. C'est surtout dans le traitement des maladies prédominantes chez les hommes adonnés aux travaux de l'esprit que M. Réveillé-Parise se montre supérieur à tout ce qu'on avait écrit sur cette matière. Ce que nous venons de dire en quelques phrases, forme une suite de chapitres liés entre eux par une logique sévère et des faits d'une valeur incontestable. Il faut se mettre à la hauteur de l'auteur pour saisir l'enchaînement des belles conceptions philosophiques et cliniques de M. Réveillé-Parise.

La partie pathologique est presque entièrement neuve ; elle comprend sept chapitres. L'auteur y étudie d'abord les causes prédisposantes des maladies qui attaquent ordinairement les hommes livrés aux travaux de l'esprit, puis les maladies elles-mêmes dans les organes qui paraissent chez eux le plus prédisposés. Quelques fragmens pris au hasard donneront une idée du goût exquis et de l'esprit positif qui règne dans cette partie. Laissons parler l'auteur :

« Leibnitz passait quelquefois trois jours et trois nuits consécutifs assis dans le même fauteuil, à résoudre un problème qui l'intéressait : coutume excellente, comme l'observe Fontenelle, pour avancer un travail, mais très malsaine. L'abbé de la Caille, fameux astronome, avait inventé une fourche dans laquelle il ajustait sa tête et passait ainsi les nuits dans l'observation du ciel, sans connaître, dit un homme d'esprit, d'autres ennemis que le sommeil et les nuages, sans soupçonner qu'il fût un plus doux emploi de ces heures silencieuses qui lui révélaient l'harmonie du monde. Il contracta une inflammation de poitrine qui l'emporta en peu de jours. Girodet n'aimait pas à travailler pendant le jour. Saisi au milieu de la nuit d'une espèce de fièvre inflammatoire, il se levait, faisait allumer des lustres suspendus dans son atelier, plaçait sur sa tête un énorme chapeau couvert de bougies, et, dans ce singulier costume il peignait des heures entières. Aussi n'y eut-il jamais, comme je l'ai dit, de constitution plus débile, plus chetive, de santé plus délabrée que celle de Girodet. Sur la fin de sa vie, assez courte, son génie ne semblait lié qu'à un cadavre. Les cruelles insomnies qui tourmentent les penseurs, usent, en effet, l'existence avec une inconcevable rapidité : le moyen qu'il en soit autrement ?

D'une part, les veilles privent le corps de repos, surexcitent l'action cérébrale, augmentent l'énorme dépense du principe nerveux qui se fait dans le travail de la pensée, maintient une congestion sanguine dans la tête ; de l'autre, elles empêchent la réparation des pertes faites, ou du moins s'opposent à ce que cette réparation soit complète, etc.

» Le célèbre Cujas étudiait tout de son long sur un tapis, le ventre contre terre, et entouré de monceaux de livres. Michel-Ange, après avoir peint les plafonds da la chapelle Sixtine, éprouva un accident singulier. Il ne pouvait presque plus rien voir en regardant en bas ; s'il voulait lire une lettre, il était obligé de la tenir élevée. Cette incommodité dura, dit-on, plusieurs mois.

» Pour me tenir éveillé, dit Charles Pougens, je prenais jusqu'à dix tasses de café par jour, et je jetais une forte pincée de sel dans la dernière, afin de lui donner plus d'activité. Qu'en résulta-t-il ? une horrible maladie qui frappa de cécité l'auteur aimable dont il s'agit. Beaucoup de penseurs agissent encore comme Frédéric II. Quelqu'un fit remarquer à ce prince que l'abus du café altérait sa santé. « Je le sais, dit-il, et j'ai fait une grande réforme dans ce genre. Je n'en bois plus que quatre à cinq tasses le matin, et une cafetière dans l'après-dîner. » Quand on joint à ce régime l'usage des *bombes à la Sardanapale* de M. Noël, et qu'on n'a long-temps pour médecin que son *hussard de chambre*, on doit s'attendre à de longues et effroyables maladies ; or, c'est précisément ce qui arriva à Frédéric, etc.

» Claude Bourdelin, médecin célèbre, se laissait emporter aux charmes de l'étude, et voulant consacrer une partie de ses nuits à travailler, il se gorgeait de café pendant le jour, puis il prenait de l'opium quand il voulait retrouver le sommeil. Est-il une constitution capable de résister à un régime aussi étrange ? Aussi Bourdelin mourut-il jeune. L'historien Mézerai avait pour habitude de ne travailler qu'à la chandelle, même en plein jour au milieu de l'été ; il ne manquait jamais de reconduire jusqu'à la porte de la rue, le flambeau à la main, ceux qui venaient lui rendre visite. Malherbe était si frileux que, numérotant ses bas par lettres, de peur de n'en pas mettre également à chaque jambe, il

avoua un jour qu'il en avait jusqu'à la lettre L. »

Parmi les maladies qui attaquent le plus souvent les gens livrés aux travaux de l'esprit, celles du système nerveux, et en particulier du cerveau se présentent en première ligne. L'auteur se livre ici à des considérations d'une très grande importance : à chaque pas le précepte est accompagné de l'exemple. La thérapeutique générale de ces maladies occupe un des plus longs chapitres de l'ouvrage.

Arrivant enfin à la troisième et dernière partie, M. Réveillé-Parise étudie l'hygiène des hommes adonnés aux travaux de l'esprit, sous le double point de vue général d'abord, particulier ensuite, selon les états individuels. Un grand problème domine dans cette partie, le voici :

« Etant donné un tempérament avec prédominance extrême du système nerveux, et l'individu se livrant aux travaux de l'esprit, indiquer par quels moyens hygiéniques ces travaux compromettront le moins possible la vie et la santé. »

Le livre de M. Réveillé-Parise n'est pas seulement une œuvre de haute médecine, c'est aussi un travail de littérature et philosophie médicale que les hommes de l'art et les gens de lettre liront avec profit. R...

Monsieur (1),

Je viens encore une fois, mais pour la dernière, réclamer de votre impartialité l'insertion d'une réponse à M. Rambaud, chirurgien militaire à Versailles.

M. Rambaud apporte une déclaration du père de l'enfant.

Une autre déclaration, non moins *authentique*, faite par deux témoins, corroborée par le dire de la mère de l'enfant et reçue par un magistrat de notre ville le 18 décembre 1839, est opposée par moi.

Cette pièce établit d'une manière irrécusable :

1° Que l'appareil inamovible posé par MM. Rambaud, Bouffard et Clédière, n'est *resté en place qu'un mois ;*

2° Qu'il a été *levé par M. Clédière seul ;*

3° Qu'avant le 10 janvier, c'est-à-dire six semaines après l'application de ce même appareil, la petite malade a été vue marchant seule dans la cour de ses parens.

Le sieur Hérant s'est donc trompé dans son dire, ou sa mémoire l'a mal servi dans cette circonstance.

Maintenant j'opposerai M. Rambaud à lui-même. « Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 2 et 5 novembre, M. Rambaud me reproche mon inaction sans terme, et la prescription d'un seul liniment ; le 17 décembre il reconnaît que j'ai fait appliquer des sangsues et qu'un appareil a été posé.

» Il dit d'abord que l'appareil fut enlevé au bout de dix semaines, ensuite c'est au bout de deux mois.

» Après deux semaines, dit-il (2 et 5 novembre), c'est-à-dire 15 jours après la levée de l'appareil, l'enfant marchait..... — La petite est restée encore 4 semaines dans la même position (17 décembre.) »

J'opposerai maintenant à la déclaration de M. le docteur Bouffard un extrait de celle de M. le docteur Renaud, de Versailles, en date du 18 décembre, d'où il résulte, selon ce médecin, qu'il ne pouvait y avoir qu'une luxation et non une fracture ; cette opinion est basée :

1° Sur le jeune âge de l'enfant, qui exclut toute idée de fracture ;

2° Sur ce que le raccourcissement du membre ne cédait pas à de grands efforts ;

3° Sur l'impossibilité de porter le membre dans l'abduction ;

4° Sur la tuméfaction de la fesse, résultant d'un corps arrondi que M. Renaud a parfaitement reconnu pour être la tête du fémur.

Maintenant, M. le rédacteur, je laisse à d'autres le soin [de] juger, et ne veux pas d'une question de chirurgie faire une question personnelle.

Agréez, etc. Clédière, D.-M.-P.

Versailles, le 19 décembre 1839.

(1) Le défaut de place ne nous a pas permis d'insérer plus tôt cette lettre qui terminera toute discussion, nos lecteurs ayant maintenant sous les yeux toutes les pièces du procès. (*N. du R.*)

M. Edouard Robin, honoré d'une médaille d'or en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs institutions, commencera par la chimie, le 14 janvier, à huit heures, de nouveaux cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences et au premier examen en médecine.

Après avoir publié les observations faites dans les hôpitaux par MM. Andral, C. Broussais, Barthélemy, Emery, Fouquier, Marjolin, Serres, Trousseau, nous devons faire connaître que, par suite des rapports du comité d'examen, le sirop de M. Johnson, pharmacien à Paris, a été brévetépar ordonnance royale, et que cette préparation a été annexée au codex. C'est donc sur la foi des plus solides garanties que le sirop de Johnson est entré dans la matière médicale comme sédatif et comme diurétique.

Erratum. Dans la dernière clinique de M. Lisfranc, leçons sur les maladies du sein, numéro du 9 janvier, pag. 14, 3e col., 5e lig., au lieu de : bourrez de charpie et d'*arsenic* le creux de l'aisselle ; dites : bourrez de charpie et d'*agaric* le creux de l'aisselle.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 16 JANVIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 7, TOME 2. — 2e SÉR

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. VELPEAU

Tumeurs érectiles.

Au n° 46 de la salle des hommes est couché un jeune mme âgé de vingt-deux ans, robuste et d'une bonne até ; il porte, depuis sa naissance, une tumeur dans chace des deux régions iléo-inguinales. Les deux tumeurs t de même nature, rouges, légèrement bosselées et pportées par un pédicule assez volumineux ; celle de uche, qui est la plus considérable, égale le volume d'une ix ; celle de droite n'offre guère que celui d'une noitte : toutes deux deviennent dures et douloureuses par ite d'une pression ou d'une excitation un peu prolones.

Ce jeune homme ayant gagné un grand nombre de *pedi pubis*, eut recours aux frictions mercurielles pour les ruire ; ces frictions et l'action de la pommade produirent une turgescence particulière des tumeurs, et donnènt lieu à des douleurs qui engagèrent le malade à réclaer des soins plus efficaces. M. Velpeau reconnut que ces meurs appartenaient à la classe *des tumeurs érectiles*, et oposa l'opération qui fut acceptée.

Selon ce professeur, le mot de *tumeurs érectiles* n'exprie pas des idées bien claires, bien distinctes ; les classifitions anciennes sont également insuffisantes sur ce point. sous ce nom, on décrit : 1° les taches de naissance materni) ; 2° des taches plus saillantes indiquées sous le nom *d'envies* ; 3° des tumeurs fongueuses coms d'élémens différens. Il propose de les classer sous ois chefs suivans : 1° Tumeurs érectiles de nature arlle ; 2° de nature veineuse ; 3° tumeurs mixtes ou osées de ces deux ou de plusieurs élémens.

premières sont peu saillantes à la superficie de la mais en général d'un rouge vif, que la moindre irrin fait augmenter ; elles présentent en général des batis plus ou moins étendus selon leur siége, selon le oppement qu'elles ont acquis.

lles qui sont dues à la turgescence des capillaires veisont livides, violacées, mollasses, fongueuses, en ral beaucoup plus saillantes que les précédentes ; on encontre pas de battemens ; la stase du sang par la ion déclive produit leur engorgement : cet état dispapar une position inverse, et ces tumeurs deviennent flasques et flétries. On sent sous la peau, qui paraît fiée, des nodosités, comme de petites varices.

lles qui sont mixtes offrent, outre ces différens modes, espèce de trame organique dans laquelle on peut renaître les tissus colloïde, mélanique, cérébroïde, ux, etc.

rfois ces diverses tumeurs acquièrent un volume conable ; la prudence ne permet donc pas d'en négliger aitement. Il en est de même des tumeurs érectiles actelles. On en a vu cependant disparaître spontanét par les progrès de l'âge ; M. Velpeau en a observé tre ou cinq exemples. Ainsi donc, chez les enfans, à jusqu'elles n'occupent certaines régions, et qu'elles ne aissent vouloir s'accroître, mieux vaut temporiser. Il peu d'affections, du reste, dont le traitement soit plus ié. M. Velpeau passe successivement en revue les vens thérapeutiques.

1° *Les topiques* de différentes natures sont, en général, ffisans quand ils ne sont pas nuisibles.

2° *Les astringens styptiques ou réfrigérans* employés par aciens. Abernethy fit disparaître par ce moyen une eur érectile de l'orbite, dans l'espace de quelques s. Rarement ils suffisent seuls.

3° *Compression.* Chacun connaît l'histoire rapportée par Boyer (Malad. chir.). Une mère ayant eu la constance de tenir sept ou huit heures par jour et pendant plusieurs mois le doigt sur une tumeur érectile de la lèvre supérieure de son enfant, eut le bonheur de la voir disparaître complètement. M. Roux cite un fait de ce genre, recueilli sur un enfant de sa famille ; mais il paraît que la guérison ne s'est pas maintenue. M. Ayés vit un enfant qui portait deux tumeurs de cette nature ; le malade étant resté couché pendant quelques mois pour le traitement d'une autre affection, une de ces tumeurs qui siégeait au dos disparut complètement. M. Velpeau constata une guérison de ce genre à la suite de la compression produite par la bretelle du malade.

Sans constituer une ressource sur laquelle il faille beaucoup compter, la compression a réussi un assez grand nombre de fois pour qu'il soit possible de l'essayer quand la situation et le volume de la tumeur le permettent. Elle convient peu si la tumeur est de nature veineuse ou mixte.

4° *Caustiques.* Très anciennement préconisés, puis proscrits par Sabatier, Boyer. M. Velpeau les avait également rejetés dans la première édition de sa Médecine opératoire (1832) ; néanmoins pratiqués par Wardrop, au moyen de la potasse caustique ; par d'autres chirurgiens anglais, au moyen de l'acide nitrique ; par Guthrie, avec le nitrate d'argent ; par Maunoir, avec le bouton de feu ; de nouveaux succès observés par Wardrop, et les faits indiqués par M. Tarral jeune (Archives générales de médecine, 2e série, tome VII), ont fait revenir M. Velpeau de son premier jugement. Il pose les règles suivantes pour leur application. La potasse caustique, le nitrate d'argent, la pâte de zinc, triomphent facilement des tumeurs aplaties superficielles ; on peut les employer indistinctement. Trois cautérisations avec le nitrate d'argent, suffirent pour débarrasser une jeune personne. Une autre fut également guérie par le même moyen. La pâte de zinc doit être préférée quand la tumeur occupe la peau dans une plus grande épaisseur. M. Velpeau emploie souvent la potasse. Ce caustique peut être appliqué de deux manières : 1° En disposant des grains de potasse çà et là sur la tumeur : c'est la cautérisation disséminée employée par Wardrop, décrite par M. Tarral ; 2° la cautérisation en nappe, plus parfaite que la première, et essayée de préférence.

Pour la produire, on humecte la tumeur, puis on la frotte avec le caustique ; une eschare superficielle se forme et on répète cette cautérisation le nombre de fois suffisant ; l'eschare est bientôt remplacée par une cicatrice qui blanchit peu à peu. En résumé, ce moyen est moins mauvais qu'on ne l'avait pensé, et peut être employé avec succès contre les tumeurs érectiles peu saillantes.

5° *Tatouage.* M. Pauli a proposé ce moyen, qui n'est vraiment praticable que sur des taches fort peu étendue.

6° *Vaccination.* On a aussi essayé ce procédé sur de jeunes enfans ; on pratique cinq ou six piqûres selon l'étendue de la tumeur ; l'inflammation que ces piqûres développent produit l'oblitération des petits vaisseaux. M. Velpeau guérit de la sorte une tumeur de la lèvre chez un enfant ; trois autres fois la guérison n'eut pas lieu. On peut tenter ce procédé dans quelques régions et sur des sujets craintifs ou délicats.

7° *Acupuncture.* Employée en 1834, par MM. Velpeau et Monod pour une tumeur qui occupait la région parotidienne et une partie de la face (ils placèrent douze aiguilles dans l'épaisseur de la tumeur ; on les laissa à demeure jusqu'au développement de l'inflammation) ce moyen renouvelé à plusieurs reprises débarrassa le malade.

8° *Séton simple ou multiple.* Ces moyens, ainsi que le précédent, agissent encore en déterminant l'inflammation et l'oblitération des vaisseaux de la tumeur ; il vaut mieux, lorsqu'on y a recours, employer les petits sétons multiples. Le principal inconvénient de cette méthode est de laisser souvent des points imparfaitement oblitérés ; elle est peu sûre et douloureuse.

9° *Broiement.* M. Marshall Hall le pratique avec une aiguille à cataracte ou bien un petit couteau en fer de lance. On divise ainsi les mailles du tissu anormal ; un épanchement sanguin lui succède, et l'on peut alors s'aider de la compression permanente. Cette méthode, après huit mois d'essais, échoua entre les mains de son inventeur.

10° *Injection.* M. Velpeau lui préfère l'injection, que les Anglais pratiquent avec l'acide nitrique ; il préférerait la teinture d'iode, employée pour obtenir l'oblitération de l'hydrocèle et des kystes séreux. On pourrait aussi combiner les deux dernières méthodes.

11° *Ligature.* On l'emploie de toutes les manières. Ainsi on étrangle circulairement le nævus au moyen d'une forte ligature. Ce procédé n'est pas seulement applicable aux tumeurs pédiculées ; M. Gensoul s'en sert encore avec succès toutes les fois que la base n'est pas d'une largeur démesurée, et que la peau qui les entoure est assez souple, assez mobile pour céder sans difficulté à l'action d'un lien : cette ligature n'est pas toujours applicable. White tire la tumeur à lui pour l'écarter des tissus voisins, et passe un double fil à travers la peau, derrière le fongus, qu'il étrangle ensuite, en rapprochant les extrémités de la ligature, pour les nouer, l'une au-dessus, l'autre au-dessous. On a encore passé deux ou quatre fils à la base pour l'étreindre partiellement. Tel est le cas des observations de Lawrence, Guthrie, etc. Enfin M. Keate, ainsi que Brodie et Lawrence, passent sous le nævus une épingle droite, s'il est petit, ou deux aiguilles en croix, s'il est plus large ou volumineux ; on étrangle ensuite les tissus en plaçant un lien circulaire suffisamment serré entre les aiguilles et la peau saine.

12° *Ligature des artères.* Il serait inutile de rappeler toutes les ligatures de troncs ou de branches artériels pratiquées dans ce but ; ce moyen n'est pas infaillible, bien qu'il ait quelquefois retardé la marche de la maladie, ou même procuré la guérison.

13° *Incision à la base de la tumeur.* On doit ce procédé à Physick. Au lieu de découvrir toutes les branches artérielles qui alimentent la tumeur, il incise la base, panse à plat et isole ainsi les tissus vivans des canaux qui leur fournissent des fluides. Lawrence guérit de cette façon une tumeur sanguine du pouce qui avait résisté à la ligature des artères du poignet. Il faut que l'incision soit faite sur les tissus sains, qu'elle comprenne toute l'épaisseur de la couche cellulaire, les artères, les veines. On lie les artérioles à mesure qu'on les divise, et pour empêcher la réunion immédiate on place de la charpie entre les lèvres de la plaie.

M. Mousset a dernièrement réussi, par ce moyen, sur une tumeur de la région temporale.

14° *Extirpation.* C'est sans contredit la ressource la plus efficace, mais on ne peut toujours y avoir recours ; nous n'en reproduirons pas les règles ; elle n'est pas exempte de danger ; parfois elle expose à des hémorrhagies graves, quand on ne lie pas soigneusement les artères à mesure qu'elles sont ouvertes. Enfin, on a été jusqu'à la pratiquer en plusieurs fois pour éviter les pertes de sang trop considérables. Cet essai réussit entre les mains de MM. Dorsey et Gibson.

C'est au praticien à choisir, selon les circonstances, celui de ces moyens qui doit avoir le plus de succès. Chez le malade que nous avons sous les yeux, M. Velpeau enleva, le 13 janvier, la plus grosse des deux tumeurs par excision ; un écoulement sanguin peu abondant se manifesta, et il ne fut pas nécessaire d'y placer de ligature. Pansement simple. La seconde tumeur, plus large à sa base, fut traversée le même jour par deux épingles placées en croix, et une ligature fut serrée entre les épingles et la peau.

La tumeur, aussitôt après sa séparation, devint flasque et pâle ; elle était bombée extérieurement, et formée dans son intérieur par un tissu dense, fibreux, comme cutané. Le lendemain matin il n'est pas possible d'y reconnaître la moindre trace de tissu vasculaire érectile. C'est, du reste, une particularité qu'il est important de ne pas oublier ; car, dans beaucoup de circonstances, cet oubli pourrait donner lieu à des méprises assez graves lorsqu'il s'agirait de déterminer la nature de ces altérations. Ici, cependant, la nature érectile des deux tumeurs ne peut être l'objet d'un doute ; en effet, le malade ne fut pas plutôt tranquille dans son lit, qu'un écoulement sanguin très abondant se manifesta : les réfrigérans, la compression furent inefficaces pour le réprimer. L'incision ayant été mise à découvert, on reconnut que le sang sortait en jet par plusieurs orifices vasculaires plus considérables que les autres, et seulement en nappe de quelques-uns plus petits.

La cautérisation fut alors pratiquée au moyen d'un fer rouge ; mais l'escharre, une fois produite, le sang continuait à s'épancher derrière elle et parvenait à la déchirer. On ne put définitivement s'en rendre maître qu'en cautérisant de nouveau et en étranglant en masse, au moyen d'une forte ligature, ce qu'on put saisir des parties qui fournissaient le sang.

Le lendemain le malade était dans des conditions très satisfaisantes, l'hémorragie n'avait pas reparu. Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat de cette double opération.

Luxation de l'épaule, soupçonnée par cause directe.

Le même jour est entré un jeune homme de vingt ans, qui avait fait une chute dans la rue, et qui présentait les signes d'une luxation de l'humérus. Ainsi, difficulté à opérer les mouvemens ordinaires du membre, abduction du coude plus considérable qu'à l'état normal, saillie de l'acromion, dépression sous acromiale, etc. Le membre malade ayant été mesuré de l'acromion à l'épicondyle de l'humérus, n'offre pas d'élongation : il y a même plutôt un peu de raccourcissement ; ce qui contredirait les idées émises par quelques chirurgiens qui veulent que ce dernier phénomène soit constant.

Nous n'insisterons pas sur les signes qui engagent M. Velpeau à se prononcer sur l'existence de la luxation sous-scapulaire, nous ne voulons qu'indiquer une circonstance particulière qu'a présentée cette lésion.

Le malade dit être tombé les mains placées dans ses poches, et que l'épaule seule a porté contre le sol ; et l'examen du membre ne nous apprend rien à ce sujet, car il n'y a ni ecchymoses, ni traces de lésion extérieure à l'épaule, au coude ou dans quelque point que ce soit du membre. Cependant, si les assertions du malade sont bien exactes, ce serait ici un cas *de luxation par cause directe* ; ce qui a été regardé comme impossible par beaucoup de chirurgiens. On sait que M. Richerand en publia une observation il y a quelques années, et qu'elle fut considérée comme insuffisante pour établir ce point d'étiologie ; depuis cette époque, fait observer M. Velpeau, lui-même en a observé deux exemples incontestables, dont l'un sur un malade du service de M. Bérard aîné.

De simples tractions horizontales ont suffi pour réduire cette luxation.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX ITALIENS.

Tétanos rhumatique. Mort. Autopsie; par M. Trois, médecin en chef de l'hôpital civil de Venise.

Un jeune homme âgé de vingt-quatre ans, robuste, se livrant habituellement à des excès de toute espèce, éprouva une hématurie abondante à la suite d'un long voyage à pied. Cet état dura trois jours, et se dissipa sans rien faire. Après cette époque, ayant un jour très chaud, et son corps étant couvert de sueur, il s'est baigné à la mer et a nagé pendant quelque temps. Etant dans l'eau, il a éprouvé tout à coup dans tout le corps des douleurs tellement vives, qu'il a dû se hâter d'en sortir. Ces douleurs ont augmenté pendant quatre jours; le malade est entré à l'hôpital au bout du quatrième.

A son entrée il offre l'état suivant: raideur tétanique de tout le corps, flexion forcée du tronc en arrière (opisthotonos), trismus très prononcé, surface du corps froide et couverte de sueur, pouls petit et précipité, langue un peu sèche et roussâtre, respiration très fréquente et laborieuse, constipation depuis quatre jours.

On pratiqua sur le champ une saignée de 750 grammes (une livre et demie), une autre pareille le soir; plusieurs vésicatoires cantharidés le long de la colonne vertébrale; un bain prolongé; un lavement émollient. Le lendemain on ajoute une forte infusion de digitale très chargée de nitre; deux vésicatoires aux cuisses. Le malade est mort dans les convulsions tétaniques, vingt-six heures après son entrée.

A l'autopsie on trouve le cerveau et le cervelet dans un état parfaitement normal. La moelle épinière et ses membranes sont généralement très enflammées; la partie dorsale de la moelle est considérablement ramollie. Le système musculaire est d'un rouge vif; la tunique moyenne de l'estomac est manifestement enflammée. Le foie est sain, mais exsangue. Le reste de l'organisme est normal.

(*Giornale di Pathologia stampato in Venezia*, juillet et août 1839.)

— On s'est formé des idées si extraordinaires sur la nature du tétanos, que l'on est encore à se demander quel est le traitement qui convient à cette maladie. Les uns conseillent d'enivrer les malades à force d'opium, les autres de les bourrer d'autres médicamens plus ou moins empiriques et en contradiction manifeste avec le bon sens et la philosophie thérapeutique. On a vu quelques malades guérir malgré ces médicamens, et l'on s'est parqué pour ainsi dire sur ces prétendus succès pour imposer une règle. Plus circonspects, quelques uns ont moins généralisé; ils se sont plu à établir une distinction essentielle entre le tétanos traumatique et le tétanos rhumatismal, et ils ont jugé ce dernier moins grave que le précédent. Cependant demandez-leur quelle est la condition pathologique de l'affection? On vous répondra: c'est une névrose, une névropathie, une affection nerveuse.

Comprenez-vous quelque chose à ces phrases? Comme si le système nerveux faisait exception dans l'organisme et que ses maladies pussent être de nature différente de celles de tous les autres tissus de l'économie!

Vous admettez une inflammation dans l'estomac ou les intestins alors que certains phénomènes se présentent; vous admettez la même maladie dans le foie, dans le péritoine, dans la plèvre, dans les méninges, dans la rétine, à la seule inspection de certaines lésions fonctionnelles, et pourtant, quand il s'agit de la même affection ayant son siége dans les centres de l'appareil nerveux, on renonce tout à coup à cette règle qui apprend que chaque organe malade exprime à sa façon sa souffrance, et que la même maladie offre des phénomènes différens selon la nature de l'organe attaqué. On se plait encore à admettre des maladies purement fonctionnelles, des maladies *sine materiâ*, uniquement parce que certaines autopsies n'ont montré aucune altération appréciable dans des tissus extrêmement fins comme l'arachnoïde.

On n'a pas réfléchi que la seule analyse philosophique des symptômes suffit, à la rigueur, pour la détermination de la condition pathologique, et que l'absence de lésion matérielle sur le cadavre de certains sujets n'infirme aucunement les conséquences qui découlent des faits de même espèce mais plus positifs. L'histoire du tétanos nous fournit la preuve des remarques qui précèdent. Dans plusieurs cas on n'a rien trouvé, dit-on, à l'autopsie. C'est qu'on s'attendait à trouver peut-être la séreuse rachidienne gonflée comme la conjonctive atteinte de chémosis, et la pulpe médullaire altérée comme un doigt attaqué de panaris. On a presque oublié que dans des tissus extrêmement délicats et dont les vaisseaux sont extrêmement fins comme les centres de la vie, de simples congestions peuvent donner lieu à des phénomènes formidables comme ceux du tétanos.

Un individu chez lequel on venait de faire de grands efforts pour réduire un humérus luxé, est mort apoplectique quelques heures après. A l'autopsie, à laquelle nous avons assisté, on n'a trouvé d'autre lésion qu'une congestion capillaire de la pulpe encéphalique.

D'ailleurs, en supposant que dans une foule d'autopsies bien faites on n'eût pas mis en évidence, comme dans le cas ci-dessus, la véritable condition en question, pourrait-on raisonnablement douter un instant de sa nature d'excitation, alors que les symptômes parlent clairement aux yeux observateurs? En conséquence, tant qu'aux mots névrose, névropathie, névralgie, irritation nerveuse, etc., on n'attache pas l'idée d'une condition matérielle franche, on ne fait que tourner dans un cercle d'idées illusoires, de distinctions fausses, et d'applications thérapeutiques absurdes. S'il est vrai, ainsi que cela résulte des faits les plus incontestables, que le tétanos n'est au fond qu'une méningite rachidienne ou une myélite spinale; s'il est vrai que cette condition est toujours la même, bien qu'à des degrés variables, dans le tétanos traumatique comme dans le tétanos rhumatismal, n'est-il pas anti-logique, pour ne rien dire de plus, de faire de ces deux variétés deux espèces diverses, et de proposer à leur égard des médications différentes et même opposées? Chose singulière, lorsqu'une inflammation aiguë se déclare à l'estomac, aux intestins, au péritoine, au poumon, on s'accorde sur le principe de traitement quelle que soit d'ailleurs la cause de la maladie traumatique, rhumatique, par écart des règles de l'hygiène, etc.

Cependant le même mal existe-t-il dans les centres nerveux; au lieu d'ouvrir largement la veine, on prescrit l'opium à haute dose: comme si l'opium avait jamais guéri une maladie inflammatoire aiguë; on oublie que l'opium excite et enivre comme l'eau-de-vie. On se jette dans les remèdes diaphorétiques pour le tétanos rhumatismal, comme si la diaphorèse critique pouvait jamais être excitée dans une maladie inflammatoire par un médicament quelconque, avant d'avoir combattu la condition pathologique. On a proposé l'amputation pour guérir le tétanos traumatique. C'est comme si on voulait amputer un membre mordu par un chien enragé, après le développement de la rage. Dupuytren, Petrunti, et plusieurs autres chirurgiens, ont suivi inutilement cette pratique; et ceux des malades amputés par M. Larrey, qui ont guéri du tétanos, doivent probablement leur guérison à la perte excessive de sang qui a suivi l'opération, ou bien leur tétanos n'était point mortel par lui-même.

Il résulte de ces remarques:

1° Que la condition pathologique du tétanos est toujours la même dans les deux espèces admises par les auteurs.

2° Que cette condition est incontestablement d'excitation, mais variable, quant au degré d'intensité, depuis l'injection vasculaire la moins durable jusqu'à la phlogose la mieux caractérisée, et même au ramollissement, comme dans le fait ci-dessus.

3° Que le traitement doit en être essentiellement dynamique, et dans aucun cas mécanique. Il est des maladies inflammatoires pour lesquelles les saignées sont souvent insuffisantes: le tétanos et la rage sont de ce nombre. Les remèdes asthénisans, dont l'action porte particulièrement sur la moelle épinière, sont, dans ces cas, d'un précieux secours, surtout si on les associe aux saignées coup sur coup.

Telle est cependant la force de la routine, qu'on regardait comme extravagant un praticien qui prescrirait, par exemple, dans ce but des remèdes mercuriaux et de la poudre de cantharide à dose toxique. On préfère prendre l'axiome de Celse à rebours: *Meliùs est* NULLUM, *quam anceps*; et pourtant beaucoup de gens se croient plus logiques que l'auteur du *similia similibus*!!

Cas remarquable de congestion encéphalo-rachidienne. Nécropsie; par M. Bellingieri, professeur à Turin.

Un jeune homme, âgé de seize ans, est entré le 27 octobre à l'hôpital de Saint-Maurice-et-Lazare, pour être traité d'un violent mal de tête dont il est atteint depuis huit jours. Le sujet est scrofuleux; des chapelets de glandes couvrent les parties latérales de son cou, et un goître assez volumineux remplit la partie moyenne de cette région. Son visage est pâle; le cou et la tête sont tirés en arrière et à droite; l'œil est naturel, le pouls légèrement fébrile et peu dur. Les réponses du malade sont régulières; il n'attribue à aucune cause particulière son indisposition. On prescrit: repos, diète, eau sucrée.

Le lendemain 28, le malade est dans un état d'assoupissement stupide; cependant il a des intervalles lucides, et se plaint de céphalalgie: visage pâle, œil peu rouge, pupille dilatée, tête tirée en arrière, un peu de trismus, tronc légèrement fléchi en arrière et convexe en avant, goître plus saillant que la veille, respiration difficile; langue un peu rouge sur les bords, muqueuse dans le milieu; ventre naturel et indolore à la pression, chaleur dermique naturelle, fièvre légère, pouls contracté.

On diagnostique une congestion de tout l'encéphale, surtout des hémisphères, vu l'état d'assoupissement et de stupidité, et intéressant aussi le cervelet, vu l'état d'opisthotonos. On prescrit une saignée de 500 grammes (une livre), et de l'huile de ricin, 30 grammes (une once). Le sang n'est point couenneux; l'huile n'a pu être avalée, attendu l'état de contraction des mâchoires.

Le 29, l'opisthotonos est plus prononcé; raideur légère aux avant-bras avec flexion; stupidité continue; réponses par monosyllabes; yeux et face *ut suprà*; trismus; fièvre légère. On répète la saignée deux fois dans la journée; lavement purgatif.

Le 30, décubitus dorsal, tronc très courbé en arrière, convexe en avant; tête sub-apoplectique; réponses tronquées; goître plus volumineux; visage pâle, œil injecté; pupilles dilatées; avant-bras fléchis spasmodiquement.

On diagnostique la propagation du mal à la moelle épinière surtout à l'origine des cordons nerveux postérieurs, vu l'état d'opisthotonos.

On prescrit une saignée de la jugulaire, qu'on ne peut pratiquer attendu l'état d'engorgement des glandes du cou. On la remplace par douze ventouses scarifiées à l'épine, lesquelles donnent 310 grammes de sang (10 onces).

Mieux; le malade reprend ses sens; l'opisthotonos est moins prononcé, le goître a diminué des deux tiers. On ordonne une prise de calomel et de jalap; une autre saignée pour le soir; des sinapismes aux mollets.

Le 31, recrudescence grave, assoupissement apoplectique, visage livide, contractions tétaniques, dyspnée, pouls fréquent. Mort dans la journée.

Autopsie. On ouvre d'abord le crâne et la gouttière rachidienne. Les méninges sont légèrement injectées, mais les sinus veineux latéraux du cerveau, et le sinus longitudinal de la moelle sont remplis de sang noir grumelé. La surface du cerveau et du cervelet est très injectée; cette injection est plus prononcée que celle des plus heureuses injections artificielles. La couleur des vaisseaux est noirâtre, ce qui confirme le diagnostic de la congestion veineuse. L'injection est plus abondante sur le cervelet. Les plexus choroïdiens sont fort gorgés de sang veineux. La masse cérébrale est très développée; le parenchyme du cerveau et du cervelet sont rouges. L'auteur donne les poids de la totalité et de chaque partie de l'encéphale.

La surface de la moelle épinière est très rouge et gorgée de sang. L'artère et la veine spinale moyenne sont pleines de sang. La surface postérieure de la moelle est plus rouge que l'antérieure; ses capillaires sont très développés. Les faces latérales du même organe, près de la sortie des nerfs, sont à l'état presque naturel.

La queue de cheval est elle-même fort injectée; chaque cordon qui en émane est rouge jusqu'à la sortie de l'arachnoïde.

Le reste de l'organisme a été examiné avec soin; il n'offre rien de remarquable. La glande thyroïde présente le double de volume qu'à l'état naturel.

(*Giornale delle Scienze mediche di Torino*, 1839.)

— Sous le point de vue pathologique et du diagnostic, cette observation offre un véritable intérêt. Elle laisse cependant le regret de l'impuissance de la thérapeutique employée.

Les seules saignées ont été insuffisantes; et, sous ce rapport, elle confirme pleinement ce que nous disions à propos du tétanos et de la rage, maladies de nature parfaitement analogues à celle dont il s'agit. Le même fait se vérifie toutes les fois qu'une vive congestion s'établit dans un organe essentiel et dont les vaisseaux sont de petit calibre. Il serait difficile d'expliquer autrement pourquoi, par exemple, une hépatite, une pneumonite, cèdent à merveille sous l'influence de la saignée, tandis qu'une rétinite, une myélite beaucoup moins intenses résistent avec une opiniâtreté désespérante. C'est que les bienfaits de la saignée sont en général plus sensibles pour les organes pourvus de gros vaisseaux; dans les vaisseaux capillaires des organes profonds, l'effet est moins manifeste, et malheureusement la gravité du mal est souvent plus grave dans le dernier cas que dans le premier. J'en tire cette conséquence que, dans cette occurrence, l'union des remèdes asthénisans-spinaux aux évacuations sanguines devient une nécessité sous peine de voir périr les malades. Notons, en attendant, dans le fait de M. Bellingieri une véritable apoplexie cérébro-spinale par simple congestion veineuse et sans aucun épanchement. La science ne manque pas d'exemples analogues.

Amputation à lambeaux de l'avant-bras dans l'article; par M. Rizzoli, chirurgien en chef de l'hôpital de Bologne.

Louis Ballandi, âgé de trente ans, paysan, robuste, tombe sous une roue, et se fracture l'avant-bras en un très grand nombre de fragmens et dans presque tous les points de sa longueur. Des plaies larges et déchirées compliquent cet état. Il a été de suite transporté à l'hôpital. On lui pratique une saignée, en attendant que M. Rizzoli arrive. Une consultation a lieu; on juge l'amputation indispensable; M. Rizzoli la pratique immédiatement. Il avait été question d'amputer le bras au-dessus des condyles; le chirurgien cependant, ayant trouvé à la partie antérieure-supérieure de l'avant-bras assez de parties molles en bon état pour en faire un lambeau, a préféré s'en servir et couper le membre dans l'articulation du coude, ce qui lui a paru moins grave que le projet précédent. Il a opéré de la manière suivante:

L'avant-bras et le bras sont étendus et fixés en supination par des aides, de manière que l'humérus fasse un angle droit avec le tronc. Un aide comprime la brachiale au milieu du bras. L'opérateur, placé en dehors, pince avec tous les doigts de sa main gauche les tissus charnus de la partie antérieure-supérieure de l'avant-bras et les soulève; de la main droite il enfonce à plat et horizontalement la pointe d'un long couteau à double tranchant au niveau du pli du coude, précisément sur le bord externe du radius, et la fait sortir au point opposé, en rasant la surface des os. Il promène alors le tranchant de haut en bas, et d'un seul trait coupe un lambeau demi-circulaire, de quatre pouces de long. Ce lambeau est renversé de bas en haut sur le bras, et fixé ainsi par la main gauche de l'opérateur qui l'embrasse en même temps que les condyles de l'humérus. Le chirurgien porte alors le couteau sur le bord cubital interne, au niveau de la base du lambeau et de l'articulation, en passant par-dessous le membre, et fait une incision comme dans une amputation circulaire; cette incision divise les tissus de la partie interne, de la partie inférieure et de la partie externe du coude. Il porte alors le tranchant dans l'articulation radio-humérale, et successivement dans celle du cubitus avec l'humérus. Tous les ligamens ont été divisés en un instant, et l'avant-bras enlevé sans aucun usage de la scie.

Restait alors l'hémostasie permanente, que l'opérateur

a pratiquée en liant la brachiale et en tordant les vaisseaux secondaires. Le lambeau a été abaissé, appliqué exactement sur la plaie et fixé avec quelques points de suture. Un bandage léger a complété l'œuvre de M. Rizzoli. Dans le courant de la soirée, le pouls paraissant s'élever, on a pratiqué une saignée vers minuit. Le malade s'est endormi après et a passé une assez bonne nuit. Le sang était couenneux. Le lendemain on répète la saignée deux fois, le sang est couenneux ; fièvre légère.

Le troisième jour le malade se plaint de douleurs dans le bras ; on ôte l'appareil ; le bras est gonflé ; on coupe quelques points de la suture. La suppuration commence. Des bouillons ont été accordés dès le lendemain de l'opération. Les jours suivans une suppuration de bonne nature s'est établie, qui a considérablement diminué à compter du dix-septième jour. La cicatrice a été complète vers le soixantième jour. A cette époque le malade est sorti guéri. Quelque temps après, il s'est fait revoir, jouissant d'une parfaite santé. (*Bullettino delle Scienze mediche di Bologna*, octobre, 1839.)

— Dans son excellent Mémoire sur les amputations dans les articles, Brasdor avait établi en principe que « le danger de l'amputation est en raison de la quantité retranchée, de la surface de la plaie, de la nature des parties coupées, et des accidens qui peuvent suivre l'opération. » L'académie de chirurgie sanctionna ce principe (Mém. de l'Acad. de chir., t. III, p. 461, édit. de l'Encyclop. des sciences méd. 1839), et tous les chirurgiens l'ont reconnu incontestable. Il s'en suivait naturellement que l'amputation dans l'articulation du coude devait être préférée à celle du bras, comme moins grave sous tous les rapports ; c'était effectivement l'opinion de Brasdor.

On est étonné cependant de voir Boyer, ce fidèle et judicieux admirateur de tous les préceptes de l'Académie de chirurgie, écrire sur la désarticulation de l'avant-bras les lignes suivantes :

« L'amputation de l'avant-bras dans la jointure du coude ne devant jamais être préférée à celle du bras lorsque les parties molles qui recouvrent cette articulation sont saines, nous croyons pouvoir nous dispenser de rapporter ici les différens procédés imaginés pour cette opération, d'après la structure des parties et d'après les expériences faites sur les cadavres. » (Malad. chirur., tome XI, p. 203.)

Quelques années avant, ou même pendant que Boyer proscrivait, sans en donner la raison, l'amputation dans l'article du coude, un praticien non moins recommandable, Sabatier, la recommandait hautement ; et un autre, qui forma plus tard la gloire de la chirurgie, enseignait pratiquement la même opération dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu.

Après avoir rappelé que Paré avait pratiqué une fois cette opération et le procédé décrit par Brasdor, Sabatier fait connaître la méthode du jeune Dupuytren, qui l'avait lui-même empruntée à Vacquier. C'est absolument la méthode qu'a suivie M. Rizzoli dans le fait ci-dessus, avec cette différence que Dupuytren sciait quelquefois l'olécrâne pour prévenir la rétraction du muscle triceps. « L'avant-bras étant au tiers fléchi, un couteau droit à double tranchant est enfoncé transversalement au-devant de l'articulation, de l'une à l'autre des tubérosités de l'humérus, et sert à tailler un lambeau avec les chairs de la partie antérieure de l'avant-bras. Ce lambeau étant relevé, la capsule articulaire ainsi que les ligamens latéraux sont coupés d'un second coup, et l'on termine l'opération soit en sciant l'olécrâne, soit en coupant le tendon qui s'y attache. » Note de MM. Sanson et Bégin à la *Méd. opér.* de Sabatier, t. IV, p. 526.)

Dans les leçons orales de Dupuytren, on trouve les remarques suivantes au sujet de la désarticulation de l'avant-bras : « Cette opération a été pratiquée dix à douze fois par M. Dupuytren, et elle a été suivie d'un plein succès. Elle présente l'avantage, toujours très grand, de conserver plus de longueur au membre, et alors on gagne beaucoup à couper l'olécrâne avec la scie, parce que, fixée à la cicatrice, cette apophyse continue à fournir une attache solide au muscle triceps brachial. M. Dupuytren ne néglige de recourir à cette manière d'amputer que quand il reste trop peu de parties molles saines pour former un lambeau antérieur qui puisse couvrir les condyles de l'humérus. Dans ce cas, il exécute le procédé circulaire de la manière suivante :

« L'avant-bras doit être à demi fléchi, et le chirurgien placé au côté externe du membre. Une première incision est faite à trois travers de doigt au-dessous des condyles de l'humérus, et comprend les tégumens ainsi que l'aponévrose. Ces parties sont aussitôt relevées par un aide, et d'un second coup le chirurgien divise au niveau de leurs bords les fibres musculaires jusqu'aux os. En remontant un peu le long de ceux-ci, et en détachant les parties molles de leur surface, on arrive à la jointure, qui doit être ouverte par la section de ses ligamens latéraux et de la partie antérieure de la capsule. Le couteau pénètre alors sans difficulté entre les os, et l'opération est achevée, comme dans le cas précédent, par la section de l'olécrâne, que la scie divise aisément. » (T. II, p. 244, 2e édit.)

Ainsi, des deux méthodes qu'on connaît pour amputer l'avant-bras dans l'article, celle à lambeau et la circulaire, cette dernière appartient plus particulièrement à Dupuytren, et c'est probablement par inadvertance qu'en la reproduisant M. Velpeau n'a cité aucun auteur. (Méd. opér., t. II, p. 442, 2e édit.) R...

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Jobert.

Hydrocèle chronique de la tunique ; emploi d'un nouveau procédé opératoire.

Première observation. Pierre Painchaux, âgé de cinquante-deux ans, journalier, est entré le 19 août dernier, portant une hydrocèle énorme de la tunique, datant du mois de février 1837 : il n'accusait aucune cause à laquelle on pût attribuer l'origine de la maladie. S'il faut l'en croire, dans la nuit du 4 au 5 mars 1838, la tumeur disparut entièrement, sans qu'il s'en suivit le moindre gonflement soit des bourses, soit de la verge, soit du cordon ; gonflement œdémateux qui serait résulté de l'épanchement de la sérosité dans ces parties consécutivement à la déchirure ou à l'éraillement de la tunique vaginale : d'ailleurs, Painchaux n'avait ni fait un effort, ni reçu un coup sur la tumeur, que l'on pût invoquer comme cause de l'une ou de l'autre de ces altérations de la tunique.

Quoiqu'il en soit, cette guérison spontanée, loin d'être permanente, ne tarda pas à être suivie de la réapparition de la tumeur qui se reforma graduellement ; elle offrait un volume énorme et tous les caractères de l'hydrocèle, le 20 du mois d'août, jour où Painchaux fut soumis à l'opération, laquelle fut pratiquée de la manière suivante :

Une ponction fut faite avec un bistouri droit, à la partie antérieure de la base de la tumeur ; l'instrument tranchant ayant été enfoncé jusqu'au sommet de la tumeur, l'opérateur lui fit exécuter un quart de cercle sur son axe, de manière à présenter le tranchant au feuillet de la tunique vaginale représentant la paroi antérieure du kyste, que le chirurgien incisa dans toute sa longueur en retirant le bistouri de l'intérieur de la tumeur. On favorisa l'issue de la sérosité à l'aide de pressions ménagées.

L'incision de la tunique avait éprouvé quelque résistance ; la séreuse avait crié sous le bistouri, comme on le dit, et l'on conçut des craintes sur sa dégénérescence cartilagineuse. L'opération fut suivie de la formation d'une hématocèle de la tunique, qui se résorba promptement ; mais, malgré toutes les précautions prises pour empêcher l'entrée de l'air dans l'intérieur de la séreuse testiculaire, une inflammation très intense se manifesta, et l'on fut obligé d'inciser les bourses dans le sens de leur longueur. L'on put constater alors que la tunique vaginale avait éprouvé un commencement de dégénérescence cartilagineuse, qui apporta de la lenteur dans le développement des bourgeons charnus. Malgré cette circonstance défavorable, la cavité de la tunique ne tarda pas à se former, et la cicatrisation complète à s'effectuer, sans que le testicule eut présenté le moindre signe d'atrophie.

Deuxième observation. *Hydrocèle opérée par incision.*

Bansard (Jean-Baptiste), âgé de quarante-six ans, cocher, est entré le 5 octobre dernier au n° 27 de la salle St-Augustin, portant depuis vingt-quatre ans une hydrocèle de la tunique. La tumeur s'était formée à la suite d'un coup de plat de main reçu sur les bourses. Elle n'avait été le siége d'aucune douleur en aucun temps, excepté pendant les deux dernières années, où, sous l'influence des efforts de la toux, elle se compliqua de hernie inguinale.

Le 9 octobre, Bansard fut opéré par l'incision de dehors en dedans, avec le bistouri convexe ; les bourses furent divisées dans toute leur longueur. La plaie, remplie de charpie et pansée tous les jours, ne tarda pas à devenir le siége d'une inflammation suppurative, promptement suivie de l'adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale. La cicatrisation était presque achevée le 24 octobre, et le testicule n'était aucunement atrophié.

— Ces deux observations nous paraissent intéressantes à plusieurs égards. Dans la première, nous y trouvons d'abord le germe d'un nouveau procédé opératoire, sur l'efficacité duquel l'expérience seule pourra désormais prononcer, mais qui nous paraît pouvoir rencontrer ses cas d'application. Ne serait-il pas permis, par exemple, d'espérer de ce procédé opératoire les mêmes résultats que l'on obtient par l'incision, et cela à moins de frais ? S'il en était ainsi, et l'incision devant d'ailleurs rester dans la science, malgré les bienfaits des injections, dont elle supplée parfois l'insuffisance, il n'est point douteux que le procédé employé par M. Jobert ne dût être préféré, si des succès ultérieurs venaient à en sanctionner l'utilité.

Un autre point intéressant dans l'histoire de Painchaux, c'est la disparition spontanée de la tumeur survenue sans effort ni violence extérieure dans la nuit du 4 au 5 mars 1838, et non suivie, au dire du malade, d'un gonflement des parties environnantes, qui eût pu résulter de l'infiltration de la sérosité dans les lames du tissu cellulaire, consécutivement à l'éraillement ou à la déchirure de la tunique vaginale.

Ce n'est pas, au reste, le seul fait de ce genre que la science possède ; toutefois, ils doivent être fort rares puisque M. Velpeau dit n'en avoir observé qu'un seul exemple. Au demeurant, en acceptant le fait comme véridique, il resterait encore à expliquer comment la guérison d'une hydrocèle, existant déjà depuis plus de treize mois, aurait pu s'effectuer spontanément du jour au lendemain ; la nature emploierait-elle pour cela un mécanisme et une voie qui nous seraient inconnus ? Cela ne peut être admis d'après les simples récits de malades qui, involontairement et par ignorance, peuvent avoir altéré les faits.

La disparition prompte de l'hydrocèle serait facile à expliquer, s'il était permis de la considérer comme congénitale, si on a égard surtout à ce qu'elle s'est effectuée pendant le repos au lit, c'est-à-dire dans une position propre à favoriser le passage de la sérosité de la cavité de la séreuse testiculaire dans la séreuse abdominale ; mais il faudrait se demander alors pourquoi ce phénomène ne se serait pas produit avant, et reproduit plus tard.

En définitive, il est encore plus probable que c'est à la déchirure ou à l'éraillement de la tunique testiculaire qu'a été due la guérison spontanée de l'hydrocèle, et que l'œdème peu prononcé de quelque partie environnante a pu échapper à l'attention du malade, préoccupé avant tout de la disparition de sa tumeur.

Chez le malade de la deuxième observation, l'hydrocèle se compliquait de hernie. On s'est demandé si en pareil cas il était permis de tenter la cure radicale de l'hydrocèle. M. Lisfranc, après avoir réussi bon nombre de fois au moyen des injections vineuses de roses de Provin, a échoué dans un cas ; le malade est mort de péritonite. Cette issue a plus tard eu lieu dans un cas où il avait substitué l'incision à l'injection qui, dit-on, expose moins à la péritonite. Ce chirurgien a depuis lors renoncé à la cure radicale de l'hydrocèle de la tunique se compliquant de hernie, et enseigne dans ses leçons cliniques qu'il faut, en pareil cas, s'en tenir à la cure palliative qui, quelquefois, suffit pour guérir radicalement l'hydropisie, et qui n'expose jamais à la péritonite et à ses funestes suites. Le malade de M. Jobert n'a éprouvé aucun accident.

Nous ferons remarquer, enfin, que ni dans l'un ni dans l'autre cas le testicule n'a subi la moindre altération consécutivement à l'opération, et qu'on n'a pas eu un seul instant à craindre son atrophie. K...

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies ; par M. Malgaigne.

(Fin de la cinquième leçon.)

Ajoutez que toutes les hernies vaginales, mais celle-ci plus spécialement, sont sujettes à s'étrangler au moment même de leur apparition ; ce qui n'a jamais lieu, que je sache, pour les hernies inguinales accidentelles ; et l'étranglement est d'autant plus à craindre que la hernie se fait à une époque plus éloignée de la naissance. Les considérations que j'ai exposées sur le rétrécissement du canal séreux de communication rendent parfaitement raison du fait ; et on aurait pu en quelque sorte l'annoncer à l'avance. Mais ce qui est bien mieux, il a été directement constaté : un jeune homme, en soulevant un tonneau de sucre, se fit une hernie ; étranglement immédiat. Sir. A. Cooper fit l'opération et trouva les intestins dans la tunique vaginale. Ou bien si l'étranglement ne s'est pas fait à l'instant, il reste toujours fort à craindre : le chirurgien que je viens de citer a été contraint d'opérer une hernie congéniale étranglée sept semaines après son apparition.

La *hernie vaginale funiculaire* se reconnaît d'abord à ce que, sous l'influence de l'effort, les intestins sont arrivés tout d'un coup jusqu'au lieu de l'oblitération ; mais si l'oblitération siégeait fort haut, ce signe serait de peu de valeur. Toutefois la jeunesse des sujets permet jusqu'à un certain point de présumer son existence. On comprend d'ailleurs que si l'on manque de commémoratifs, il y aura toujours impossibilité absolue de reconnaître à l'extérieur cette variété de hernie de la hernie accidentelle, lorsque l'une ou l'autre ne sera pas porté au plus haut degré ; mais quand elles sont descendues aussi bas qu'elles peuvent descendre, la hernie accidentelle laisse toujours le testicule au-dessous d'elle ; la vaginale funiculaire glisse entre cet organe et sa tunique séreuse, et descend ainsi jusqu'au tiers supérieur, à la moitié, et j'ai vu même une hernie descendre jusqu'au niveau du tiers inférieur du testicule, tandis que la hernie vaginale testiculaire descend toujours plus bas. Cette différence de hauteur est donc un caractère extrêmement important et qui permet, dans le cas d'une opération, d'annoncer à l'avance que l'on tombera sur la tunique vaginale avant d'atteindre le sac herniaire.

La hernie vaginale testiculaire, lorsque le testicule est arrêté à l'anneau, est facile à reconnaître parce que le canal inguinal fait saillie à chaque effort, et quelquefois même, quand l'anneau n'est pas bouché absolument par le testicule, on sent une petite pointe d'intestin qui se glisse au-dehors. Si le testicule est hors du canal, la hernie se précipite devant lui et le cache. Le premier cas n'a rien d'embarrassant ; il faut laisser aller les choses tant que le malade n'est pas trop incommodé par sa hernie ; si elle cause des accidens, on applique sur toute la tumeur un bandage à pelote concave qui soutienne la paroi abdominale sans empêcher le testicule de franchir l'anneau. Il y a eu des erreurs de diagnostic commises, faute de regarder si le testicule était dans le scrotum ; on a cru avoir affaire à une hernie et on a appliqué des bandages ordinaires. Vous pouvez deviner ce qui doit résulter d'une compression aussi forte sur le testicule ; ou bien il s'aplatit et s'atrophie, ou il s'irrite et passe à la longue aux dégénérescences les plus fâcheuses ; Morand et Lassus ont eu à enlever des testicules ainsi retenus à l'anneau et qui étaient devenus cancéreux.

Le deuxième cas est plus embarrassant, et même dans notre siècle, des chirurgiens habiles se trouvant en présence du testicule brusquement sorti de l'anneau externe à la suite d'un effort, se sont crus obligés à le faire rentrer avec la hernie qui le suivait. Il serait difficile de justifier une pareille pratique ; mais elle peut servir à vous montrer la difficulté de prendre un parti. Si vous ne mettez pas de

bandage, le hernie sort; si vous en appliquez un, vous écrasez le testicule contre le pubis. J'aurai soin, quand nous aborderons la question pratique, de revenir sur ce sujet important avec tous les détails convenables.

Reste enfin la hernie vaginale funiculaire, le testicule étant à l'anneau externe ou en étant déjà sorti. Vous la reconnaîtrez à l'espace qui reste entre elle et le testicule, espace plus ou moins considérable, comme dans l'autre variété du même nom. Mais il y a ici un phénomène tout-à-fait spécial, et qui offre une des plus grandes difficultés de pratique pour l'opération du bandage. Assez souvent, en effet, le testicule sort de l'anneau et descend même assez bas; mais dans certains mouvemens et surtout dans les efforts, il remonte et va heurter contre l'anneau externe et rentre même dans le canal. La difficulté n'est pas moindre que dans le cas précédent, et, pour le dire ici par avance, je n'ai trouvé pour y parer que l'application d'un bandage avec une pelotte en caoutchouc remplie d'eau: appareil beaucoup trop vanté dans l'origine, beaucoup trop déprécié depuis, qui ne saurait être accepté comme méthode ordinaire, mais qui est excellent dans certains cas exceptionnels.

Académie de Médecine. — Séance du 14 janvier.

La correspondance offre une pièce officielle. C'est une lettre ministérielle accompagnée d'un rapport qui avait été fait à l'autorité par une commission nommée par le ministre, dans le but d'examiner les conditions suivant lesquelles la morve se développe dans les écuries militaires, et de proposer des mesures propres à prévenir le développement de ce fléau. Les mesures proposées par la commission ministérielle sont purement hygiéniques, et consistent à mieux aérer les étables et à espacer largement les chevaux. C'est ce rapport que le ministre soumet au jugement de l'Académie. (Le Bureau l'adresse à la section de médecine vétérinaire.)

— *M. le Président* annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de l'un de ses membres, M. Marc. Une commission assez nombreuse a été nommée pour accompagner le convoi. M. Pariset portera la parole au nom de l'Académie.

— *M. Girardin* lit au nom de M. Larrey un rapport sur une relation de M. Roux, chirurgien militaire, concernant les blessés qu'il a eu l'occasion de soigner. (Remercîmens.)

— *M. Duprez* lit un mémoire intitulé: Recherches expérimentales sur les fonctions de la moelle épinière chez les grenouilles. (Commissaires: MM. Bouillaud, Adelon, Gerdy.)

— *M. ...* lit une notice sur l'entérite pseudo-membraneuse chez les animaux domestiques, en particulier dans la race bovine. Ce mal attaque de préférence les jeunes animaux, et se fixe aux gros intestins et aux intestins grêles. Les caractères physiologiques sont les mêmes que ceux de l'entérite ordinaire; mais à l'autopsie on trouve les intestins remplis de fausses membranes canaliculaires comme des boyaux, et, en outre, les follicules fortement hypertrophiés et phlogosés. Abandonné à lui-même, le mal se termine souvent par la mort. Les saignées cependant et les lavemens émolliens en triomphent généralement, et les animaux guérissent en expulsant les fausses membranes par l'anus sous forme de canaux creux, analogues aux boyaux, de la longueur d'un mètre environ. Cette expulsion n'a lieu que par de fortes épreintes douloureuses et difficiles, et aussitôt après l'animal entre en convalescence. Si des symptômes de putridité se manifestent, les lavemens de teinture de quinquina et d'acide sulfurique produisent d'excellens effets.

L'auteur fait un parallèle entre ces fausses membranes et celles qu'on observe dans le croup, et il y trouve une ressemblance parfaite. Les ayant fait analyser par M. Lassaigne, ce dernier les a trouvées composées de matière fibro-albumineuse, de mucus et de quelques sels. (Commission.)

— *M. Ségalas* fait un rapport favorable sur un cas de lithotripsie urétrale, pratiquée par M. Levret (de Lyon) sur un enfant âgé de six ans. Avant de broyer le calcul, le chirurgien a commencé par ponctionner la vessie du côté du rectum. Les suites ont été heureuses. (Remercîmens.)

— *M. Gerdy* fait connaître à cette occasion les heureux résultats qu'il a obtenus de la ponction vésicale par le pubis, chez les trois ou quatre malades sur lesquels il l'a pratiquée. Il regarde cette opération comme tout-à-fait innocente.

— *M. Blandin* présente un malade auquel il a pratiqué avec succès la palpébro-plastie inférieure, par suite d'une brèche causée par une affection cancéreuse. Le bord tarsien de la paupière avait été heureusement ménagé.

Du Danger des Rigueurs corporelles dans le traitement de la folie;

Par le docteur Blanche, de Montmartre, médecin des hôpitaux de Paris. — Brochure in-8°; prix, 2 fr. 50 c. — Chez Gardembas, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 10.

Cette Brochure est une réfutation du mémoire dans lequel M. Leuret, l'un des médecins suppléans de Bicêtre, a voulu faire ressortir les effets de l'intimidation sur certains aliénés, particulièrement sur les monomaniaques, et a proposé la douche comme le moyen le plus sûr de l'exercer. M. Blanche démontre par des raisonnemens serrés et des faits concluans:

1° Que l'intimidation ayant été recommandée par tous les médecins qui ont écrit sur la folie, comme une ressource accessoire très souvent utile dans le traitement de cette maladie, M. Leuret avait tort de l'appeler une méthode nouvelle et de s'en attribuer le mérite;

2° Que telle qu'il l'exerce, elle peut avoir les suites les plus défavorables, et qu'elle a particulièrement été plus nuisible qu'utile aux malades soumis à sa dure épreuve.

Nous partageons très volontiers l'opinion de M. Blanche, qui était celle de Pinel, qui est celle de tous les médecins de notre époque, et nous ne sommes point étonné que l'Académie, sur la proposition de MM. Esquirol et Pariset, ait formellement déclaré *ne point hésiter à se prononcer en faveur de ses vues thérapeutiques.* Son mémoire, que voudront lire toutes les personnes qui ont eu connaissance de celui de M. Leuret, prouvera aux médecins que la science n'en est pas réduite, pour le traitement de la folie, à revenir à des méthodes qui rappellent trop les temps d'ignorance et de barbarie, et rassurera les familles qu'auraient alarmées la proposition de moyens douloureux et humilians pour l'emploi desquels l'insuffisance bien reconnue du personnel médical des hôpitaux consacrés aux aliénés, ne serait encore qu'une excuse insuffisante.

G...

La *Némésis Médicale* est complète, les trois dernières satires viennent d'être publiées en même temps; les sujets en sont: *Le Conseil royal de l'Instruction publique*; — *l'Institut*; *Les Lazarets et les Quarantaines*;

Et enfin *les Adieux.*

La réimpression des satires qui étaient épuisées permet de livrer l'ouvrage entier aux personnes qui en feront la demande.

Erratum. — Lettre de M. Lisfranc, page 23, 3e colonne, ligne 30e, *au lieu de* j'incisai 3 pouces 1/2 de l'intestin, *lisez* j'excisai.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 18 JANVIER 1840. (15e ANNÉE.) N° 8, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

DES AFFECTIONS CATARRHALES RÉGNANTES.

Les médecins qui observent dans les hôpitaux, ou qui sont appelés auprès des malades de la ville, ont dû être frappés de la fréquence et de la forme des affections catarrhales qui ont régné dans les deux derniers mois qui viennent de s'écouler. Pendant ce temps la constitution atmosphérique a été chaude et humide, et a présenté toutes les conditions qui président d'ordinaire au développement des affections dites catarrhales. Le nombre des bronchites a augmenté dans une proportion très remarquable, et elles ont offert des symptômes et une marche qu'il importe de noter.

En général, elles débutaient par les signes habituels du catarrhe; mais dès le principe la phlegmasie s'étendait à toute la muqueuse des voies respiratoires, et on avait tous les symptômes de la bronchite, des grosses et des petites bronches. En raison même de cette étendue considérable, et surtout parce que la phlegmasie envahissait d'emblée les petites bronches, on voyait survenir des phénomènes morbides assez graves : gêne très grande de la respiration, accélération des mouvemens respiratoires (30 à 40 par minute), toux fréquente, expectoration de crachats purement muqueux constitués par un liquide transparent, recouvert d'une mousse blanche écumeuse, et offrant long-temps ces caractères; douleur quelquefois circonscrite, plus souvent obtuse, et occupant le sternum ou toute la partie antérieure de la poitrine; sonoréité normale; tous les râles de la bronchite des grands et des petits vaisseaux aériens; râles sibilant, ronflant, gargouillement; râles très fins sous-crépitans ou crépitans; le pouls éprouve une accélération très notable, et cette fréquence est beaucoup plus prononcée qu'elle ne l'est d'ordinaire dans les affections catarrhales, ce qui s'explique du reste par l'étendue de celles dont nous parlons.

Souvent ces bronchites générales se compliquaient de pneumonie, ou plutôt cette dernière phlegmasie n'était en quelque sorte que l'extension de la première. On sait que la bronchite capillaire est une cause fréquente de la pneumonie que l'on désigne sous le nom de lobulaire, et que l'on voit paraître assez fréquemment dans le cours des exanthèmes de la peau, tels que la rougeole, la scarlatine, et dans plusieurs affections des voies respiratoires, comme le croup, la coqueluche. C'est un fait bien digne d'attention que cette étroite connexité pathologique établie entre la phlegmasie des petits rameaux bronchiques et la phlegmasie partielle des lobules pulmonaires. Il nous a également frappé dans les bronchites générales que nous avons observées dans les deux derniers mois. Nous avons vu, en effet, comme dans le cours de la coqueluche, de la rougeole et des autres maladies qui passent généralement pour favoriser les pneumonies lobulaires, ces inflammations circonscrites se produire sous l'influence de la bronchite générale. Nous avons eu occasion de nous convaincre que ce n'est pas toujours dans les points où les petites bronches sont enflammées, ou du moins dans les endroits où elles le sont le plus, que résident les noyaux d'induration pulmonaire qui attestent l'existence de la pneumonie. Ce n'est pas non plus dans les seuls cas où la bronchite est pour ainsi dire le plus capillaire, mais aussi dans ceux où la phlegmasie paraît occuper plutôt les grosses bronches. Du reste, cette remarque a été faite par plusieurs auteurs qui ont écrit sur les pneumonies lobulaires qui surviennent dans le cours du croup, de la grippe et de la coqueluche.

— Les pneumonies disséminées que nous avons rencontrées occupaient tantôt deux ou trois points séparés du même poumon, tantôt étaient réunies vers le même point; entre les noyaux indurés, le parenchyme pulmonaire était parfaitement sain.

Les indurations partielles avaient quelquefois le volume d'une grosse noix; dans d'autres cas elles égalaient en grosseur une amande ou un gros pois, de telle sorte qu'elles auraient facilement échappé si l'attention n'eût été dirigée vers une semblable recherche. Ces pneumonies, du reste, ne diffèrent pas de celles dont on retrouve la description dans les mémoires publiés sur la pneumonie des lobules; tantôt le parenchyme pulmonaire était hépatisé en rouge, tantôt l'induration grise était des plus manifestes. Nous avons vu quelquefois réunis dans les mêmes points ces deux degrés de la pneumonie; le noyau central était formé par une induration grise, bien circonscrite qui pouvait avoir le volume d'un gros pois ou d'une noisette; une seconde couche de parenchyme pulmonaire friable, et offrant tous les caractères de l'induration grise, lui constituait en quelque sorte une enveloppe de deux à quatre lignes d'épaisseur. Au-delà de l'hépatisation rouge, le parenchyme pulmonaire reprenait brusquement sa texture physiologique, ou bien était le siége de l'engouement inflammatoire. On avait donc réuni dans une très petite portion du parenchyme pulmonaire les trois degrés de la pneumonie et les lésions anatomiques qui y correspondent. Il n'en était pas de même dans tous les cas, et alors on observait ici l'hépatisation grise dans tout le noyau induré, là l'hépatisation rouge ou l'engouement. Nous avons aussi trouvé chez un sujet l'altération que l'on a décrite quelquefois sous le nom d'œdème du poumon, et qui n'est autre chose qu'un engouement séreux ou muqueux des petites bronches.

Il est peu rationnel de nommer ainsi l'épanchement ou plutôt la sécrétion d'une grande quantité de liquide soit séreux, soit muqueux, dans les derniers ramuscules des bronches. Souvent, il est vrai, le liquide pénètre dans les vésicules pulmonaires, mais ce n'est pas encore là l'œdème pulmonaire. Le liquide ne possède pas les caractères du mucus et ressemble plutôt à un liquide purement aqueux; quelquefois il est un peu filant et fortement aéré.

Les catarrhes dont nous nous occupons sont d'autant plus dangereux que, d'un instant à l'autre ils se compliquent de pneumonies lobulaires sans que les symptômes révèlent toujours d'une manière bien tranchée le développement de la nouvelle maladie. En effet, la percussion ne fournit aucun renseignement et l'auscultation ne détruit pas non plus tous les doutes que l'on peut avoir sur la nature et le siége de l'affection. On entend dans les bronchites générales et capillaires, indépendamment des râles propres à cette maladie, un râle crépitant qu'il n'est pas possible de distinguer de celui qui appartient à la pneumonie commençante. Même finesse, même égalité des bulles qui sont aussi très nombreuses et tout-à-fait semblables pour le timbre, lorsque elles se rompent, à celles de la crépitation légitime. Quelquefois, il est vrai, il y a dans le volume de ces bulles quelque chose de différent qui a porté les auteurs à désigner ces râles sous le nom de râles sous-crépitans. Mais ceux qui ont eu occasion d'observer un grand nombre d'affections de poitrine savent très bien qu'il est impossible, même à ceux qui ont proposé cette distinction, de reconnaître un râle crépitant qui tient à une bronchite capillaire et de le distinguer de celui de la pneumonie, lorsqu'il est fin, égal, superficiel et borné à un espace assez limité, circonstances qui ne sont pas rares dans les cas de simple bronchite. Il était quelquefois d'autant plus difficile de déterminer s'il existait une pneumonie dans les bronchites qui nous occupent, que les autres symptômes sont communs aux deux maladies, à l'exception toutefois des crachats rouillés qui font souvent défaut dans les pneumonies lobulaires.

Dans les bronchites générales, parfois, comme dans les pneumonies, on observe une dyspnée très grande, une forte accélération du pouls, la toux fréquente et dans quelques cas, douleurs thoraciques siégeant dans les muscles, moins circonscrites et moins pongitives, il est vrai que dans la pleuro-pneumonie, mais qui peuvent en imposer pour les douleurs propres à cette dernière affection.

Le pronostic des bronchites générales est souvent aussi grave que celui des pneumonies; elles équivalent même à ces dernières sous le point de vue de la gravité, surtout chez les jeunes sujets, et chez les vieillards ou les sujets affaiblis, parce que la débilité rend difficile l'expectoration des crachats sécrétés en grande abondance. Nous avons vu deux jeunes enfans succomber à l'asphyxie que détermina l'afflux d'une quantité considérable de mucus dans les bronches où la sécrétion ne tarda pas à en produire une nouvelle à mesure que l'expectoration se faisait; c'est dans des cas semblables que l'on retrouve l'engouement séreux dont nous avons parlé précédemment.

Le traitement de ces catarrhes offre plus d'une espèce de difficultés et ne saurait être le même dans tous les cas. L'émétique nous a paru réussir lorsque la sécrétion muqueuse était abondante et se renouvelait incessamment, ou quand l'expectoration était difficile. Là ne se borne pas l'action des vomitifs, que l'on n'emploie pas assez souvent en pareil cas; ils agissent aussi en modifiant la sécrétion et provoquant vers la surface de l'intestin un mouvement fluxionnaire qui domine la congestion pulmonaire. Aussi, faut-il donner plusieurs fois et à doses répétées, soit le tartre stibié, soit l'ipécacuanha qui convient plus spécialement chez les jeunes sujets.

Pour retirer quelque avantage de l'administration des émétiques, il faut savoir les manier avec une certaine hardiesse et ne pas se contenter de prescrire une fois l'émétique, ainsi que le font beaucoup de praticiens. Nous l'avons donné à haute dose, en suivant la méthode rasorienne, lorsque nous redoutions le développement d'une pneumonie ou lorsque nous soupçonnions l'existence de quelques noyaux d'induration pulmonaire. Enfin, les émissions sanguines nous ont paru indiquées lorsque la respiration était haute et accompagnée de cette congestion faciale qui donne lieu à la coloration livide de la peau, à la teinte violacée des muqueuses et annonce une gêne considérable de la circulation cardiaco-pulmonaire.

En même temps que régnaient des affections des voies respiratoires, on vit paraître toutes ces douleurs rhumatismales chroniques qui ont, avec la constitution humide et froide de l'hiver, un rapport si intime, que les meilleurs observateurs de l'antiquité et des derniers siècles n'ont pas hésité à les rattacher toutes à une constitution médicale qu'ils ont désignée par le nom de catarrhale. Aujourd'hui on a séparé sous autant de dénominations différentes toutes ces maladies, ce qui ne doit pas nous empêcher de reconnaître qu'il existe entre elles un lien de parenté dont il faut savoir tenir compte dans le traitement.

FEUILLETON.

LIBERTÉ DE L'ENSEIGNEMENT SELON M. ORFILA.

Caen, décembre 1839.

Monsieur le Rédacteur,

Les journaux nous ont annoncé, il y a déjà long-temps, que le ministre de l'instruction publique doit présenter aux chambres, dans la session actuelle, deux projets de lois sur l'enseignement public et sur l'exercice de la médecine. Ces deux lois étant d'un haut intérêt pour vos lecteurs, il importe à chacun d'eux de vous signaler les vices des lois actuelles dont il a eu à se plaindre, dans l'espoir que vous voudrez bien donner de la publicité à ses observations par le moyen de votre estimable journal, et qu'ainsi il pourra peut-être contribuer à empêcher que les vices des anciennes lois ne se renouvellent dans celles qu'on nous promet. Tels sont les motifs qui me portent à vous faire connaître les faits suivans et les réflexions auxquelles ces faits m'ont semblé devoir donner lieu.

Désirant contribuer à répandre le goût pour l'étude des sciences physiologiques, cette base de toutes les sciences qui ont l'homme pour objet, je résolus de faire en cette ville, en 1835, un cours public et gratuit de physiologie humaine à l'usage des gens du monde. M. le recteur de l'Académie m'ayant fait savoir que je devais, avant d'ouvrir ce cours, en obtenir l'autorisation du ministre de l'instruction publique; j'écrivis, à cet effet, à M. Guizot, qui alors remplissait ces fonctions, et quelques jours après j'obtins une réponse favorable. Muni de cette autorisation, je fis mon cours chez moi en 1835 et de nouveau en 1836. En 1837, le local où je faisais ce cours étant trop petit pour que je pusse y admettre toutes les personnes qui désiraient assister à mes leçons, je priai M. le recteur de me permettre de faire mon cours dans un des amphithéâtres de l'Université. M. le recteur me répondit par un refus non motivé, et me fit savoir en même temps que l'autorisation accordée par le ministre, en 1835, n'étant valable que pour une année, je devais la faire renouveler si je voulais continuer mes cours. En conséquence j'écrivis à M. Salvandy, qui avait alors succédé à M. Guizot, et, deux mois plus tard, M. le recteur me fit savoir que le conseil royal avait décidé qu'il n'y avait pas lieu d'accorder l'autorisation de continuer mes leçons publiques, et que si je ne les cessais il me signalerait à l'autorité compétente, comme professeur clandestin. Comme j'espérais que si la chose était portée devant les tribunaux j'apprendrais au moins les motifs de cette interdiction, je continuai mon cours jusqu'à sa fin, mais ne fus point poursuivi ainsi que j'en avais été menacé.

M. le préfet du Calvados, que je priai de me faire connaître les motifs de la décision du ministre à mon égard, me dit qu'il les ignorait et m'exprima sa surprise d'une pareille mesure; il m'engagea à écrire à M. Orfila, en me disant qu'il était tout-puissant dans le conseil royal et me ferait facilement rendre l'autorisation qui m'avait été retirée. D'après ce conseil j'écrivis à M. Orfila, qui ne daigna même pas répondre à ma lettre.

En 1838, j'adressai une nouvelle demande au ministre, qui me répondit par le même refus. M. le maire de la ville, ayant refusé de mettre à ma disposition une des salles de la Ville, qui ne servait qu'à faire des cours publics, je fus obligé de ne point faire de cours faute d'un local convenable.

En 1839, M. Villemain qui, dans la séance du 12 juillet dernier, a pris l'engagement de réaliser les promesses de la Charte en nous donnant une loi sur la liberté de l'enseignement, a refusé, comme son prédécesseur, de m'accorder l'autorisation de faire un cours public et gratuit de physiologie humaine, et comme son prédécesseur aussi, il n'a point motivé son refus.

Il résulte de ces faits :

1° Que sous l'empire de la loi actuelle nul individu ne peut communiquer à ses concitoyens les connaissances qu'il a acquises et les inductions qu'il en tire, sans l'autorisation préalable du ministre de l'instruction publique.

2° Que ce ministre peut refuser l'autorisation de faire des cours publics à tout citoyen qui la demande, sans alléguer aucun motif pour ce refus.

3° Que le recteur d'une Académie et le maire d'une ville peuvent accorder ou refuser l'usage de bâtimens publics destinés à faire des cours, suivant leur bon plaisir; bien que le citoyen à qui ils refusent cet usage doive contribuer, comme celui à qui ils l'accordent, à l'entretien de ces bâtimens.

Or, je pense :

1° Que la loi qui défend à un individu de communiquer à ses concitoyens, sans l'autorisation préalable du ministre, la science qu'il possède, est une loi inique et un véritable attentat contre la liberté.

2° Que cette loi inique existant, il est ridicule qu'un ministre, dont l'opinion peut être dirigée sur ce sujet par tel ou tel charlatan espagnol ou autre, puisse priver un citoyen français du droit de faire des cours, sans même assigner aucun motif pour sa décision.

3° Que les recteurs d'Académies et les maires des villes siéges d'Académies, devraient recevoir l'ordre d'encourager l'enseignement particulier au lieu d'y mettre des entraves. En effet, l'enseignement public ne peut prospérer qu'autant que l'enseignement particulier vient à son aide. C'est par ce dernier que se forment les bons professeurs, et dans tous les lieux où l'enseignement particulier est nul, ce qui est le cas dans presque toutes les Académies, les professeurs titulaires sont pour la plupart incapables, ou bien négligent les devoirs de leurs fonctions. Il devrait donc y avoir au moins dans les villes, siéges d'Académies, des amphithéâtres dont les recteurs ne pourraient refuser l'usage aux professeurs particuliers qui désireraient y faire des cours sur une branche quelconque de la science, qu'autant qu'il existerait quelque motif valable pour ce refus.

En résumé, quel peut être le motif de l'acte arbitraire dont je suis la victime, après avoir passé beaucoup de temps et dépensé beaucoup d'argent pour me procurer des préparations anatomiques et d'autres objets propres à faciliter l'intelligence de mes leçons aux personnes étrangères aux études anatomiques? Pourquoi M. Villemain me retire-t-il, en 1839, l'autorisation que M. Guizot m'a accordée en 1835? Serait-ce que les membres de ce conseil royal où siége le tout-puissant doyen, ont pris pour devise : « Nul n'aura de l'esprit, hors nous et nos amis; » et veulent empêcher tout enseignement en dehors de l'université, et qu'ils ne peuvent diriger? L'acte arbitraire de M. Orfila envers notre honorable confrère M. Rognetta semble indiquer que tel est le but qu'on se propose d'atteindre. Ou bien serait-ce que ces Messieurs désirent restreindre autant que possible l'étude des sciences qui, comme la physiologie, tendent à développer des idées peu d'accord avec celles que prêche le clergé? ce clergé, que l'on cherche actuellement à rallier pour s'en faire un appui, et non par sentiment religieux, car ces gens-là n'ont de foi en rien, sinon peut-être en l'extrême patience du peuple qui les laisse faire.

Ma lettre est déjà bien longue et cependant je dois encore vous signaler un abus au sujet de la loi sur l'exercice de la médecine. Vous savez que la loi défend à tout médecin étranger d'exercer son art en France, s'il n'a préalablement pris un diplô-

Personne ne contestera qu'à certaines époques de l'année, et particulièrement sous l'influence des saisons remarquables par les vicissitudes atmosphériques et par l'humidité continnelle qui se montre pendant leur durée, il se manifeste des bronchites, des douleurs musculaires ou articulaires de nature rhumatismale, des catarrhes de la vessie, et d'autres affections qui annoncent un mouvement fluxionnaire marqué vers les muqueuses. C'est surtout dans les contrées froides et humides, comme dans le nord de la France, dans la Hollande, l'Angleterre, que ces maladies se montrent fréquentes et s'accompagnent d'un ensemble de symptômes qui a fait rattacher à une cause commune des maladies dont le siége est différent et les signes locaux variables comme le siége même de l'affection. Aujourd'hui les progrès du diagnostic local que nous sommes loin de blâmer, la distinction des maladies assise sur la connaissance des élémens anatomiques et poussée peut-être trop loin, a fait perdre de vue quelques-unes de ces idées d'ensemble familières aux anciens, et à l'aide desquelles ils parvenaient souvent à établir une thérapeutique plus efficace que celle qu'on emploie aujourd'hui. Ils s'habituaient à faire des médications, et non pas à administrer un médicament comme nous le faisons maintenant. Et pour revenir à l'exemple qui fait le sujet de notre remarque, dans le cours des catarrhes ou des bronchites, pour parler le langage généralement accepté par tous les pathologistes modernes, ils s'adressaient moins à la lésion locale qu'ils ne s'attachaient à modifier l'organisme ; ils voyaient outre la maladie partielle une modification correspondante survenue dans un ou plusieurs appareils, et ils s'occupaient alors de combattre ce qu'ils appelaient les élémens. Ils savaient fort bien que dans le catarrhe pulmonaire la maladie avait son siége dans la muqueuse des bronches; mais ils croyaient, en outre, que la cause même qui l'avait déterminé avait agi sur tout l'organisme, et quelques-uns, à tort sans doute, ne voyaient dans la fièvre qu'une manifestation de l'état général qu'ils supposaient exister.

Nous sommes loin d'approuver une semblable manière d'interpréter les faits, mais nous ne pouvons cependant nous dissimuler qu'il y a quelque chose de vrai dans cette doctrine où les conditions étiologiques des maladies y sont présentées dans un point de vue assez rapproché, à la vérité. En effet, bien que dans les affections catarrhales la cause que nous supposerons inconnue, si on veut, ait fait ressentir plus spécialement son action sur les voies respiratoires chez quelques sujets, elle agit d'une autre manière sur les autres; de telle sorte, que l'un est pris de douleurs articulaires, l'autre d'une névralgie, ceux-ci d'exanthèmes cutanés, de rougeole, ceux-là de croup ou de coqueluche. Hâtons-nous d'ajouter que dans ces dernières maladies il y a plusieurs élémens morbides ou, en d'autres termes, plusieurs conditions pathologiques. Ainsi, dans la rougeole, l'exanthème ne constitue qu'un des élémens de la maladie, et le catarrhe un autre; dans la coqueluche il y a aussi l'élément nerveux qui prédomine tout autant que le catarrhe; il en est de même dans la grippe, qui n'est pas plus une bronchite simple que la coqueluche ou le croup ne sont des bronchites ou des laryngo-trachéites.

Il y a dans toutes ces maladies plusieurs conditions pathologiques qui exercent simultanément leur action, et desquelles dérivent les symptômes observés ; et si on n'en tient pas grand compte dans le traitement de la maladie, on doit s'attendre à de nombreuses erreurs. C'est parce qu'on prend peu en considération ces divers élémens morbides, qu'on donne si souvent un seul médicament qui n'a le pouvoir de combattre qu'un seul état pathologique. Comment, dès lors, s'étonner que la maladie ne cède pas à ces médications incomplètes.

Du reste, ce serait trop prolonger ces remarques que de nous appesantir sur les données fécondes que fournit à la thérapeutique cette manière d'envisager la génération des maladies ; nous ne voulons pas ramener la médecine des élémens, et pour qu'on ne se méprenne pas sur nos idées, nous dirons que, par ce mot élément, nous n'entendons pas désigner une création toute ontologique, mais cet état morbide qu'on ne peut pas toujours localiser dans un seul organe, mais qu'on est obligé de placer dans plusieurs tissus.

Nous demandons à ceux qui ont eu occasion d'observer la grippe ou la coqueluche, si ces deux maladies cèdent au traitement de la bronchite, et si on n'est pas obligé de faire intervenir une autre médication lorsqu'on veut mettre fin à la dernière de ces deux maladies. C'est en ce sens que nous comprenons le mot élément, et c'est là seulement ce que nous avons voulu dire. Nous aurons peut-être occasion de revenir sur ce sujet, qui touche à des questions très difficiles de thérapeutique. Y...

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. Bouillaud.

Phlébite à la suite de couches; symptômes typhoïdes pouvant en imposer pour l'existence d'une fièvre typhoïde proprement dite. Mort. Autopsie.

Le 3 novembre 1839, est entrée à la Charité la nommée Lucie Roger, vingt-cinq ans, couturière, née dans le département de la Meuse.

Cette femme, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, cheveux chatains, à Paris depuis six mois, bien réglée, est accouchée à terme il y a trois semaines. L'accouchement avait été facile, et l'écoulement des lochies s'était fait régulièrement ; la malade commençait déjà à se lever depuis quatre à cinq jours, lorsque, il y a douze jours, elle se sentit un peu faible et perdit l'appétit. Le médecin qui l'avait accouchée lui fit prendre une bouteille d'eau de Sedlitz, qui lui procura dix-huit à vingt selles. Depuis cette époque, le dévoiement a continué (quatre à cinq selles par jour). Nausées fréquentes, un peu de toux sèche. Depuis onze jours la malade a gardé le lit continuellement, et n'a fait aucun traitement actif ; elle a seulement observé une diète sévère. Voici l'état qu'elle présente le soir de l'entrée :

Abattement, faiblesse, teinte jaune de l'ovale inférieur du visage ; langue, dents et lèvres sèches ; soif vive ; ventre ballonné, sensible à la pression ; un peu de gargouillement diffus dans le flanc droit ; résonnance et respiration bonnes partout ; un peu de râle sibilant disséminé, à bulbes rares ; pouls 124-128 ; peau chaude, sèche. Saignée de trois palettes.

4 novembre. La malade dit se sentir mieux. Sommeil passable pendant la nuit ; peau chaude, sèche, aride ; pouls 112, mou, peu redoublé. Abattement. Même état des lèvres et des dents ; haleine légèrement fétide ; pas de vomissemens, pas d'épistaxis ; langue sèche, grillée, soif vive. Le ventre est volumineux, indolent, si ce n'est à une forte pression. Gargouillement nul à droite, très fort dans le flanc gauche, où il forme un véritable bruit de glou-glou. On ne trouve ni taches ni sudamina sur les parois abdominales. Pas de selles depuis l'entrée de la malade à l'hôpital.

Ni céphalalgie, ni étourdissemens pendant le décubitus horizontal. La malade ne peut se tenir sur son séant, et est près de tomber en défaillance lorsqu'on la met dans cette position. Résonnance du thorax bonne en avant et en arrière. Respiration accompagnée de râle sibilant et muqueux ; 32-36 inspirations par minute. Le premier bruit du cœur est accompagné d'un souffle distinct qui envahit le second bruit, et s'entend dans toute la région précordiale; rudimens de souffle continu dans la carotide et la sous-clavière gauches. Les membres inférieurs ne sont ni douloureux, ni gonflés. La peau est d'un blanc pâle; les veines sont entassées, affaissées, peu apparentes.

Le caillot de la saignée, recouvert d'une couenne de deux à trois lignes d'épaisseur, fort bien organisée, flotte au milieu d'une sérosité un peu trouble. Le diagnostic est ainsi porté :

« A la suite de couches, phénomènes de fièvre typhoïde; quelques doutes sur le point de départ de ces phénomènes. Probabilité d'une phlébite étendue jusqu'au cœur. Entéro-colite. Cas très grave. »

5 nov. Même sentiment de faiblesse, sans douleurs. Peau toujours chaude, sèche. Pouls 92-96, assez développé, régulier. La langue est molle, recouverte d'une couche blanche à sa partie moyenne. Le ventre ballonné, indolent, donne à la percussion une résonnance tympanique. Une seule selle depuis hier. La malade fait entendre quelques soupirs plaintifs par intervalle.

La sérosité des ventouses abondante, à peine rougie ; les rondelles sont réunies en une masse glutineuse d'un rouge vif.

Mêmes boissons ; fomentations émollientes ; cataplasme; un bouillon coupé.

6 novembre. La malade se sent un peu mieux. Visage assez calme. Les gémissemens ont cessé. Chaleur modérée de la peau ; pouls 104-108. Même état des lèvres et des dents ; ventre tendu, ballonné, indolent, sans gargouillement ; cinq à six selles en diarrhée ; urines faibles. Malgré la prostration, qui est assez forte, la malade a senti la douleur des vésicatoires, qui ont bien pris. Sol. sir. gom., 3 p. 1/2 ; lav. guim. amid. *bis* ; foment. narcot. sur l'abdomen; cat. ; diète.

7 novembre. Un peu de délire dans la soirée et cette nuit ; le matin, prostration extrême, assoupissement, langue sèche, grillée; dents sèches luisantes ; soif modérée; ventre très développé, offrant une résonnance tympanique, sans aucun signe d'épanchement de liquide dans le péritoine. Une ou deux selles dans la nuit. Pouls 108, médiocrement développé ; respiration gênée, plaintive (40 par minute) ; souffle râpeux au premier temps du cœur. Même traitement.

Les 8, 9 et 10 novembre, la malade ne se plaint d'aucune douleur, et dit même se sentir tout à fait bien. La parole est lente, faible ; l'intelligence est un peu affaiblie, mais nette cependant. Prostration. Les dents, les lèvre[s], la langue sèches, croûteuses ; ventre un peu moins gonflé ; la malade continue à rendre tout sous elle. Formation d'une eschare au sacrum ; pouls à 100-104, haleine légèrement fétide. Sol. sir. gom. chlor., 10 gouttes ; 2 p. sol. sir. ; gros. 1 p. ; foment. chlor. ; lav. amid. ; pavots; diète.

Les jours suivans la prostration et la stupeur sont, avec la fièvre, les phénomènes prédominans. La malade continue à rendre ses matières fécales dans le lit. Elle ne se plaint d'aucune douleur. Le ventre est un peu moins tendu, indolent, même à une forte pression. Le pouls se maintient à 108-112. La malade demande à manger. On entend toujours le même souffle du cœur, râpeux, se propageant dans toute la région précordiale. Même traitement.

16 novembre. La langue commence à se couvrir d'une salive épaisse, visqueuse : la malade a été prise, dans la journée d'hier, d'un frisson qui a duré une heure environ. Pouls 120. Quelques soubresauts dans les tendons. Mêmes boissons ; un bouillon coupé.

Le 17 et le 18, l'assoupissement va en augmentant ; la langue est grillée, brune ; les avant-bras sont raides et fléchis ; le pouls à 104-108.

La malade succombe le 19 novembre, à six heures du matin.

Autopsie cadavérique, 27 heures après la mort.

Demi-marasme. Quelques taches gangréneuses à la partie interne des cuisses. Pas de traces de décomposition cadavérique.

Organes abdominaux. Le mésentère contient une notable quantité de graisse bien jaune. Ses ganglions sont parfaitement sains, sans tuméfaction, ramollissement ni induration. L'intestin grêle, médiocrement distendu par des gaz, présente à peine quelques rougeurs légères et partielles dans son tiers supérieur. Tout le reste de son étendue est pâle, sans lésion aucune des plaques ni des follicules, sans ramollissement de la muqueuse. La membrane muqueuse du gros intestin, blanche, saine, comme celle de l'intestin grêle. Même état de la muqueuse de l'estomac, qui offre à peine quelques vergetures dans le grand cul-de-sac ; blanche et saine partout ailleurs.

La rate et le foie parfaitement sains.

L'utérus et les ovaires un peu plus développés qu'à l'état normal. Les veines ovariques et leurs divisions, gorgées de sang, donnent une teinte d'un rouge-brun aux ligamens larges. La partie supérieure du vagin et le col de l'utérus d'une couleur ardoisée, noirâtre. Les lèvres du col, tuméfiées, forment une sorte de bourrelet mollasse, facile à écraser, et se réduisant alors en une espèce de putrilage fétide, mais sans odeur gangréneuse. La cavité de l'utérus, de la même couleur noirâtre, chagrinée, inégale, ramollie, est tapissée d'un mucus épais mêlé de sang. Le tissu de l'utérus, évidemment ramolli, se déchire aisément.

Les ovaires, blancs à l'extérieur, offrent à l'intérieur un tissu rouge, à demi-érectile, sans traces de suppuration.

Organes circulatoires. A la partie inférieure de la veine-cave inférieure, on trouve le commencement d'un caillot qui finit dans la partie supérieure de cette veine par une concrétion fibrineuse noirâtre, en forme de queue de rat ; inférieurement, ce caillot s'étend dans la veine iliaque, présentant l'aspect d'une matière d'un gris rougeâtre mollasse, qui n'est autre chose qu'un mélange de concrétions décolorées et de pus. La veine crurale gauche contient une grande quantité de pus encore liquide, rougeâtre, lie de vin. A droite l'altération est moins avancée. Une oblitér[a]tion complète de la veine cave, des veines iliaque et hyp[o]gastrique, est le résultat de la présence des concrétions in[di]quées.

---

me dans une Faculté française ou obtenu une autorisation spéciale du gouvernement.

Or, comptant sur la protection que cette loi semble devoir assurer aux médecins français, j'ai passé plusieurs années dans les universités anglaises, allemandes et italiennes, parce que je pensais que je pourrais, à mon retour en France, me former une clientelle parmi les étrangers qui habitent ce pays. Ce fut cette considération qui me détermina à fixer mon domicile à Caen, il y a six ans. Cette ville est habitée par un grand nombre de familles anglaises, et je pensais que la connaissance de la langue, des habitudes et de la médecine anglaises m'assureraient de grands avantages sur mes confrères de la ville pour me faire obtenir la clientelle de ces familles. Bientôt, cependant, j'appris que la médecine de ces familles ne se faisait point par les médecins de la ville, mais par deux ou trois soi-disans médecins anglais qui exerçaient leur état à Caen sans aucun titre et contrairement à la loi.

Je pensai d'abord que tôt ou tard M. le procureur du roi ferait cesser cet état de choses illégal, en poursuivant les délinquans. Je le crus surtout, lorsque dans le mois de mars 1838 le tribunal correctionnel de Boulogne condamna cinq médecins anglais qui, comme ceux de Caen, exerçaient la médecine illégalement en France. Mais ces médecins ayant adressé une réclamation sur la prétendue injustice de leur condamnation à M. Salvandy, ce ministre leur répondit que, bien qu'il approuvât la juste sévérité du procureur du roi de Boulogne, il leur accorderait l'autorisation d'exercer à l'avenir la médecine en France, contrairement à la loi. Or, il semble résulter de ce fait qu'un ministre peut suspendre l'action des lois suivant son bon plaisir ; et dès lors, à quoi servent les lois ? Quelle garantie offrent-elles quand un ministre peut, par une mesure semblable à celle de M. Salvandy, dans ce cas-ci, me priver moi et tous ceux qui se trouvent dans la même position, du fruit de nos travaux et des sacrifices de temps et d'argent que nous avons faits, parce que nous comptions sur la protection de la loi ?

Comme il y a dans différentes parties de l'Europe des universités où l'on peut acheter un diplôme de docteur en médecine sans faire d'études médicales, la loi qui refuse de reconnaître en France les diplômes étrangers est sage ; mais fût-elle injuste, ainsi que le prétendent les médecins anglais qui s'en plaignent, ces médecins devraient chercher à la faire réformer dans leur pays, où elle existe comme en France, avant d'élever aucune réclamation dans ce pays-ci.

Nul médecin étranger aux écoles de Londres ne peut exercer la médecine dans cette ville ni dans ses environs, s'il n'est pourvu du diplôme d'un des colléges de la ville. Cette mesure s'applique aux médecins anglais reçus à Paris, et même à ceux qui ont obtenu leurs diplômes dans d'autres écoles du royaume que celles de Londres, comme Edimbourg, Dublin, etc. ; de sorte que les médecins anglais qui réclament comme un droit l'autorisation d'exercer leur état en France sans se conformer aux lois du pays, ne pourraient, pour la plupart, le faire à Londres sans s'exposer à des poursuites judiciaires, car ils sont presque tous étrangers aux écoles de cette ville.

Tout médecin étranger qui, pour acquérir le droit d'exercer son état à Londres, désire obtenir un diplôme dans un des colléges de cette ville, est obligé de passer au moins une année dans les écoles de Londres avant qu'il soit admis à subir les examens nécessaires pour obtenir ce diplôme, et il lui faut dépenser au moins cent louis en frais d'écoles et d'examens, indépendamment des dépenses qu'entraîne nécessairement ce séjour d'une année dans une ville où la vie est fort chère.

A Paris, au contraire, le médecin étranger est admis à passer ses examens sur la présentation de son diplôme (1), et les frais obligés de l'Ecole ne s'élèvent qu'à environ 1100 fr. ; ainsi donc la loi française est beaucoup plus libérale envers les médecins anglais que ne l'est la loi anglaise envers les médecins français, et en conséquence les réclamations des médecins anglais qui veulent exercer en France sans se soumettre à la loi du pays sont injustes ainsi que la protection que leur accorde le gouvernement, contrairement à cette loi. Duvard, d.-m.

(1) Il faut pour cela une autorisation ministérielle, ou se soumettre à la loi commune du temps d'études. (*N. du Réd.*)

Il est question de transférer la clinique de M. le professeur Rostan à l'Hôtel-Dieu. Le service de la clinique d'accouchemens subirait ainsi une augmentation considérable. Avant que ce projet reçoive son exécution, il est prudent et humain de s'enquérir des conditions hygiéniques que présente l'hôpital Saint-Côme, où des épidémies cruelles ont suspendu plusieurs fois l'enseignement de la clinique des accouchemens. (*Gaz. des méd. prat.*)

— M. le docteur Fouquier, médecin de la Charité, succède au docteur Marc comme premier médecin du roi.

La membrane interne des veines caves, iliaques et fémorales, est d'un rouge uniforme, et les parois de ces vaisseaux, épaissies, leur donnent l'apparence d'artères.

L'aorte, fendue dans toute sa longueur, est le siége de rougeurs partielles dans des points où la membrane interne n'est pas en contact avec du sang.

Le cœur présente sur sa face antérieure, un peu au-dessus de la pointe du ventricule gauche, une plaque blanche, fibreuse, de 12 à 15 millimètres de largeur. Les cavités droites sont remplies de caillots décolorés, fibrineux, évidemment d'origine inflammatoire. La valvule tricuspide, les tendons qui la fixent, les valvules pulmonaires, sont le siége d'une rougeur vive, intense, qui se prolonge en s'affaiblissant dans l'artère pulmonaire. Quelques concrétions rougeâtres dans le ventricule gauche; le commencement de l'artère aorte offre de petites rougeurs partielles qui tranchent sur le fond jaune nankin. La substance du cœur paraît plus facile à déchirer que dans l'état normal. Le sang contenu dans l'aorte est liquide et ténu.

Les poumons, souples, offrent quelques adhérences au sommet. Un peu d'engorgement séreux à la partie postérieure et inférieure de chaque poumon, sans traces de foyers de suppuration ou de ramollissement partiel.

Le cerveau, abreuvé de sérosité, en laisse écouler une grande quantité sans qu'on l'enlève de la cavité crânienne. La consistance de la substance cérébrale est plutôt augmentée que diminuée, sans traces de ramollissement ni de foyers de suppuration.

— Au moment où les journaux de médecine retentissent chaque jour d'observations de prétendues fièvres typhoïdes sans lésions, de fièvres dites *essentielles*, le cas précédent nous a paru digne d'être publié, autant à cause de la justesse du diagnostic qui a été porté, que sous le rapport des lésions importantes qui ont été rencontrées sur le cadavre.

La malade qui en fait le sujet, accouchée depuis trois semaines, présentait, à son entrée à l'hôpital, des symptômes typhoïdes d'origine assez douteuse au premier coup-d'œil: une fièvre extrêmement violente, un peu de gargouillement dans l'un et l'autre flanc, et une diarrhée assez abondante, puisqu'elle avait, disait-elle, de cinq à six selles par jour; symptôme, du reste, qui pouvait très bien dépendre, et dépendait probablement en effet d'un purgatif que lui avait administré, douze jours avant son entrée, le médecin qui l'avait accouchée, purgatif qui avait été suivi d'une diarrhée extrêmement abondante (18 selles le premier jour).

Le jour de l'entrée de la malade, d'après l'ensemble des phénomènes observés, et eu égard aux circonstances qui avaient précédé l'invasion de la maladie, un léger doute restait encore dans l'esprit, doute qui bientôt après se dissipa sur la véritable nature de la maladie. Dès le surlendemain le nombre des selles avait diminué, le ventre était tout-à-fait indolent, même à une forte pression. Le gargouillement avait disparu, l'abattement et la prostration continuaient, la fièvre restait aussi violente, mais la malade n'accusait aucune douleur de ventre, et disait même se trouver tout-à-fait bien. Il n'y avait eu ni nausées ni vomissemens; point d'épistaxis.

Les jours suivans les mêmes symptômes continuèrent avec prédominance des phénomènes purement typhoïdes; prostration, abattement, fuliginosité des lèvres, dents croûteuses, assoupissement continuel. Ce fut au milieu de cet état que la mort survint.

Pour qui n'est point habitué à une sévère et rigoureuse méthode d'observation, il aurait paru probable, pour ne pas dire certain, qu'il avait existé une de ces phlegmasies intestinales qui se terminent par ulcération des follicules et des plaques de Peyer. Eh bien! les intestins, ouverts dans toute leur longueur, ne présentaient rien de semblable; la muqueuse en était partout saine, blanche, sans ulcération, sans la moindre injection; et, à vrai dire, aucun des nombreux élèves qui assistaient à l'autopsie n'en fut surpris, tous ayant présent à la mémoire le diagnostic qui avait été porté au lit de la malade. Ce n'était donc point dans l'intestin qu'il fallait chercher la cause de la mort. Mais on n'était pas encore en droit de dire, avec certains auteurs, qu'on avait eu affaire à une fièvre typhoïde sans lésions, à une fièvre typhoïde essentielle. Qui ne sait, et la chose n'est pas nouvelle, dans combien d'affections différentes peuvent se montrer les symptômes typhoïdes?

Déjà, dans le Traité des fièvres essentielles de M. Bouillaud, publié en 1826, nous trouvons établie la distinction de ces divers cas, distinction que quelques médecins se refusent obstinément encore à admettre malgré les preuves évidentes que chaque jour leur apporte. Dès cette époque M. Bouillaud émettait cette idée: que les fièvres putrides ou adynamiques ne reconnaissaient point pour seule cause une phlegmasie aiguë de l'estomac et des intestins, mais étaient souvent produites par une toute autre cause, une phlébite, par exemple, une gangrène un peu étendue, un violent érysipèle, etc. (1).

A l'appui de cette assertion, il publiait des observations qui ne devaient laisser aucun doute, même dans les esprits les plus prévenus. Depuis lors, des milliers de faits analogues sont venus confirmer cette règle, et faire loi au médecin qui se trouve appelé en pareille circonstance, de ne porter son diagnostic qu'avec la plus grande réserve; ou si, le sujet ayant succombé au milieu des phénomènes typhoïdes, on ne trouve aucune lésion dans l'intestin, de rechercher plus loin les traces d'une phlegmasie qui a pu échapper à son examen pendant la vie, mais ne pourra que difficilement se dérober aux minutieuses investigations de l'autopsie cadavérique. Dans le cas que nous venons de rapporter, en effet, un énorme caillot parfaitement organisé, adhérent en certains points, et oblitérant le système veineux des membres inférieurs et de la moitié inférieure du tronc, fut rencontré dans la veine cave, et se prolongeait jusque dans les veines iliaques et fémorales dont le calibre était entièrement rempli, ne laissant ainsi aucun doute sur l'existence d'une phlébite très intense, en même temps que d'une grande étendue.

Ce fait de l'oblitération des veines est i[illegible] à noter. Dans ces derniers temps, M. Tessier a pensé que lorsqu'il existe de ces phénomènes que l'on appelle de résorption et auxquels il donne, lui, le nom de diathèse purulente, on avait fait jouer un beaucoup trop grand rôle à la résorption du pus, ajoutant que l'existence des concrétions met obstacle à cette résorption. M. Bouillaud croit que l'on aurait tort de prendre à la lettre les expressions de l'auteur que je viens de citer. En effet, au début de la phlébite, il n'y a pas encore oblitération des veines, et c'est à cette époque que le pus, se mêlant au sang, est entraîné dans le système circulatoire. Lorsque les phénomènes typhoïdes se sont manifestés, qu'il y a oblitération des veines, la maladie locale a fait place à une affection générale. J'admets qu'à cette époque il n'y ait plus résorption du pus; elle n'en a pas moins eu lieu, et l'infection du sang est déjà produite. Supposons que dans une entéro-mésentérite typhoïde, parvenue à la période d'ulcération, on pût enlever d'un seul coup, et sans danger pour le malade, toute la partie du tube digestif qui est le siége de ces ulcérations, la maladie n'en continuerait-elle pas moins, une fois que, de locale qu'elle était, l'altération du sang l'a rendue générale?

Dans le fait ci-dessus rapporté en détail, la résorption purulente paraît évidente. L'état du sang trouvé liquide dans l'aorte ne semble-t-il pas militer en faveur de cette pensée d'un mélange du pus au sang? Ce cas était donc au-dessus des ressources de l'art, et peut-être même a-t-on lieu de s'étonner que la malade ait survécu si long-temps à une affection générale de cette gravité.

Le traitement, qui ne s'est composé que d'une émission sanguine locale et d'une générale le jour et le lendemain de l'entrée, n'a procuré qu'une amélioration légère et momentanée. A l'exception des vésicatoires aux mollets, dont on ne doit guère attendre de grands succès dans des circonstances aussi désespérées, et qui ne sont que des moyens auxiliaires bien faibles dans la lutte engagée contre l'affection morbide, on se borna aux boissons émollientes et aux cataplasmes, à cette médication expectante à laquelle est réduit l'homme de l'art lorsque toute espérance lui est désormais enlevée.

A. F.

(1) Une maladie dont la découverte ne date que de quelques années, dont on ne connaît encore qu'un petit nombre d'observations, mais qui a déjà été bien observée et bien décrite, la morve aiguë, ne présente-t-elle pas un cortége remarquable de symptômes typhoïdes?

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Orchite; guérison en six jours au moyen des piqûres.

Au n° 19 de la salle Saint-Ferdinand, est entré un débardeur, âgé de vingt-quatre ans, de bonne constitution, affecté, au côté droit, d'une orchite aiguë bien caractérisée qui, à défaut d'autres indications positives, a semblé dépendre de quelque affection de la portion prostatique de l'urètre, bien que le malade affirme n'avoir jamais été atteint ni d'écoulement ni de quelque maladie que ce soit du côté des organes génitaux, ce que, du reste, aucun indice bien certain ne contredit formellement. Le scrotum de ce côté offre donc une tumeur assez considérable, rouge, tendue, peu douloureuse à la pression, laissant constater à l'examen une induration fort sensible sur un point du testicule, et un amas de sérosité qui se traduit par une fluctuation manifeste.

M. Velpeau fait aussitôt à la partie supérieure de la tumeur deux ou trois piqûres avec la pointe d'une lancette qu'il enfonce à une profondeur d'environ deux lignes; à peu près trois à quatre cuillerées de sérosité s'écoulent, et le volume de la tumeur diminue considérablement en même temps qu'elle semble être devenue plus dure. On enveloppe le scrotum dans un simple cataplasme.

Le lendemain, deux autres piqûres sont faites et laissent échapper encore quelque peu de sérosité qui s'était amassée de nouveau; le testicule et surtout l'épididyme paraissent moins gonflés et moins durs; on entoure les bourses de compresses imbibées d'eau blanche. Le quatrième jour on recommence la même opération, et, au bout de six jours, la peau du scrotum avait repris sa couleur, sa flaccidité ordinaires; les parties internes étaient revenues à l'état normal et tout-à-fait semblables à celles du côté opposé.

Ce cas semble à M. Velpeau intéressant à noter, principalement parce qu'il fournit l'occasion de constater trois caractères marquans de cette sorte d'affection: d'abord, le gonflement et l'induration de l'épididyme qui forme la portion dure et la plus sensible de la tumeur; puis l'accumulation du sérum que fournit la tunique affectée; et enfin l'inflammation du testicule lui-même qui semble prédominer, et qui, dans le cas que nous rapportons, était bien évidemment démontrée par l'engorgement de cet organe qui formait à lui seul la tumeur immédiatement après l'écoulement complet du sérum. Ce qui justifie la préférence qu'il faut accorder à la dénomination *d'orchite*, pour ce genre d'affection, plutôt qu'à celle d'épididymite, ou de vaginalite qu'on a voulu substituer.

Le mode de traitement n'est pas moins digne aussi de remarque; car il est facile, prompt, sûr et nullement douloureux. L'expérience, nous l'espérons, en fera bien valoir les avantages.

Hydrocèle par récidive. Ponction et injection de teinture d'iode.

Au n° 34 de la salle Saint-Augustin, un homme opéré et guéri, il y a près de 15 mois, dans le même service, d'une hydrocèle au côté gauche, revient aujourd'hui réclamer les mêmes soins pour la même affection occupant le côté droit, mais qui n'ayant été produite par aucune violence, aucune lésion extérieure, semble actuellement provenir d'une altération organique du testicule qui présente sur plusieurs points des bosselures et des indurations. Pour opérer cette seconde fois comme la première, M. Velpeau emploie son procédé ordinaire, c'est-à-dire sa ponction suivie de l'injection d'une certaine quantité de teinture d'iode plus ou moins étendue d'eau.

Cette circonstance offre à M. Velpeau l'occasion de manifester son opinion sur le nouveau mode opératoire dont nous avons entretenu nos lecteurs dans notre dernier numéro, et il en profite pour blâmer ce dernier procédé inventé inutilement, dit-il, et dont le moindre inconvénient est de causer une large plaie qui peut suppurer pendant des mois entiers, et se compliquer de divers accidens; en conséquence, il s'attache à faire valoir aux yeux de ses élèves la préférence qu'il faut donner au moyen d'opération le plus ordinaire qu'il vient de mettre en usage, et dont l'innocuité, la simplicité ne peuvent se comparer, ajoute-t-il, aux désavantages de l'autre procédé qui ne mériterait même pas les honneurs de la critique, s'il n'était mis au jour et pratiqué par des hommes d'ailleurs très recommandables.

Quoi qu'en dise M. Velpeau, il faut bien reconnaître que le procédé par injection devient dans quelques cas insuffisant, et n'est pas non plus à l'abri de tout inconvénient; or, si un nouveau moyen s'offre pour y suppléer, il nous semble qu'il est toujours bon d'en examiner la réussite ou l'inefficacité; les savans praticiens n'ont donc rien de mieux à faire que d'y prêter leur attention, et de chercher dans l'expérience et ses résultats la base de leur jugement.

L.... E.

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE SUR L'INTERVENTION DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE DANS LE MÉCANISME DES EXHALATIONS SÉREUSES;

Lu à l'Académie des sciences, le 13 janvier 1840, par M. le docteur Jules Guérin.

Ce mémoire est destiné à établir que la pression atmosphérique joue un rôle actif dans le mécanisme des exhalations séreuses du corps humain. L'existence de ce fait repose à la fois sur les dispositions et les rapports anatomiques des parties, sur l'expérience directe et sur l'observation physiologique et pathologique.

Première partie. — *Dispositions et rapports anatomiques.*

Les parties qui sont le siége des exhalations séreuses, les cavités articulaires, les cavités du péricarde, des plèvres, du péritoine, des méninges cérébro-spinales, offrent des dispositions communes, en vertu desquelles ces cavités, fermées de toutes parts, présentent périodiquement des espaces nouveaux ou des ampliations des espaces existans. Ces dispositions, quoique identiques dans leur résultat final, sont le produit de conditions spéciales qui varient dans les articulations du squelette et dans les séreuses viscérales.

Dans les cavités articulaires, cette production d'espaces nouveaux ou cette ampliation des espaces existans est étroitement liée aux mouvemens des articulations; elle résulte de deux ordres de conditions:

1° Des changemens de rapport des surfaces articulaires qui cessent de se correspondre suivant les mêmes plans, et perdent ainsi leurs conditions respectives de contact et de parfaite coaptation.

2° De la tension des muscles et des ligamens entourant l'articulation, lesquels, en vertu d'un plus grand écartement de leurs points d'insertion, se soulèvent, se tendent entre ces points, et forment les parois résistantes des cavités improvisées ou agrandies. Ces conditions sont communes à toutes les articulations du squelette. On en trouve des applications diverses dans les articulations du genou, de la hanche, de la jambe avec le pied, du coude, et dans celles des phalanges entre elles.

Les conditions qui produisent l'ampliation périodique des cavités du péricarde, des plèvres, du péritoine, de l'arachnoïde cérébro-spinale, sont analogues et également de deux ordres: ou bien le feuillet pariétal de ces séreuses est soulevé et entraîné par les parties auxquelles il adhère, pendant que le feuillet viscéral reste en place avec le viscère sur lequel il se réfléchit, ou bien le feuillet pariétal restant fixe et résistant avec les parties qu'il tapisse, le viscère éprouve des déplacemens ou des changemens de volume qui entraînent d'autant le feuillet viscéral. Quelquefois, ces deux ordres de conditions sont mis simultanément en jeu; c'est-à-dire que le feuillet pariétal et le feuillet viscéral s'écartent en même temps l'un de l'autre. Les cavités du péricarde, des plèvres, du péritoine et de l'arachnoïde cérébro-spinale offrent, sous l'influence des mouvemens d'expansion du thorax, de contraction du cœur, de déplacement des viscères abdominaux et d'élévation et d'abaissement du cerveau, des exemples de cette disposition.

On peut déjà conclure de l'établissement d'espaces nouveaux ou de l'accroissement des espaces existans au sein de cavités fermées de toutes parts, qu'il y a une certaine tendance au vide, raréfaction des fluides contenus dans ces cavités, et par conséquent rupture d'équilibre entre la pression intérieure et extérieure au profit de cette dernière.

Ce fait est directement établi par les expériences suivantes:

Seconde partie. — *Expériences.*

A. *Expériences sur les cavités articulaires.* — J'ai introduit

dans l'intérieur des cavités articulaires de la hanche et du genou, l'extrémité effilée d'un tube recourbé et gradué, de 2 lignes de diamètre, analogue au tube de Welther, dans lequel se trouvait un liquide coloré. Le niveau des deux colonnes de liquide ne s'élevait qu'à la moitié de la hauteur des deux branches parallèles ascendantes du tube. A chaque mouvement de flexion pour l'articulation du genou, et de flexion et d'abduction pour l'articulation de la cuisse avec la hanche, le liquide montait du côté correspondant à l'articulation, et sous l'influence de mouvemens un peu brusques, il se précipitait dans l'intérieur de la cavité articulaire.

B. *Expériences sur les cavités des séreuses viscérales.* — J'ai fait pénétrer successivement dans les cavités des plèvres, du péricarde, de l'arachnoïde spinale et cérébrale, l'extrémité du même tube. J'ai vu très distinctement le liquide monter et descendre périodiquement comme dans les expériences précédentes. Les mouvemens du liquide se sont montrés constamment isochrones aux mouvemens du thorax, du cœur et du cerveau.

Ces diverses expériences ont été répétées un grand nombre de fois sur des cadavres humains pour les cavités articulaires, et sur des animaux vivans pour les cavités des séreuses ; toujours le résultat a été le même. J'ai cru pouvoir en conclure, comme je l'avais fait déjà, des dispositions anatomiques des parties, que pendant les mouvemens du cœur, des poumons, des viscères abdominaux, du cerveau et de la moelle, comme pendant les mouvemens alternatifs de flexion et d'extension des articulations du squelette, il s'établit des espaces nouveaux dans les cavités correspondantes, ou des accroissemens des espaces existans, en vertu desquels la pression exercée à l'intérieur de ces cavités est sensiblement moindre que celle exercée à l'extérieur par la pression atmosphérique ; d'où il suit que cette dernière pèse de toute la différence de ces deux actions, et tend à refouler à l'intérieur des cavités des séreuses les fluides qui doivent rétablir par leur exhalation l'équilibre des deux pressions.

Troisième partie. — *Conséquences physiologiques et pathologiques.*

Beaucoup d'observations physiologiques et pathologiques tendent à compléter la démonstration du même fait, en même temps qu'elles en tirent une signification nouvelle.

On connaît l'influence des lieux élevés sur la difficulté des mouvemens des articulations ; cette difficulté s'explique très bien maintenant par une diminution de la sécrétion de la synovie, sous l'influence d'une diminution de la pression atmosphérique. On sait encore que les membres maintenus long-temps dans l'immobilité éprouvent une grande difficulté à se mouvoir ; les articulations éprouvent des frottemens plus sensibles, leurs mouvemens produisent des bruits de crépitation douloureuse. Enfin, l'on sait que la parfaite immobilité des articulations arthrodiales suffit quelquefois pour produire l'ankylose ; ces faits ne me paraissent plus avoir besoin de commentaires.

M. Jobert a montré par ses belles expériences que les adhérences entre les feuillets adossés du péritoine sont faciles à obtenir ; le contraire a toujours lieu de la part des muqueuses. On connaît encore la merveilleuse facilité avec laquelle les feuillets des diverses séreuses contractent des adhérences à la suite des maladies dont elles sont le siége. Les plaies pénétrantes des articulations, du péritoine, des plèvres, du péricarde, qui restent en communication avec l'air, sont accompagnées d'accidens tout spéciaux. Enfin, le rhumatisme articulaire, les hydarthroses qui en sont la suite, se répètent successivement ou simultanément dans les diverses articulations. La raison de tous ces faits et de beaucoup d'autres analogues que je m'abstiens de citer, ne se trouve-t-elle pas dans l'influence que la pression atmosphérique exerce sur le mécanisme des sécrétions séreuses ?

Je me suis borné dans ce premier mémoire à établir que la pression atmosphérique intervient activement dans le mécanisme des exhalations séreuses, et à indiquer les conséquences les plus générales de ce fait. Il me reste à déterminer la véritable portée de cet élément fonctionnel nouveau ; j'ai fait des expériences dans ce but, je les exposerai dans un prochain mémoire.

Des faits anatomiques, des expériences physiologiques et des observations pathologiques exposées dans ce travail, je me crois fondé à tirer les conclusions suivantes :

1° Les articulations du squelette présentent, pendant la plupart des mouvemens dont elles sont le siége, une ampliation extemporanée des cavités qu'elles forment, ou donnent lieu à la formation d'espaces nouveaux qui n'existent pas au repos des articulations. Ces accroissemens des espaces existans ou ces développemens d'espaces nouveaux, sont le résultat de deux ordres de conditions, à savoir : les changemens de rapports des plans des surfaces articulaires, et la tension des parois ligamenteuses et musculaires des articulations, par suite de l'écartement de leurs points d'insertion ;

2° Toutes les cavités des séreuses du corps humain, les cavités des plèvres, du péricarde, du péritoine, des méninges rachidiennes et cérébrales présentent, comme les cavités articulaires, des ampliations périodiques des espaces qu'elles circonscrivent. Ces am[illegible] résultent du soulèvement du feuillet pariétal de la s[illegible]traîné par le développement des parties qu'elle tapisse, et de l'abaissement du feuillet viscéral, par suite de la contraction ou du déplacement des viscères qu'elle enveloppe ;

3° Les ampliations des cavités articulaires et des diverses séreuses du corps humain réalisent extemporanément des espaces fermés de toute part, sous l'influence desquels l'équilibre des pressions intérieure et extérieure se trouve détruit au profit de la pression extérieure, d'où un refoulement des fluides vers l'intérieur des cavités, et un effort de succion périodiquement exercé sur les surfaces, et les orifices des vaisseaux ouverts à l'intérieur de ces mêmes cavités ;

4° L'intervention de la pression atmosphérique comme élément actif dans le mécanisme des sécrétions séreuses, établie par les dispositions anatomiques des parties, par l'expérience directe, l'est encore par les faits pathologiques. L'adhésion facile des séreuses juxtà-posées ; la diminution, la suspension de l'exhalation de la synovie, et finalement l'ankylose liée à l'immobilité plus ou moins complète des articulations, leur rigidité sous l'influence d'une diminution de la pression atmosphérique, pendant le séjour sur les montagnes élevées ; et les accidens spéciaux des plaies pénétrantes de toutes les cavités séreuses, tirent leur signification réelle de l'action de la pression atmosphérique sur les sécrétions séreuses, et sont autant de témoignages à l'appui de cette doctrine.

Dans un prochain mémoire, je chercherai à fixer le degré d'action de la pression atmosphérique dans la production des sécrétions séreuses, et à déterminer l'influence relative de ce nouvel élément, par rapport à ceux qui peuvent concourir à l'exécution de cet ordre de fonctions.

Cas singulier d'ankylose de la mâchoire inférieure sur une jeune fille.

Il y a cinq ans que mademoiselle M.... jouait sur une chaise ; elle fit une chute, et le menton vint frapper sur une chaise qui était vis-à-vis. La mâchoire inférieure resta, dit-on, dès le premier moment dans une immobilité complète. Quelle fut, sur la nature de cet accident, l'opinion du médecin appelé immédiatement auprès de la petite malade ? Nous l'ignorons ; mais on sait qu'il appliqua le chevestre, et qu'il le laissa bien des jours. Quand l'enfant nous a été amenée, la mâchoire inférieure avait conservé son plan physiologique ; elle était rapprochée de la supérieure si fortement, que ni les efforts de la malade, ni les nôtres ne purent les écarter d'une demi-ligne. Les dents d'en haut chevauchaient d'une ou deux lignes sur celles d'en bas. Les muscles masséters étaient relâchés, et dans une espèce d'atrophie. On ne distinguait aucune trace de cal dans toute l'étendue de condyles de la maxillaire inférieure. On ne voyait ni on ne sentait aucune tumeur en dehors des cavités glénoïdes.

L'enfant, qui a l'embonpoint de beaucoup d'enfans de son âge et de sa constitution, se nourrit d'alimens liquides ou à demi solides, qui sont introduits par les intervalles des dents. Elle articule les sons avec quelque gêne.

A quoi faut-il rapporter cette ankylose ? La luxation en avant de la mâchoire inférieure, est la seule que les auteurs admettent, et c'est aussi la seule qui soit possible ; mais l'enfant n'offre aucun signe de cette espèce de luxation. Les dispositions anatomiques de l'articulation temporo-maxillaire, d'une autre part, prouvent que ce dernier os ne peut jamais se luxer en arrière.

D'ailleurs, la position dans laquelle se trouve le maxillaire inférieur chez notre jeune malade, dit bien assez qu'il n'a éprouvé aucune espèce de déplacement. On ne peut admettre non plus, dans ce cas, ni une fracture du condyle, ni un décollement épiphysaire ; il serait difficile de croire que l'un ou l'autre de ces accidens fût arrivé, et que la mâchoire eût conservé ses lignes normales ; les seuls ptérigoïdiens internes et externes, muscles si forts, l'auraient portée tantôt à droite, tantôt à gauche ; il en serait résulté des tiraillemens douloureux, un écartement des fragmens, et par suite de la difformité dans le cal.

Or, nous avons dit que l'enfant n'a jamais souffert, et que toute la surface du condyle a toujours été parfaitement lisse. Il est plus probable que la chute sur le menton a fait éprouver une contusion à l'articulation temporo-maxillaire ; qu'il en est résulté une inflammation peu intense de la membrane synoviale ; que des adhérences se sont établies entre les divers points de cette membrane, enfin que l'adhésion a été favorisée par l'application d'un chevestre.

Malgré l'ancienneté de cette ankylose, on a pensé que l'âge de l'enfant permettait d'espérer une amélioration, si non une guérison absolue ; et on a conseillé, en conséquence, de placer entre les arcades dentaires un coin de bois, de le laisser à demeure aussi long-temps que possible, et de le faire marcher au fur et à mesure que les mâchoires s'éloigneraient l'une de l'autre.

En effet, au bout de plusieurs jours, il existait entre elles plus d'espace ; mais la malade n'a plus été revue depuis plusieurs mois, et on ignore si elle a obtenu de ce moyen tout le bien que ce commencement pouvait faire espérer.

(*Notice sur les travaux de la Soc. de méd. de Bordeanx*, 1839.)

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous communiquer une nouvelle déclaration du père et de la *mère* de l'enfant, qui démentent complètement les dernières assertions de M. Clédière.

Je suis tout à fait de votre avis, qu'on lise et qu'on juge. Je ne puis pourtant me dispenser d'indiquer ici quelques rectifications.

1° J'ai écrit dans votre numéro du 2 novembre que la petite marchait après *douze* semaines, et non *dix*, comme me le fait dire M. Clédière.

2° Je ne lui ai jamais dénié l'honneur d'avoir enlevé *tout seul* le bandage, mais seulement qu'il l'ait fait avant deux mois et sans ma prescription.

3° Quant à la tumeur qu'un M. Renaud (dont j'entends prononcer le nom pour la première fois) aurait reconnue à la fesse gauche, à quoi donc alors aurait servi ce bandage à fracture appliqué *au genou* par M. Clédière, et dont il ose faire parade aujourd'hui.

Je compte parmi MM. les officiers de santé civils des hommes que j'estime et que j'aime infiniment ; je ne vois pas pourquoi M. Clédière rougirait de son titre.

Agréez, etc., Dr Rambaud.

Versailles, 16 janvier 1840.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 19 JANVIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 9, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Revue du service de M. Jobert (de Lamballe).

L'hôpital Saint-Louis, situé dans un quartier essentiellement peuplé d'ouvriers, entouré d'établissemens où s'exécutent de grands travaux, doit, par suite de cette position, présenter un service de chirurgie très remarquable. Il est vraiment fâcheux que l'éloignement de cet hôpital, et surtout le titre de spécialité qu'il doit aux maladies de la peau qu'on y traite, déterminent les élèves à ne pas suivre les visites chirurgicales. Notre intention est de donner un aperçu du service de M. le docteur Jobert.

A cette époque de l'année, les affections les plus communes sont sans contredit les fractures; aussi en trouve-t-on un grand nombre dans ce service. On compte 21 malades qui présentent des fractures des membres; elles sont réparties de la manière suivante :

Hommes,	14
Femmes,	7

Chez les hommes, 8 sont atteints de fracture complète de la jambe; 2 de fracture du péroné; 2 de fracture de la cuisse; et enfin 2 de fracture du bras. — Total, 14.

Chez les femmes, on trouve 3 fractures de jambe; 2 fractures de cuisse; 1 fracture du bras et 1 fracture de l'avant-bras. — Total, 7.

M. Jobert traite les fractures de jambe par le pansement le plus simple possible. Il supprime les compresses, les bandelettes, les bandes, et ne conserve absolument que le drap porte-attelles, les deux attelles latérales et les coussins latéraux. Il est bien entendu cependant que cette méthode n'est appliquée que dans les fractures simples. M. Jobert a évité de cette façon l'espèce d'atrophie musculaire produite par la compression qu'exerce le pansement ordinaire sur toute la périphérie du membre, et il a remarqué que ses malades pouvaient marcher presqu'immédiatement après la levée de l'appareil. En outre, ce chirurgien pense que la consolidation se fait plus promptement lorsque la circulation n'est pas gênée dans le membre malade.

Au n° 58 se trouve un homme dont la fracture de cuisse date de plus d'un mois. Ce malheureux est tombé d'un troisième étage, et lorsqu'il a été apporté à l'hôpital il avait deux plaies contuses au niveau de la fracture; l'une sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure, à la région moyenne de la cuisse. Un phlegmon violent avec gangrène s'est emparé de la cuisse, et tout devait faire pronostiquer la mort du malade. Aujourd'hui toute crainte est dissipée; les plaies sont cicatrisées, mais le travail de consolidation a été entravé. M. Jobert a fait appliquer la machine à extension de Boyer, rrès avantageusement modifiée par M. Martin. Le membre a repris sa longueur normale, et tout fait espérer une heureuse terminaison.

Deux hommes ont subi l'amputation, l'un de la cuisse, l'autre de la jambe : tous deux sont guéris. Ce dernier, qui est étudiant en médecine, dissimule parfaitement son infirmité au moyen de la jambe artificielle de M. Martin.

On peut voir aussi dans la salle des hommes plusieurs hydrocèles guéries ou en voie de guérison. M. Jobert traite cette maladie par l'incision de la tunique vaginale et par l'excision d'une partie de cette membrane. Dans aucun cas il n'est arrivé d'accidens; le testicule a toujours conservé son volume normal.

Un malade couché au n° 57, présentait une fausse ankylose du genou qui retenait la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse. M. Jobert, par la section des tendons des demi-membraneux, demi-tendineux et biceps, et au moyen d'une extension sagement graduée, a ramené le membre à l'état de rectitude.

Une femme couchée au n° 4 a été traitée par le même procédé et avec le même résultat obtenu en peu de jours. Aucun accident n'a troublé la marche du traitement.

Deux femmes, l'une couchée au n° 12, l'autre au n° 60, présentent chacune un kyste très remarquable. Chez la première, il est situé dans l'hypocondre droit, sur le foie. Chez la seconde, il occupe la région latérale gauche du cou, où est tout à fait indépendant du corps thyroïde.

La tumeur de la malade du n° 12 était d'un diagnostic difficile; néanmoins, M. Jobert, convaincu de la présence d'un kyste hydatique, pratiqua une ponction qui donna issue à un liquide analogue à celui qu'on trouve dans les kystes de ce genre. Mais comme il eût été dangereux d'ouvrir avec le bistouri, dans la prévision que ce kyste pouvait ne pas adhérer aux parois du ventre, le chirurgien a résolu de l'ouvrir au moyen de la potasse caustique. L'eschare n'est pas encore tombée.

La femme du n° 60 a été ponctionnée aussi; il est sorti du kyste, qui avait le volume d'un œuf de dinde, un liquide de parfaitement limpide. Pour obtenir l'adhérence des parois, M. Jobert avait déjà constaté, dans plusieurs cas analogues, ce fait remarquable de rapide absorption. La tumeur est actuellement en voie de résolution.

Au n° 13, est une femme qui portait un squirrhe volumineux du sein droit. Avant d'en faire l'ablation, M. Jobert fit appliquer quelques sangsues pour détruire ce qu'il pouvait y avoir d'inflammation dans la tumeur.

Une des morsures de sangsues s'étant enflammée, il en est résulté un phlegmon violent. Aujourd'hui le phlegmon est guéri, mais il a déterminé la résolution d'une partie assez considérable du squirrhe. L'opération est différée.

Au n° 64 est une femme qui, à la suite d'une opération, a été atteinte par la pourriture d'hôpital, qui n'est malheureusement pas disparue des hôpitaux, comme quelques chirurgiens se plaisent à le croire. On peut constater sur cette malheureuse les ravages terribles causés par cette grave affection.

Une malade actuellement au n° 70 a subi une amputation dans l'articulation tarso-métatarsienne. La cicatrisation est parfaite, et cette femme peut marcher sans la moindre claudication.

Enfin, pour terminer cette revue rapide, et bien incomplète sans doute, nous citerons l'observation fort intéressante de la malade couchée au n° 76.

Il y a quatorze mois, à la suite d'une saignée du bras pratiquée en ville, et dans laquelle on avait probablement intéressé un filet nerveux du pli du coude, cette malade a été prise d'une névralgie des plus violentes, qui avait son point de départ au pli du conde d'abord, pour remonter le long de la face interne du bras jusque dans l'aisselle, et qui, ensuite, s'étendit vers l'avant-bras, se dirigeant de haut en bas, vers la partie inférieure du cubitus. Plus tard, ce fut de ce point que les douleurs semblaient partir, en s'irradiant vers l'aisselle.

Lorsque la malade entra à l'hôpital, elle souffrait depuis l'époque que nous avons citée, et l'irritation nerveuse excitant probablement la contraction musculaire, avait déterminé par suite la flexion de l'avant-bras sur le bras.

Comme le point de départ de la douleur paraissait toujours être à l'extrémité inférieure du cubitus, M. Jobert se décida à inciser la peau vers cette partie pour couper le filet nerveux superficiel qui semblait conduire la douleur. Cette opération fut pratiquée : une ramification nerveuse appartenant au musculo-cutané fut mise à nu et coupée. Immédiatement il y eut du soulagement, les muscles du bras perdirent leur contracture.

Cette amélioration dura quelques jours; mais depuis deux jours, la douleur a reparu, et elle semble partir du pouce. M. Jobert doit faire une nouvelle opération. Nous parlerons plus au long de cette intéressante malade dans un prochain article. G. L.

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Affection syphilitique grave, caractérisée par un bubon d'abord, puis par des chancres, des végétations et des pustules. Guérison en deux mois et demi; par M. Devergie aîné.

Dans les premiers jours du mois de septembre 1839, est entré à la Maison de santé un jeune homme d'une vingtaine d'années, pour y être soumis au traitement antisyphilitique. En janvier 1837, ce malade contracta une blennorrhagie que M. Devergie fit disparaître avec rapidité à l'aide des astringens, des diurétiques et des dépuratifs. Au mois d'avril de la même année, un nouvel écoulement se déclare à la suite d'une nuit passée avec une femme ayant des fleurs blanches très abondantes; cette maladie non traitée dégénéra au bout de quatre mois en un petit suintement qui devient, après plusieurs excès, visqueux, jaunâtre et très considérable, comme dans les premiers temps de l'affection, et finit par se dissiper presque entièrement. Enfin, au mois de septembre dernier, les ganglions inguinaux se prennent, quinze jours après des relations avec deux femmes, dont l'une était plus que suspecte, sans qu'aucune lésion même extérieure n'eût été remarquée par le malade expert sur ce point; un bubon se développe dans l'aine droite. C'est alors que le malade se décida à entrer à la Maison de médecine opératoire. Huit jours environ après l'apparition de l'adénite dont nous venons de parler, nous sommes fort surpris d'apercevoir un chancre, qui est bientôt suivi de plusieurs autres plus petits; en même temps, des végétations sur le gland et de larges pustules se montrent sur différentes parties du corps. Le bubon étant accompagné de vives douleurs, M. Devergie a recours aussitôt à l'application de 15 sangsues, à des bains et aux cataplasmes émolliens. Ce traitement diminua, mais ne put empêcher la suppuration de survenir : on donna issue au pus à l'aide d'une ponction avec le bistouri; plus tard, uu second abcès dans un autre point

FEUILLETON.

INSTRUCTION UTILE POUR FACILITER L'USAGE DES NOUVEAUX POIDS. — ANECDOTE.

Nous avons inséré dans le premier numéro de cette année, le tableau comparatif, d'après la valeur exacte et d'après la valeur très rapprochée des nouveaux poids avec les anciens. Mais, n'ayant dit alors que ce qui était indispensable à faire savoir, nous ne croyons pas inutile aujourd'hui de donner, comme complément, quelques détails propres à rendre plus facile et plus sûre la mise en pratique du nouveau système. Si à l'occasion de chaque formule, la mémoire seule devait fournir la base d'un calcul qui serait toujours à recommencer, il n'est pas un praticien qui ne dût redouter l'inexactitude ou la confusion dans un travail si insipide; et alors que d'embarras toujours désagréables, que d'erreurs souvent funestes pourraient en résulter! Il est donc essentiel de prévenir, si on le peut, tous ces inconvéniens, et c'est pour y arriver que nous publions une méthode dont l'application simple et facile n'a peut-être pas échappé à l'observation de ceux qui ont voulu réfléchir uu instant sur la corrélation que le système décimal offre en beaucoup de points; l'usage presqu'habituel que nous en faisons pour la monnaie, va nous fournir l'occasion de tirer d'une routine déjà connue, le moyen de nous débarrasser presque sans difficultés, d'une autre routine à laquelle il faut maintenant renoncer.

Il est bien entendu que nous n'établissons ici de comparaison que d'après la valeur très rapprochée des anciens poids avec les nouveaux, suivant le tableau qui en a été publié.

Commençant donc par les dernières subdivisions de la livre, nous indiquons les règles suivantes :

Pour les grains. Tout le monde sait, de mémoire, convertir tel nombre que ce soit de *sous* en *francs* et *centimes*. C'est identiquement la même chose à faire pour convertir les grains en grammes et centigrammes. Alors, dans la prescription d'un médicament par grains, substituez dans votre pensée le mot *sou* au mot *grain*, et la conversion étant faite dans votre esprit, au lieu d'écrire ce qu'autant de sous valent de francs et de centimes, posez la même numération, en remplaçant le mot franc et ses subdivisions par le mot *gramme et ses subdivisions*, sans omettre de séparer également par une virgule les deux derniers chiffres à droite, après avoir ajouté un zéro à la gauche, s'il y avait moins de trois chiffres. De cette manière vous aurez la quantité voulue et le poids légal du médicament prescrit. Exemples :

24 g. représ.	24 s. qui font	1 f.	20 c., et équiv. à	1 gram.	20 cent.
15	15		75	0	75
50	50	2	50	2	50

S'il s'agit d'une quantité de grains peu élevée ou sous-métrique de 100, il est encore très simple de multiplier le chiffre ou les deux chiffres qui représentent cette quantité par le nombre 5; les chiffres du produit donneront la même quantité du médicament en *grammes et centigrammes*, que l'on posera suivant les règles de numération ci-dessus prescrites pour la séparation des décimales. Ainsi :

12 gr. multipliés par	5 donnent	60 qui font	0 gramm.	60 centig.
25	5	125	1	25
40	5	200	2	00

On prescrit quelquefois des médicamens très actifs seulement à la dose de un quart, un demi, trois quarts de grain; cinq centigrammes faisant un peu plus d'un grain, on peut alors, il nous semble, donner pour chaque quart autant de centigrammes; il n'y aura que la différence en moins d'environ un vingtième d'unité par dose, et cela ne fera qu'exagérer un peu la prudence que le praticien témoigne déjà dans ce cas. Ainsi :

1/4 de grain sera représenté par	1 centigram.
2/4 ou 1/2	2
3/4	3

Pour les scrupules. — Il faut absolument que le praticien raye ce mot de son vocabulaire, et ne se souvienne du scrupule que pour agir sur son équivalent *en grains*, comme nous venons de l'indiquer.

Pour les gros. — Rien n'est plus simple que de multiplier par 4 le chiffre qui représente la quantité de *gros* voulue, et l'on aura au produit le poids demandé exprimé en *grammes* ou *multiples du gramme*, à la suite desquels on devra poser deux zéros après la virgule, pour indiquer le rang des décimales manquantes.

Exemples :

3 gros multipliés par	4 font	12 ou	12 grammes	00 centigr.
5	4	20	20	00
6	4	24	24	00

Pour les onces. — Il suffit encore tout simplement de multiplier le nombre *d'onces* demandé par le chiffre 3 et d'après les mêmes règles de numération que dessus, de poser le résultat au produit qui exprimera en *décagrammes ou autres mutiples du gramme*, la quantité voulue du médicament. C'est pourquoi, il sera nécessaire d'ajouter, après ce dernier chiffre, un zéro qui fera convertir le total en une quantité équivalente de grammes,

se forma et se fit jour par une piqûre de sangsues; des applications résolutives, des frictions avec l'onguent napolitain et surtout avec la teinture d'iode triomphèrent du reste d'engorgement qui avait résisté à la fonte purulente. Les végétations revenant toujours, bien qu'il les cautérisât fortement, après les avoir excisées, M. Devergie finit par s'en rendre maître en enlevant avec ces excroissances une bonne partie de la muqueuse sur laquelle elles reposent. Cette règle, on ne doit jamais s'en écarter si l'on veut guérir ces crêtes de coq qui repullulent sans cesse et font le désespoir des médecins et des malades. Plusieurs applications de nitrate d'argent font promptement justice des ulcérations chancreuses du gland. Quant aux pustules que nous avons dit exister sur différentes parties du corps, elles se transforment en larges ulcérations fort douloureuses : comme elles étaient modifiées peu avantageusement par les cautérisations successives avec le proto-nitrate acide liquide de mercure jointes aux pansemens légers et mercuriels et aux bandelettes de diachylon, M. Devergie mit en usage les bains sulfureux qui amènent une guérison prompte et définitive.

Nous ajouterons en terminant qu'un traitement interne choisi de préférence parmi les préparations d'iode, le malade étant d'une constitution lymphatique, est venu prêter son appui à la série des moyens précités. Il a consisté en 6 grains de proto-iodure de mercure donné par fraction d'un 32e de grain, d'un 16e ensuite, puis d'un 8e de grain; huit bouteilles du sirop dépuratif du docteur Devergie, sans aucune addition, et d'essence de salsepareille, avec addition de teinture d'iode.

Cette observation démontre l'heureuse alliance des modifications du tempérament lymphatique aux mercuriaux. Les pustules ulcérées nombreuses qui couvraient ce malade ne se sont cicatrisées que sous l'influence des bains sulfureux, et c'est à la teinture d'iode que nous devons la disparition du reste d'engorgement qui persistait dans les glandes inguinales, malgré la médication active employée; l'expérience a fait voir en effet que lorsque la syphilis a sévi plusieurs fois chez un individu avec prédominance lymphatique, les deux vices scrofuleux et vénériens finissent par se combiner ensemble, de manière qu'on ne peut déraciner ce dernier qu'en employant conjointement avec les mercuriaux les armes qui conviennent au premier. Nous ne finirons pas sans appeler l'attention sur un fait assez remarquable : nous avons vu que chez ce jeune homme le bubon avait précédé de quinze jours la naissance des chancres; M. Ricord cependant prétend que *toujours* le chancre se montre avant l'adénite, en opposition sur ce sujet avec M. Devergie qui assure, avec beaucoup d'autres écrivains, avoir souvent remarqué le contraire. Que conclure de l'opinion de ces deux chirurgiens ? c'est qu'il ne faut pas en médecine ni en chirurgie se servir des mots *toujours* et *jamais*, comme nous l'avons entendu dire à l'illustre Dupuytren et à Astley-Cooper, car la nature vient souvent déjouer les diverses théories et les systèmes qu'on s'efforce d'établir avec tant d'assurance. Le vieux praticien qui s'est aperçu quelquefois que l'expérience elle-même était en défaut, se met en garde contre un esprit de système qui peut non-seulement lui porter préjudice à lui même mais encore à ses malades.

X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Calcul vésical chez un enfant. Taille bilatérale.

Au n° 14 de la salle Saint-Ferdinand, est couché un jeune enfant de douze ans, très blond, d'un tempérament lymphatique, se portant bien d'ailleurs, mais accusant depuis plus de quatre années déjà tous les signes caractéristiques d'une affection calculeuse de la vessie, tels qu'envies fréquentes d'uriner, émissions douloureuses, cuissons à l'extrémité du gland, besoin de se tirailler la verge et gêne pénible au moindre mouvement dans la région de ces viscères et en arrière des pubis. Le cathétérisme pratiqué ne laisse plus douter de l'existence d'une pierre que l'on rencontre constamment au niveau de l'orifice urétral, et qui semble même assez grosse pour rendre difficile l'introduction de la sonde dès que le bec de celle-ci a franchi la prostate, et pour empêcher surtout sa manœuvre dans la vessie. L'exploration qu'on en peut faire au moyen du cathétérisme laisse supposer que ce calcul offre un diamètre d'au moins 30 millimètres dans un sens; qu'il présente une surface bosselée, raboteuse ; qu'il est dur et probablement formé d'oxalate de chaux.

La considération de l'âge du sujet, puis celle du volume et de la nature présumés du calcul, paraissent à M. Velpeau trois motifs puissans qui contre-indiquent la lithotritie dans ce cas, et qui doivent la contre-indiquer même aux yeux des plus chauds partisans de ce procédé opératoire.

Quant à choisir l'une des deux manières pour pratiquer la taille, M. Velpeau établit un parallèle entre les inconvéniens et surtout les suites fâcheuses qui sont à redouter de l'un et l'autre côté.

«Si dans la taille hypogastrique, dit-il, on trouve ce procédé plus facile, moins douloureux, on peut dire aussi que les dangers qu'il offre sont tout autres que ceux de la taille sous-pubienne. Dans celle-ci, en effet, beaucoup sont à craindre, et parmi les principaux, la lésion des artères honteuses, la blessure soit du rectum, soit de la vessie ou des canaux éjaculateurs, etc. Par le haut appareil, au contraire, on est garanti contre toute hémorrhagie artérielle, à moins de circonstances insolites, comme deux ou trois cas en ont offert l'exemple. Il est impossible d'intéresser ici ni les intestins, ni aucune des dépendances des organes génitaux ; mais deux accidens bien graves ne sauraient inspirer trop de craintes : l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire intermédiaire à la vessie et au pubis, et la lésion du péritoine. Celle-ci à la vérité peut être facilement évitée, mais l'on n'est pas moins à l'abri de l'inflammation de ce viscère qui est souvent consécutive à cette opération dans tous les cas. Si elle survient, les chances n'en sont pas moins fâcheuses que celles de l'infiltration de l'urine, qui bientôt devient purulente, gangréneuse. Ce sont donc deux accidens presque toujours suivies de mort, tandis que les dangers de la taille périnéale permettent toujours d'espérer un résultat moins terrible ; toute hémorragie n'est pas mortelle : l'établissement d'une fistule recto-vésicale urétrale, ou dans quelque partie que ce soit, n'intéresse pas immédiatement la vie; la lésion des canaux éjaculateurs peut produire la stérilité, encore s'ils sont blessés des deux côtés, mais sans empêcher de vivre. En sorte que si les dangers de la taille sous-pubienne sont plus nombreux que ceux pouvant survenir dans la pratique de la taille hypogastrique, ceux-ci, en revanche, sont beaucoup plus redoutables, quant à leurs conséquences, et qu'alors, à moins d'avoir affaire à un calcul supposé d'une dimension telle qu'il ne puisse franchir la plus grande ouverture possible au périnée sans de graves inconvéniens, il doit être souvent préférable de recourir au procédé de la taille sous-pubienne que M. Velpeau a cru le plus convenable pour le cas qui nous occupe. »

N'ayant point d'idée certaine sur la grosseur de la pierre, il a voulu attendre après l'introduction de la sonde cannelée, que les premières incisions lui permissent de mieux la constater, afin de ne faire, si cela se pouvait, que la simple taille latéralisée, ou bien, s'il le fallait, pratiquer la taille bi-latérale avec le lithotome double de Dupuytren, ou enfin celle quadri-latérale de M. Vidal, si la dimension du calcul était excessive.

L'opération a été pratiquée samedi dernier, et supportée par le pauvre petit patient avec le plus grand courage; M. Velpeau y a procédé par l'incision bi-latérale, après quoi, ayant saisi le calcul avec les tenettes, et l'ayant amené au bord de la plaie, celui-ci s'est cassé sous des efforts cependant assez légers, et il s'en est détaché plusieurs fragmens formant une espèce de coque incomplète, qui ont été retirés isolément; le noyau ayant été repris dans la vessie en a été enfin extrait en un seul morceau, mais non pas sans difficultés, à cause de la grosseur : il représentait un œuf aplati ayant une hauteur d'environ 47 millimètres (21 lignes), une largeur de 36 millimètres (16 lignes), et une épaisseur d'environ 26 millimètres (13 lignes).

Une double injection à grande eau a été faite dans la poche urinaire, afin d'entraîner au-dehors les quelques petits fragmens qui auraient pu rester adhérens aux parois de la vessie que le doigt de l'opérateur avait bien explorées auparavant, ou demeurer cachées dans les anfractuosités que présentaient les plans musculaires, aponévrotique ou graisseux de la plaie à travers laquelle ils avaient dû passer.

La rupture du calcul arrivant, comme aujourd'hui, au moment où il va être extrait et au milieu de la cavité de la vessie ou de la plaie entre les mors des tenettes, a pour inconvénient, heureusement rare d'ailleurs, de faire éclater les fragmens de manière à les envoyer se coller aux parois de la vessie ou aux anfractuosités de l'ouverture avec une telle force que dans un cas cité par M. Velpeau, la plus forte injection, plusieurs fois répétée, n'a pu les en détacher, et qu'il a fallu, pour les extraire, racler tout l'intérieur avec le doigt ou la curette.

Aujourd'hui lundi, l'aspect de la plaie et l'état général du petit malade sont on ne peut plus satisfaisans; pendant ces deux nuits il a eu un sommeil facile et tranquille; pas de nausées, pas de soif; à peine un mouvement fébrile s'est-il établi; le ventre est souple; seulement, sous la pression, un léger sentiment de douleur se manifeste dans la région vésicale. L'application de quelques sangsues au-dessus du pubis le combattront s'il persiste. Tout annonce un heureux succès.

X....

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 13 janvier.

Circonstances qui influent sur le développement de la morve. — M. le ministre de la guerre écrit qu'une commission a été nommée par son prédécesseur, à l'effet de rechercher les causes de la plus grande fréquence de la morve parmi les chevaux de nos armées que parmi ceux des armées étrangères, et que cette commission l'a attribuée principalement au mauvais état dans lequel se trouvent beaucoup de quartiers de cavalerie, à l'insalubrité de la majeure partie des écuries, au défaut d'espace laissé à chaque cheval, et au manque de barrage pour séparer les chevaux.

La commission, dit M. le ministre, a eu dès-lors à s'occuper de présenter le projet d'une écurie modèle, et d'indiquer les conditions de hauteur, de longueur, de largeur, d'espacement, de barrage, de pavage, etc., que devait réunir une écurie pour que les chevaux y fussent dans la meilleure situation physique. La commission a proposé d'espacer et de barrer les chevaux à 1 mètre 50 cent.; de les placer sur deux rangs dans une écurie de 13 mètres de largeur sur 6 mètres de hauteur. Ces dimensions sont à peu près celles qui ont été adoptées dans les établissemens militaires des puissances voisines qui ont vu ainsi la morve disparaître de leurs régimens. L'espacement à 1 mètre 50 centimètres a eu pour but de permettre au cheval de se reposer, de faciliter le pansage, l'action de seller et de brider à l'écurie. La largeur de 13 mètres a eu pour objet de laisser entre la croupe des deux rangs de chevaux l'espace suffisant pour le placement des auges d'abreuvoir le long des grands côtés de l'écurie, et pour rendre prompte, facile et sans danger la circulation des cavaliers derrière les rangs des chevaux. Quant à la hauteur de 6 mètres, elle a été déterminée d'après l'opinion émise par la commission, qu'une quantité de 50 mètres cubes d'air devait être assurée à chaque cheval pour qu'il fût placé dans une bonne condition de santé et de conservation. La commission s'est appuyée dans cette circonstance sur l'avis de plusieurs auteurs qui, après avoir comparé la capacité des poumons d'un cheval à celle des poumons de l'homme, ont adopté ce chiffre de 50 mètres cubes d'air.

Avant de prendre une décision sur cette proposition, je désire, dit M. le ministre, m'éclairer de l'avis de l'Académie. Elle appréciera ce que cette comparaison de la capacité des poumons d'un cheval à celle des poumons de l'homme peut avoir de décisif, et aura à tenir compte : 1° de la masse d'air vicié dans une écurie par les déjections et par les exhalaisons de la litière des chevaux; 2° de la nécessité, dans certaines circonstances, de tenir les chevaux à l'écurie pendant 24 heures consécutives; 3° des moyens de ventilation par lesquels on pourrait renouveler une partie de cette masse d'air à des heures déterminées.

---

et de séparer le tout par une virgule entre les deux zéros que l'on mettra encore à la place des décimales. Ainsi :

1 once mult. par	3	donne 3 c.-à-d. 3	décag. ou 30,	gram.	00
4	3	12	12	120,	00
6	3	18	18	180,	00

Enfin, personne ne saurait oublier que la livre équivaut à 500 *grammes*, égalant 50 *décagrammes*, 5 *hectogrammes*, ou *demi-kilogramme*; et que par conséquent, le *kilogramme*, 1000 *grammes* ou 100 *décagrammes* valent *deux livres*.

Si l'on adopte la méthode de multiplication que nous venons d'expliquer, nous pouvons faire remarquer, comme moyen mnémonique assez puissant, que pour *multiplicateur* on a un chiffre qui diminue d'*un* à chaque degré que l'on remonte dans l'échelle des subdivisions de la livre, ou par proposition inverse, qui s'accroît d'*un* à mesure que la subdivision augmente, et, de plus, que le dernier chiffre du produit qui exprime le poids légal a une dénomination qui devient proportionnellement plus élevée et tout-à-fait relative à la valeur du chiffre qu'il représente. Ainsi :

Le grain et le scrupule qui se multiplient par 5 donnent pour produit au moins des *centigrammes* et des *décigrammes*;
Le gros, multiplié par 4, donne au moins des *grammes*;
L'once, multipliée par 3, donne au moins des *décagrammes*.

MESURES DE CAPACITÉ. Le praticien peut faire usage des suivantes, dont il retiendra la valeur comparative et le poids équivalent d'après le nouveau système :

La pinte, qui pesait 2 livres, équivaut à 1 litre et pèse 1,000 gram. ou 1 kilo.
La chopine, qui pesait une livre, équivaut à 5 décilitres ou demi-litre, et pèse 500 gramm. ou 5 hectog.
Le verre ordinaire plein, qui pesait environ 4 onces, équivaut à 2 décilitres et pèse 200 grammes.
La cuillère à bouche, qui pesait 4 à 5 gros, équivaut à 2 centilitres et pèse 20 grammes.
La cuillère à dessert, qui pesait 2 à 3 gros, équivaut à 1 centilitre et pèse 10 grammes.
La cuillère à café, qui pesait 1 gros, équivaut à 4 grammes.
La goutte, qui pesait 1 grain, équivaut à 5 centigrammes.

MESURES DE LONGUEUR. Enfin, pour compléter ce tableau, nous ajouterons la valeur actuelle des anciennes mesures de longueur que le praticien peut employer dans la prescription de vésicatoires ou d'emplâtres quelconques de telle ou telle dimension :

Le pied ancien équivaut à environ	33 centimètres.
6 pouces,	16 *id.*
3 pouces et 8 lignes,	1 décimètre.
1 pouce,	27 millimètres.
1 ligne,	2 *id.*

Et pour les bandes ou autres pièces d'appareil plus ou moins longues :

L'aune ancienne équivaut à	1 mètre 20 centimères.
La demi-aune,	0 60

— Ces indications quelque peu étudiées et mises en pratique, doivent, il nous semble diminuer les inconvéniens qui marqueront inévitablement les premiers temps de l'usage du nouveau système de poids et mesures; et quant à ceux qui arriveront encore, nous désirons sincèrement qu'ils n'aient pas de conséquence plus fâcheuse que celle d'une méprise trop singulière pour que nous ne demandions pas à nos lecteurs la permission de leur faire partager l'hilarité que nous a causé le récit de l'anecdote suivante :

Chez un de nos célèbres tailleurs de la rue Vivienne, un médecin avait prescrit, au bas d'une formule, l'emploi du bouillon de veau fait avec *un kilogramme* de viande cuit dans deux litres d'eau. Soit que le patron étourdi depuis quelques jours des mots *mètre et centimètre* qui lui résonnent sans cesse à l'oreille, se soit trompé en donnant sa commission à faire, soit que sa domestique ait elle-même confondu avec ce qu'elle entendait continuellement repéter, toujours est-il qu'au lieu *d'un kilogramme* elle s'en fut demander au boucher *un mètre* de veau ? Celui-ci n'ayant pas encore entendu parler d'un pareil poids, mais se rejettant sur son peu d'habitude du système décimal, prit son guide-âne et trouvant au tableau comparatif des mesures de longueur qu'*un mètre* vaut *trois pieds et quelque chose de plus* : « Ah ! c'est cela, dit-il, il ne vous faut que trois pieds de veau avec un peu de réjouissance ! Tenez, voilà ! » et la bonne emporta *trois des pieds du veau, avec un peu de viande en sus.*

Pour cette fois, comme nous le disions, il n'y a eu qu'à rire; Dieu nous préserve d'erreurs plus préjudiciables ! J. L.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association de Prévoyance des médecins de Paris a eu lieu dimanche dernier 19 janvier; nous rendrons compte de cette séance.

— Les obsèques de M. le docteur Marc, premier médecin du roi, ont eu lieu vendredi à l'église de l'Assomption. On y remarquait une députation de l'Académie de médecine et plusieurs membres du Conseil de salubrité, ses collègues. Ses restes mortuaires ont été déposés au cimetière Montmartre, où différens discours ont été prononcés, par M. de St-Albin, gendre du défunt, par M. Pariset, au nom de l'Académie, et par M. Ollivier (d'Angers), au nom du Conseil de salubrité.

Cas rare de pathologie chirurgicale. — M. Larrey fait en son nom et celui de MM. Roux et Breschet un rapport sur un mémoire adressé par M. Bailleul, chirurgien à l'hospice de Belbec.

Le cas qui fait l'objet de ce mémoire a rapport à un enfant de douze ans, employé dans une fabrique d'indienne, lequel eut la jambe droite prise dans l'engrenage d'une machine de la force de douze chevaux. La jambe, prise dans un intervalle de six centimètres environ, tomba entièrement détachée du reste du corps en laissant à quatre travers de doigts du genou une plaie irrégulière, formée par le déchirement des muscles jumeaux, dépourvus de la peau. Le tibia, entièrement dénudé et fracturé en pointe, faisait une saillie de plusieurs centimètres; le péroné avait été rompu plus haut à trois ou quatre travers de doigt de son articulation avec ce premier os; la cuisse du même côté présentait deux fractures au fémur, simples et sans solution de continuité aux parties molles, l'une à son quart supéreur et l'autre au quart inférieur.

Le côté gauche de la tête était encore le siége d'une plaie très irrégulière, de la largeur de la main. Plusieurs portions du cuir chevelu étaient roulées en différens sens, et une partie de l'os pariétal était dénudé de son péricrâne, mais exempt de fracture.

Le bras gauche, le dos et différentes parties du corps présentaient çà et là des traces de contusion et plusieurs excoriations à la peau, car à chaque mouvement de l'arbre tournant, l'enfant frappait contre les murailles ou contre le sol.

Le blessé, quand le docteur Bailleul le vit, un quart d'heure environ après l'accident, avait le corps tout froid, le pouls et la respiration à peine sensibles; la plaie ne fournissait plus de sang, mais dans les premiers instans l'hémorrhagie avait dû être considérable.

M. Bailleul étant allé ehercher les instrumens et les médicamens dont il avait besoin pour remédier à ces graves accidens, trouva à son retour que le malade avait repris l'usage de ses sens; et dès ce moment il eut l'espérance de le sauver. Il pratiqua, peu de momens après, l'amputation de la jambe, au-dessous du genou, et procéda ensuite au pansement de la plaie de la tête. Les bords de cette large déchirure furent réunis au moyen de bandelettes agglutinatives, et le pansement fut terminé par l'application d'un appareil convenable.

L'enfant, mis au lit, fut pris d'un profond sommeil, suivi d'une respiration abondante, et bientôt on eut les espérances les mieux fondées d'une guérison qui, en effet, arriva assez rapidement, bien que la cicatrice de la plaie de la tête fût retardée par des eschares gangréneuses. On aurait sans doute, dit le rapporteur, évité cette affection gangréneuse, si l'on avait excité les lambeaux désorganisés et débridé les angles de cette plaie contuse. Une autre remarque du rapporteur est relative à l'ordre dans lequel ont été administrés les secours. M. Larrey pense que, dans ce cas, comme dans tous ceux où il y a plusieurs blessures inégalement graves, le pansement doit se terminer par celle qui exige l'opération la plus grave.

— M. J. Guérin lit un mémoire sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses. (*Voir* le nº précédent.)

ESSAI SUR LA THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES FRACTURES; Par MATHIAS MAYOR.

(Suite du nº 3.)

Les soins variés que réclament ces tissus, lors d'une fracture, n'ont, du reste, rien de particulier, et s'appliquent ici de la même manière, dans la même mesure et dans le même but, qui sont indiqués partout ailleurs, dans des circonstances pathologiques analogues, et lorsqu'il n'existe aucune lésion osseuse. Ainsi donc, les contusions, les inflammations, les dépôts, les hémorrhagies, la gangrène, les séquestres, etc., tous ces états morbides sont exactement sur la même ligne thérapeutique, soit qu'ils compliquent une fracture, soit qu'ils existent en dehors de cette affection. Aussi je ne m'en occuperai pas davantage, et je ne m'arrêterai qu'aux agens mécaniques dont l'heureuse influence permet de traiter *toutes* les complications possibles des fractures, exactement comme si celles-ci n'existaient pas, et comme s'il n'était question en réalité que de cette fracture crânienne dont nous avons parlé plus haut.

Si ces considérations ont quelque valeur pratique, elles suffiront déjà pour faire apercevoir le danger d'un seul et même mode de traitement des fractures, et celui de l'adapter, sans distinction aucune, à toutes celles de ces lésions qui se présentent, et sans nul égard pour leurs complications diverses. N'est-il pas étrange, par exemple, de prétendre et d'enseigner qu'un soi-disant appareil inamovible quelconque (et le ciel sait combien nous en possédons déjà) doit convenir à *tous* les états, quels qu'ils soient, où se trouvent les parties molles dans chacune des lésions traumatiques des os? et ne répugne-t-il pas au gros bon sens et à la raison éclairée, d'admettre qu'il importe à la vérité de soigner bien exactement, et suivant toutes les règles de l'art, chacune des nuances pathologiques des tissus mous, *pourvu qu'elles soient simples et sans aucune affection du système osseux*; qu'au contraire ces mêmes lésions, non-seulement ne méritent pas la moindre attention, mais encore qu'on peut les traiter, *dragonner* et *maltraiter* impunément et en dépit du sens commun et des préceptes les mieux formulés de la science, *alors qu'elles sont compliquées d'affections plus ou moins graves des os sous-jacens*.

Ainsi donc, une petite balle vient-elle de traverser la cuisse sans intéresser le moins du monde le fémur, vite on prodigue tous les topiques antiphlogistiques imaginables (saignées, sangsues, glace); on met la plus grande sollicitude à ne froisser, presser, ni serrer, en manière quelconque, le membre blessé; on a bien soin d'éloigner de lui comme *nuisible* tout ce qui est sec, rude et dur, pour ne l'entourer que de substances pulpeuses, douces et modérément chaudes; ou bien on s'empresse de le mettre incessamment au bénéfice des irrigations continues, tièdes ou froides, et on éprouve surtout le besoin de le *voir et surveiller* chaque jour, afin de modifier, s'il y a lieu, ce traitement rationnel et si conforme aux lois dictées par la sagesse et l'obervations.

Mais (du moins d'après le beau système à l'ordre du jour) si un projectile, fût-il même plus volumineux que celui que nous venons de supposer, a labouré la cuisse d'un autre individu, et s'il a, en outre, mis l'os en pièces, alors, nous dit-on très cavalièrement: Un pareil traitement local n'est plus de mise, et il faut s'empresser, au contraire, d'avoir recours à un appareil qui puisse se *dessécher* et se *durcir* au plus tôt et comme du bois, qui soit capable de comprimer fortement et *immédiatement* tout le membre, et qui ait mission de l'entourer si étroitement et si bien, qu'il ne soit plus possible ou facile ni de l'examiner ni de savoir au juste dans quel état il se trouvera pendant Dieu sait combien de semaines (1).

Voilà pourtant où l'on en est venu avec les belles doctrines des appareils inamovibles! Telle est bien la dangereuse conséquence qui résulte de leur admission dans la pratique! Et les hommes haut placés et chargés de l'enseignement chirurgical, au dix neuvième siècle, appellent cela... un *Progrès*! Ils en revendiquent la précieuse invention, et s'en disputent l'honneur insigne!

De semblables hérésies n'auraient jamais vu le jour, sans l'absence totale de principes et de vues thérapeutiques sur la matière. Ont-elles, peut-être, leur excuse dans l'état actuel de la science et de la société, dans la pénurie de nos moyens matériels, ou dans la faiblesse intellectuelle et le trop petit nombre des chirurgiens de l'Europe et des pays civilisés?

Sommes-nous donc réduits, en fait d'appareils à fractures, à tendre encore humblement la main aux fidèles continuateurs des Arabes, soit en Espagne, soit en Afrique? Ces étranges doctrines, qui font fureur, de nos jours, à Paris et en Belgique, sont-elles du moins utiles? Sont-elles parfois si indispensables, qu'on ne puisse guère faire autrement que de les adopter dans quelques cas rares de la pratique, soit civile, soit militaire? Se recommandent-elles, par hasard, par un mode précieux de simplicité, de commodité, de rapidité d'exécution, de sûreté, d'économie, qu'on ne retrouverait dans aucun autre procédé connu? PAS LE MOINS DU MONDE! Car, outre que tous les appareils en usage *partout*, peuvent, lorsqu'ils sont construits et appliqués avec quelque intelligence, lutter avantageusement avec tous les inamovibles connus, ainsi que je le prouverai plus bas, nous verrons bientôt que l'art possède des modes de faire qui ne laissent rien à désirer sous tous les rapports imaginables, et qui présentent, de plus, le double avantage d'une position heureuse et ferme des fragmens osseux, et d'une médication facile des organes qui les entourent.

Or, ce dernier point est de la plus haute importance pratique; car, on ne saurait trop le répéter, le danger qui environne les fractures ne provient *jamais* de l'état où se trouve l'os lui-même, mais bien de celui des parties molles; de sorte que, si nous pouvons, à l'aide d'un appareil quelconque, prodiguer tous les soins nécessaires ou convenables à ces dernières, nous aurons, non-seulement de meilleures chances de guérison, mais encore des données plus précises pour prononcer « sur la possibilité de conserver le membre ou l'individu affecté, ainsi que sur la nécessité d'amputer. »

L'appréciation *du point d'appui*, de son mode d'agir et de ses usages est une source intarissable de brillans succès en chirurgie.

Il y a près de deux mille ans que, du haut des remparts de Syracuse, la voix d'Archimède proclamait, en face des hommes de son temps et de tous les temps, cette imposante et éclatante vérité: UN POINT D'APPUI, *et l'on pourra soulever même la terre.* Mais, dès lors et pendant ces vingt siècles, comment a-t-on compris et mis à profit cette grande révélation mécanique? Pour les chirurgiens, du moins, elle est tombée dans le plus profond oubli, et, loin de s'enquérir de ce point important et si propre à soulever de lourdes masses ou à vaincre la résistance de forces considérables, ils ont l'air même d'ignorer qu'il faut nécessairement un semblable point pour fixer les objets les plus subtils; et que la bandelette agglutinative la plus étroite, la mouche la plus légère de taffetas dit d'Angleterre, sont sans aucune action, si elles sont privées de cette ressource.

Et, cependant, le point d'appui *avant tout et partout*, dans nos procédés opératoires et dans l'application de *tous* nos appareils; c'est si bien cela, que l'homme de l'art, qui saura le mieux voir, choisir, se créer au besoin un pareil point, et qui en sentira toute la valeur pratique, sera l'un des plus habiles et des plus heureux bienfaiteurs de l'humanité.

Peu m'importe qu'on m'accuse de m'appesantir, dans ce mémoire sur des choses vulgaires et qui semblent sauter aux yeux de tout le monde; car il faut bien que je brave la critique sur ce point comme sur quelques autres, pour établir solidement ma proposition et en faire mieux ressortir l'exactitude. Je n'ai du reste pas la prétention de m'écarter du domaine chirurgical, c'est uniquement, en ma qualité de clinicien, que je chercherai à faire l'application des paroles sacramentelles du profond génie de l'antique Sicile, et ce n'est d'ailleurs qu'aux jeunes praticiens et aux élèves que je m'adresserai dans cette note.

Je n'ai garde, malgré ce préambule, de vouloir leur apprendre, par exemple, que le malade a pour point d'appui un drap, celui-ci un matelas, ce dernier un bois de lit, et je ne pousserai pas le ridicule jusqu'à prétendre encore que le lit est soutenu par le plancher, le plancher par les murs de la maison qui, elle-même, est supportée par le sol de notre planète, laquelle trouve son point d'appui dans la gravitation des corps célestes. Je dirai toutefois qu'une épingle, comme la plupart de nos plus précieux instrumens, a son point d'appui dans nos doigts, lorsqu'on veut la faire pénétrer; que ceux-ci, quand ils sont armés de corps étrangers, ont eux-mêmes besoin de points d'appui particuliers, et que ces derniers seront d'autant mieux choisis qu'ils se trouveront plus en rapport avec les principes immuables de la mécanique. J'ajouterai que le mode d'agir de la plupart des auxiliaires du chirurgien est conforme à celui des leviers, et qu'il peut être soumis à la rigueur du calcul. Telles sont, par exemple, la clef de Garengeot, l'aiguille à cataracte, etc.

Il est assez intéressant, pour mon objet, d'essayer tout d'abord ce à quoi on n'a guère songé jusqu'ici, je veux parler de l'analyse synthétique du mode d'agir d'une simple bande après la saignée. La main de l'homme doit commencer ici par animer ce faible lien, en lui communiquant un certain degré de force pour que celle-ci atteigne le but qu'on se propose, c'est-à-dire qu'elle devienne compressive sur un point donné; il faut que ce point soit surmonté d'un corps plus ou moins épais et, en quelque sorte, pyramidal (la compresse). Mais tout cela serait tout-à-fait illusoire et de nul effet, si nous ne trouvions pas le point d'appui qui nous est absolument nécessaire, derrière le bras, au-dessus et au-dessous du coude.

En serrant un rameau artériel dans un lien circulaire, on me demandera peut-être, où est alors le point d'appui? Il existe, pour chacun des points du tube ainsi étreint, dans l'extrémité opposée du diamètre correspondant; de telle sorte que, si tous les points qui se trouvent sous le lien en question résistent avec une force égale, ils finiront par céder aussi, et tous également, et par s'agglomérer et se serrer vers un centre commun. Mais si c'est un membre, la jambe, par exemple, que vous ayez soumise à une forte constriction circulaire, la région osseuse, plus résistante que les autres, servira de point d'appui au lien, pour agir avec plus de violence sur les parties molles adjacentes, et l'on verra, dans ce cas, l'agent constricteur s'enfoncer plus particulièrement dans ces dernières. C'est exactement ce qui arrive aussi dans la strangulation, où la corde a son point d'appui principal vers les vertèbres cervicales.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Il est manifeste que la plupart des reproches graves que je viens d'adresser, ici, aux appareils inamovibles peuvent s'appliquer, également, à celui dont les bandelettes de Scultet, les gros remplissages de tous genres, *les larges et plates* attelles, et les divers liens font la base, est qui est connu sous le nom *d'appareil ordinaire.* Ce dernier est, en effet, trop grossier et trop en opposition avec les exigences des tissus mous, dans le plus grand nombre des fractures compliquées, pour qu'il mérite, parmi nos moyens contentifs, une place plus avantageuse que les *inamovibles.* Ce n'est, d'ailleurs et sans aucun doute, qu'après avoir reconnu l'influence pernicieuse de ce grotesque appareil ordinaire, qu'on s'est rejeté et en désespoir de cause sur les inamovibles, et qu'on a cru, par là, se mettre à l'abri des accidens inséparables du premier de ces agens de contention. Mais, par malheur, on est tombé dans Scylla en voulant éviter Carybde, et en continuant d'observer bien religieusement les merveilleuses inspirations de nos premiers maîtres, les rebouteurs et les barbiers.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Paris, 15 janvier 1840.

Mon cher confrère,

Dans la lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser à l'occasion de la mort de notre excellent collègue Sarlandière, et de l'organisation d'une commission pour l'érection par souscription d'un monument à sa mémoire, je me suis engagé à publier les noms des personnes qui, partageant nos sentimens touchant le culte des morts illustres et de ce digne médecin en particulier, seraient venues joindre leur offrande à la nôtre. Aujourd'hui que notre voix a été entendue et nos efforts couronnés de succès, je m'empresse de remplir ce devoir de vive reconnaissance et de pieuse sympathie! Vous, cher confrère, qui vous êtes empressé de vous associer à notre œuvre de justice et d'affection, en lui donnant toute la publicité dont vous pouviez disposer (*voir* le nº 145 du 11 décembre 1838 de ce Journal), nous croirions vous faire injure en doutant que vous soyez heureux de nous aider à la compléter ici.

A part ses titres antérieurs, titres scientifiques et patriotiques importans et nombreux, à la haute distinction dont nous avons voulu honorer sa mémoire, Sarlandière en possédait un, le plus glorieux entre tous, fruit de ses veilles de vingt années, connu seulement de quelques amis lorsque le surprit sa mort prématurée... Ce titre ou cet ouvrage posthume, publié aujourd'hui par sa famille, vient noblement justifier notre sollicitude! En effet, le *Traité du système nerveux dans l'état actuel de la science*, à part quelques imperfections nées des circonstances délicates dans lesquelles il a été rédigé, bien plus que de l'insuffisance de l'auteur et des immenses difficultés du sujet, le Traité du système nerveux restera utilement et honorablement enregistré dans les fastes de la science, même après les travaux remarquables des Hunter, Monro, Reil, Scarpa, Legallois, Bichat, Gall, Spurzheim, Cuvier, Tiedeman, Meckel, Carus, Ch. Bell, Magendie, Desmoulins, Brachet de Lyon, Serres, Flourens, Broussais, Leuret, etc.

En effet, ce travail, d'une grande richesse de faits bien observés et logiquement interprétés, présente quelques vues nouvelles qui attestent la sagacité de l'auteur. De plus, il offre un mérite grand à nos yeux, celui d'avoir hardiment et religieusement suivi la voie vraiment rationnelle et philosophique tracée par ses illustres maîtres Gall, Spurzheim et Broussais; voie hors de laquelle (n'en déplaise à certains mauvais plaisans, ou à quelques sceptiques *intéressés*) l'étude de l'homme physique comme de l'homme moral, et partant du système nerveux, ne saurait être désormais fructueusement entreprise... — Nous nous réservons, au reste, de revenir plus tard sur une œuvre qui mérite certes bien une MENTION SPÉCIALE!

Agréez, etc.

LA CORBIÈRE, D.-M.-P.

Liste des souscripteurs au monument Sarlandière.

MM. ***, à Hambourg, 400 fr.; Amussat, D.-M., 10; Bessin, propriétaire, 2; Bouland, D.-M., 25; Bapt-Ménière, orfèvre, 5; Broussais (Casimir), D.-M., 10; Capron, Cornu et Gervaise, 3; Corbière (La), D.-M., 25; Clouqueur, employé, 15; Courtin, dessinateur, 5; Daoust, propriétaire, 154 95; divers anonymes, médecins et maçons, 101; Genisson, commissaire-priseur, 5; Guillard, pharmacien, 5; Juge, rédacteur du Globe maçonique, 10; Lafargue, rue des Vieux-Augustins, 25; Leboyer-Demizy, D.-M., 10; Legros, fleuriste, 5; la loge de l'Amitié, Orient de Boulogne-sur-Mer, 50; la loge des Émules d'Assas, 25; la loge des Frères-unis-inséparables, 20; Mège, D.-M., 15; Pichonnière, D., 15; Pocquel (par les mains de M. le docteur Bouland), 20; *** (id.), 20; Ratiez (id.), 20; Sarlandière (madame veuve), 100; Sorlin, D.-M., 10; Talric, artiste, 10; Taskin, professeur de musique, 3; Tassy, D.-M., 25; Vissot, artiste, 2. Total 1,150 fr. 95 c.

Le monument, situé au Père-Lachaise, a pour inscription :

Anthropologie.
Science et dévouement.
A J.-B. SARLANDIÈRE,
Ses contemporains reconnaissans.

Madame ÉMILE CHEVÉ ouvrira un nouveau Cours de musique vocale et d'harmonie le samedi 25 janvier, à sept heures du soir, rue des Maçons-Sorbonne, 21. Ce Cours aura lieu trois fois par semaine.

S'il est des vérités dont il faut continuellement frapper les oreilles, ce sont celles qui peuvent être utiles ; nous ne saurions donc trop rappeler les bons effets comme sédatif et comme diurétique du sirop de Johnson dans les affections nerveuses, palpitations et surtout dans certaines affections catarrhales qu'il guérit souvent dès les deux ou trois premières doses. En effet ce sirop a une action directe sur le système nerveux, et il ralentit l'action du cœur ; comme la plus grande partie des irritations pulmonaires se trouvent sous la dépendance de cet organe, ces faits n'ont rien de surprenant.

AVIS AUX CLIENS DE LA CAISSE DES MÉDECINS. — Les gérans de la Caisse des médecins nous informent que les comptes de leurs cliens n'ont dû être arrêtés que le 1er janvier, présent mois, époque à laquelle a commencé la gestion de leur nouvelle société, et que ces comptes sont aujourd'hui à jour; mais que leur expédition et l'envoi qu'ils doivent en faire à domicile ne pouvant avoir lieu que dans une quinzaine de jours au moins, ils ont pris les mesures nécessaires afin d'en opérer le règlement sur-le-champ, à leurs bureaux, à ceux de MM. les médecins qui ne voudraient pas attendre ce dernier délai.

Quant à nous, nous sommes d'autant plus disposés à approuver cette sage mesure, qu'elle justifie pleinement la confiance que cet établissement nous a inspirée, ainsi que la loyale gestion de ses fondateurs. C'est un précédent désormais établi, et d'autant plus utile qu'il sera favorable, nous en sommes sûrs, à la nouvelle Société.

Nous rendrons compte incessamment des bases de cette Société dont les statuts viennent de nous être communiqués. Nous dirons cependant dès à présent qu'une simple lecture nous a mis à même de reconnaître que ces statuts paraissent répondre dignement à la confiance des médecins.

Les obligations des gérans envers les cliens de la Société, sont si sévères et si précises, si nettement formulées, qu'elles portent le cachet d'une administration vraiment intelligente. Elles sont d'une franchise rare et d'une probité si pure, en un mot elles assurent une gestion telle, que c'est à nos yeux une réforme d'un caractère remarquable dans les affaires, et dont les fondateurs pourront, à juste titre, revendiquer la priorité. On pressent qu'elle obtiendra, dès qu'elle sera connue, l'assentiment unanime des médecins, et tout le succès qu'elle mérite.

De toutes les applications locales, celles qui nous ont paru le plus efficaces, pour les affections rhumatismales, nerveuses, glanduleuses et les maladies de la peau, d'après une nouvelle épreuve du sieur PELERIN, pharmacien, rue de la Vieille-Bouclerie, 15, qui, par une nouvelle découverte de substances douces et agréables, tendant à calmer les douleurs les plus opiniâtres ; son papier chimique tant recommandé par la majeure partie des docteurs de la capitale, ne manquera pas d'être soumis à l'attention de nos praticiens les plus distingués.

Dépôt chez le sieur Laurençon, rue Saint-Avoie, 54.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 23 JANVIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 10, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITE.

Service de MM. ANDRAL, BOUILLAUD et FOUQUIER.

Traitement de la chlorose par le lactate de fer; par N. Manzini.

Le lactate de fer est une acquisition récente de la thérapeutique que l'on doit à MM. Gélis et Conté, internes à la Charité. Ayant égard surtout au peu de solubilité des préparations martiales en général, à leurs formes plus ou moins désagréables et aux accidens qu'elles déterminent parfois sur les organes digestifs, ces messieurs ont eu la pensée de les remplacer par le lactate de fer administré sous une forme commode, d'une digestion facile et surtout agréable au goût.

Les résultats déjà obtenus publiquement par MM. Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally et autres praticiens habiles, ont bientôt consacré l'emploi de cet agent thérapeutique, dont les avantages paraissent incontestables.

Voici le résultat des expériences tentées à la Charité, et que nous avons recueillies nous-mêmes.

Le lactate de fer a été administré aux malades de cet hôpital sous forme de pastilles à la menthe, ou sans l'association de cette dernière substance.

Il unit à l'avantage toujours précieux dans un médicament interne, d'être excessivement soluble, celui de présenter aux organes digestifs un sel à base de fer, dont l'acide se trouve répandu en grande quantité dans le suc gastrique et quelques autres humeurs de l'économie, et peut ainsi être administré à des doses peu élevées.

Il faut attribuer à l'insolubilité presque complète du sous-carbonate, sa migration inutile le long du tube digestif et son expulsion avec les excrémens qu'il colore en rouge sans avoir lui-même perdu aucune de ses propriétés; et du défaut d'assimilation de cette substance, résulte la fâcheuse nécessité d'en administrer des doses énormes, qui ne se présentent successivement aux forces digestives que pour les épuiser, et fournir à peine une absorption de quelques atomes. Il n'en est pas ainsi du lactate de fer, qui étant absorbé avec facilité, n'a besoin d'être administré qu'à des quantités faibles. M. Bouillaud n'a jamais dépassé celle de 20 gr. dans les 24 heures, et MM. Andral et Fouquier, celle de 12, c'est-à-dire de 12 pastilles, puisque chacune d'elles contient 5 centigrammes (1 grain) de lactate le fer. On commence ordinairement le traitement par six pastilles, 30 centigrammes (6grains), dans les 24 heures, et l'on va en augmentant de deux pastilles de deux jours en deux jours.

Nous ne dirons qu'un mot du sulfate de fer, lequel étant soluble, pourrait être opposé au lactate du même métal. On sait, en effet, quels sont les inconvéniens qui résultent de son emploi, et les douleurs d'estomac auxquelles il expose les malades.

Les faits qui suivent fixeront mieux l'attention sur l'action du lactate de fer.

Chlorose; dysménorrhée; amélioration rapide. — M. Andral.

Au n° 2 de la salle Sainte-Marthe, est couchée la nommée Joséphine Leiter, âgée de dix-sept ans, cheveux chatains, tempérament lymphatique, réglée à seize ans, entrée le 23 novembre dernier. Il y a sept mois qu'à la suite d'une frayeur, elle vit sa santé s'altérer progressivement; figure décolorée; ses règles qui, auparavant, se montraient colorées et abondantes, devinrent peu considérables, décolorées et irrégulières; l'appétit diminua; palpitations et essoufflement au moindre exercice, et même pendant le repos; bruit de diable dans les carotides; souffle au premier temps du cœur.

Vingt jours après son entrée, elle fut soumise à l'emploi du lactate de fer à la dose de 6 grains (6 pastilles) par jour. Le dixième jour son appétit augmenta: on continue les pastilles au nombre de 8, 10 et 12.

Le mieux continue. Le 6 janvier, époque ordinaire des règles, elles apparaissent et coulent abondamment et très colorées pendant quatre jours.

La malade est encore à l'hôpital, et nous avons pu constater que le bruit du cœur accompagnant le premier temps avait cessé, et qu'il ne restait qu'un bruit presqu'inappréciable dans la carotide gauche.

Chlorose, dysménorrhée. — M. BOUILLAUD.

Au n° 6 de la salle Ste-Magdeleine est entrée le 27 novembre dernier la nommée Héloïse Garçon, âgée de vingt-quatre ans, cuisinière, de contitution moyenne, tempérament lymphatique, cheveux blonds, habituellement bien portante, à Paris depuis deux ans et demi, réglée à quatorze ans et demi. Ses règles coulent chaque époque pendant quatre ou cinq jours; il y a trois semaines qu'elle les a eu pour la dernière fois, et depuis quelque temps, le sang est assez pâle. Maintenant, elle dit être malade depuis un mois: elle accuse de la céphalalgie, des palpitations et des essoufflemens déterminés par la simple marche, et augmentant lorsqu'elle l'accélère ou qu'elle monte les escaliers; enfin les jambes se sont gonflées. Sa maladie a été prise pour un anévrysme du cœur par un médecin de la ville, qui ordonna une saignée au bras, une application de 15 sangsues à la région précordiale, et des pilules de digitale.

Le 28 novembre, elle était dans l'état suivant: figure d'une coloration pâle-jaunâtre, ainsi que le reste de la peau; veines sous-cutanées affaissées, souffle au premier temps du cœur, circonscrit à l'orifice aortique et se prolongeant dans l'aorte; beau bruit de diable à la carotide droite; souffle continu à l'artère crurale gauche, avec des reprises pendant la systole; respiration bonne partout. Six pastilles de lactate de fer.

On augmente progressivement le nombre des pastilles dans l'ordre suivant: 6 pendant deux jours, 8 pendant trois jours, 10 pendant trois jours, 12 pendant les autres jours jusqu'à la fin du traitement.

Au 11 décembre, l'état de la malade est considérablement amendé: elle se sent bien, monte et descend les escaliers sans essoufflemens ni battemens de cœur; les joues sont d'un rouge vermeil; la teinte jaunâtre de la peau est presque entièrement dissipée; le double claquement valvulaire est bien frappé, sans souffle notable au premier temps; par intervalle, léger sifflement musical double dans les carotides et dans la sous-clavière gauche; quelques vestiges d'un bruit de diable diffus à droite; les veines sous-cutanées sont moins affaissées, et d'une couleur bleu azuré.

Satisfaite de cet état, elle veut quitter l'hôpital sans attendre l'entière guérison.

Chlorose, aménorrhée récente. — M. Bouillaud.

Au n° 1, salle Sainte-Madeleine, est entrée, le 28 novembre, la nommée Bottet (Elisa), cuisinière, âgée de dix-huit ans, de constitution lymphatique, délicate, cheveux blonds, à Paris depuis un an; réglée à quatorze ans et demi, mais elle ne l'a jamais été bien. Depuis quelque temps elle est atteinte d'un écoulement leucorrhéique, et est sujette aux maux de tête, aux étouffemens; il y a plus d'un mois qu'elle n'a eu ses règles, car elles ont fait défaut à la dernière époque. Depuis six jours des douleurs se font sentir dans la jambe droite, et depuis trois ce membre s'est gonflé jusqu'au genou.

Etat actuel. Fond du visage pâle, pommettes légèrement colorées, inappétence, prédilection pour les mets acides, selles normales, bruit de diable aux carotides, bruits du cœur à l'état normal; faiblesse générale, essoufflemens et palpitations au moindre exercice; veines sous-cutanées peu apparentes; pouls mou, fluctuant; bruits du cœur clairs dans l'aorte sous-sternale. Six pastilles de lactate de fer; eau de Spa.

On porte progressivement à douze le nombre des pastilles à prendre dans les vingt-quatre heures. Le 11 décembre, se contentant de l'amélioration qu'elle ressent, et impatiente d'ailleurs de quitter l'hôpital, elle exige sa sortie, quoique ses règles ne soient pas revenues. Du reste, elle déclare se trouver bien; l'appétit, qui était nul au moment de son entrée, est tellement développé aujourd'hui qu'elle mangerait toujours. Elle se sent forte; les joues sont bien colorées; elle monte et descend les escaliers sans éprouver ni essoufflemens, ni palpitations. Les veines sous-cutanées sont apparentes et ornées d'un reflet azuré, dû manifestement à la bonne coloration du sang qui les traverse; le pouls a perdu de sa mollesse et de sa fluctuation. Un léger bruit se fait entendre par intervalle dans les carotides.

Aménorrhée; chlorose consécutive. — M. Fouquier.

Au n° 3 *bis* de la salle Sainte-Anne, est entrée, le 21 novembre dernier, la nommée Caroline Blessodsser, âgée de vingt-un ans, constitution lymphatique, cheveux blonds, réglée à seize ans; elle a toujours été bien réglée depuis jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, époque où elle éprouva une suppression complète, ayant eu l'imprudence de plonger, en hiver, les mains dans de l'eau froide, dans un moment où l'écoulement du flux catamenial s'effectuait. Cette suppression persista pendant dix-huit mois et s'accompagna de tous les symptômes de la chlorose.

Au dix-neuvième mois les menstrues parurent sous l'influence des préparations martiales, de l'armoise, du safran et autres emménagogues; l'eau ferrée n'était point supportée et était vomie; mais après s'être montrées encore le mois suivant, les règles se supprimèrent de nouveau, et maintenant elles ne se sont plus reproduites depuis quatre mois.

Etat actuel. Bouffissure de la face, perte de l'appétit, constipation, palpitations de cœur au moindre exercice, bruit de souffle au premier temps, bruit continu dans les artères carotides; céphalalgie, éblouissemens, douleur et œdème des membres inférieurs. Léger mouvement fébrile.

Le 22 novembre, six pastilles de lactate de fer (six grains).

Le 24, appétit augmenté (six pastilles).

Le 26, appétit continu; cessation de la fièvre et de la céphalalgie (huit pastilles).

Le 29, les règles arrivent colorées (dix pastilles).

Le 30, névralgie sus-orbitaire s'irradiant vers la tempe (douze pastilles).

Le 4 décembre, l'appétit continue; le bruit artériel est presque nul; il devient intermittent de continu qu'il était; plus d'éblouissemens, plus de palpitations.

Elle sort bien portante le 6 décembre.

Aménorrhée; chlorose manifeste. — M. Fouquier.

Au n° 15 bis de la salle Sainte-Anne, est entrée la nommée Adèle Dupaut, âgée de dix-huit ans, constitution lymphatique, cheveux blonds, réglée à seize ans. Il y a seize mois qu'étant à Corbeil, elle perdit l'appétit, éprouva des palpitations de cœur, des douleurs dans les membres et dans la tête, des étourdissemens, des essoufflemens en montant les escaliers, et les règles cessèrent de se montrer aux époques habituelles. On lui donna pendant un mois de la tisane amère et du safran (de mars à mai); elle ne retira de ce traitement que peu de bénéfice, et le cessa par suite de dégoût. Un mois après cette cessation les règles survinrent.

Au mois de septembre 1839, elle arriva à Paris. En août, à la suite d'un travail, elle avait éprouvé des battemens de cœur, des douleurs à la tête, aux membres, des étourdissemens et des coliques. Depuis, elle a cessé de travailler, et tous les symptômes annoncés ont persisté jusqu'au moment de son entrée.

Alors, aux symptômes ci-dessus indiqués s'ajoutaient un bruit dans les artères et un au premier temps du cœur, de la gastralgie, de l'œdème des pieds et de la bouffissure du visage.

Le 20, six pastilles de lactate de fer (12 grains).

Le 23, la céphalalgie diminue, l'appétit revient.

Le 27, plus de douleurs dans les membres; l'appétit augmente; elle se lève, va au jardin sans éprouver de palpitations; elle a, en rentrant, de légers étourdissemens.

Le 30, coloration des joues; le bruit des artères est diminué. Elle craint de perdre sa place; et, se contentant de l'amélioration obtenue, elle veut sortir à tout prix. Elle prenait alors 10 pastilles.

Chlorose bien prononcée, aménorrhée; consécutivement à un accouchement; communiquée par le docteur HARDY, chef de clinique à la Charité.

Une dame âgée de vingt-un ans accoucha en novembre de l'année 1839; à la suite de l'accouchement, phlébite très grave des membres inférieurs (frictions mercurielles), stomatite grave; convalescence lente, état chlorotique bien marqué, pâleur et bouffissure de la face, palpitations et essoufflement au moindre exercice, gastralgie, faiblesse générale, impossibilité de se livrer aux marches les plus courtes; les règles ne paraissent pas, quoique cette dame ait toujours été bien réglée jusqu'au commencement de la grossesse. Six mois après l'accouchement, flux hémorrhoïdal abondant, et depuis, cette hémorrhagie supplémentaire se renouvelle aux époques menstruelles; tous les symptômes indiqués plus haut persistent.

Pendant l'été, séjour à la campagne: amélioration. A l'automne, retour à Paris: les symptômes chlorotiques reparaissent avec une nouvelle intensité; la malade ne peut faire deux pas dans la rue sans être obligée de s'arrêter pour reprendre haleine; douleur à la partie antérieure de la poitrine, décoloration de la peau de la face, étourdissemens fréquens, bruit de la tête, bourdonnement d'oreilles.

Le 1er décembre 1839, lactate de fer à la dose de 8 grains continués tous les jours. Trois jours après, augmentation de l'appétit; huit jours après, coloration sensible de la face; sentiment de mieux. Quinze jours après, la malade peut faire à pied une course assez longue; le 12 décembre, époque à laquelle devait apparaître le flux hémorrhoïdal supplémentaire des règles, rien ne paraît sans qu'elle en soit indisposée. Au commencement de janvier 1840, les symptômes chlorotiques sont dissipés: plus de gastralgie, coloration normale de la peau, plus d'essoufflemens, plus de palpitations, plus de douleur à la poitrine; la malade peut faire de longues courses sans se fatiguer.

Le 10 janvier, environ quatorze mois après l'accouchement, les règles apparaissent abondamment.

— Dans tous les cas qui précèdent, le premier effet du lactate de fer a été de ranimer l'appétit: tel a été le résultat également obtenu par tous les individus de la ville de notre connaissance, qui, sans être chlorotiques, avaient de l'inappétence due probablement à un embarras gastrique non encore bien caractérisé. Avec le retour de l'appétit et l'ingestion des alimens, ont cessé les douleurs gastriques et la céphalalgie qui semblait en quelque sorte se rattacher à l'état morbide de l'estomac. Ensuite, retour progressif des

forces ; cessation des essoufflemens et des bruissemens aux oreilles ; diminution des palpitations ; coloration commençante de la peau ; diminution ou disparition des bruits cardiaques et artériels ; distension et coloration des veines sous-cutanées ; marche et ascension des escaliers aisées, et sans être suivies soit de palpitations, soit d'essoufflemens ; passage de l'abattement moral, de la tristesse ou de l'apathie, à des pensées gaies et en rapport avec l'âge des malades. Enfin, réapparition des règles, leur coloration dans les cas où, tout en persistant, elles étaient pâles ; retour complet à la santé.

HOPITAL D'AVIGNON. — M. CHAUFFARD.

De l'opium dans la syphilis.

Dans mes mémoires de médecine pratique, je rapportais quelques exemples de véroles dégénérées, rebelles aux mercuriaux, et guéries par l'opium : voici sur ce sujet trois nouvelles observations qu'il me semble utile de faire connaître.

Première observation. — M. Millot, négociant israélite, avait eu plusieurs syphilis que l'on avait traitées par les mercuriaux. Dans l'été de 1834, il reprit une gonorrhée, laquelle s'accompagna bientôt d'ulcère au pénis et d'un bubon indolent. Le mercure, sous diverses formes, fut administré de nouveau, mais, pour cette fois, bien infructueusement : car ce malade arriva à Avignon, jaune, exténué, amaigri, tourmenté par l'insomnie, par des douleurs ostéocopes, et pouvant à peine se soutenir sur ses jambes. Il portait vers la racine de la verge un chancre vaste, à bords calleux, à fond grisâtre et dégénérant en fistule borgne ; au bras droit, un ulcère large et arrondi comme une pièce de cinq francs ; à l'aîne, un énorme tubercule soulevant la peau en forme de pain de sucre, et celle-ci toute livide. Ces plaies étaient d'une grande sensibilité ; le périoste des os de l'articulation cubito humérale droite était très gonflé et douloureux ; des tumeurs gommeuses s'élevaient sur l'avant-bras.

A la vue de cette organisation si profondément dégradée, desséchée et toute souffreteuse, je préférai aux mercuriaux les bains, les tisanes sudorifiques, l'essence de salsepareille, le lait et les analeptiques. Les symptômes ne s'aggravèrent pas, mais ils ne s'affaiblirent point ; l'opium fut alors administré d'abord à la dose de 2 grains par jour, bientôt à celle de 4, puis de 6, et en dernier lieu à celle de 12. Le malade insista long-temps sur ce remède, et peu à peu ses ulcères prirent une couleur vermeille, des bords mollets, et se cicatrisèrent. Les périostoses se fondirent en même temps, l'embonpoint et le sommeil se rétablirent, et cette cruelle et générale exaltation de la sensibilité nerveuse se calma.

Le traitement local se composa de fréquentes cautérisations des bords et du fond de l'ulcère fistuleux et de celui du bras, malgré la vive douleur que la pierre infernale occasionnait : et j'appliquai un morceau de potasse caustique sur le tubercule de l'aîne, qui se détruisit rapidement.

Deuxième observation. — Marguerite Bellerue, âgée de vingt-deux ans, de la Haute-Loire, fut atteinte, dans le mois de juin 1838, de chancres superficiels aux parties génitales et d'un bubon à l'aîne droite, qui se développa avec lenteur et s'ouvrit spontanément à la fin du mois de juillet. Il en sortit beaucoup de pus ; et cette fille se confia alors à un pharmacien qui, pendant trois mois, la traita par les anti-syphilitiques.

Elle se rendit à l'hôpital le 6 novembre : le bubon était fermé dequis trois semaines, mais il y avait sur la grande lèvre droite des végétations assez fortes, dures et rouges, que le pharmacien consulté avait déjà cautérisées à plusieurs reprises. On lui prescrivit les pilules de Dupuytren et la décoction de salsepareille ; le 19, on y associa des fomentations avec l'eau de mauve et de pavots.

Au mois de janvier 1839, un autre médecin prenant le service, ordonna le 7 des bains de siége avec un demi-gros de sublimé corrosif et des lotions avec le chlorure de chaux. Le 12, il suspendit ces moyens, et le 26 reprit le traitement de Dupuytren. Le 11 février, de rechef lotions chlorurées, bains entiers mercuriels. Dès cette époque, cautérisations avec le nitrate acide de mercure : on insiste de la sorte jusqu'au mois d'avril.

Le médecin qui entre alors en fonction prescrit le protoiodure de mercure ; on l'abandonne, de guerre lasse, le 12 juin, et le 25 de ce mois lait avec le muriate d'or ; tisane de salsepareille.

En juillet, mon tour arrive, et le 4 je descends à la salle des Vénériens : cette malheureuse était pâle, amaigrie, se traînant avec peine, ayant perdu ses forces, l'appétit et le sommeil : du pénil à l'anus on voyait une masse d'indurations rougeâtres, saignantes, couvertes d'ichor, avec l'aspect et la fétidité des cancers ulcérés, la plupart à base assez étendue, d'autres à pédicule, naissant les unes des autres, implantées en tout sens, sur le dehors et le dedans des grandes et des petites lèvres, qui avaient perdu leurs formes et qui ne semblaient plus séparées ; car de la vulve et des colonnes du vagin jaillissaient aussi des végétations qui se perdaient dans celles du dehors. Le haut de la cuisse qui se confond avec le périnée et le bas des grandes lèvres était aussi envahi et couvert de semblables indurations ; mais moins proéminentes et à base plus large.

Je prescrivis de cesser toute cautérisation avec le nitrate acide de mercure, qui avait été continué, une ou deux fois la semaine, depuis le 11 du mois de février ; l'excision soigneuse et souvent renouvelée des poils, le repos absolu au lit, un bain entier et quotidien de trois heures environ, dans lequel la malade serait portée, des fomentations froides et non interrompues soit avec l'eau pure, soit avec une eau émolliente, sur toute cette masse ulcérée ; une simple tisane d'orge et deux pilules d'opium, chacune d'un demi-grain, l'une pour le matin, l'autre pour le soir. Dès le cinquième jour, la dose d'opium fut augmentée, la malade dormant et reprenant de l'appétit. Le 6 août, elle était à 6 grains, et le 28 septembre à 14 grains d'opium par jour, n'éprouvant que des lassitudes instantanées de la tête, qui devinrent plus considérables lorsque je voulus donner seize grains ; elle resta donc à cette dose de quatorze grains jusqu'au 15 octobre, jour auquel je commençai de la diminuer ; elle en cessa l'usage le 3 novembre.

Ce traitement fut exécuté ponctuellement dans toutes ses parties. Cette fille, qui comprenait très bien l'horreur et le danger de cette position, s'apercevant qu'elle souffrait moins, qu'elle ne puait plus autant, mit à le suivre toute son intelligence et tout son courage ; elle avait repris de l'espoir. Bientôt j'en conçus moi-même ; car, peu à peu ces productions s'affaissèrent, dérougirent et ne saignèrent plus. Je commençai alors à en exciser quelques-unes avec des ciseaux plats, à lier celles dont la base était énorme et à les retrancher après vingt-quatre ou quarante-huit heures de ligature, lorsqu'elles se flétrissaient ; celles qui étaient moins élevées se desséchèrent d'elles-mêmes. Enfin, à force de patience, et sous la manifeste influence de l'opium, un mois avant que cette malade ne sortît, il n'y avait plus que des cicatrices linéaires bien solides et pâlissant chaque jour, là où il y avait eu une telle dégradation de tissus et de formes.

J'avais fait voir cette fille à divers praticiens et au docteur Flaubert, de Rouen ; elle a quitté l'hôpital, le 29 novembre, et vit en ville, sage et retirée, de son métier de couturière.

— Quelquefois, l'opium fait supporter le sublimé.

Troisième observation. — Un ancien militaire, qui avait eu, en 1815, une gonorrhée, des chancres et un bubon, est atteint, en 1835, d'un large ulcère à la paroi postérieure du pharynx. Comme il n'avait jamais repris de mal vénérien, on traite cette maladie par les émolliens et les révulsifs sous toutes les formes.

Le malade entre plus tard à l'hôpital avec le visage bouffi, les yeux battus, la peau décolorée, amaigri, affaibli par des sueurs nocturnes, avec la voix rauque et cassée, avec la déglutition difficile. L'ulcère s'élevait dans les fosses nasales postérieures et descendait dans le haut de l'œsophage, hors de la portée de l'œil : il était blafard, imprégné d'un pus verdâtre et visqueux ; ses bords se déjetaient sur les côtés et dépassaient les piliers postérieurs du voile du palais. C'était tout l'aspect d'un cancer ; on venait d'essayer successivement le sublimé pur, le sublimé associé à une faible dose d'opium, mais en vain. Je prescrivis l'opium seul et à dose assez élevée, sans modification favorable. Je le combinai alors de nouveau avec le sel mercuriel dans une proportion assez considérable, et que j'augmentais chaque quatrième jour ; le malade en prit jusqu'à vingt grains dans les vingt-quatre heures. La dose du sublimé, d'un quart de grain d'abord, ne fut portée qu'à deux tiers de grain par jour, et se composa en total d'un demi-scrupule.

Par ce traitement, peu à peu l'ulcère se détergea, se couvrit de bonnes granulations, ses bords s'affaissèrent, et une cicatrice bien organisée s'établit enfin. L'isthme du gosier seulement se trouva rétréci par l'adhérence des anciens bords de l'ulcère avec les piliers postérieurs de la luette. Le malade recouvra un teint animé et de la vigueur ; sa voix ne fut pas sensiblement altérée.

— Au moment où l'on a tant discuté sur la localisation de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau, j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie dont les détails suivent.

Une octogénaire qui vivait dans l'hospice des Indigens et qui était d'un caractère fort gai, avec la parole vive et les mouvemens décidés, a été transportée à l'hôpital, dans ce mois de décembre, à demi-paralysée des membres et ne pouvant pas parler. Elle connaissait cependant, regardait, cherchait à répondre, et, le troisième et quatrième jour, le faisait obscurément, avec effort, par monosyllabes mal articulés. Les jours d'après, elle ne put plus prononcer le moindre mot ; elle s'éteignit le dixième jour, la paralysie générale n'ayant cessé d'augmenter.

J'ouvris moi-même son cadavre ; tout le cerveau était intact, sauf quelques faibles marques d'injection sous-arachnoïdienne très diffuse. La dure-mère était fort adhérente au crâne, surtout dans sa partie antérieure ; l'artère basilaire et la cérébrale gauche antérieure étaient obstruées par une matière blanchâtre, cartilagineuse, étaient closes et en voie d'ossification.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Abcès mammaire pris pour une tumeur squirrheuse double incision ; issue d'un flot de pus ; réflexions.

Au n° 9 de la salle des femmes, est couchée une femme âgée de vingt-huit ans (Cranton Catherine). Cette malade est bien constituée, très brune, et n'a pas, dit-elle, éprouvé de maladies sérieuses. Jamais elle n'a eu d'enfans, et dit même qu'elle n'a jamais eu de rapports avec un homme. S'étant aperçue du développement d'une tumeur au sein gauche, il y a deux mois environ, elle fit consulter M. Roux en son nom. Sur les renseignemens qu'on lui donna, ce chirurgien, croyant avoir affaire à une tumeur de nature squirrheuse, fit engager la malade à entrer dans son service, afin de pouvoir mieux établir le diagnostic et l'opérer s'il y avait lieu. Celle-ci accepta volontiers la proposition, et fut admise il y a une quinzaine de jours.

La tumeur existait au sein gauche ; elle n'offrait à la vue aucune bosselure anormale ; le développement du sein était un développement de la totalité, plus sensible néanmoins à la partie interne, vers le mamelon. Au dire de M. Roux, ce point était bosselé, et il était impossible d'y sentir la fluctuation ; la coloration de la peau ne présentait rien de particulier. Il n'y avait pas là, pour ce professeur, réunion de signes suffisans pour soupçonner la présence d'un abcès mammaire, idée que devait faire exclure l'origine de la maladie, qui ne succédait pas à l'allaitement ou à une lésion extérieure quelconque ; tous les symptômes, au contraire, venaient confirmer les assertions premières sur la nature du mal. Après un examen plusieurs fois répété, l'opération fut remise au sixième jour, le lundi 13.

Après les précautions d'usage, le chirurgien procéda à l'opération en pratiquant à la peau deux incisions semi-elliptiques, ayant de 12 à 14 centimètres environ de longueur (4 à 5 pouces). Ces deux incisions, qui se confondaient exactement par leurs extrémités, embrassaient la plus grande partie du sein ; au centre du lambeau se trouve le mamelon. On allait entamer l'organe plus profondément, et commencer la dissection, lorsqu'un coup de scalpel porté vers la partie la plus déclive de la tumeur, sur l'incision interne, fit jaillir un flot de pus d'une assez bonne nature, à la grande stupéfaction du chirurgien et des assistans : on n'alla pas plus loin. La plaie fut pansée à plat, et la malade reconduite à son lit.

Le 14, la malade était dans un état assez satisfaisant ; la suppuration a continué de sortir par l'incision qui lui avait donné issue. Le sein était revenu à son volume primitif. En introduisant le doigt indicateur dans le foyer, M. Roux croit découvrir que l'abcès était exactement circonscrit dans l'épaisseur de la glande mammaire.

Le 19, on continue le même pansement. La malade n'a pas éprouvé d'accidens, et tout porte à penser qu'elle guérira en conservant le sein, malgré les deux énormes incisions qui l'isolent presque tout entier.

On lit dans une thèse soutenue lors du dernier concours pour l'agrégation en chirurgie, sous les yeux de M. Roux, qui faisait partie du jury, les réflexions suivantes : « Il se forme quelquefois dans la mamelle, sous l'influence d'une inflammation chronique, des collections de pus dont le début échappe à l'observation, à cause de la lenteur avec laquelle se fait l'accumulation. D'autres fois, il se manifeste d'abord quelques symptômes qui indiquent une phlegmasie aiguë, et qui ne tardent pas à disparaître. Il reste cependant, dans la profondeur du sein, une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur s'accroît, la fluctuation devient sensible ; on pratique une ouverture, et il s'écoule une quantité quelquefois considérable de pus semblable à celui des abcès froids. Les phénomènes que je viens d'exposer s'accomplissent dans un temps plus ou moins long, qui peut varier depuis un ou deux mois jusqu'à deux ou trois ans. » (Thèse 1839, A. N. laton, page 39, § IV ; Abcès chroniques de la mamelle.)

Ces abcès ne sont pas une découverte récente ; M. Velpeau en rapporte quatre exemples dans son Traité des maladies du sein ; A. Cooper raconte également deux faits de ce genre. M. Roux les connaissait, car il a cité Cooper dans la leçon clinique qu'il fit à ce sujet ; il lui eût donc été facile de rappeler que le chirurgien anglais avait vu des chirurgiens « qui, après avoir commencé l'opération par l'ablation du sein, s'apercevaient de leur méprise au flot de pus qui s'échappait à travers une ouverture faite par hasard aux parois de l'abcès dans le cours de l'opération, » et que le remède à un accident semblable était dans la ponction exploratrice qu'il avait eu soin de faire avec le secours d'une lancette, dans les deux cas qu'il avait recueillis lui-même (OEuvres chirurgicales de A. Cooper, trad. par Chassaignac et Richelot, p. 508).

Enfin le Dictionnaire de médecine, qui compte M. Roux parmi ses rédacteurs, a publié un cas de ce genre (t. XVII, p. 353) : La malade avait été vue par MM. Marjolin et Laugier ; la tumeur offrait les caractères d'un squirrhe, et l'ablation en avait paru nécessaire. M. Laugier ayant conçu quelques doutes, fit une ponction exploratrice : le pus sortit aussitôt ; l'ouverture fut agrandie et la guérison ne tarda pas à être complète.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 21 janvier.

M. Pariset lit le discours qu'il a prononcé sur le tombeau de Marc.

M. Blandin fait un rapport sur un mémoire de M. Baillarger, relatif à la structure intime de la substance grise des circonvolutions des hémisphères du cerveau. (Comité de publication.)

M. Chervin lit un rapport sur une observation de mélanose ou coloration partielle de la peau en noir.

L'Académie m'a chargé de lui rendre compte d'un cas de mélanose, ou, pour mieux dire, de nigritie, observé à Gibraltar, en 1838 et en 1839, et qui lui a été communiqué par M. le docteur Gillkrest, son correspondant dans cette place.

Le sujet de cette observation est une femme de vingt-huit ans, nommée Marie Anglen, née de parens sains, à San Lucar de Barrameda, près de Cadix, et qui réside à Gibraltar depuis l'année 1828. Avant 1838, cette femme n'avait éprouvé d'autres maladies que la scarlatine, la rougeole et la fièvre jaune, qu'elle eut à Cadix, en 1819. Réglée à l'âge de treize ans, la menstruation a toujours eu lieu chez elle d'une manière régulière, excepté pen-

dant ses grossesses. Mariée à vingt-un ans, elle a eu trois enfans qu'elle a allaités, et dont le dernier a été sevré pendant le cours de la maladie qui va nous occuper, ayant alors treize mois.

Avant son mariage, Marie Anglen exerçait la profession de brodeuse; mais depuis cette époque, elle y a renoncé pour s'occuper des soins de son ménage. Elle a toujours fait usage d'une nourriture saine. Avant de tomber malade, elle avait une bonne constitution, assez d'embonpoint et le teint brun; son tempérament est éminemment bilieux. Le logement qu'elle occupait, depuis deux ans et demi, avec trois autres personnes, lors de l'invasion de sa maladie, ne se compose que d'une seule pièce au premier étage, et cette pièce est en même temps mal éclairée et mal aérée.

Dans le courant du mois d'août 1838, Marie Anglen s'aperçut qu'il lui était survenu sur l'hypochondre droit une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Elle fit une application de sangsues sur cette partie, et ne voyant pas de mieux immédiat, elle abandonna cette tumeur aux soins de la nature, et elle disparut insensiblement quelque temps après, sans qu'on eût recours à aucune autre médication.

Vers la fin d'octobre de la même année, Marie fut atteinte d'une ophthalmie double qui dura jusqu'à la fin de novembre.

La malade assure que du 20 au 24 du même mois, elle fut prise de vomissemens après avoir mangé une soupe faite avec de la viande de bœuf et un morceau de jambon; soupe qu'elle avait préparée elle-même dans un pot de terre vernissée, qui avait déjà servi plusieurs fois au même usage. Elle assure, en outre, que sa mère et ses trois enfans, qui mangèrent de la même soupe, eurent aussi des vomissemens.

Ces accidens persistèrent chez notre malade et s'accompagnèrent en outre d'une sensibilité à l'épigastre et d'un état de faiblesse. Les vomissemens, prenant de jour en jour plus d'intensité, la femme Anglen se décida à consulter un pharmacien qui lui prescrivit un purgatif qui donna lieu à plusieurs selles bilieuses ; mais, loin de diminuer, les vomissemens allèrent toujours en augmentant, et à la sensibilité de l'épigastre succéda une douleur très forte et une soif vive.

Voyant son état empirer, le 20 décembre Marie Anglen fit appeler un docteur espagnol, M. Diaz. Suivant ce médecin, la malade avait beaucoup maigri ; elle toussait considérablement et se plaignait de douleurs assez intenses aux parties latérales de la poitrine ; les vomissemens persistaient avec violence ; le pouls était petit et fréquent. D'après les conseils de ce médecin, des sangsues furent appliquées aux parties latérales de la poitrine et à la région épigastrique ; la malade fit usage de boissons mucilagineuses, et, sous cette médication, les vomisemens s'arrêtèrent. Mais comme la toux persistait, un vésicatoire fut appliqué à la partie sternale de la poitrine et l'on fit des frictions sur le dos avec la pommade stibiée. La toux céda à la suite de l'emploi de ces divers moyens, et la malade put se lever pendant les trois premiers jours de janvier 1839.

Mais il survint à cette époque une nouvelle série de symptômes graves. Marie Anglen commença à se plaindre d'un engourdissement aux pieds, accompagné de fourmillemens fort incommodes. Les vomissemens ayant d'ailleurs reparu sans avoir été provoqués par aucun excès, la malade fut obligée de se remettre au lit; des sangsues furent appliquées de nouveau à l'épigastre ; le lendemain un sinapisme fut placé sur cette région. Malgré ces remèdes, le vomissement persista et les évacuations alvines étaient devenues fréquentes. Il survint en outre une toux sèche pendant la nuit, très fatigante pour la malade, accompagnée de violentes palpitations de cœur : ces accidens furent combattus par les moyens indiqués ci-dessus ; et de plus par les anti-spasmodiques et, sous cette médication, les symptômes qui se présentaient pendant la nuit cessèrent au bout de quelques jours, mais les vomissemens et la diarrhée persistèrent. Des sangsues furent appliquées à l'épigastre et à la marge de l'anus et eurent pour effet de modérer la fièvre, et les évacuations alvines devinrent naturelles, de noirâtres et sanguinolentes qu'elles étaient auparavant. Les urines devinrent aussi moins foncées en couleur. A cette époque l'engourdissement et le fourmillement des pieds allaient en augmentant et étaient accompagnés d'un sentiment de chaleur et de douleur. La malade commençait aussi à ressentir des mêmes symptômes à la paume des mains.

Ce fut à cette époque que le médecin s'aperçut que la peau de Marie Anglen avait changé de couleur et avait pris une nuance plus foncée. Ce changement était bien marqué au cou et au tronc ; la face et les extrémités, tant supérieures qu'inférieures, n'avaient subi aucune altération de couleur. Les vomissemens persistaient toujours, mais ils s'arrêtaient momentanément par l'usage des boissons gazeuses. Des symptômes cérébraux se manifestèrent aussi, mais ils cédèrent promptement après une applications de sangsues aux régions mastoïdiennes. Un vésicatoire appliqué à l'épigastre arrêta enfin les vomissemens, qui ne se sont plus montrés que par des intervalles très-courts.

La douleur des pieds et des mains augmentant, on fit des lotions anodynes sur ces parties, mais sans obtenir aucun soulagement. D'un autre côté, la coloration de la peau en noir prenait de l'intensité aux parties indiquées précédemment. Plus tard, cette coloration s'est aussi manifestée aux cuisses et aux bras, mais avec moins d'intensité. Les conjonctives sont toujours restées à l'état normal.

Le 16 février 1839, il y eut une réunion de médecins chez la malade, qui se trouvait alors dans son lit, couchée sur le dos, et dans l'impossibilité de se mouvoir, tant étaient fortes les douleurs qu'elle éprouvait aux pieds et aux mains. Sa physionomie était très abattue. A l'inspection du corps, on fut frappé de la couleur noirâtre du cou et de tout le tronc ; cette altération de couleur allait en diminuant aux cuisses et aux bras, et se perdait insensiblement aux jambes et aux avant-bras. En examinant les parties fortement colorées, on y découvrait des granulations qu'on ne rencontrait ni aux jambes ni aux bras. Le pouls était très petit et donnait 140 pulsations par minute ; la langue était couverte d'un léger enduit blanchâtre, mais ne présentait de la rougeur ni sur les bords, ni à la pointe ; elle était d'ailleurs humide. La malade n'accusait de douleur ni à l'estomac, ni dans aucune autre région de l'abdomen. Son appétit était assez bon, et elle digérait assez bien le peu d'alimens qu'on lui donnait, malgré les mauvaises nuits qu'elle passait, par suite d'une toux sèche accompagnée de très fortes palpitations au cœur. Le matin ces symptômes disparaissaient complètement : les douleurs des extrémités persistaient seules, mais avec un peu moins d'intensité que pendant le jour. Les urines, examinées avec soin, parurent normales; les évacuations alvines étaient de nature bilieuse, mais régulières. Dans le but de modérer les symptômes les plus alarmans, on ordonna à la malade une potion anti-spasmodique et anodyne, des bains tièdes de peu de durée, et l'on fit fomenter les extrémités douloureuses avec une solution de 2 gros d'extrait de belladone par livre d'eau. La toux et les palpitations cessèrent bientôt, mais les douleurs des extrémités allant en augmentant, on substitua alors à la potion un demi-grain de sulfate de morphine à prendre matin et soir.

On revit la malade au bout de cinq à six jours, et elle se trouvait à peu près dans le même état : son pouls présentait cependant une amélioration bien notable, puisqu'il était tombé à 112 pulsations par minute. On pratiqua ce jour-là une saignée du bras d'une demi-once pour reconnaître si le sang avait subi quelques altérations; il parut être à l'état normal. Un vésicatoire, de la grandeur d'une pièce de deux francs, fut appliqué sur l'un des hypochondres. Le lendemain on enleva l'épiderme avec soin, et l'on recueillit la sérosité, qui n'offrit rien de particulier. L'épiderme, étendu sur un morceau de verre, présentait une couleur grisâtre foncée produite par des particules de pigmentum qui y étaient adhérentes et il était tout-à-fait analogue à la couleur de l'épiderme provenant d'un nègre à qui on avait eu occasion d'appliquer un vésicatoire,

Plus tard on remarqua que l'épiderme commençait à se détacher par petites parties au dos, au ventre et aux aines ; on voyait sur les draps du lit une assez grande quantité de poussière noire provenant de l'exfoliation de l'épiderme. Les parties privées de cette enveloppe offraient une couleur moins foncée.

Les divers moyens indiqués ci-dessus furent continués pendant quelque temps, mais sans diminuer en aucune manière les douleurs des extrémités inférieures et supérieures de Marie Anglen. Outre cela il se manifesta à cette époque une paralysie complète du mouvement aux mains et aux pieds, ces derniers commencèrent même à devenir œdémateux. Ces symptômes ont persisté pendant plus d'un mois, et quelques-uns ont disparu à la suite de frictions mercurielles faites sur le trajet de la colonne vertébrale.

Le 4 juin 1839 les douleurs des extrémités avaient presque cessé et les mains avaient repris leurs mouvemens ordinaires dans toute leur étendue ; les pieds n'étaient plus œdémateux, mais ils étaient encore privés de mouvemens et conservaient un excès de sensibilité très remarquable au simple toucher.

L'état général de la malade avait, au surplus, beaucoup gagné ; elle restait assise toute la journée ; elle avait de la gaîté, son appétit était bon, et ses autres fonctions se faisaient régulièrement. Il existait encore à cette époque sur la poitrine et sur le ventre des plaques noires assez grandes qui se détachaient peu à peu.

L'observation intéressante dont je viens de donner une analyse rapide pourrait fournir matière à de nombreuses remarques : mais le rapport que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie n'étant qu'un simple rapport verbal, je me bornerai à dire que la maladie de Marie Angleu me paraît avoir une très grande analogie avec la maladie qui a régné épidémiquement à Paris en 1828 et 1829, et qu'on a désignée sous le nom d'érythème épidémique, d'acrodynie, d'acrodysie, etc., etc., portée au plus haut degré.

M. le docteur Gillkrest étant membre correspondant de l'Académie, M. Chervin ne prend pas de conclusions : il demande de vive voix qu'il soit adressé une lettre de remercîmens à l'auteur de l'observation.

— *M. Dupuy* lit un mémoire intitulé : Courtes réflexions sur des expériences physiologiques applicables à l'économie rurale. Ce travail n'étant qu'un mélange de considérations insaisissables à l'analyse, nous ne pouvons en faire connaître le contenu.

— Un médecin allemand, M. Haim, lit une note sur un cas de grossesse accompagné d'hydropisie de la matrice et de délire. (Commission.)

— *M. Renauld* présente une pièce pathologique propre à éclaircir la transmission de la morve du cheval aux animaux herbivores, tel que le mouton.

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies; par M. Malgaigne.

(Sixième Leçon.)

DU DÉVELOPPEMENT DE LA HERNIE INGUINALE CHEZ LES ADULTES.

Dans la dernière séance, nous avons terminé l'histoire du développement des hernies de l'enfance : nous avons aujourd'hui à aborder celles de l'âge adulte et de la vieillesse, qui diffèrent essentiellement des premiers en ce qu'il n'y a plus de communication entre la grande cavité du péritoine et la tunique vaginale. Celle-ci demeure bornée à la circonférence du testicule et ne remonte guère plus haut ; il faut donc désormais que la hernie repousse devant elle le péritoine et se crée un sac nouveau et qui n'existait pas à l'état normal.

Je fais abstraction des hernies de ces organes, qui manquent naturellement de sac herniaire, et forment tumeur du côté où le péritoine ne les revêt point. Les dispositions anatomiques expliquent parfaitement comment alors les choses se passent.

La progression de la hernie est ici curieuse à observer. Elle est d'abord petite, ne se montre qu'à l'anneau inguinal interne, sous la forme d'une petite saillie demi-sphérique. Elle n'arrive donc pas d'emblée jusqu'à l'anneau externe, en vertu de sa forme même, qui n'est pas celle d'un coin, mais bien celle d'une boule ; ce qui diminue la force de dilatation nécessaire pour prendre ainsi du premier coup droit de domicile dans le canal inguinal. Le malade est averti par un craquement dont il a conscience. Ce craquement, signal de la première résistance vaincue, peut être ou n'être pas accompagné de douleur. La douleur, quand elle existe, se perçoit à l'anneau même, ou vers les lombes, par suite de la traction du péritoine ; quelquefois elle existe seule et sans avoir été précédée du craquement. Son intensité varie ; tel malade s'arrête un instant ; et puis, ne sentant plus rien, il continue le travail qui a causé sa hernie commençante, hernie encore inaperçue pour lui. Tel autre, après cette douleur brusque et aiguë, est obligé de se reposer quelques heures, sans oser bouger. Enfin, il en est qui sont forcés de quitter le travail pendant plusieurs jours, et même de garder le lit. J'ai vu moi-même un malade alité durant l'espace de trois semaines par suite de la douleur réveillée à chaque mouvement, et cependant sa hernie était presque cachée, surtout pour des yeux inattentifs, et sans aucun étranglement.

Ainsi donc, à son début, le plus ordinairement la hernie est d'un petit volume ; elle forme la pointe, et, dans les premiers temps, elle échappe au malade, ne faisant encore qu'une saillie très légère que la vue apprécie mieux que le toucher.

Aussi est-il rare d'être consulté pour des cas de ce genre, et c'est là sans doute ce qui fait que le premier degré a échappé aux bandagistes comme aux chirurgiens. Mais il est commun de le retrouver sur les hernies secondaires dont nous parlerons tout à l'heure, et c'est ainsi que nous avons pu l'étudier et que nous vous en avons montré de nombreux exemples.

Un peu plus tard la hernie grossit. Généralement, par suite d'un nouvel effort, le malade ressent encore de la douleur dans la région inguinale correspondante ; il y porte la main et alors seulement il découvre la tumeur ; c'est à ce moment que la plupart viennent nous réclamer, au bureau central un bandage. Si la hernie est abandonnée à elle-même, elle descend et occupe successivement tout le canal inguinal. On lui a donné alors le nom de *hernie intrà-pariétale* ou *intrà-intersticielle;* puis elle apparaît au-dehors de l'anneau externe, c'est le *bubonocèle* ; puis à la région scrotale, c'est l'*oschéocèle.* Jamais l'oschéocèle des adultes n'approche le testicule d'aussi près que les hernies du jeune âge. Une rainure circulaire fait le plus souvent reconnaître la ligne de démarcation de l'organe spermatique et de la tumeur herniaire, et l'embonpoint seul peut l'effacer.

Telles sont les quatre périodes que parcourt successivement la hernie inguinale des adultes, et il est rare qu'elle en franchisse deux ou trois à la fois. Je n'ai jamais vu une hernie jusque-là inaperçue du malade, arriver par un effort jusque dans le scrotum ; j'ai rencontré deux ou trois cas où elles avaient franchi l'anneau du premier coup ; mais il est permis de douter, si avant ce dernier effort il n'y avait pas déjà une pointe ou même une hernie interstitielle, et, ce qui vient à l'appui de cette manière de voir, c'est que jamais je n'ai vu et que je ne connais pas un seul exemple d'une hernie d'adulte ou de vieillard qui se soit étranglée au moment même de son apparition.

Voyons maintenant les phénomènes qu'entraîne la hernie une fois produite.

La hernie est-elle dans le canal inguinal, elle forme une saillie oblongue, non pas étendue, comme le dit Scarpa, de l'épine iliaque antérieure à l'épine du pubis, mais d'un anneau à l'autre ; ce qui est beaucoup plus précis. Elle est située, comme on sait, dans la tunique du cordon, et se trouve à quelques lignes au-dessus de l'arcade crurale.

Quand elle est arrivée hors de l'anneau externe, souvent au niveau de cet anneau la tumeur herniaire subit un rétrécissement; ce qui la fait paraître composée par deux renflemens, l'un supérieur occupant le canal, l'autre inférieur à l'aine. Les deux renflemens sont séparés par une portion plus étroite, et cette forme en sablier semble tenir soit à l'étroitesse de l'anneau externe, soit à l'action d'un bandage mal appliqué suivant la coutume irrationnelle qui commande de concentrer toute la pression sur l'anneau externe. Il en résulte que derrière le bandage ou au-dessus de lui, la hernie intrà-pariétale peut grossir et prendre un assez grand volume dans le canal ; j'en ai observé un très beau cas sur un sacristain de Saint-Sulpice, qui portait des deux côtés une tumeur herniaire interstitielle du volume d'un œuf. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que toute hernie inguinale qui passe très rapidement par les phases de son évolution dérange peu ou point les rapports des parties voisines ; au contraire, si elle séjourne long-temps dans le canal, elle le dilate, et en écarte les parois à un degré extrême ; en même temps les élémens du cordon participent à cet écartement, ils s'éparpillent à la périphérie de la tumeur, leurs rapports sont tout à fait changés ; l'artère est loin du canal déférent, celui-ci est loin des nerfs ou des autres vaisseaux ; en un mot, toutes ces parties du cordon, au lieu d'être rassemblées en bas et en arrière de la tumeur, se trouvent, en raison de leur dissociation, les unes en avant, les autres en arrière, en haut ou en bas, et la tumeur en est environnée de tous côtés ; circonstances qu'il importe de connaître quand on est obligé de recourir à l'opération de la hernie étranglée ; car la section malheureuse de l'un des vaisseaux du cordon compromet le testicule, la section de l'artère en privant l'organe du sang nécessaire à sa nutrition, celle du canal déférent en causant la rétention du sperme, celle des veines en empêchant le retour du sang veineux. En résumé, quand il se présentera une vieille hernie étranglée, examinez avec soin si elle a distendu le canal ; et dans ce cas, tenez-vous en garde contre cette dissociation des élémens du cordon, et prenez vos précautions dans l'opération.

A part ces phénomènes qui se rattachent au développement de la tumeur elle-même, il en est d'autres que l'on peut ranger sous quatre chefs, selon qu'ils accusent l'influence de la hernie :

1° Sur les parties voisines ;

2° Sur les viscères dont une partie est herniée, d'où la lésion des fonctions abdominales ;

3° Sur la nutrition générale ;

4° Sur les élémens de la hernie elle-même, le sac, etc.

Toute l'histoire symptômatologique de la hernie est renfermée sous ces quatre chefs. Je suppose, bien entendu, la hernie inguinale abandonnée à elle-même, ou mal contenue par le bandage.

Première série de faits. Le cordon est parfois dissocié, comme nous l'avons dit ; mais à part cette dissociation, fréquemment il est le siége d'un engorgement sanguin, la pression de la hernie entravant la circulation veineuse. Si on le saisit vers la racine de la bourse qui contient la her-

nie et qu'on cherche à l'effiler en écartant le cordon déférent, il reste le paquet des vaisseaux que l'on sent pleins de sang et plus volumineux : c'est là un commencement de varicocèle. Cette affection, si rare du côté droit, quand elle survient primitivement, ne l'est plus quand elle est causée par une tumeur herniaire de ce côté. D'autres fois, le cordon s'épaissit et forme une masse dure, par suite d'un degré de subinflammation ; mais cet état d'hypertrophie ou plutôt d'induration ne prend pas ordinairement un mauvais caractère. Sous l'influence de la gène de la circulation du sang veineux l'on voit aussi la tunique vaginale se remplir de sérosité, et l'hydrocèle est d'autant plus à c.aindre que le sujet est vieux et sa hernie grosse et ancienne.

(La suite à un prochain numéro.)

Les *Transactions philosophiques* font mention d'un homme nommé Edouard Bright, marchand droguiste dans le comté d'Essex, mort à l'âge de trente ans, qui était tellement gras et d'un poids si extraordinaire, que l'histoire n'offre pas de phénomène du même genre. Edouard Brigt provenait d'une race qui s'était toujours fait remarquer par son extrême embonpoint. Il prit beaucoup d'exercice jusqu'au trois dernières années de sa vie. Ayant une grande force musculaire, il marchait avec une grande agilité, et voyageait à cheval pour ses affaires. A douze ans et demi, il pesait 144 livres, et dans l'espace de sept années, il prit une telle corpulence, qu'avant d'être parvenu à l'âge de vingt ans, il pesait 336 livres ; enfin la masse de son corps augmentant toujours progressivement, il était parvenu à un poids de 584 livres, treize mois avant sa mort, époque où il a été pesé pour la dernière fois.

Il est à remarquer que dans ce calcul on avait défalqué le poids de tous ses vêtemens. Mais comme Bright ne cessa pas d'augmenter en volume jusqu'à sa mort, on peut établir, en calculant au plus bas, qu'il pesait alors au moins 616 livres. Il avait une taille de cinq pieds trois pouces. Sa circonférence, prise sous les aisselles, était de cinq pieds six pouces, et sur le ventre, six pieds onze pouces. Ses bras avaient une circonférence de deux pieds deux pouces, et ses jambes deux pieds huit pouces. Il éprouva toujours un fort appétit, surtout dans les premières années de sa vie, où il mangeait exorbitamment. Il buvait beaucoup et surtout de la bière forte. Il prenait outre cela une demi-bouteille de vin après son dîner et un pot de punch lorsqu'il était seul, mais il buvait beaucoup plus lorsqu'il se trouvait en compagnie.

Il a joui d'une bonne santé pendant toute sa vie, excepté dans les trois dernières années, où il fut attaqué d'une inflammation à une jambe, dont il fut guéri au moyen de scarifications et de saignées. Il se maria à vingt-deux ou vingt-trois ans. Il eut cinq fils, et laissa sa femme enceinte. Il était d'une humeur gaie et joyeuse, estimé de tous ceux qui le connaissaient, et recommandable par ses quatités morales. Il fut emporté par une fièvre maligne qui dura quatorze jours. Son corps tomba promptement en putréfaction, quoique le temps fût froid à l'époque de sa mort. Il fut conduit à l'église sur un char à quatre roues traîné par dix ou douze hommes, et on le descendit dans la tombe avec une machine construite pour cet objet.

— Le typhus règne actuellement dans plusieurs cantons suisses. C'est ainsi, par exemple, que dans la seule petite ville de Winterthour, environ 200 personnes se trouvent en ce moment atteintes de cette maladie, qui y emporte beaucoup de monde. Il en est de même à Altorf, dans le canton d'Uri, où le deuil est général.

Nous avons déjà parlé avec avantage des produits de M. LE PERDRIEL, Pharmacien à Paris ; nous les recommandons de nouveau d'une manière toute spéciale aux médecins et aux malades. (*Voir* les numéros des 18 et 26 décembre 1838.)

AVIS. — Il existe plusieurs imitations du Papier chimique. Nous prévenons que le seul vrai est celui de madame Poupier née Selos, lequel porte son nom et celui d'Hébert, pharmacien, galerie Véro-Dodat, 2, à Paris.

Le dimanche 26 janvier, à une heure, le docteur Auzoux commencera chez lui, rue du Paon, n° 8, ses leçons gratuites d'anatomie philosophique, comme les années précédentes, à l'aide de ses préparations d'Anatomie clastique, qui ont si vivement l'attention à l'Exposition de l'Industrie ; il montrera toutes les parties qui entrent dans la composition du corps humain ; il expliquera la manière dont s'opèrent les principales fonctions de la vie.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 25 JANVIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 11, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger. 1 an, 45 f.

HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DE LILLE.

Clinique chirurgicale de M. Baudens, premier professeur.

Lithotritie.

Nous venons de faire sous vos yeux deux opérations de lithotritie. L'une, sur un soldat de la garnison, l'autre, sur un habitant de la Cité. De la lithotritie, beaucoup d'entre vous ne connaissaient encore que le nom, et tels sont les précieux résultats des études cliniques, qu'en peu d'instans vous avez acquis une science pratique que vainement vous eussiez long-temps demandée à la théorie et aux livres.

C'est que le labeur du clinicien, celui qui arrive à l'intellect par le secours des sens, laisse une empreinte vraie et indélébile.

Soyez avides de science pratique, puis vous ouvrirez vos livres, avons-nous dit dès notre première rencontre sur le terrain de la clinique; ainsi se dissiperont comme les effets du mirage les obstacles qui se dressent devant vos premiers pas dans la carrière. Aujourd'hui vous avez la conviction que notre assertion n'était rien moins que paradoxale, et nous allons envisager dans cette séance la lithotritie au point de vue théorique.

Il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de porter un jugement rigoureux et vrai sur la lithotritie, si on devait la juger d'après les écrits et les discussions académiques, parce qu'en effet les écrits et les discussions portent le cachet de l'individualisme et de l'exagération, dans l'attaque comme dans la défense.

Rangé parmi les neutres, loin de la capitale et du terrain brûlant des intérêts rivaux, nous allons examiner à froid cette question, sans même nous préoccuper de notre procédé opératoire pour la cystotomie sus-pubienne.

Et d'abord, rappelons d'une manière analytique les deux faits dont vous venez d'être témoins.

Première observation. Emploi du brise-pierre de M. Heurteloup; guérison.

A notre première visite, le n. 3, salle 1, soldat au 11e léger, âgé de vingt-cinq ans, de bonne constitution, accusa de la pesanteur dans la vessie, et une incontinence d'urines de jour en jour plus marquée, dont il faisait remonter à dix mois les premiers symptômes. Nous le sondâmes, et nous découvrîmes une pierre qui nous parut volumineuse, mais friable.

Les organes génito-urinaires n'offraient point de lésion organique, et six jours de soins préliminaires consistant principalement en bains et introduction dans le canal de l'urètre de bougies de cire de plus en plus grosses, suffirent pour disposer ce militaire à l'opération.

Un lit fut préparé à cet effet de manière à soulever le siége et à porter le point le plus déclive du bassin vers l'angle sacro-vertébral, la tête étant supportée par des oreillers, les jambes étant fléchies sur les cuisses et maintenues écartées l'une de l'autre légèrement, pour mettre le périnée dans le relâchement. Deux aides étaient placés à la droite et à la gauche du malade pour lui soutenir les membres pelviens, en prêtant un point d'appui au pied par la face palmaire de l'une des deux mains, et nous procédâmes à l'opération.

Placé entre les extrémités pelviennes du malade je saisis de la main droite une sonde courbe métallique qui, sans hésiter, fut introduite dans la vessie en faisant parcourir au pénis, avec la main gauche, près de la moitié du chemin, et en appliquant constamment le bec de l'instrument sur la paroi supérieure du canal de l'urètre, afin d'éviter les obstacles en forme de cul-de-sac qui en bas se trouvent dans les régions bulbeuse et prostatique. Ces obstacles jouent un rôle si grand dans le cathétérisme, que je ne négligerai pas de les rappeler à votre mémoire toutes les fois que notre clinique nous en fournira l'occasion.

A l'aide de cette sonde, une injection d'eau tiède fut poussée dans la vessie avec douceur, afin d'en dilater les parois d'une manière graduée. Quelquefois, il survient des contractions spasmodiques, et la poche urinaire se refuserait à toute dilatation, si l'injection était poussée avec trop de force. Or, il importe d'injecter une quantité de liquide suffisante pour permettre à l'instrument de fonctionner avec liberté. Cet état spasmodique est ordinairement beaucoup moins prononcé après la première séance, du moment que le volume du calcul est moins considérable, comme nous l'avons observé sur notre opéré.

Le premier liquide injecté ne put, en effet, être supporté qu'avec peine à la dose de 120 grammes, tandis que par la suite, quoique plus abondantes du double, les injections furent facilement tolérées.

Quelques détracteurs de la lithotritie ont avancé que le spasme vésical était une contre-indication de cette méthode. Vous voyez que cette assertion n'est pas rigoureusement admissible. M. Leroy d'Etiolles est allé plus loin que nous; il a broyé des calculs à sec; et après la première séance, loin de voir le spasme plus violent, il put recourir à l'injection.

Cette conduite, que nous sommes loin de blâmer, ne saurait être imitée toutefois que par des hommes d'une grande habileté, sous peine de léser les parois vésicales et de s'exposer à de graves mécomptes.

A la sonde, qui fut retirée de la vessie en comprimant la verge, pour empêcher le liquide de s'échapper, succéda sans effort le brise-pierre à coulisse de M. Heurteloup, modifié par M. Charrière; instrument d'un mécanisme, d'une simplicité admirables, et dont la perfectibilité serait de nature à ramener à la lithotritie ses adversaires les plus acharnés, si certains esprits n'étaient réfractaires à la toute-puissance de la logique et des faits.

Le calcul une fois reconnu, j'ai placé la courbure du brise-pierre sur l'un des côtés de ce corps étranger, et je l'ai ouvert à 15 lignes; mais les branches se refermèrent à vide. J'ai laissé alors entr'elles 22 lignes d'écartement, et cette fois la pierre fut saisie en indiquant 18 lignes de diamètre.

J'ai rapproché doucement, et d'une manière continue, les mors du litholabe en faisant effort sur la poignée que M. Charrière a si habilement substituée au volant, et le calcul n'a pas tardé à tomber en fragmens. Vous avez vu avec quelle facilité j'ai saisi en sous-œuvre, et pour ainsi dire à coup sûr, vingt-quatre fragmens, dont les premiers donnaient jusqu'à 7, 8 et même 10 lignes de diamètre.

Notre malade, loin d'accuser de la douleur et d'en demander la suspension, nous engageait, au contraire, à poursuivre l'opération, dont l'innocuité le rendait tout joyeux. Mais les manœuvres duraient depuis près de cinq minutes; et, sans céder au désir qu'il exprimait, nous préférâmes nous en tenir là pour une première fois.

Je dois vous dire à ce sujet que l'expérience m'a convaincu que le traitement des maladies du canal de l'urètre ou de la vessie exige des ménagemens infinis sous peine de se voir arrêté en chemin par une foule de lésions sympathiques aisément provoquées par une stimulation trop fortement portée dans ces organes. Rappelez-vous, en effet, qu'une orchite, une cystite, un violent accès de fièvre, une réaction sur le tube digestif, viennent souvent compliquer le traitement, alors même que l'on procède avec une prudence et une douceur extrêmes, et qu'ils forcent de le suspendre pendant un temps plus ou moins long. Heureux encore quand on en est quitte pour quelques jours de retard, et quand ces complications ne forcent pas à faire un grand nombre de pas rétrogrades! Ces revers inquiètent d'ailleurs le moral du malade, et nuisent singulièrement à l'effet salutaire que l'opérateur doit avoir sur son client. Aussi, depuis long-temps ai-je écrit que le seul moyen de marcher vite dans le traitement des maladies des voies urinaires, est d'aller fort lentement, afin de ne pas reculer en provoquant, par trop de précipitation, des accidens redoutables.

A peine le brise-pierre fut-il retiré, que nous vîmes s'échapper avec le liquide que contenait la vessie, une foule de débris calculeux.

Un bain fut donné immédiatement, ainsi que les jours suivans; la dilatation du canal de l'urètre à l'aide d'une bougie de cire, ne fut pas suspendue; et ainsi put sortir pendant plusieurs jours un grand nombre de petits calculs, dont plusieurs avaient jusqu'à 3 et 4 lignes de diamètre.

Quelques-uns des plus gros, arrêtés derrière le gland, furent saisis par l'instrument à trois branches de M. Leroy d'Etiolle, brisés sur place et extraits en fragmens sans déchirer la membrane muqueuse urétrale.

Six jours plus tard, époque à laquelle l'urine ne charriait plus de détritus, nous procédâmes à une deuxième séance, qui n'offrit rien de particulier sur la précédente, si ce n'est que, ne devant plus avoir affaire qu'à des fragmens peu volumineux, nous avons remplacé notre brise-pierre, qui présentait sur la convexité de la branche femelle une large fenêtre, par un autre qui, au lieu d'une fenêtre, contenait une gouttière fortement évasée.

Ce nouvel instrument fonctionna admirablement bien, mais il fut extrait avec quelques douleurs, parce que le détritus amassé dans la gouttière avait laissé entre les mors un écartement de 2 lignes, qu'on n'avait pu triompher une forte pression. Cet incident m'a engagé à modifier le brise-pierre et à faire ouvrir une fenêtre bien moins large que celle du premier litholabe dont je m'étais servi, mais suffisante néanmoins pour laisser sortir par expression la matière calculeuse réduite en bouillie. Cette séance a été, comme la précédente, peu douloureuse; et, après quatre minutes, ne trouvant plus rien dans la vessie, nous la terminâmes. Cette fois l'urine laissa déposer pendant plusieurs jours un sédiment calcaire très abondant, et il ne sortit que peu de gravier. Les jours suivans, le cathétérisme nous ayant indiqué qu'il ne restait plus dans la vessie qu'un seul fragment de 5 lignes environ, nous l'avons brisé dans une troisième séance, qui n'a duré que deux minutes et a été la dernière.

Depuis, nous avons soumis à diverses reprises la vessie aux recherches les plus minutieuses du cathétérisme; nous l'avons fait également explorer par plusieurs professeurs de cet hôpital, et il a été impossible de rien découvrir. Alors nous avons renvoyé ce militaire à son corps, où il fait depuis près de deux mois un service actif, et jouit d'une santé parfaite.

Passons à la deuxième observation de lithotritie.

Deuxième observation. — Lithotritie, le malade sortant et se livrant à un exercice violent entre chaque séance; guérison.

Un contrebandier de la ville de Lille, âgé de vingt-deux ans, de bonne constitution, d'une santé parfaite, et ne présentant aucune lésion organique notable des voies urinaires, bien qu'il fasse remonter à son enfance, à l'âge de dix ans, les premiers symptômes de la pierre dont il est porteur, fait le sujet de la seconde lithotritie que nous avons pratiquée en votre présence.

Je ne reviendrai pas sur les détails que je viens de vous donner dans la première observation, et je ne m'arrêterai ici que sur les circonstances particulières que nous avons eu à constater.

A la première séance, une pierre du diamètre de 16 lignes fut saisie et broyée à l'aide du brise-pierre armé de la poignée; nous n'avons pas eu besoin de recourir au marteau, quoiqu'elle fût d'une dureté assez remarquable, mais nous avons dû exercer sur la poignée des efforts beaucoup plus puissans que pour rompre le calcul offert par notre premier opéré. Un grand nombre de fragmens furent saisis dans cette première séance et réduits en détritus, et après cinq minutes nous retirâmes l'instrument pour mettre le malade au bain.

Trois heures plus tard, quand nous visitâmes notre malade, nous trouvâmes dans une petite boîte une foule de fragmens calculeux qu'il y avait déposés; mais quant à lui, il avait disparu, et j'appris qu'il s'était mis en campagne pour aller faire de la fraude, malgré la température froide et humide du mois de décembre.

Le lendemain, je vis le malade; il était parfaitement bien. « Je suis bien léger, disait-il gaîment, je puis maintenant défier à la course tous les douaniers du monde. »

Notre contrebandier disparut ensuite pendant cinq jours; mais je lui dois la justice qu'il conservait soigneusement tous les fragmens qu'il expulsait avec l'urine.

Au sixième jour, deuxième séance de cinq minutes, broiement d'une dixaine de fragmens de 4, 5, 6 lignes, et un bain.

Nouvelle disparition de notre contrebandier pendant six jours.

A cette époque, un gros fragment engagé dans la région prostatique fut refoulé dans la vessie, à l'aide d'une sonde métallique courbe et ouverte à son extrémité, que nous avions fait arriver immédiatement sur le corps étranger, et par laquelle nous avions poussé avec force une injection d'eau tiède. Nous introduisîmes ensuite le litholabe dans la poche urinaire, et nous brisâmes le fragment qui venait d'être refoulé. Ce fragment était de 5 lignes et unique, ainsi que depuis nous l'avons constaté à diverses reprises par le cathétérisme. Aujourd'hui, ce jeune homme n'éprouve plus aucun symptôme de calcul; il se porte parfaitement bien, et continue à se livrer à son industrie pour faire exister sa femme et ses enfans.

Voici notre formule pour les manœuvres du litholabe. Nous la modifions selon que nous avons affaire à une seule pierre, ou à des calculs petits et multiples, ou bien encore à des fragmens.

Dans le premier cas, quand le corps étranger est unique et volumineux, notre conduite est celle-ci:

Nous avons soin que le corps étranger ne vienne pas se loger dans la courbure de l'instrument, sans quoi il serait ramené vers le pubis par la branche mâle mise en jeu et il deviendrait insaisissable. Par la même raison nous évitons de le refouler vers l'angle sacro-vertébral avec le bec du brise-pierre.

Ce dernier étant tenu presque horizontalement, en faisant descendre son pavillon au niveau du pubis et quelquefois même plus bas, il est facile d'en placer la courbure sur l'un des côtés de la pierre; puis on attire à soi la branche mâle en maintenant immobile la branche femelle qui pose légèrement sur le bas-fond de la vessie, et tandis que la première fonctionne, on imprime à l'instrument en totalité un double mouvement, l'un de légère rotation sur son axe, et l'autre d'inclinaison latérale en portant vers le membre pelvien du côté opposé à la pierre, le pavillon du litholabe, afin d'en mettre la courbure le plus possible en contact avec le corps étranger; par cette manœuvre, on sent si parfaitement le frottement de la branche mâle sur toute la surface de la pierre à mesure qu'elle s'ouvre, que les mors de l'instrument donnent à la main une double sen-

sation, absolument comme si on tenait le corps étranger entre deux doigts de la main, et avec un peu d'habitude, on se sert habilement de cette sensation pour bien engager le calcul entre les mors et le bien fixer.

Arrivé à ce point de l'opération, on imprime au litholabe quelques légers mouvemens en tous sens dans la vessie pour s'assurer que les parois de cet organe n'ont pas été pincées avec le corps étranger, puis on en rapproche les branches d'une manière graduée, et, selon la dureté du calcul, on se sert alternativement de l'une des trois puissances que l'art met à la disposition de l'opérateur : la simple pression avec la main, le secours de la poignée que M. Charrière a substituée au volant, et enfin la puissance du marteau, en fixant préalablement le brise-pierre dans l'étau de M. Amussat.

La simple pression avec la main peut être portée sans danger aussi loin que possible, il en est de même de la poignée. L'homme le plus robuste en faisant effort sur elle, ne saurait tordre ni briser les branches de l'instrument, tandis qu'il n'en est pas de même du volant, dont la puissance est beaucoup plus grande ; quant au marteau, il faut frapper à petits coups afin de disjoindre lentement l'agrégation moléculaire et de réduire le calcul en fragmens d'autant plus petits qu'on aura su rendre le morcellement plus complet.

Lorsque je n'ai plus affaire qu'à des détritus, ou bien si dès la première séance j'ai rencontré dans la vessie des calculs petits et multiples, je manœuvre d'une manière un peu différente.

Je fais porter sur le bas-fond de la vessie la convexité de la courbure de la branche femelle, j'écarte la branche mâle, j'imprime à l'instrument en totalité de petits mouvemens latéraux un peu saccadés ; les fragmens viennent d'eux-mêmes dans le point le plus déclive dans le léger sillon formé par la convexité de la branche femelle et, en rapprochant de celle-ci la branche mâle, ils sont saisis sans peine, et broyés, en se conformant aux préceptes ci-dessus émis. Cette manœuvre est très expéditive et convient quand il y a un nombre considérable de fragmens. Dans le cas contraire, nous agissons avec une précision beaucoup plus grande en nous comportant comme plus haut, et comme si nous n'avions affaire qu'à une seule pierre.

Il arrive souvent qu'un calcul ou de gros fragmens se logent en bas, derrière la prostate, d'où ils sont difficilement refoulés en arrière. On les reconnaît très distinctement à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum pendant que le litholabe est dans la vessie. L'instrument à trois branches serait impuissant pour atteindre ces corps étrangers, tandis qu'ils ne sauraient se soustraire aux recherches du litholabe à deux branches, dont la courbure permet d'en porter les mors dans tous les coins de la vessie.

Pour cela il faut imprimer à la totalité de l'instrument, ramené horizontalement, une demi-rotation sur son axe afin d'en diriger le bec vers le bas-fond de la vessie, et porter ensuite ce bec tout doucement vers la prostate, où le doigt peut le sentir. Il faut, au besoin, lui communiquer de petits mouvemens latéraux pour éviter que le calcul ne s'interpose entre lui et cette glande ; laisser la branche mâle immobile et refouler la branche femelle, en tenant le pavillon de l'instrument placé très bas pour prévenir par l'écartement des mors un frottement sur le bas-fond vésical et le refoulement en arrière du corps étranger ; puis imprimer quelques petits mouvemens latéraux, rapprocher la branche femelle de l'autre en portant doucement l'instrument sur le bas-fond de la vessie et saisir de suite les fragmens qui eussent échappé sans tous ces préliminaires.

Ces manœuvres, bien que compliquées en apparence, sont faciles à saisir et peut-être sont-elles encore plus aisées à mettre en pratique pour qui s'est occupé de la spécialité des voies urinaires.

Il est évident que le chirurgien qui n'a point fait une étude approfondie des organes génito-urinaires considérés au point de vue anatomique, pathologique et chirurgical, ne saurait sans témérité armer sa main inhabile d'un litholabe. J'irai même plus loin, et je prétends que la spécialité qui nous occupe, y compris les rétentions d'urine et les rétrécissemens de l'urètre, exige des dispositions naturelles toutes particulières, des facultés tactiles infinies, une aisance, une douceur, une souplesse dans les mouvemens et surtout dans la main que rarement on rencontre. C'est sans doute parce que la nature leur a refusé ces précieux dons que certains hommes, habiles d'ailleurs à manier le couteau et le bistouri, mais ayant fait des essais malheureux de lithotritie, repoussent cette opération de leurs superbes dédains pour lui substituer l'opération sanglante ; mais leurs efforts ne sauraient la faire déchoir du point culminant où elle a atteint.

On se rappelle avec quelle violence, en 1835, M. Velpeau s'est posé, à l'Académie, adversaire de cette opération. Les débats de cette savante assemblée avaient fixé l'attention du monde médical qui impatiemment attendait une solution ; mais, malgré la parole grave, mesurée et pleine de logique de MM. Lisfranc et Amussat, qui défendaient la lithotritie, la discussion devint tellement vive et personnelle que l'Académie dut faire prononcer la clôture sans avoir rien résolu.

Depuis 1835, la lithotritie a subi, pour ainsi dire, toute une révolution, tant elle a marché vers le perfectionnement. On était en droit d'espérer que les opinions hostiles à cette belle découverte se seraient modifiées, et c'est avec peine que nous avons vu dans l'ouvrage que vient de publier M. Velpeau, t. IV, p. 666, que depuis cette époque ce célèbre chirurgien n'a rien appris ni rien oublié.

Dussions-nous nous attirer les épithètes d'*industriel et d'exploitateur intéressé* qu'il jette avec peu de courtoisie à la tête de ses adversaires, nous ne saurions partager ses erremens parce que notre conviction les repousse et que cette conviction ne saurait nullement être ébranlée par la statistique surannée et erronée qu'il évoque. Surannée, parce qu'il a puisé ses chiffres au berceau de la lithotritie, tandis qu'il ne devait accepter que ceux de sa virilité ; erronée, parce que, battue en brèche et démolie par M. Lisfranc, à l'Académie de médecine, elle a perdu tout crédit.

Il est vrai que M. Velpeau a apporté dans la balance ses revers en lithotritie. De cet aveu que conclure, si ce n'est qu'il est des chirurgiens, d'un grand mérite d'ailleurs, qui, peut-être, devraient s'abstenir de pratiquer cette opération.

On a voulu resserrer les limites du champ de la lithotritie, en mettant en avant une foule de contre-indications, mais l'expérience sape de jour en jour leur frêle échafaudage, et, pour peu que le temps apporte encore de perfectionnemens à cette brillante découverte, nous ne désespérons pas de la voir régner en souveraine. En effet, MM. Leroy et Ségalas ont prouvé le parti que l'on peut tirer du broiement même chez les enfans ; la courbure des nouveaux instrumens triomphe sans peine des obstacles qu'apportait à la manœuvre des instrumens droits le développement parfois excessif de la prostate ; il est extrêmement peu de calculs qui puissent résister à la puissance de la percussion et du marteau, et quant aux cas particuliers où ils auraient pour noyau un corps étranger tel qu'une balle, un morceau de corne ou d'ivoire, etc., etc., ces cas sont excessivement rares. Nul doute d'ailleurs, que s'il était possible de les connaître *à priori*, il faudrait, en attendant de plus grands perfectionnemens, recourir à la taille. Mais attendu que jamais, pour ainsi dire, il n'est possible même de soupçonner ces cas exceptionnels, on ne saurait mentionner ces objections que pour mémoire, sans quoi il faudrait s'abstenir de la lithotritie et la proscrire d'une manière absolue.

Les calculs enkystés, ceux qui sont tellement volumineux qu'ils sont embrassés complètement par la vessie et ne permettraient pas même l'introduction de l'instrument, ceux-là contre-indiquent, du moins jusqu'à ce jour, la lithotritie. Nous en dirons autant des déviations du canal de l'urètre auxquelles ne sauraient remédier des opérations peu graves et dont l'efficacité serait de permettre l'entrée du litholabe dans la vessie.

Vous le voyez, le domaine de la lithotritie est si vaste, qu'il est fort difficile de dire, dès aujourd'hui, quelles seront ses véritables limites. C'est pourquoi nous partageons complètement l'opinion de M. Amussat, disant à l'Académie de médecine qu'on ne devrait se prononcer contre la lithotritie qu'après avoir tâté son malade, afin de juger s'il est bien réellement réfractaire aux bienfaits de cette opération. Vainement nos adversaires diront-ils que les tentatives sont périlleuses ! par tentatives nous entendons l'introduction d'une sonde, dans la vessie ; or, la taille comme la lithotritie exigent ces préliminaires. Nous ajouterons que le litholabe courbe dont le volume est réduit à celui d'une grosse sonde, peut être introduit dans la vessie sans plus de difficultés que celle-ci, et que, par le jeu facile de ses branches, il permet des recherches infiniment plus précises que celles qu'on obtient par le cathétérisme ordinaire. Nous pensons de plus que les partisans de la taille feraient bien d'y recourir dans les cas difficiles, pour ne plus s'exposer à opérer des malades qui n'ont pas de calcul.

Sans doute la lithotritie, malgré ses perfectionnemens, pourra donner lieu à des revers comme on doit en attendre parfois d'une simple exploration de la vessie par le cathétérisme ; mais ces insuccès seront rares et ne se rattacheront qu'à des dispositions particulières ou à des altérations organiques avancées ; et, dans ce dernier cas malheureusement, les revers seront presque toujours assurés à toutes les méthodes, quelles qu'elles soient. Mais, ce que nous maintenons, c'est qu'ils seront moins fréquens et moins redoutables par la lithotritie que par la taille, parce qu'aujourd'hui celle-là n'est véritablement plus qu'une simple opération de cathétérisme, tandis que celle-ci sera toujours une opération fort douloureuse et fort grave.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Cyanose. Emphysème pulmonaire. Insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires droites. Mort.

Nous avons rendu compte, dans notre n° 145 (16 décembre 1839), de l'état d'un malade couché au n° 8 de la salle Saint-Louis. Cet homme, âgé de trente-quatre ans, présentait depuis son enfance une coloration bleuâtre fort remarquable. Non-seulement le tégument extérieur, mais encore les muqueuses et toutes les parties accessibles à l'examen, offraient également cette modification ; la surface d'un vésicatoire appliqué vers les derniers jours de la vie prit également cette teinte. Il n'est pas nécessaire de rappeler que cette coloration était susceptible de quelques changemens, et pouvait augmenter ou diminuer selon l'état du malade et la gêne que la circulation éprouvait. Cet homme a succombé le 22 janvier aux progrès de la maladie.

Rappelons rapidement les principaux phénomènes recueillis pendant la vie. Orthopnée. Pendant les mouvemens d'inspiration et d'expiration, on entendait quelques sifflemens dans le larynx ; la poitrine était amplement dilatée, la respiration fréquente. L'auscultation faisait reconnaître la présence du râle sibilant mêlé au râle muqueux ; sur quelques points ces divers bruits prenaient les caractères du gargouillement. Toux fréquente, crachats abondans, épais, formés d'une matière analogue à celle du pus. A la percussion de la poitrine, le son normal était augmenté.

Si l'on interrogeait l'état du cœur, on reconnaissait un bruit de souffle bien caractérisé. Ce bruit coïncidait avec le premier bruit du cœur (contraction des ventricules). Les battemens ne communiquaient à la main qu'une impulsion médiocre.

L'hypertrophie du foie, l'hydropisie générale, complétaient les accidens observés à la dernière période.

Ce malade pouvait résister long-temps encore à l'affection qu'il présentait ; il était possible aussi que la mort arrivât d'une manière rapide à une époque plus ou moins rapprochée, c'est ce qui eut lieu effectivement par suite de l'aggravation des principaux accidens.

Appareil digestif. La muqueuse des lèvres, la surface interne de la cavité buccale, la langue, etc., présentent encore la coloration violacée qu'on avait pu observer pendant la vie. L'estomac offre une injection très considérable. La coloration rouge de l'intestin, moins sensible que celle de ce dernier organe, est cependant beaucoup plus prononcée qu'à leur état normal. Le foie est volumineux. (On peut se rappeler qu'on avait constaté son augmentation parmi les accidens observés pendant la vie.) Cet organe est gorgé de sang noir, et son apparence ne peut mieux être comparée qu'à celle offerte par le tissu de la rate incisée.

Appareil respiratoire. La muqueuse du larynx, celle de la trachée-artère et des bronches, sont également d'une couleur rouge assez remarquable. La substance des deux poumons est, dans toute son étendue, à de très petites exceptions près, gorgée de sang noir. Dans quelques points, la consistance normale est encore en partie conservée ; mais dans la plus grande étendue de ces viscères elle est tout à fait perdue, et le doigt les déchire avec facilité. L'aspect de toute la substance pulmonaire est grenu, excepté vers quelques parties de la périphérie, où l'on peut retrouver des traces de tissu sain, ainsi qu'au sommet du poumon gauche, où les vésicules se trouvent dilatées, et offrent tous les caractères de la substance pulmonaire affectée d'emphysème. On n'a pas trouvé de tubercules. Envisagés à l'extérieur avant la section de leur parenchyme, les poumons étaient volumineux, nullement revenus sur eux-mêmes ; la plèvre présentait des traces d'adhérences qui indiquaient un travail phlegmasique ancien ; il a fallu les rompre pour séparer les deux feuillets de cette membrane.

Le cœur est un peu plus volumineux qu'à l'état sain ; il participe à la teinte foncée des autres organes. L'épaississement de ses parois est surtout sensible à l'oreillette et au ventricule du côté droit. Si on examine l'orifice auriculo-ventriculaire qui réunit ces deux cavités et la valvule qu'il présente, on voit que cette dernière est totalement insuffisante pour oblitérer son orifice ; aussi, de quelque côté qu'on examine les deux cavités, elles paraissent pour ainsi dire n'en former qu'une seule, légèrement rétrécie à l'anneau de communication.

Encéphale. Adhérences anciennes entre les membranes et les circonvolutions cérébrales, la substance du cerveau et du cervelet offrant comme les autres tissus une coloration rougeâtre qui se manifeste dans la substance blanche par un pointillé assez fin.

Cette observation est curieuse en ce sens qu'elle prouve, ainsi que beaucoup de faits déjà observés que la cyanose peut exister sans vice primitif dans la conformation du cœur, la persistance du trou de Botal, par exemple. Ici on avait reconnu d'une manière exacte pendant la vie la maladie du poumon, et on avait diagnostiqué une altération des orifices du cœur avec hypertrophie des parois. Cette opinion, comme on le voit, n'était pas éloignée de la réalité.

Deux cas de maladie de la moelle épinière ; amélioration.

Première observation. Un charpentier, âgé de trente ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 3 novembre 1839, salle Saint-Louis, n° 9.

Le 21 septembre précédent, il soulevait avec un de ses camarades une poutre volumineuse pour la placer sur un poteau : une des extrémités de la poutre était déjà appuyée et ils allaient abandonner la seconde, lorsque l'aide, abandonnant trop tôt la partie qu'il soutenait, laissa porter sur lui tout le poids de la charge qui appuyait sur sa tête. Il fléchit aussitôt, et éprouva, dit-il, une sensation rapide, qu'il compara à celle que pourrait produire un corps quelconque, une balle, par exemple, parcourant la moelle épinière. Cette sensation se continua du rachis à la partie postérieure des cuisses, et se prolongea jusque vers les talons. En même temps, cet homme avait perçu un craquement assez violent à la partie supérieure de la colonne cervicale, sa vue s'obscurcit, il faiblit peu à peu et perdit connaissance. Lorsqu'il revint à lui, il reconnut bien tous ceux qui l'entouraient et put leur adresser la parole, mais il avait perdu la faculté de mouvoir les bras et les jambes. Après quelques jours de repos qu'il prit chez lui, il se fit porter à l'hôpital d'Etampes.

Les renseignemens que donna le malade sur les accidens qu'il éprouva vers cette époque sont incomplets. Ainsi, il ne put dire s'il a uriné de lui-même ou par regorgement ; il se rappelle seulement que l'urine humectait son lit. Il affirme néanmoins qu'il fut sondé à Etampes lors de son arrivée, et que l'emploi de ce moyen fut continué pendant tout son séjour dans cet hôpital (six semaines environ). Pendant tout cet intervalle de temps, il y eut rétention des matières fécales.

Les mouvemens volontaires des membres supérieurs et inférieurs étaient alors entièrement abolis, la faiblesse était dès les premiers jours plus prononcée au membre supérieur droit que vers le côté opposé. La sensibilité était nulle, si ce n'est, dit le malade, vers la région épigastrique et abdominale. Mais cela ne tiendrait-il pas, comme le fait observer M. Chomel, à ce que cet homme, dont l'intelligence est peu développée, croit percevoir la sensation toutes les fois qu'il peut apercevoir la main qui l'interroge, ce qui a lieu pour les parties antérieures du tronc. Peu à peu la sensibilité devint cependant moins obtuse : à cette époque, il éprouvait dans les membres des soubresauts, des mouvemens de contraction involontaire, les mâchoires se serraient violemment ; il y avait trismus.

La tête, d'abord immobile, recouvra plus tard quelque mouvement ; la suppression des mouvemens de la tête n'est pas un symptôme des affections de la moelle : dans ce cas, il est hors de doute que si on l'a observée, elle était due à la lésion violente et traumatique qui avait atteint la portion cervicale de la colonne vertébrale.

Après plusieurs essais suivis d'une légère amélioration, cet homme se fit conduire à Paris, et fut admis à l'Hôtel-Dieu le 3 novembre, comme nous l'avons dit.

On constate la possibilité de faire opérer des mouvemens à la tête : cependant l'extension est difficile ou douloureuse. On attribue cet état à la lésion de la colonne qui doit consister ou dans une luxation des vertèbres, ou bien dans une fracture plus ou moins considérable dans cette région : en effet, en examinant avec la main la partie postérieure du cou, on reconnaît une saillie dont la pression occasionne des douleurs au malade. Les mouvemens de pression sont possibles aux membres inférieurs, mais ils sont lents et bornés. Ils sont plus difficiles aux membres supérieurs. La sensibilité reparaît peu à peu : le malade éprouve dans les membres et dans la région du dos des fourmillemens qui augmentent ou se reproduisent plus forts après une excitation quelconque.

Les urines coulent naturellement ; la constipation diminue de plus en plus.

Le traitement consiste dans l'application de cautères le long de la colonne vertébrale, etc.

Aujourd'hui, près de trois mois après l'accident qu'il a éprouvé, cet homme peut saisir une cuiller de la main gauche et manger presque seul en appuyant le coude sur un plan solide, et en fléchissant avec précaution la main et l'avant-bras sur le bras ainsi fixé. Il peut élever jusqu'à sa figure le membre droit, et saisir les objets qu'on lui présente. La flexion des membres inférieurs se fait avec facilité ; le malade peut se mettre sur le côté et rester dans cette attitude, ce qu'il ne pouvait faire auparavant sans le secours d'un infirmier ; il descend seul de son lit avec quelque difficulté, et peut ensuite se promener seul, bien que les mouvemens des jambes soient encore un peu brusques et incertains. Ce résultat est d'autant plus satisfaisant que, les bras étant proportionnellement plus faibles, cet homme ne peut s'en aider pour se soutenir.

Cette amélioration, quoique notable, n'est pas encore suffisante pour permettre à cet homme de reprendre les travaux de sa profession ; fera-t-elle de nouveaux progrès? Il y a lieu de l'espérer d'après le succès obtenu jusqu'à ce jour ; cependant on ne peut encore se permettre de compter sur une guérison parfaite.

Deuxième observation. Ce deuxième malade est âgé de quarante-cinq ans ; il exerçait la profession de vannier. Sa santé était bonne ; seulement, il éprouvait autrefois des vomissemens qui persistaient pendant douze ou quinze jours pour disparaître ensuite. Il pouvait alors manger de toute espèce d'alimens, sans éprouver la moindre gêne. Ayant consulté à cette époque pour remédier à cet inconvénient, on crut qu'il était affecté d'une *gastrite*, et on le traita en conséquence. Aujourd'hui que les idées médicales qui régnaient alors sur ce point de pratique ont beaucoup perdu de leur importance, on comprendra facilement ce qu'il y avait d'erroné dans un semblable diagnostic ; quoi qu'il en soit, ces accidens ont fini par disparaître complètement. Il y a sept ans environ, vers l'âge de trente-huit ans, cet homme, qui était marié, devint tout à fait impuissant. Bien que les fonctions de la génération n'aient jamais pu s'accomplir depuis cette époque, ce malade n'a pas laissé que d'éprouver parfois des pollutions nocturnes ; il n'a pas non plus observé que les testicules aient perdu de leur forme ou de leur volume primitif.

Trois ans après ces premiers accidens, il y a quatre ans de cela, la jambe gauche devint plus faible ; le pied se renversait, au dire du malade, lorsqu'il voulait marcher ; il ne se rappelle pas exactement dans quelle direction, car il a dit *en dedans* à M. Chomel, et *en dehors* au chef de clinique. Au lieu d'éprouver une diminution dans la sensibilité générale de ce membre, il a observé au contraire qu'il était pour ainsi dire beaucoup plus délicat que celui du côté sain : ainsi, l'impression d'un corps froid, du carreau, par exemple, l'affectait plus vivement de ce côté que de l'autre. Progressivement la faiblesse du membre gauche augmenta ; le malade ne ressentait cependant pas de douleurs dans le trajet de la moelle épinière, il avait seulement des fourmillemens dans le membre affecté.

Au bout de sept mois, la faiblesse devint telle qu'il ne pouvait appuyer sur la jambe gauche la planche dont se servent les vanniers pour travailler à leur état ; la jambe droite, qui jusqu'alors était restée intacte, commença à devenir plus faible, et bientôt cet homme ne put marcher sans le secours d'une personne étrangère. Cette infirmité fit même de si grands progrès, que bientôt il ne put sortir pour vaquer à ses affaires.

Jamais le malade n'éprouva de rétention dans l'excrétion urinaire ; seulement, au lieu de contracter les muscles de l'abdomen, comme on le fait pour produire le premier jet de l'urine, il était obligé de continuer ces efforts pendant tout le temps que se prolongeait l'évacuation. Cependant, jamais ce liquide ne s'échappa goutte à goutte du canal de l'urètre. En même temps il observa la faiblesse du sphyncter de l'anus, et parfois des vents lui échappaient sans qu'il ait eu conscience de leur arrêt ou de leur sortie ; leur bruit seul l'avertissait. Depuis, l'intestin est devenu très paresseux ; car on était obligé de faire aller cet homme à la garderobe au moyen de lavemens d'eau salée, de décoction de follicules de séné, de glace pilée, etc.

Bientôt après, l'affaiblissement se propagea aux membres thoraciques ; ne pouvant plus alors se livrer même imparfaitement aux travaux de sa profession, le malade vint réclamer des secours à l'Hôtel-Dieu.

Tel est à peu près l'état dans lequel il se présentait à son arrivée : Il avait alors des fourmillemens plus fréquens dans les membres inférieurs, et des douleurs vives apparaissaient dans différentes régions du corps lorsqu'il était en repos ; elles persistaient quelques minutes, et disparaissaient ensuite ; parfois elles étaient remplacées par des soubresauts, des tressaillemens involontaires : il fut facile de reconnaître la nature de ces prétendues *douleurs rhumatismales*, car c'est ainsi que le malade les appelait.

Lorsqu'on passait la main le long de la colonne vertébrale, on ne déterminait jamais de douleurs dans un point ou dans un autre ; et à ce propos, M. Chomel fait observer que ce signe, auquel les médecins qui ont étudié spécialement les maladies de la moelle épinière paraissent ajouter quelque valeur, n'en a que bien peu réellement. En effet, il pourrait, selon ces praticiens, être occasionné par le déplacement que la pression détermine entre deux ou plusieurs vertèbres, et par la transmission de ce mouvement à la moelle et à ses enveloppes. Comment croire cette mobilité possible, quand on connaît les relations exactes qui unissent les vertèbres, et les obstacles qu'elles opposent à un semblable examen? N'est-ce pas plutôt à la compression que les tissus plus ou moins irritables éprouvent entre la main qui les presse et les apophyses qui résistent, qu'il faudrait en reporter la cause? N'en est-il pas de même de la douleur que l'on cherche à interroger au moyen d'une éponge imbibée d'eau chaude que l'on promène sur le trajet de la colonne?

Chez notre malade, on a employé la strychnine à l'intérieur, et les moxas sur les côtés du rachis ; il y a eu de l'amélioration dans les mouvemens des bras, mais les membres inférieurs n'en ont pas encore présenté. Le succès des premières tentatives peut, du reste, faire espérer de nouveaux progrès dans son état.

Chez le premier de ces malades, il était impossible de méconnaître l'action d'une cause mécanique, sans doute une fracture ou une luxation dans quelque point de la région cervicale de la colonne vertébrale. Chez celui-ci, au contraire, on ne peut donner une semblable origine à la maladie ; il faudrait plutôt soupçonner une inflammation chronique, par exemple, un ramollissement partiel, etc. ; car on ne peut s'arrêter à l'idée qu'une tumeur quelconque développée dans l'intérieur du canal rachidien, comprime la moelle, le siége des premiers accidens, leur extension aux membres supérieurs annulant tout à fait cette opinion. A ce propos, M. Chomel fait observer que parfois l'altération peut échapper aux investigations de l'anatomiste. Ainsi, il y a quelque temps il eut occasion de traiter une dame affectée d'une paralysie de cette nature. La malade périt, et l'ouverture du cadavre, faite par MM. Chomel et Louis, ne put faire constater la moindre altération dans la structure du cordon rachidien ou de ses enveloppes.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 20 janvier.

M. J. Guérin demande l'ouverture d'un paquet cacheté qu'il a déposé le 28 octobre dernier. Le paquet est ouvert, et contient le résumé suivant d'un travail que l'auteur préparait alors.

M. J. Guérin fait observer qu'ayant été obligé d'exposer et d'appliquer publiquement, dans ses conférences cliniques sur les difformités du système osseux, des idées et une méthode de traitement qu'il croit nouvelles, relatives à l'origine et à la cure des difformités congénitales de la hanche, il a l'honneur de vous prier de communiquer à l'Académie le contenu d'un paquet cacheté dont elle a bien voulu recevoir le dépôt le 28 octobre 1839.

Étiologie essentielle. Variétés anatomiques et traitement chirurgical des luxations et pseudo-luxations congénitales du fémur. (Contenu du paquet cacheté.)

« J'ai établi dans mon HISTOIRE DES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX, adressée au concours de l'Académie pour le grand prix de chirurgie, que le plus grand nombre des difformités articulaires congénitales sont le produit de la rétraction musculaire primitive : j'avais déjà compris dans cette formule générale les luxations congéniales du fémur, ainsi qu'il résulte du rapport de la commission de l'Académie sur mes travaux. Depuis cette époque, j'ai confirmé et développé cette étiologie des difformités congéniales de la hanche, et j'ai été conduit, par extension analogique, à leur appliquer le traitement chirurgical que j'ai appliqué aux difformités du pied, du genou, du col et de l'épine de même origine. Voici les conclusions du travail développé que je compte présenter à l'Académie sur cet ordre de difformités.

» 1° Les luxations congénitales du fémur sont, comme le pied-bot, le torticolis et les déviations de l'épine, le produit de la rétraction musculaire primitive, et les variétés de cette luxation considérées sous le rapport de leur siége, de leur direction et de leur degré, le produit de la rétraction musculaire différemment distribuée et de ses élémens différemment combinés dans les muscles du bassin et de la cuisse.

» 2° Il existe un ordre de difformités congénitales de la hanche, qui n'avait été indiqué par aucun auteur, difformités que j'ai appelées *pseudo-luxations*, parce qu'elles offrent l'apparence trompeuse des luxations sans sortie de la tête du fémur de la cavité cotyloïde ; les variétés de ces pseudo-luxations sont elles-mêmes le résultat de la rétraction musculaire différemment distribuée dans les muscles pelvi-fémoraux.

» 3° Le traitement essentiel, efficace de ces difformités, indépendamment des moyens déjà connus, et qu'il faut conserver dans la limite de leur utilité relative, doit consister dans la section des muscles rétractés. J'ai déjà fait cette opération trois fois avec succès : la première fois, le 26 novembre 1838, sur une petite fille qui m'a été confiée par M. le docteur Gaulier, de Thoiry (Seine-et-Oise), et dont la difformité avait été constatée par MM. les docteurs J. Cloquet et Mayor, de Lausanne. Les deux autres opérations ont été pratiquées il y a quatre et deux mois. »

Après cette communication, je serai heureux que M. le secrétaire perpétuel veuille bien ajouter les détails suivans :

Le luxations et pseudo-luxations congéniales des articulations du squelette, autres que celles de la hanche, reconnaissent également pour origine, dans le plus grand nombre des cas, la rétraction musculaire primitive, considérée dans ses trois modes particuliers, raccourcissement, paralysie et arrêt de développement consécutif des muscles rétractés, et les différentes variétés de ces difformités sont, comme celles du cou, de l'épine et du pied, le produit de cette rétraction, différemment distribuée dans les muscles de ces parties. J'ai fait il y a trois semaines, à l'hôpital des Enfans, chez une jeune fille de quatorze ans, la section des muscles biceps, demi-tendineux, demi-membraneux et droit interne, pour deux luxations incomplètes du genou, produites par la rétraction primitive de ces muscles ; il y avait des deux côtés sub-luxation des tibia en arrière sur les condyles du fémur, rotation de la jambe d'un quart de cercle en dehors, et inclinaison en dehors de cette dernière sur le fémur, de 60 degrés environ. La rotation en dehors, l'inclinaison latérale, et le glissement en arrière des tibias, ont pu dès le lendemain de l'opération être ramenés à la simple flexion normale de la jambe sur la cuisse, et depuis cette époque, il ne reste des deux difformités qu'un certain degré de flexion permanente de l'articulation. J'ai en ce moment à l'hôpital un nouvel exemple de luxation congéniale double des fémurs que je me propose de traiter par la section des muscles rétractés : j'aurai l'honneur de communiquer à l'Académie le résultat de cette nouvelle tentative. Je crois devoir faire observer en terminant que la section des muscles dans cette difformité n'a pas pour objet de faire disparaître des obstacles *accidentels* à la réduction, comme cela peut avoir lieu dans les luxations traumatiques, mais de s'adresser à la *cause mécanique* de ces lésions, et d'établir pour leur traitement une *règle nouvelle* pareille à celle que je crois avoir concouru à établir pour le *pied-bot*, le *torticolis*, et plus récemment pour les *déviations de l'épine*.

Pour rassurer immédiatement les personnes qui ne seraient pas convaincues de l'innocuité des opérations pratiquées sous la peau, hors du contact de l'air, j'ajouterai que j'ai fait le même jour, et sans désemparer, chez la jeune fille de quatorze ans dont il a été question dans cette lettre, la section sous-cutanée de 13 muscles ou tendons, pour remédier à diverses difformités dont elle était atteinte ; dès le lendemain la malade n'éprouvait aucune espèce de douleur, ni de malaise, ni de symptôme d'inflammation quelconque dans le siége des muscles divisés. Ces faits ont été constatés publiquement à la clinique des difformités de l'hôpital des Enfans.

Recherches sur l'essence de terébenthine. — M. Deville adresse un mémoire dans lequel il a eu pour but :

1° De faire connaître de nouveaux corps isomériques avec l'essence de térébenthine, et provenant de l'altération moléculaire de celle-ci ; leurs propriétés et leurs principales combinaisons ; de faire connaître les composés qui dérivent de ces corps et dans lesquels le chlore a remplacé une certaine portion de l'hydrogène constitutif, et cela dans les proportions voulues par la loi des substitutions, leurs propriétés, leur analyse.

2° Démontrer quelle est la relation de génération qui lie entre eux tous ces corps isomériques ou leurs dérivés chlorés, quelle que soit du reste la nature de l'essence de térébenthine qui leur a donné naissance directement ou indirectement

Sur les causes des scrofules. — M. Lugol lit un mémoire sur ce sujet.

Les scrofules peuvent-elles, comme le pensent encore aujourd'hui beaucoup de médecins, naître et se développer sous l'influence unique de causes extérieures, ou bien sont-elles une affection héréditaire? Telle est la question que s'est proposé de résoudre l'auteur.

Le résultat des études qu'il a faites sur cette maladie pendant une longue pratique à l'hôpital Saint-Louis, où affluent les scrofuleux, l'a conduit à une opinion bien arrêtée, et qu'il exprime dans les termes suivans :

Les causes occasionnelles que l'on a signalées comme pouvant faire naître, chez un sujet qui n'en porterait déjà pas le germe, la maladie scrofuleuse, n'ont point d'*effet nécessaire*.

On citerait des milliers de cas où elles ont agi toutes à la fois et avec la plus grande intensité, sans amener ce résultat, et dans les exemples contraires qu'on pourrait alléguer, il n'en est peut-être pas un dans lequel on ait suffisamment constaté qu'il n'y avait pas de prédisposition héréditaire.

Il n'en est pas de même de l'hérédité, son action est évidente dans le plus grand nombre des cas, et on peut la découvrir même dans ceux où elle est le moins apparente, quand on a appris à distinguer les signes qui annoncent ce triste héritage.

Toutes les fois qu'on trouve chez un enfant l'affection scrofuleuse, c'est, suivant M. Lugol, un signe certain d'un tempérament de famille, en vertu duquel tous les autres enfans sont prédisposés à la même maladie. Un autre signe qui peut servir à faire reconnaître dans les familles cette fâcheuse constitution, c'est la grande mortalité à laquelle elles sont sujettes. A peine un quart des enfans y parvient-il à l'âge de la puberté.

Après avoir fait connaître les caractères essentiels de l'hérédité, l'auteur du mémoire considère l'état de santé des parens qui engendrent des enfans scrofuleux, car s'il soutient que la santé des enfans dépend de celle des parens, il distingue chez ceux-ci la santé originaire et la santé acquise, les deux pouvant produire le même résultat, mais ne conduisant pas aux mêmes conclusions quand on remonte aux ascendans, savoir qu'un enfant scrofuleux aurait nécessairement pour père ou pour mère une personne de constitution scrofuleuse.

Conformément à cette distinction, il divise en deux groupes les faits relatifs à l'hérédité, et il en traite dans deux sections différentes.

Dans la première, après avoir parlé des scrofules qui s'observent chez des sujets nés de parens actuellement scrofuleux ou at-

teints de phthisie tuberculeuse, ce qui pour lui ne constitue que deux formes d'une même affection et non deux affections différentes, il montre 1° que des parens jouissant en apparence d'une bonne santé, mais ayant eu dans leur jeunesse des symptômes de l'affection scrofuleuse, engendrent souvent des enfans scrofuleux; 2° que des parens qui jamais n'ont montré aucun signe de cette affection, mais qui ont des scrofuleux dans leurs frères ou leurs sœurs ont aussi assez fréquemment une postérité scrofuleuse; 3° que des sujets qui ne sont dans aucun de ces deux cas et qui ont cependant engendré des enfans scrofuleux ont été quelquefois, postérieurement à la naissance de ces enfans, atteints eux-mêmes de scrofules, remarque négligée jusqu'à ce jour et qui avait probablement contribué à établir l'opinion que le vice scrofuleux saute quelquefois une génération, c'est-à-dire passe du grand-père au petit-fils, opinion assez accréditée, mais que M. Lugol regarde comme sans fondement réel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 5 décembre 1839.

M. Puzin annonce qu'il a été témoin de nouvelles expériences faites avec l'eau hémostatique de M. Brocchiery : celle-ci appliquée sur l'artère crurale ouverte à dessein sur des chiens a constamment arrêté l'hémorrhagie au bout d'une heure. L'hémorrhagie résultant de l'ouverture des artères thyroïdiennes et des veines jugulaires d'une jeune fille a été arrêtée par cette eau hémostatique. Elle a été également employée avec succès contre la diarrhée muqueuse chez une demoiselle qui en a fait usage à l'intérieur. Cette eau, qui ne contient pas d'alcool, ne perd pas ses propriétés en vieillissant : seulement, si elle n'est pas bien bouchée, elle perd sa transparence sans que ses propriétés en soient diminuées.

M. Puzin demande qu'il soit nommé une commission chargée de constater l'efficacité de cette eau hémostatique. Obtempérant à cette demande, la Société décide qu'elle sera composée de MM. Puzin, Rousseau, Léger, Parent, Cheneau, Guersant, Duhamel, Moret, Pertus, Delaborde, Serrurier, Sorlin et Nauche.

— M. Belhomme fait une lecture intitulée : *Examen de la valeur des lésions anatomiques dans la folie.* C'est une réponse à quelques auteurs modernes qui cherchent à révoquer en doute les caractères anatomiques et pathologiques du cerveau des aliénés. On doit admettre, dit l'auteur, que si le cerveau est le siége de l'intelligence à l'état normal, il doit être le siége de la maladie qui coïncide avec le trouble de nos facultés intellectuelles, morales et instinctives. L'étude du système nerveux chez les animaux prouve que l'intelligence est toujours en rapport avec le développement du cerveau. L'auteur admet que chez l'homme la petitesse de cet organe est toujours l'indice d'une faible intelligence, tandis que l'homme de génie a ordinairement un cerveau volumineux ou du moins une conformation qui le distingue par des rapports harmoniques et symétriques.

Les antagonistes des localisations cérébrales admettent bien que le cerveau est l'organe de la pensée, mais ils se refusent à toute localisation minutieuse des facultés humaines. Ils ne veulent pas non plus reconnaître qu'il y a dans la folie des conditions anatomiques qui tiennent sous leur dépendance certains phénomènes de l'aliénation mentale. Ainsi M. Belhomme cherche à prouver par des faits qu'il a recueillis ou puisés dans les auteurs qu'il y a un rapport constant entre certains symptômes d'aliénation mentale et certaines lésions cérébrales. Ainsi l'idiotie se révèle par des déformations constantes du crâne et souvent par des vices d'organisation du cerveau lui-même. Arrivant à la folie, notre confrère est porté à croire que la manie s'accompagne d'une hypérémie des méninges superficielles, qui pénètre plus ou moins dans le cerveau, et qu'il y a rapport d'intensité entre la cause et l'effet du délire maniaque.

Dans la démence à l'état aigu on trouve encore un épaississement et une opacité des membranes extérieures du cerveau, souvent une adhérence de la pie-mère avec la substance corticale, des infiltrations séreuses entre les membranes, des plaques blanchâtres résultant d'anciennes adhérences. Lorsque la démence s'est développée lentement et sans phénomène aigu, il n'est pas rare de trouver un affaissement des circonvolutions cérébrales, une sorte d'atrophie et en même temps un épaississement correspondant des os. Il y a encore une sorte de stupidité qui s'accompagne d'un œdème non seulement des membranes cérébrales, mais encore des tissus même du cerveau.

La paralysie générale des aliénés s'accompagne constamment d'une lésion de la couche moyenne de la substance corticale, et dans certains cas, on trouve des ramollissemens très étendus de la substance médullaire, et même des abcès.

Quant à quelques faits isolés qui sembleraient faire croire à l'essentialité de la folie, ils ne peuvent être considérés que comme des exceptions à une observation générale, incapables d'anéantir la valeur de faits bien observés et avec conscience.

Il y a deux genres d'aliénation mentale qui peuvent exister sans lésion organique : l'hypochondrie et la monomanie. Dans le premier, la névrose coïncide ordinairement avec un dérangement des fonctions digestives et même avec une lésion des organes. La monomanie, d'après Spurzheim, dépend de l'activité anormale de la fonction d'un ou de plusieurs organes superficiels du cerveau.

Arrivant au traitement des aliénés, M. Belhomme, conséquent avec l'opinion émise, qu'il y a constamment altération du cerveau, pense que le traitement physique est important surtout dans le principe de la maladie, et que la doctrine des essentialistes, qui pensent que le traitement moral convient seul aux aliénés, est une grave erreur. Il n'est utile que lorsqu'on a surmonté la trop grande énergie des forces vitales et nerveuses.

— M. Guillon fait voir un enfant de neuf à dix ans qu'il a traité d'une fracture de la clavicule par un appareil qui lui est propre : la clavicule fracturée il y a sept semaines est parfaitement consolidée sans aucune difformité.

Le même confrère rapporte avoir été témoin de deux opérations de rupture d'ankylose du genou pratiquées par M. Louvrier : la première a duré 27 secondes, et le malade a pu marcher immédiatement après.

— M. Guersant fils rapporte qu'il est survenu chez les malades opérés à l'hôpital Beaujon par M. Louvrier des accidens : ainsi, chez un des derniers opérés, il s'est fait à la peau du creux du jarret une déchirure qui a mis à nu le nerf poplité externe et les tendons des muscles fléchisseurs de la jambe. Chez un autre, il y a une luxation en arrière du tibia; chez un autre, le redressement est incomplet.

M. Duhamel, qui tient de M. Bérard jeune, chargé par l'Académie de médecine de lui faire un rapport sur les opérations pratiquées par M. Louvrier, le résumé de ces opérations, dit que déjà treize opérations ont été faites sous ses yeux et qu'elles ont été suivies de succès, à l'exception de celles dont a parlé en premier lieu M. Guersant. Mais, dans ce cas, la jambe était coudée à angle très aigu, de manière que le talon était peu éloigné de la fesse, ce qui explique la difficulté qu'a eue la peau rétractée depuis long-temps à s'allonger sans se déchirer : jusqu'ici il ne s'est point développé d'accidens. Quant au second cas de luxation du tibia, il ne pouvait point en être autrement, ainsi que dans tous les analogues, attendu que la rotule étant soudée complètement aux condyles du fémur occupait la place que devait prendre le tibia. Enfin, dans la dernière opération, la corde de l'instrument s'est rompue avant que l'extension de la jambe fût complète.

Pour extrait conforme, Duhamel.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Cateau, 19 janvier 1840.

Monsieur,

Veuillez insérer dans un prochain numéro de votre Journal, cette lettre, en réponse à celle de M. Lisfranc que vous y avez rapportée dans le n° 6.

Je n'avais pas à ma disposition le mémoire de M. Lisfranc, publié dans la Gazette Médicale et dans les fascicules de l'Académie de médecine; mais j'avais consulté l'article *Rectum* du Dict. de Méd. et de Chirurg. prat., tome XIV, page 148, où se trouve textuellement le passage suivant : « Le péritoine descend jusqu'à 3 pouces 6 lignes de l'anus, terme moyen, chez l'homme; jusqu'à 2 au plus chez la femme. Ainsi, M. Lisfranc s'est doublement trompé dans les mesures qu'il a données à cet égard, dans son Mémoire sur l'excision du rectum : car, d'un côté, il suppose que le péritoine descend beaucoup plus bas que je viens de le dire, ce qui n'est pas exact; et de l'autre, il affirme qu'il descend moins bas chez la femme que chez l'homme. »

D'ailleurs, je n'ai point prétendu que M. Lisfranc établissait que le péritoine descendît plus bas; j'ai seulement dit que M. Lisfranc paraissait établir, etc. J'ai employé cette forme dubitative parce que je n'avais pas précisément sous les yeux les preuves irrécusables que cela fût écrit par lui.

Quant à la priorité pour la hauteur de l'excision, je suis bien aise qu'elle revienne à cet illustre maître; car, bien qu'elle me fût absolument inconnue, elle me garantira du reproche de témérité, que quelques confrères charitables auraient pu m'adresser.

Agréez, etc., Petel.

Nous avons vu dernièrement comment on jugeait M. Orfila à Caen (n° du 18 janvier, feuilleton). M. Raspail nous a appris comment on l'avait jugé à Dijon. Voici maintenant l'appréciation de ses actes faite par un journal de Marseille.

Après avoir déploré l'état de l'école secondaire de cette ville, qui ne compte que 7 élèves, selon le rapport officiel de M. Orfila lui-même, ce journal (la Ville de Marseille) ajoute :

« Ce n'est pas dans le rapport de M. Orfila que nous trouverons le remède. Ses rapports, il faut bien le dire, annoncent une grande légèreté. On voit bien qu'ils sont le résultat d'une inspection faite en courant et sans rien approfondir. »

Et un peu plus bas :

« La question d'organisation est plus générale. C'est sur ce point que se montre la légèreté de M. Orfila.

» Cet inspecteur affectionne singulièrement les écoles secondaires. Il y voit l'avantage de mettre l'instruction médicale plus à la portée de la population, et de ne pas obliger les étudians à quitter le toît paternel.

» Dans un premier rapport, il a fait connaître le nombre des élèves de chaque école : il y en a plusieurs qui n'ont, chaque année, que dix ou quinze élèves; quelques-unes en ont même moins. Il a cependant eu le courage de proposer pour toutes une organisation semblable dans laquelle se trouvent neuf chaires et neuf professeurs, indépendamment des professeurs suppléans : de sorte que dans un assez grand nombre d'écoles il y aurait plus de professeurs que d'élèves; et telle est son illusion que dans le second rapport, duquel nous avons extrait le nombre des élèves nouveaux dans chaque école, il trouve encore à se féliciter du résultat de la nouvelle organisation.

« Une loi se prépare, dit-on, sur l'enseignement médical. Il serait fâcheux que cette loi fût faite sous l'influence des opinions de M. Orfila. Nous aurons occasion, avant que la loi soit présentée, de revenir sur les idées que nous n'avons fait qu'indiquer aujourd'hui. »

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 28 JANVIER 1840. (15e ANNÉE.) N° 12, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Cancer de la face. Ablation de toute la mâchoire supérieure du côté gauche.

Au n° 4 de la salle Saint-Ferdinand se trouve un sujet d'observation d'un de ces cas affreux et difficiles dont la cure à entreprendre demande autant de résolution de la part du malade que de celle du chirurgien. Il s'agit d'un homme portant à la joue gauche un énorme cancer sous forme de tumeur ovalaire ayant sa plus grande saillie au-devant de la fosse canine et s'étendant en largeur depuis le côté du nez jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire et le long du bord externe de la mâchoire inférieure, et, en hauteur, depuis la commissure des lèvres jusqu'au-dessus de la fosse zygomatique en dehors de l'orbite. Cette affection, datant seulement du mois d'octobre dernier, avait commencé par attaquer d'abord le bord alvéolaire et l'arcade dentaire du maxillaire supérieur, puis avait pris un accroissement si rapide qu'en fort peu de temps la tumeur avait gagné dans tous les sens les dimensions que nous venons d'indiquer. En dedans de la bouche, une masse informe de chairs molles et dégénérées déprimant la langue et s'étendant jusqu'au voile du palais, qui y était même compris, remplaçait la voûte palatine de ce côté. A l'extérieur, la tumeur, offrant plusieurs bosselures, était recouverte par une peau amincie, d'un rouge violet, mais heureusement non encore ulcérée ; sous la pression, qui n'occasionnait pas de douleur, le ramollissement n'était manifeste en aucun point, quoique la consistance fût bien différente sur toute la surface altérée ; le gonflement, arrivé au bord supérieur de l'orbite, avait occasionné l'occlusion de la paupière et soulevé l'œil, qui cependant était demeuré sain, car le malade voyait très bien en écartant ses deux paupières avec les doigts ; mais l'axe visuel, en conséquence du soulèvement dont nous venons de parler, était dévié dans le sens du prolongement de la tumeur, c'est-à-dire oblique de bas en haut et de dehors en dedans.

Tel était l'état de ce malheureux qui ne s'abusait point sur l'horreur de sa position, et en était effrayé moins encore par ce qu'il voyait des ravages de cette affection, que parce qu'il connaissait des dangers de la terrible cause qui les avait produits. Aussi, menacé d'une mort affreuse et sans aucun doute peu éloignée, il venait avec la plus vive instance implorer telle ressource que ce fût pour pouvoir y échapper. En vain, on lui représenta toutes les difficultés, tous les inconvéniens d'une semblable opération ; de plus, on lui fit comprendre que le bénéfice qu'il en retirerait était presqu'aussi douteux que la chance contraire était certaine.... Le malheureux semblait ne se rattacher qu'avec plus d'ardeur au sentiment de l'existence ; il voulait vivre en dépit de toutes les chances possibles, au prix des plus grandes souffrances, des plus horribles difformités. Ce fut encore inutilement que M. Velpeau, peu soucieux de cette opération, l'engagea à se recommander aux soins d'autres chirurgiens qui entreprendraient peut-être sa guérison avec moins de répugnance ou plus de facilité ; le malade répondait qu'il ne se confierait jamais à d'autres mains, et suppliait en grâce qu'on ne le renvoyât pas, chez lui, périr misérablement à quelque temps d'ici.

Alors, M. Velpeau se décida à l'opérer, en mettant de côté la considération des difficultés du procédé opératoire, et calculant seulement les conséquences possibles de l'opération. Si la vie du sujet pouvait être compromise immédiatement par son résultat, quelques chances aussi la laissaient espérer sauve ; premier motif déjà pour oser la tenter. Mais, il fallait de plus songer à la récidive, accident tant à craindre aux yeux de quiconque connaît la désespérante opiniâtreté des cancers de nature encéphaloïde, comme l'était celui-ci ; c'était cependant, il nous le semble aussi, un second motif qui devait mieux encourager ce chirurgien ; car, de cette manière, au prix de quelques souffrances, la vie du pauvre patient était au moins sûrement prolongée, même en supposant le cas de récidive qui peut-être encore n'aurait pas lieu, l'individu étant d'ailleurs fort, bien portant, et n'offrant nulle part les traces d'une affection cancéreuse constitutionnelle ; aucun ganglion n'était d'ailleurs engorgé.

Et pourquoi donc rester sourd à l'inspiration de cette hardiesse et de cette intrépidité qui ont valu à nos grands chirurgiens tant et de si beaux succès légitimant alors leur audace, comme il arrive en toutes choses après une tentative heureuse ! Un précepte sacré, d'une rigoureuse observation, dit *qu'il n'est pas permis de tuer :* sans doute ; mais, *occidit qui non servat,* dit aussi un vieil axiôme dont l'application ne nous paraît pas moins juste. Or, dans tous les cas comme celui qui nous occupe, où la non-réussite ne doit pas être plus préjudiciable que l'abandon, n'est-il pas d'une humanité et d'une philantropie plus généreuses d'entendre aussi largement que possible le précepte ci-dessus et de dire que s'il n'est pas permis de tuer, *il est non moins implicitement défendu de laisser mourir.*

Ce sont ces sentimens qui ont dirigé M. Velpeau dans sa détermination, et le plus heureux résultat semble devoir suivre son entreprise. Voici d'ailleurs comment il a procédé à l'opération, et quelles en ont été, jusqu'à présent, les suites.

Il n'a pas paru possible à M. Velpeau de découvrir la tumeur, comme d'habitude, au moyen d'une incision faite suivant le diamètre transversal, et qui donne deux lambeaux s'écartant l'un de l'autre par la dissection ; car on n'aurait pas pu relever suffisamment le supérieur, ni abaisser l'autre sans d'autres incisions aux angles, et puis encore la caverne profonde qui devait se trouver après l'opération aurait rendu très difficile leur rapprochement sur la ligne transversale. C'est pourquoi, pour mettre à nu la tumeur en conservant les tégumens avec le plus grand soin, M. Velpeau a commencé par faire une incision horizontale à partir de la commissure palpébrale externe et se prolongeant sur une longueur d'environ 30 millimètres (1 pouce) au dessus de l'arcade zygomatique ; puis venant à l'angle interne de l'orbite, il a fait une autre incision verticale qui a détaché les parties recouvrant le dos du nez, a ouvert l'aile de ce côté et séparé totalement la lèvre en deux parties. Alors, joignant ces deux incisions, il a abaissé la paupière inférieure en incisant la conjonctive qui s'y réfléchit tout le long du bord inférieur de l'orbite, et disséquant ensuite en-dedans de ces deux lignes, il a obtenu un lambeau de peau tiré de dedans en dehors et un peu obliquement de haut en bas, ayant la forme d'un triangle dont la base était représentée par la ligne d'adhérence allant de la commissure labiale gauche à l'extrémité de la première incision faite au-dessus de l'arcade zygomatique. Ce temps de l'opération a été sans contredit le plus douloureux et le plus long, d'abord à cause de l'étendue de surface qu'il a fallu disséquer, et puis à cause de l'attention excessive avec laquelle on a détaché la peau de dessus tant de bosselures, sans l'altérer dans le peu d'épaisseur qu'elle avait en beaucoup d'endroits.

La tumeur étant tout à fait découverte, on s'occupa de détacher l'os, et pour cela, M. Velpeau enfonça d'abord un bistouri droit qui fit une incision perpendiculaire à l'extrémité de la première, au-dessus et en arrière de l'arcade zygomatique, dans la fosse de ce nom. Un stilet introduit dans cette ouverture, descendant jusqu'au milieu de la joue, y fit passer un des bouts de sa scie à chaînons qui, mise en jeu, coupa l'arcade zygomatique environ à son tiers antérieur, d'arrière en avant et de haut en bas. Ensuite, un poinçon placé à l'intérieur de la paroi externe de l'orbite, à peu près au niveau de son diamètre transversal, et à une profondeur d'environ 8 à 10 millimètres (4 à 5 lignes), y fit, au moyen de quelques coups de mailloche, un trou dans lequel une sonde cannelée fut passée et renversée plusieurs fois pour l'agrandir, après quoi la scie à chaînons, introduite en dedans de l'orbite, et sortie en arrière, fut ramenée en devant pour embrasser l'angle supérieur de l'os molaire, qui fut ainsi détaché, en le sciant d'arrière en avant et en dedans en dehors. Puis, venant à la partie inférieure, M. Velpeau fit au voile du palais, ou plutôt à la masse dégénérée qui, à sa place, obstruait l'orifice postérieur des fosses nasales, une large incision en travers, qui lui permit de faire passer une extrémité de la scie à chaînons, qui fut ramenée au dehors le long du plancher des fosses nasales. L'autre extrémité de la scie sortant à l'intérieur de la bouche, on scia toute la voûte du palais, qui fut ainsi divisée horizontalement d'arrière en avant et de dedans en dehors, suivant une ligne droite qui vint tomber au niveau de la portion de lèvre adhérente, entre la seconde et la première dent incisive ; qui demeura intacte. Il restait encore l'articulation naso-orbiculaire, qui fut désunie à l'aide des cisailles de Liston ; la branche inférieure, placée en dedans de la fosse nasale, au-dessous des os propres du nez, et dirigée comme la branche supérieure à l'extérieur, vers l'angle de l'orbite, obliquement, de bas en haut et de dehors en dedans, la section de l'apophyse montante du maxillaire fut ainsi faite d'un seul coup. Enfin, au moyen de quelques tractions qui détachèrent facilement la partie de cet os formant la paroi inférieure de l'orbite, et qui firent également céder son articulation avec la portion du palais qui se trouve entre lui et l'apophyse ptérigoïde du sphénoïde en bas, l'os de la mâchoire supérieure se trouva entièrement enlevé, et avec lui toute la tumeur extraite. Toute cette série d'opérations si peu faciles n'avait duré que moins de dix minutes.

La plaie ayant été abstergée, il n'y eut aucun besoin d'arrêter le moindre écoulement de sang, et quand on se fut bien assuré que toutes les parties formant les parois de cette caverne étaient saines, il fallut songer à la boucher ; seulement le lambeau de peau qui aussitôt après sa dissection de dessus la tumeur était devenu bleuâtre et livide, puis aussitôt insensible à l'action des instrumens, pouvait laisser craindre une mortification générale et prochaine ; c'est pourquoi M. Velpeau, dans le but de la prévenir ou tout au moins d'en arrêter l'extension, se décida à éliminer de suite la portion qui lui paraissait la plus altérée, et qui d'ailleurs était superflue à cause de la concavité de la nouvelle surface à recouvrir. Il excisa donc tout le long du côté correspondant au nez et à la lèvre une partie de son bord suffisante pour rendre le rapprochement facile et juste, après quoi deux points d'union au haut du nez et à la portion libre de la lèvre ayant fixé le lambeau, il les réunit par une série d'autres points de suture à surjet, faite dans toute la longueur de cette incision verticale, et puis il pratiqua le rapprochement des bords de la première incision au moyen de nouveaux points de suture entortillée.

Dès le surlendemain, toute cette peau présentait une surface épaissie, rouge, animée, et à l'endroit des solutions de continuité, les traces d'une inflammation franche, bonne et modérée ; le globe oculaire était parfaitement sain, mais seulement autour de lui les paupières étaient boursoufflées et le siége de légères ecchymoses, ce qui y fit pratiquer quelques mouchetures.

Le soir du second jour, le pouls du sujet semblant un peu fort, M. Velpeau fit faire une saignée au bras.

Depuis lors, l'état général du malade s'est maintenu fort satisfaisant : les boulettes de charpie introduites à l'intérieur de la plaie par la bouche sont changées avec soin, et retirées portant les traces d'un pus de bonne nature ; les épingles et les fils des sutures ont été tous enlevés, et la partie opérée soutenue seulement avec quelques bandelettes de diachylum.

Aujourd'hui lundi, cinquième jour après l'opération, tout promet une belle cicatrisation et un heureux résultat.

L..... E.

— Nous savons aussi que M. Bérard jeune, dans son service à l'hôpital Necker, vient de faire sur une femme, et du même côté de la figure, une opération presque semblable, nécessitée par une affection analogue. Il a enlevé toute la portion antérieure et externe du maxillaire supérieur et l'os malaire aussi presque en entier. Il a laissé seulement la portion du maxillaire qui concourt à former la voûte du palais et les parois latérales et profondes du sinus. Cette cavité était entièrement remplie par un amas d'hydatides ou polypes vésiculeux dont la majeure partie avait déjà été entraînée par la tumeur à sa face postérieure de laquelle on les voyait adhérentes. Son procédé opératoire a été à peu près le même que celui pratiqué par M. Velpeau. Seulement, au lieu de la scie à chaînons, M. Bérard a employé une scie à molette mise en jeu par M. Charrière. Du reste, même habileté de la part de ce chirurgien, et, nous l'espérons, mêmes chances de succès.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. SANSON.

Luxation de la cuisse en haut et en dehors. Mort.

Au n° 14 de la salle Saint-Gabriel est mort un homme qui était entré à la clinique portant une luxation du fémur en haut et en dehors, arrivée par suite d'un éboulement de terre dont le membre de ce malheureux avait eu à soutenir la violence. Une tuméfaction considérable siégeait déjà sur les parties environnantes de l'articulation lorsque le malade arriva dans le service, ce qui jeta tout d'abord quelque obscurité sur la nature du déplacement que l'os de la cuisse avait éprouvé.

Je ne ferai que mentionner rapidement les difficultés que l'on eut à vaincre pour réduire cette luxation ; je me bornerai à dire que les premiers moyens ayant échoué, il fallut en employer d'autres qui procurèrent le succès désiré.

Mais après la réduction de la luxation, la tuméfaction continua à faire des progrès, et bientôt survinrent de nouveaux symptômes d'une appréciation difficile. La langue devint sèche, fuligineuse, des frissons eurent lieu, et j'étais à me demander si le malade n'était point en proie à une phlébite, ou sous l'imminence d'une résorption purulente. Je fus cependant détourné de l'idée d'une suppuration interne, par le gonflement du ventre et le dévoiement. D'autre part, ce qui ajoutait, à mon avis, aux probabilités de la résorption du pus, c'était un gonflement du genou appartenant au membre luxé qui survint, et qui était accompagné de douleurs très-vives ; lesquels accidens pouvaient être attribués à la présence du pus dans l'intérieur de la membrane synoviale, ainsi que cela arrive dans la résorption purulente.

Toutefois, on pouvait ne voir dans les phénomènes du genou que des symptômes rhumatismaux tout à fait indépendans des désordres de la hanche, et dans cet espoir, nous crûmes devoir essayer quelques-uns des moyens employés en pareil cas : le vésicatoire enleva entièrement l'inflammation, et l'influence que ce succès exerça sur nous, fut toute en faveur de la non-existence de la résorption du pus.

D'autre part, cependant, le gonflement de la hanche

continuait à faire des progrès et gagnait la plus grande partie de la cuisse : nulle part, néanmoins, il ne se présentait la moindre trace de suppuration. Nous étions encore dans le doute à cet égard, quand un matin, à la visite, nous trouvâmes un point rénitent auprès de la hanche : nous y pratiquâmes une ponction qui arriva bientôt dans le foyer d'un vaste abcès, lequel communiquait lui-même avec d'autres vastes foyers qui s'étendaient vers la fesse, sous ses muscles d'une part, et d'autre part vers la cuisse.

Cependant l'affaiblissement du malade continuait et fut bientôt suivi d'une prostration extrême ; la langue devint de plus en plus fuligineuse, les accidens généraux de plus en plus intenses, le malade eut quelque horripilation et succomba enfin. Voici les résultats de l'autopsie.

Le système de la veine-porte présente une coloration livide, ainsi que la portion correspondante du foie ; cet organe ne présente pas d'abcès. Le poumon est un peu engoué, mais ne présente pas non plus d'abcès. L'intestin est un peu injecté. Le cœur renferme un caillot non fibreux. La veine fémorale droite (membre luxé) renferme un caillot dont la formation paraît dater de loin ; toutes les autres veines ne renferment ni caillot ni pus.

Examen du membre. On aperçoit autour de l'articulation coxo-fémorale, dans un grand rayon, les traces d'un vaste épanchement sanguin ancien. La suppuration survenue plus tard a fusé vers la cavité cotyloïde ; le bourrelet cotyloïdien est séparé du rebord de la cavité cotyloïde ; l'un et l'autre sont en partie détruits ; la capsule articulaire est entièrement détruite en arrière ; le muscle petit-fessier est déchiré et décollé de la fosse iliaque externe ; on ne trouve aucune trace du muscle pyramidal ; les deux jumeaux existent ; l'obturateur interne est cassé et adhère au fond de la gouttière digitale du grand trochanter ; le muscle obturateur externe est également déchiré ; le muscle moyen fessier est déchiré et en partie détruit.

Un vaste foyer existe à la fesse ; le pus a fusé d'une part vers l'articulation coxo-fémorale, d'autre part vers l'aine, et enfin vers l'échancrure sciatique par où il a tenté de pénétrer dans le bassin.

Une abondante suppuration existait dans l'intérieur de l'articulation du genou dont la capsule est rompue.

Fistule à l'anus.

Au n° 12 de la salle Saint-Gabriel est entré un homme de la campagne, âgé de cinquante-neuf ans, d'une constitution forte, habituellement bien portant. Il y a cinq à six mois qu'il a vu sa santé s'altérer, des douleurs anales ont commencé à se faire sentir et ont bientôt été suivies de la formation d'une tumeur. Cette tumeur a été considérée comme étant de nature hémorrhoïdale ; mais il est à noter que cet homme n'a jamais rendu de sang par l'anus, ni avant ni après.

Cette tumeur, qui était dure et douloureuse, resta dans cet état pendant trois mois, époque à laquelle on appliqua sur elle des emplâtres maturatifs qui n'eurent d'autre résultat que d'augmenter les douleurs. Enfin, un chirurgien pratiqua une incision sur cette tumeur, qui n'avait d'ailleurs jamais gêné la défécation, et il s'en écoula du pus.

Entré à la clinique, la plaie a été sondée et nous avons successivement pratiqué deux incisions dans l'espoir d'obtenir la guérison de cette fistule borgne externe, puisque telle nous paraissait être l'affection de cet homme. Cependant des gaz furent rendus spontanément deux fois par la plaie, et l'on constata la présence d'une certaine quantité de pus dans les selles. Nous conçûmes alors des soupçons bien fondés sur l'existence d'une fistule complète ; nous introduisîmes le doigt indicateur dans le rectum et nous constatâmes une dépression à sa partie postérieure droite ; un stylet fut ensuite introduit dans la fistule, lequel ne tarda pas à nous convaincre que la fistule communiquait avec l'intestin, en pénétrant lui-même dans sa cavité au lieu même où nous avions constaté l'existence d'une dépression.

Nous opérerons cet homme prochainement, et puisque dans deux essais successifs que nous avons tentés la simple incision n'a pas suffi, nous l'opérerons cette fois par excision à laquelle nous nous déterminerons d'autant plus facilement que la fistule se complique d'indurations qui doivent être détruites si l'on veut espérer d'obtenir un succès complet.

Violentes douleurs d'oreilles reconnaissant pour cause la compression de la membrane du tympan; par M. Goiral, aide-major au 12e dragons.

Poux, dragon au 12e régiment, avait éprouvé plusieurs fois, vers l'âge de quinze à seize ans, des douleurs assez vives dans l'oreille droite. Ces douleurs s'étaient toujours terminées par une espèce d'écoulement qui n'avait jamais duré guère plus de deux ou trois jours. Depuis quelque temps, rien chez lui ne s'était fait sentir, lorsque, dans les premiers jours du mois de juillet 1838, il vint chez moi vers quatre heures du matin, demander mes soins pour une douleur de l'oreille droite, douleur tellement vive qu'il ne pouvait plus, disait-il, résister. Il ajouta que cette douleur s'était déclarée la veille dans la soirée, et qu'elle avait toujours été en augmentant à un tel point, qu'il avait passé la nuit sans trouver un instant de repos.

Examinant le conduit auditif externe, je le trouvai bien moins profond qu'il ne l'est naturellement : mais ne distinguant pas la membrane du tympan et ne pouvant reconnaître d'une manière bien nette la nature du corps que j'apercevais, j'eus à déterminer si c'était un amas cérumineux, ou un corps étranger qui aurait été introduit par mégarde, ou un polype, ou enfin la membrane tympanique épaissie par suite d'une inflammation passée à l'état chronique. Dans le premier cas, les douleurs ne pouvant exister qu'en les provoquant par une pression exercée sur la masse cérumineuse, je ne pus croire à la présence d'une telle matière, d'autant mieux que la couleur brune noirâtre qu'elle offre ordinairement n'existait pas. L'introduction d'un corps étranger ne pouvait être admise, ayant observé que celui qui limitait le conduit était adhérent aux parois de ce canal. Il ne pouvait donc s'agir que d'un polype ou d'un épaississement de la membrane tympanique. Mais quelle était dans l'un ou l'autre cas la cause d'une douleur si subite et si vive, et la conduite à tenir ?

Si j'avais affaire à un polype, il fallait qu'il existât un intervalle entre lui et la membrane du tympan pour pouvoir expliquer comment la cause d'une douleur qui s'était déclarée subitement d'une manière si vive, pouvait siéger dans l'oreille externe. Si c'était au contraire la membrane du tympan que j'apercevais, le siége et la cause de la douleur devaient avoir lieu dans l'oreille moyenne, et cette cause, quel que fût son siége, ne pouvait consister qu'en une accumulation d'une matière quelconque à laquelle il fallait nécessairement donner jour.

La possibilité d'un travail inflammatoire ou d'une névralgie occupa un instant ma pensée, mais la douleur seule et bornée comme elle l'était ne put pas me suffire pour me faire admettre l'une ou l'autre de ces deux affections. Ce fût donc sur l'existence d'une collection que je crus pouvoir m'arrêter, et quelle que fût la nature de cette collection, l'évacuation de la matière était l'indication à remplir.

J'y procédai aussitôt à l'aide du mors perforateur porté dans le conduit externe. La ponction étant faite, il s'écoula par ce conduit une matière de consistance muqueuse, d'une couleur jaunâtre, et en quantité suffisante pour remplir la moitié d'un dé à coudre d'enfant. Je facilitai cet écoulement par quelques injections aqueuses, qui entraînèrent aussi un peu de cérumen assez consistant. Le conduit étant essuyé, je l'examinai de nouveau; et cette fois je reconnus un polype implanté sur ses parois supérieure, inférieure et postérieure, et séparé de la paroi antérieure par une très petite ouverture.

De cet état de choses, je tirai cette conséquence : le polype ne s'étendant pas jusqu'à la membrane du tympan, en était séparé par un intervalle égalant à peu près la moitié de la profondeur du conduit ; la petite ouverture existant entre le polype et la paroi antérieure ayant été bouchée par la petite quantité de cérumen que nous avons vu avoir été entraînée par les injections, de là la formation d'une cloison *polypocérumineuse* bornant en dehors la chambre comprise entre elle et la membrane du tympan.

La matière évacuée s'étant amassée peu à peu dans cette nouvelle chambre et étant parvenue à en remplir toute la capacité, avait fini par exercer une forte pression sur sa paroi interne ou tympanique, et de là la suite inévitable de cette douleur insupportable qui cessa aussitôt après la ponction. Pour prévenir son retour, je détachai le polype et cautérisai ensuite. Quelques jours suffirent pour que la guérison fût complète ; et la membrane du tympan étant parfaitement saine, l'ouïe, qui jusqu'alors avait été toujours en diminuant, au point de devenir pour ainsi dire nulle, s'exerce aujourd'hui d'une manière bien nette.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Dans votre numéro du 16 janvier, je lis un article sur le traitement des tumeurs érectiles, résumé sans doute d'une leçon de M. Velpeau. On a cité quinze moyens employés contre ces tumeurs ; le nombre en est grand et pourtant la collection ne nous semble pas complète.

D'autres moyens ont été employés par le professeur Lallemand, de Montpellier, je veux dire l'implantation d'épingles dans la tumeur et la cautérisation par le fer rouge. L'article que vous avez inséré a été suscité par des tumeurs érectiles des deux régions iléo-inguinales ; ce que je vais raconter est extrait des notes que nous avons prises, le 16 mars 1836, dans une leçon faite à propos d'un fongus hœmatode, la plus grave variété de la famille.

Il y avait déjà quelques années, un enfant porteur d'un fongus hœmatode de la lèvre supérieure, qui faisait de la face du jeune malade une horrible monstruosité, fut conduit au professeur de Montpellier ; le mal s'étendait dans les fosses nasales. L'habile auteur des *Pertes séminales* jugea le cas grave, y réfléchit, et dut proportionner son traitement à la gravité du mal. Il incisa d'abord la lèvre supérieure depuis la cloison du nez jusqu'au bord, et réunit aussitôt, au moyen de la suture avec les épingles. Il résulta de cette première opération une cicatrice fibreuse qui séparait le fongus en deux parties ; la cicatrisation de l'une à l'autre devenait impossible. Deux autres incisions furent faites dans la même direction que la première vers les parties latérales, même résultat. On voyait à la place qu'avaient occupé les aiguilles des nodosités. D'autres épingles furent enfoncées en divers points de la cloison du nez, mêmes nodosités. Le malade sortit sans être débarrassé : on prédit que le mal ferait de nouveau des progrès, en commençant par le nez ; c'est ce qui arriva.

Depuis cette époque M. Lallemand eut occasion de traiter des fongus de diverses parties du corps ; il employa avec succès les aiguilles. Son but était de remplacer la tumeur par une, ou plutôt par des cicatrices capables d'intercepter et rendre impossible l'anormale circulation qui produit la maladie.

En 1836, l'enfant fut renvoyé à Montpellier : il était loin d'être guéri. Le 16 mars, on pratiqua une très forte cautérisation au bouton de feu appliqué çà et là. On voyait les traces du premier traitement.

L'idée de M. Lallemand est facile à comprendre : « Il se propose de produire une inflammation aiguë capable de ramollir les tissus que l'on veut détruire, afin que l'absorption, ensuite, transforme les parties en une cicatrice fibro-cartilagineuse. » Il cherche à arriver à ce but au moyen des épingles et du fer rouge.

Cet effet, la cicatrice, avait été produit par les incisions et les épingles, car les aiguilles se tordirent lorsqu'on arriva sur les points opérés.

Voilà en quoi consiste la théorie qui a conduit à employer l'implantation d'aiguilles en grand nombre dans la tumeur, et à porter sur elle le feu, non point pour guérir par cautérisation, mais par transformation des tissus. Il n'y a pas très long-temps, nous eûmes à donner des soins à une personne atteinte d'une tumeur érectile à la partie supérieure et latérale de la poitrine : nous enfonçâmes dans la tumeur, grosse comme une noisette, six épingles chauffées à la bougie, le succès fut complet.

Ce point de thérapeutique chirurgicale nous paraît assez important pour que nous espérions que vous voudrez bien nous accorder une place dans vos colonnes.

Agréez, etc. Andrieux de Brioude, d.-m.-p.

Paris, 20 janvier 1840.

ESSAI SUR LA THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES FRACTURES;
Par Mathias Mayor.

(Suite du n° 9.)

La compression d'un vaisseau ou d'une tumeur, contre un os ou contre quelque corps résistant, n'admet pas une autre explication ; seulement l'on peut dire que le corps destiné à opposer une résistance quelconque, s'il fait, le plus souvent, partie intégrante et naturelle de l'individu sur lequel on exerce la compression, peut aussi et doit être, parfois, étranger à l'organisme, c'est-à-dire artificiel. C'est ainsi qu'une plaque de métal, un corps quelconque plus ou moins dur peuvent servir à presser et à écraser telle ou telle partie donnée. Le garot, le tourniquet, la simple pression avec le bout des doigts, doivent être envisagés sous ce même point de vue.

Dans la ligature en masse, telle que je l'ai conçue, c'est à un semblable point d'appui artificiel auquel j'ai recours pour produire les effets puissans que j'ai en vue dans cette opération.

Il existe donc, en chirurgie, des points d'appui *naturels* et des *artificiels*, et nous allons en citer quelques-uns de l'un et de l'autre ordres :

Dans une écharpe de l'avant-bras, le point d'appui le plus *naturel* est celui connu de tout le monde, la *nuque*; et un bouton ainsi qu'une boutonnière de l'habit ou du gilet de l'individu malade, constitueront des points d'appui *artificiels* forts commodes et bien connus de chacun.

Les points d'appui naturels de l'écharpe *tibiale* se trouvent à la nuque, à l'une ou à l'autre épaule ou au-dessus du bassin ; et on en établit un artificiel très commode sur une jambe de bois, avec ou sans une gouttière convenable.

Un crochet ou tel autre moyen fixé au plafond d'une chambre, au-dessus d'un lit, d'un fauteuil, dans une voiture, etc., peut servir également de point d'appui pour soutenir et suspendre une jambe, une cuisse et même le *corps tout entier*.

Le point d'appui naturel du brayer est aux vertèbres lombaires, au sacrum, ou vers les parties latérales du bassin ; et il est évident aussi que les considérations que nous avons mises en avant, au sujet du point d'appui de chaque lien circulaire, de celui de la jambe et du cou en particulier, doivent trouver ici toute leur valeur, et qu'elles donnent en même temps l'explication de l'utilité des brayers, quoique simples et sans ressort, puisque ces liens circulaires se trouvent avoir de solides points d'appui par derrière, et qu'ils communiquent à la pelote une très grande force compressive au-devant des anneaux herniaires.

Le point d'appui naturel d'une mentonnière est au synciput, et si celui-ci a une de ces affections qui réclame aussi un lien, le point d'appui naturel de ce dernier se trouvera tout naturellement vers la mâchoire inférieure.

Les épaules offrent des points d'appui naturels aux divers liens qui sont placés plus bas, même aux brayers et aux suspensoirs, au moyen de scapulaires, de bretelles, etc.

Le suspensoir trouve, du reste, plus facilement et plus naturellement son point d'appui aux hanches, comme nous savons tous.

S'il faut un point d'appui naturel à un lien placé vers la main et destiné à fléchir fortement l'avant-bras sur le bras, on le prendra au cou ou à une cravate passée autour de ce dernier, et s'il est nécessaire d'en établir un pour le pied et dans le but de fléchir la jambe, on pourra opter entre le dessus du genou, les hanches et les épaules.

L'usage plus ou moins facile et commode des membres artificiels, des béquilles, d'un simple bâton, repose tout entier sur la théorie des points d'appui et de la manière d'en tirer le meilleur parti.

Le dentiste est heureux d'avoir un mauvais chicot pour point d'appui, et il n'est jamais embarrassé de trouver ce dernier dans la bouche même, lorsqu'il est appelé à arracher ou raffermir des dents et à fixer tout un magnifique ratelier.

Les points de chaque suture ont leur appui réciproque dans l'autre lèvre de la division qu'il s'agit de réunir.

Dans la réduction et le maintien des fractures et des luxations, le choix d'un point d'appui naturel ou artificiel décide assez souvent du succès de l'opération, ou de la facilité plus ou moins grande qu'on éprouve de l'obtenir pleine et entière.

Dans les fractures et luxations claviculaires, l'épaule du côté sain est le point d'appui naturel sur lequel on doit agir pour amener et fixer le coude en haut, en dedans et en avant, afin de pousser et fixer le moignon de l'épaule, c'est-à-dire le fragment extérieur, en haut, en arrière et en dehors.

Dans les déviations du rachis et les courbures exagérées des côtes, qui constituent les diverses nuances des gibbosités, les points d'appui naturels résident aux hanches et aux épaules. On peut en créer et établir de nouveaux ou de secondaires sur ces mêmes régions, au moyen de plaques métalliques, de ressorts, de béquilles et d'autres agens compressifs. Tous les entourages du malade, le lit, la chaise, le plancher, etc., peuvent constituer des points d'appui artificiels et plus ou moins simples et ingénieux ; mais ils peuvent donner lieu aussi à la construction de machines plus ou moins compliquées, grotesques, ridicules et qui heurtent de front ce triple et inébranlable piédestal, cet admirable trépied de toute bonne déligation chirurgicale : la *mécanique*, l'*anatomie* et la *physiologie*.

On le voit donc, le nombre de ces points d'appui naturels peut varier sans cesse, et ils peuvent être utilisés à l'infini. Mais les points d'appui artificiels sont bien autrement nombreux (1) et présentent, dans les mains d'un habile mécanicien des applications et des modifications cliniques du plus grand prix, du plus haut intérêt pour le praticien. C'est qu'ils sont tous subordonnés à la grande loi d'Archimède, et que, chaque partie du corps humain, ainsi que les corps résistans qui se trouvent plus ou moins à la portée de ce dernier ou de l'artiste lui-même, peuvent tous en tenir lieu. Demandez plutôt à ceux qui ont quelque connaissance en mécanique, et voyez les ressources prodigieuses que leur art met chaque jour à leur disposition.

Au nombre de ces dernières, et pour ce qui concerne spécialement la thérapeutique des fractures, je dois citer ici et en toute première ligne l'admirable APPAREIL HYPONARTHÉCIQUE.

Voyez, en effet, de quelle quantité de points d'appui il est doté, et comme leur heureux concours permet de satisfaire aux indications les plus diverses que présente le traitement des affections traumatiques des os !

C'est d'abord un point d'appui commode, élastique, souple, et assez vaste pour recevoir très mollement le membre tout entier, quelles que soient sa longueur et son ampleur.

Il est à charnières, afin de se prêter à toutes les inflexions articulaires du membre et aux exigences que sa position peut réclamer, ou que nécessite l'état pathologique de ses diverses parties.

Ses bords et ses extrémités offrent sur chaque point des attaches faciles et commodes à tous les moyens simples et sûrs qui sont nécessaires ou convenables pour *tirer, étendre, fléchir, incliner, diriger, redresser, appuyer, presser* et IMMOBILISER sur-le-champ et dans tous les sens le membre tout entier, ses parties constituantes et chacun de leurs framens divers.

Mais avec cette *immobilité* des os fracturés et *bien réduits*, il vous importera, à vous qui êtes le malheureux patient, ou qui vous mettez charitablement à sa place, il vous importera d'obtenir en outre la plupart des *mouvemens horizontaux* qu'on peut se permettre dans un lit ; vous voudrez pouvoir faire arranger celui-ci chaque jour une ou plusieurs fois ; vous désirerez en sortir pour respirer l'air d'un autre appartement, d'une galerie ou d'un jardin ; vous aimerez vous faire promener dans un salon, sur une terrasse, dans une voiture ; vous exigerez avant tout cependant que ces licences, ou pour mieux dire, toutes ces jouissances vous soient accordées impunément et sans regret, et que vous ayez toujours l'entière conviction que les os brisés sont bien ramenés et maintenus de manière à pouvoir se souder convenablement et reprendre leur état normal ; vous demanderez pour cet effet que votre chirurgien s'en assure positivement par ses propres yeux ou par ses mains, et que vous-même ou vos amis en ayez également la certitude ; vous tiendrez à ce que les lésions graves des parties molles soient traitées avec toute l'attention qu'elles réclament, et autant que possible, comme si l'os sous-jacent était dans un état de parfaite intégrité. Vous voudrez toutes ces choses, et *vous en aurez certes le droit*. Car aucune ne pourra vous être refusée sans qu'on manque tout à la fois à la science, aux heureux progrès de l'art et aux devoirs sacrés du clinicien et de l'humanité.

L'appareil dont on aura fait choix pour vous, et les nombreux points d'appui que votre chirurgien aura à sa disposition par ce seul et même moyen, sont en effet de sûrs garans que vos vœux seront exaucés et que votre volonté sera faite.

ART. VII. *Des agens propres à la contention.*

Les moyens sur lesquels repose l'heureuse issue du traitement des fractures des extrémités appartiennent donc, ainsi que j'ai dû le répéter tant de fois, à deux ordres distincts, et ils diffèrent suivant que l'état de l'os ou celui des parties molles exigera des soins thérapeutiques plus ou moins prononcés. Mais on peut dire en général que plus le mal sera limité à *l'os seul*, et plus aussi on pourra être indifférent sur le choix des innombrables appareils, qui ont été proposés *de tout temps et en tous lieux*, et qui, Dieu merci! surgissent à plaisir chaque jour encore. C'est qu'en effet, il ne s'agit plus alors que de trouver un corps *plus ou moins* apte à servir d'appui et de soutien à l'os brisé, ainsi qu'à maintenir ses fragmens dans une bonne position, et cela sans trop s'inquiéter d'ailleurs de ce qui pourra se passer du côté des parties molles.

Voilà tout le secret du traitement des fractures plus ou moins *simples*; secret d'autant plus facile à deviner et à faire tourner au profit de la pratique, que la guérison des fractures simples, comme celle de tant d'autres affections soit médicales, soit chirurgicales, s'opère d'*elle-même*, quel que soit d'ailleurs le mode de médication mis en œuvre, et qu'il ne faut en général (si du moins on sait donner au membre une position convenable), que très peu de force et bien peu d'efforts de la part du corps tutélaire de l'os, pour contenir exactement ce dernier, et pour assurer à ses fragmens des rapports plus ou moins avantageux. Je dis *plus ou moins*, parce qu'il est assez connu de chacun de nous qu'on peut (et fort heureusement pour les malades) recouvrer l'usage plus ou moins parfait d'un membre cassé, quoique les fragmens soient loin de s'être soudés dans un rapport exact et normal. Aussi cette circonstance nous révèle toujours mieux encore comment il arrive que le traitement de la plupart des fractures simples puisse être mis assez bien à la portée du gros bon sens d'un ignare et d'un grossier empirique ; et l'on entrevoit surtout déjà combien il existe de corps naturels et artificiels, et de combinaisons variées propres à satisfaire assez heureusement à la toute simple indication que le traitement facile présente.

Ainsi, le bois, en général, façonné de toutes manières, voire même sous la forme grotesque de ces bandes épaisses, larges et plates, qui sont connues sous le nom d'*attelles* ; les verges et baguettes en bois, en baleine, le jonc, le roseau, le bambou, le cuir, le carton, l'écorce de certains arbres ; la paille, l'herbe et le foin serrés en faisceaux ; des plaques, des tissus ou des fils métalliques ; tous les corps simples et composés qui sont susceptibles de se mouler et de durcir autour du linge, du papier ou du carton ; depuis la bouze de vache des Indiens jusqu'au plâtre coulé des Arabes et des amateurs modernes, etc., etc. ; voilà, dis-je, tout autant de moyens affermissans, de tuteurs ou d'étais qu'on peut invoquer à son aide, et auxquels on a réellement recours, soit par besoin, par caprice, par habitude, imitation, mode, esprit de secte et de coterie ; par routine ou par tel ou tel autre motif, dans le but de traiter, et toujours le mieux possible, toutes les fractures.

Faut-il donc s'étonner que cette foule de substances, si commodes et si propres à la contention, ait engendré cette autre foule, non moins considérable, de prétendues et de prétentieuses méthodes diverses, dont nous sommes, et si fort encombrés, et si fiers chaque jour de plus en plus ?

Chacun, en effet, a la sienne propre ou celle de ses patrons ; et il en obtient des résultats d'autant plus avantageux, qu'il sait mieux en comprendre l'effet, et qu'il a une plus grande habitude de l'apliquer. Mais chacun aussi a des revers, d'autant plus cruels et nombreux, qu'il veut se tenir collé, plus ou moins strictement, à son procédé de prédilection, à son mode de faire spécial et exclusif. C'est que ce qui sera bon, très bon même, pour panser une fracture simple, pourra être très pernicieux si les tissus mous environnans sont fort malades, et s'ils exigent quelqu'attention particulière. Aussi, à Dieu ne plaise que je veuille troubler qui que ce soit dans la paisible possession du moyen *précieux* qu'il emploie exclusivement pour le traitement des fractures simples; mais je me permettrai d'examiner ce qu'il convient de faire lorsque les fractures sont plus ou moins compliquées de désordres étrangers à l'os, et où ce même moyen favori n'est plus de mise.

Quelle que soit l'étendue et la gravité de ces désordres, la première chose à faire, c'est de pourvoir à ce que la ou les solutions de continuité osseuses soient placées incessamment en rapport aussi exact que possible ; qu'elles aient une direction normale et que cette position ne puisse plus varier pendant tout le temps nécessaire à la parfaite consolidation. Cette réduction et son heureux maintien sont si importans qu'ils suffisent, assez souvent, pour faire tomber les symptômes graves qui résultent de l'introduction et de l'entrecroisement des fragmens au milieu des parties molles, et pour prévenir l'irritation qu'ils tendent à entretenir dans ces dernières. L'extraction de ces bouts plus ou moins rugueux, tranchans et acérés de l'os, doit donc être exécutée le plus tôt possible, et la réduction suivant les règles de l'art est le meilleur moyen de donner promptement issue à cette espèce de corps étrangers.

L'extraction des esquilles est une autre nécessité chirurgicale non moins impérieuse, et toujours, cela va sans dire, dans l'intérêt des parties molles ; car ces pièces osseuses irritent et tendent de plus en plus à porter la désorganisation partout, et à susciter d'affreuses sympathies morbides. Mais si l'existence de ces corps étrangers est aussi facile à constater au moment même de l'accident ou peu d'heures après, il en est tout autrement lorsque le gonflement s'est établi, et que ces débris osseux se trouvent séparés les uns des autres ou du corps principal de l'os ; par des caillots ou des faisceaux musculaires qui, en s'interposant entre eux, semblent les brider ou les priver de leur mobilité, et empêchent de percevoir le bruit particulier de la crépitation.

Malheur alors si une fatale illusion fait croire à une fracture plus ou moins simple, et perdre de vue les perquisitions et les opérations nécessaires à l'élimination de ces esquilles ! Malheur surtout si, pour cette difficulté, parfois insurmontable du diagnostic, on néglige l'amputation ! Elle est, en effet, la seule ancre de salut, quand les fragmens isolés sont trop mal ou trop profondément situés pour qu'on n'ose ni les abandonner, ni faire les recherches nécessaires à leur extraction. Il peut donc être utile, afin d'éclaircir certains doutes à ce sujet, et, en général, chaque fois qu'on soupçonne la présence de désordres graves sur la nature desquels il importe d'avoir des données plus ou moins sûres ; il est alors, dis-je, indispensable de découvrir largement le mal par de judicieuses incisions.

Mais la réduction des fragmens, et l'enlèvement des esquilles les plus fâcheuses seraient sans portée clinique suffisante, si ces opérations ne pouvaient être suivies *immédiatement* d'un appareil particulier et applicable aux circonstances. Le plus parfait, dans l'état actuel de nos connaissances, présente les avantages suivans :

1° D'offrir la facilité de placer le membre dans les situations ou flexions articulaires les plus désirables ;

2° De maintenir exactement, et à l'aide de procédés simples et de tractions convenables, la bonne position qu'on aura donnée aux fragmens osseux et au membre lui-même ;

3° De ne léser, *en manière quelconque*, les parties molles dont l'état n'est déjà que trop déplorable, et de les laisser plutôt et au besoin, en pleine et entière liberté ;

4° De permettre en outre et en même temps, que ces parties si gravement atteintes puissent recevoir tous les soins convenables, et être surveillées précisément comme si l'os sous-jacent était intact, et comme si elles étaient, elles seules, en cause et en traitement.

Le but important de cet appareil est donc de placer tout chirurgien dans l'heureuse situation où nous avons vu et laissé celui qui est appelé à traiter une fracture crânienne, c'est-à-dire (*a*) qu'il pourra, grâce à ce moyen mécanique, donner à un os long des extrémités, par exemple, et qui vient d'être brisé, une position déterminée et fixe, telle que l'a naturellement tout os du crâne après avoir été fracturé ; (*b*) qu'il aura la facilité de laisser en paix les parties molles, si elles sont malades ; (*c*) qu'il mettra celles-ci tellement à sa disposition, qu'il pourra leur appliquer constamment ses moyens curatifs les plus divers et les mieux appropriés aux divers genres de leurs lésions.

Or, un semblable appareil existe, et il présente encore ce nouvel avantage, dans les fractures des extrémités tant supérieures qu'inférieures, de faciliter les mouvemens les plus variés, aussi bien du membre affecté que de l'individu lui-même, et de les rendre à peu près pareils à ceux qui peuvent être exécutés lors de cette fracture crânienne dont il a été si souvent question dans ce mémoire. On aura donc recours à cet instrument contentif dans les cas graves et pour aussi long-temps du moins qu'on le croira nécessaire à la meilleure thérapeutique des parties molles.

Du reste, le traitement de ces dernières (il importe de le dire) ne réclame *pas toujours et dans tous les cas* l'emploi du susdit appareil ; car, si les lésions des tissus mous, par exemple, ne sont pas fort graves, ou si, étant très intenses d'abord, elles se sont amendées en grande partie, après quelques soins convenables, alors chacun pourra recourir et revenir à celui des procédés qu'il apprécie le plus, et le substituer à l'appareil ci-dessus. C'est que le cas rentre alors, et de plein droit, dans la catégorie des fractures *simples*, contre lesquelles, ainsi que je viens de le supposer, tous les moyens contentifs *connus* semblent, au dire du moins de chaque praticien, être doués, chacun en particulier, de tous les avantages possibles, et pouvoir, en conséquence, disputer le premier rang entre tous.

(1) Quoique je me sois engagé à circonscrire ces déductions dans le cercle étroit de la pratique chirurgicale, je ne puis résister à l'envie de donner un simple aperçu de la puissance mécanique dévolue au point d'appui dans un autre ordre de faits. Accordez donc à quelque artiste, même de médiocre capacité, un seul point d'appui dans une chambre par exemple, et il pourra, à son gré, la bouleverser complètement, en attirer, repousser, élever, abaisser et presser en tous sens les individus et les choses, et les expulser et jeter à volonté par la porte ou par la fenêtre.

NOUVELLES DIVERSES.

— L'argumentation des thèses pour le concours de pathologie interne a commencé vendredi dernier, et continue les lundi, mercredi et vendredi à quatre heures.

— Une *opération césarienne* a été pratiquée mercredi dernier par M. P. Dubois, à l'hôpital dit de l'École. Depuis l'opération, la malade est séquestrée; aucun médecin ou élève ne peut la visiter.

Il peut y avoir dans cette défense un motif d'humanité ; mais, en ce cas, le chirurgien devrait, ce nous semble, se faire un devoir de faire connaître l'état de sa malade. Ce sont en effet les suites de cette opération plutôt que l'opération qui intéressent ; un tableau placé à la porte de la salle et où sa position serait indiquée jour par jour remplirait parfaitement le but.

— Le Messager de Marseille annonce qu'une décision ministérielle vient d'être prise pour la construction d'un hôpital militaire à Marseille. On ne sait encore sur quel emplacement il sera construit.

— M. le professeur Richerand, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et M. Laudibert, ancien pharmacien en chef des armées et membre de l'Académie de médecine, sont morts ces jours derniers.

Le convoi de M. Richerand a eu lieu samedi au milieu d'un concours nombreux de médecins et d'élèves. M. Richerand était âgé de soixante et un ans.

— M. le docteur Amédée Latour va publier un ouvrage important sur le *Traitement préservatif et curatif de la phthisie pulmonaire*. Une expérience qui remonte maintenant à plus de trois ans a constaté un grand nombre de fois la valeur et l'efficacité des moyens employés par ce praticien contre cette cruelle maladie. Il en a consigné les résultats dans l'ouvrage qui va paraître et sur lequel il est important de fixer l'attention des médecins.

Le traitement y est envisagé sur toutes ses faces, depuis l'habitation et le climat, l'alimentation et la gymnastique, jusqu'aux moyens médicamenteux parmi lesquels le plus puissant est le *chlorure de sodium*, dont ce médecin a fait connaître les propriétés précieuses.

Ces résultats sont si consolans, l'efficacité de ce traitement est maintenant pour M. Latour un fait si bien démontré, qu'il s'est empressé d'en porter la connaissance aux médecins, qui trouveront dans cet ouvrage un guide sûr dans le traitement d'une affection généralement regardée comme au-dessus des ressources de l'art.

De l'action du mercure à l'état métallique.

On a donné au mercure, tel que la nature le produit, les noms de mercure natif, mercure coulant, mercure cru. Il n'a pas été employé sous cette forme contre les maladies vénériennes, parce qu'on le regardait comme étant sans action, par la raison qu'il n'excitait pas les glandes salivaires, ce qui paraissait vraisemblable, d'après l'usage que les Anglais en faisaient au commencement du siècle dernier, à la dose de deux ou trois gros par jour, pris dans de

l'huile, pour se préserver de la goutte et des calculs urinaires, sans qu'il occasionnât la salivation ni les autres accidens qu'il est susceptible de produire lorsqu'on l'emploie sous une autre forme. Sue cite l'exemple d'un homme qui, sans en être incommodé, en avala pendant longtemps deux livres par jour, en vue de fondre une pièce d'argent qui s'était arrêtée dans son œsophage. Cependant M. Orfila a démontré que ce métal peut agir comme poison lorsqu'il séjourne assez long-temps dans le canal alimentaire, et qu'il s'y divise au point d'en faciliter l'absorption. C'est par son aptitude à se vaporiser qu'il est principalement dangereux. On sait que certains artisans qui l'emploient, tels que les plaqueurs, les doreurs, etc., sont sujets à des maladies qui attestent son action pernicieuse. Il n'est pas même nécessaire d'une grande chaleur pour le volatiliser. Il peut passer à l'état de vapeur sous une faible température, et même à l'air libre. Il existe beaucoup d'observations qui prouvent qu'il suffit de respirer l'atmosphère des salles occupées par des malades soumis aux frictions mercurielles, pour être pris de salivation. Fab. de Hilden, Goulard et autres en citent des exemples. M. de Jussieu raconte que des forçats employés à l'exploitation des mines de Almeden, en Espagne, y trouvent quelquefois la guérison des maux vénériens dont ils sont atteints. Un fait dont il est parlé dans les Ephémérides des curieux de la nature, établit qu'un homme qui, pour se guérir de la gale, porta une ceinture de drap renfermant du mercure, fut affecté au bout de deux jours de douleurs, d'aphthes, d'inflammation dans la bouche et d'un flux abondant de salive visqueuse.

Une observation remarquable, propre à constater l'extrême volatilité du mercure, a été offerte à ma pratique par un malade qui, logé à l'étage au-dessus de l'atelier d'un doreur, fut pris, ainsi que son épouse et un jeune homme qu'il avait chez lui, de salivation, d'inflammation et d'ulcérations dans la bouche, qui les forcèrent à quitter leur logement, quoiqu'il n'existât d'autre communication avec l'atelier du doreur, que par un tuyau de poêle qui communiquait dans la même cheminée.

Si le mercure à l'état métallique a une telle influence sur l'homme, on doit concevoir *à fortiori* quelle doit être son action quand on l'ingère dans nos organes; aussi Bomfiel dit que les symptômes qui paraissent avoir été guéris par le mercure reparaissent souvent bientôt après. Louis convient qu'il y a des cures manquées par le mercure; que souvent il survient des accidens et que les symptômes se multiplient au lieu de diminuer, ce qu'on peut voir, dit-il, dans les traitemens les mieux faits en apparence. L'expérience avait forcé Alexandre Trajan Pétronio à dire que telle est l'incertitude de l'action du mercure, qu'on ne peut jamais l'administrer avec sûreté. Lorsqu'on modère son usage par la crainte de nuire, on ne guérit pas, dit-il; et lorsqu'on donne la quantité suffisante, on fait beaucoup de mal, tant il est difficile de connaître et d'apprécier ses forces et d'en établir la proportion nécessaire. C'est aussi l'expérience qui avait fait dire à Blégny que le mercure est chez quelques malades employé sans succès, et que chez d'autres il est un poison.

Falret prétend qu'il y a des cas où la vérole élude la puissance du mercure, de quelque manière qu'il soit préparé, et où cette maladie ne cède qu'à des remèdes étrangers au mercure, et quelquefois au temps. Swédiaur consacre un chapitre entier à l'examen des maladies rebelles au mercure, et des causes de cette inefficacité. Il commence ainsi : « Quoiqu'il y ait peu de praticiens qui n'aient vu de fréquens exemples de maladies syphilitiques qui résistent au mercure, et à peine un écrivain de quelque importance qui n'en fasse mention, aucun d'eux n'a cependant, à ma connaissance, fait des recherches exactes à ce sujet et exposé les moyens de guérir en pareilles circonstances. »

GIRAUDEAU DE ST-GERVAIS.

Monsieur le rédacteur,

Le lactate de fer étant un sel fort rare, et ayant à cœur de voir prospérer un médicament que nous avons préconisé, nous avons analysé chimiquement les pastilles annoncées, dans votre avant-dernier numéro, par M. Louradour, pharmacien, rue de l'Ancienne-Comédie, et l'analyse nous y a démontré la présence d'une quantité notable de *sulfate de fer*.

Celles qui ont été employées à l'hôpital de la Charité provenaient de la pharmacie de M. Gelis père, rue Saint-Denis, 305.

Agréez, etc., J.-L. CONTÉ, A. GELIS.

Paris, le 27 janvier 1840.

La *Némésis Médicale* est complète, les trois dernières satires viennent d'être publiées en même temps; les sujets en sont : *Le Conseil royal de l'Instruction publique*; — *l'Institut*; *Les Lazarets et les Quarantaines*;
Et enfin *les Adieux*.

La réimpression des satires qui étaient épuisées permet de livrer l'ouvrage entier aux personnes qui en feront la demande.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 30 JANVIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 13, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 f.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

[illegible]putation sous-trochantérienne de la cuisse gauche; examen [illegible]u membre malade. Amputation du sein; mort le quatrième [illegible]ur. Réflexions sur les accidens des opérations chirurgicales. Amputation sus-malléolaire de la jambe.

[illegible]u n° 7 de la salle des hommes, est couché un malade [illegible] Aubray), âgé de trente-six ans, scieur de long. Cet [illegible] qui [illegible]u'alors a joui, dit-il, d'une assez bonne [illegible]é, présente une énorme tumeur à la cuisse gauche. [illegible]e tumeur commence à un travers de main environ au-[illegible]ous de l'articulation du genou. Elle occupe principale-[illegible]t les trois quarts antérieurs de la circonférence du [illegible]mbre, et offre son plus grand volume vers la partie in-[illegible]e. Mesurée dans différens points, la cuisse offre 65 à 75 [illegible]mètres de circonférence (24 à 27 pouces); la peau qui la recouvre est violacée; au-dessous d'elle on aperçoit d'énormes veines sinueuses; la consistance de la tumeur n'offre rien de particulier; ainsi elle donne au toucher la sensation d'un empâtement général, rénitent, peu élastique; on sent à peine çà et là quelques bosselures et quelques points qui paraissent plus résistans que les autres; la température est normale. Toute la portion de la jambe comprise au-dessous est énormément œdématiée. L'état général du malade est assez satisfaisant; sa tumeur lui occasionne plus de gêne que de véritables douleurs.

Si on le questionne sur les causes auxquelles il peut attribuer le développement de sa maladie, il ne donne pas le moindre renseignement; il n'a pas souvenance de quelque lésion extérieure. C'est au mois d'août dernier qu'il s'est aperçu, pour la première fois, du changement survenu dans l'état de son membre; il n'a quitté son travail qu'en septembre, pour entrer à la Pitié, dans le service de M. Lisfranc, qui lui a proposé l'amputation de la cuisse. Le 10 octobre suivant, il quitta cet hôpital sans vouloir accepter l'opération.

C'est le 17 janvier qu'il a été admis à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Roux. La tumeur augmentait toujours; les progrès étaient même plus rapides que dans les premiers momens. Voyant qu'il n'y avait plus d'autres ressources, Aubray accepta l'amputation, qui fut pratiquée le 22.

A cause du développement de la maladie vers la partie supérieure de la cuisse, l'opération ne pouvait être faite dans le lieu d'élection; il fallait la pratiquer au-dessous du trochanter. Le manuel n'offrit rien de remarquable. Les chairs ayant été incisées en dédolant, le cône crural formé par le moignon put être accompli très régulièrement, la section de l'os présenta seule quelque difficulté, à cause de l'ébranlement qu'offrait l'os à l'action de la scie. Cet accident, qui n'eut pas de conséquences fâcheuses, se trouva expliqué à l'examen de la pièce anatomique, par la dispositipn pathologique des parties.

Somme toute, l'opération fut seulement un peu plus laborieuse que ne l'est habituellement une amputation dans des circonstances ordinaires. Mais la quantité de sang échappée des vaisseaux, qui étaient énormément dilatés, fut assez abondante pour donner lieu à une syncope qui faillit avoir des résultats fâcheux pour le patient. Elle se prolongea, en effet, fort long-temps, et ne put cesser que par l'emploi continué des aspersions d'eau froide, des odeurs excitantes, de la ventilation et d'autres moyens encore.

Nous dirons ici que M. Roux fit l'essai, sur ce malade, d'un instrument qu'il essaie de modifier, et qu'il destine à relever les chairs du moignon pour faciliter la section de l'os. C'est le rétracteur mécanique, dont le professeur Percy avait déjà donné l'idée, mais qui, peu après, était tombé dans l'oubli. Celui-ci, auquel M. Roux donne la préférence ne peut être mieux comparé (qu'on nous pardonne l'expression) qu'à un réflecteur de quinquet presque plat, auquel on pourrait, selon la volonté, ajouter deux appendices latéraux pour le saisir. L'orifice central de cet instrument aurait le même diamètre à peu près que le corps de l'os, qui pourrait y être enfermé au moyen d'un segment de la circonférence totale, se déplaçant sur une rainure, et pouvant se replacer ensuite. L'occasion était peut-être bonne, dans le cas dont nous parlons ici, pour essayer l'emploi de ce moyen. Néanmoins, la tentative n'a pas été heureuse, car il a été plus gênant qu'utile. Au résumé, nous ne croyons pas ce rétracteur ressuscité destiné à une grande série de bonnes fortunes chirurgicales.

Revenons à notre malade. Tout le jour il a été très faible; ce n'est qu'à force de soins et d'excitation qu'on a pu empêcher la production de nouvelles syncopes, qui avaient la plus grande tendance à se manifester. Le lendemain matin la somnolence avait en partie disparu; le pouls indiquait déjà une légère réaction traumatique (100 pulsations au lieu de 88, que l'on comptait avant l'opération).

Examen de la tumeur. M. Roux avait diagnostiqué une tumeur fongueuse du périoste. Cette opinion fut en partie détruite par la dissection de la tumeur, qui fut faite avec beaucoup de soin, M. le docteur Thibert devant en faire une reproduction exacte par son procédé de modelage.

Au-dessous de la peau rampent d'énormes veines très dilatées, analogues en quelque sorte à des sinus. C'est à leur disposition qu'il faut attribuer la cause de l'énorme perte de sang éprouvée par l'opéré.

La seconde couche est constituée par les muscles, pâles, amincis par suite de la compression qu'il éprouvaient; ils sont, du reste, sains, et ne participent pas de la maladie.

Au-dessous d'eux, on peut isoler la tumeur, qui offre en avant, et en dedans surtout, la forme d'un énorme ovoïde presque régulier à sa surface extérieure. Une section longitudinale faite selon l'axe du membre, et divisant le fémur en deux moitiés depuis le point de la section jusqu'entre les deux condyles, la sépare en deux moitiés semblables quant à la structure, et presqu'égales pour le volume. On peut tout aussitôt reconnaître que toute une portion du corps du fémur, dans l'étendue de quatre à cinq pouces à peu près, a disparu par suite du développement de l'altération. Ce manque de continuité dans l'étendue de l'os rend très bien compte de la difficulté que l'on éprouva lors de l'opération, quand on fut arrivé à la section du fémur. En effet, le fragment supérieur, sur lequel portait l'action de l'instrument, se trouvait être mobile dans la masse peu résistante qui l'entourait.

Toute la masse est formée par un tissu compacte, assez homogène, offrant approximativement la consistance de la substance cérébrale durcie dans l'acide nitrique; l'aspect de sa coupe varie du blanc-rosé au rouge plus ou moins foncé. Çà et là existent quelques lames de nature fibreuse constituant des cloisons incomplètes. On trouve aussi, surtout à la périphérie, quelques points fibro-cartilagineux blanchâtres. Enfin on observe encore dans diverses parties des loges des espèces de sinus plus ou moins considérables entièrement vides, ou remplis d'une substance analogue à du sang coagulé; une masse de cette nature occupe toute la partie centrale de la tumeur dans le point correspondant à la portion du fémur qui a disparu.

Les vaisseaux fémoraux, refoulés à la partie postérieure de la tumeur, ont perdu leur structure normale. La portion de l'artère placée au-dessous de la tumeur est oblitérée par un caillot assez bien organisé.

Comme on le voit, il n'était pas possible d'indiquer le point de départ de cette dégénérescence dans le périoste; selon toutes les apparences, elle aura pris naissance à l'intérieur du corps de l'os qu'elle a anéanti lors de son développement.

— Le 15 janvier, M. Roux a pratiqué l'amputation du sein gauche sur une femme de quarante-cinq ans, qui paraissait être dans des conditions de succès fort satisfaisantes. Il se proposait d'enlever une tumeur tout-à-fait limitée, sans adhérences avec les tissus voisins. Il n'y avait pas la moindre trace d'engorgement dans les ganglions pectoraux ou axillaires. On pratiqua d'abord deux incisions semi-elliptiques; la dissection fut simple, peu laborieuse; seulement une petite quantité de tissu cellulaire induré, placée vers le sternum, fut enlevée avec soin.

Cette malade supporta l'opération avec assez de courage, seulement elle montra de l'agitation, des dispositions à la loquacité; peu après elle fut prise de gêne dans les fonctions de la respiration, des vomissemens survinrent, les accidens prirent une forme fâcheuse, et la mort arriva le quatrième jour.

L'autopsie, faite avec le soin le plus minutieux, ne permit pas de reconnaître la moindre altération physique dans les divers organes.

A propos de ces deux malades, le professeur disserte assez longuement sur la nature des accidens qui peuvent entraîner la mort pendant le cours ou après les opérations chirurgicales. Il a été, dit-il, singulièrement favorisé en ce genre, car les accidens les plus effrayans et les plus rapides ont souvent eu sa clinique pour théâtre.

Parmi les causes presque immédiates de mort, il range l'*introduction de l'air dans les veines*, accident qu'il a vu deux fois déterminer la mort sur ses opérés. On n'a que des idées peu satisfaisantes sur l'étendue de la région dans laquelle l'ouverture des veines peut produire ces symptômes, et lui-même, chez un de ses malades, a vu la mort survenir par l'introduction de l'air dans la veine axillaire pendant l'extirpation du bras. Une fois il fut assez heureux pour sauver un malade en établissant la compression sur les orifices veineux.

Au second rang se place l'*hémorrhagie*, qui rarement fait périr le malade instantanément, mais qui peut cependant déterminer la mort par suite de l'affaiblissement et des syncopes prolongées dans lesquelles elle jette le malade; ce sont les hémorrhagies veineuses qui s'observent fréquemment, plus rarement les hémorrhagies artérielles; le malade amputé de la cuisse offrit des accidens déterminés

FEUILLETON.

Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux; professées au Collége de France par M. Magendie.

Certes s'il est une voie par laquelle la physiologie doit marcher pour arriver à la solution des hautes questions qui se rattachent aux fonctions de nos organes, c'est la voie expérimentale: la pathologie, il est vrai, vient à notre aide dans quelques circonstances; c'est ainsi qu'une plaie accidentelle de la région épigastrique nous révèle quelques-uns des phénomènes de la digestion, un épanchement cérébral nous montre quelques-unes des fonctions du cerveau, une blessure ou un ramollissement de la moelle épinière vient nous faire connaître l'influence de ce cordon sur la sensibilité et le mouvement; mais que cette voie est lente et combien de siècles ne faudrait-il pas traverser avant que les cas pathologiques ne nous procurassent une bien faible somme de connaissances? La meilleure voie est donc l'expérimentation, la vivisection: et comme nous ne pouvons nous livrer à des expériences semblables sur l'homme, attendu que la civilisation a justement banni la coutume barbare qui s'était introduite d'expérimenter sur des criminels, force nous est d'interroger les animaux qui se rapprochent le plus de notre organisation. De tous les hommes qui ont le plus suivi la voie expérimentale pour éclairer les fonctions du système nerveux, il n'en est point qui ait rendu sous ce rapport de plus grands services à la science que M. Magendie. Patience infatigable, ardeur inépuisable pour la science, dextérité dans les mains, vues ingénieuses, telles sont les qualités qui distinguent cet observateur. Aussi ses leçons au Collége de France sont-elles régulièrement écoutées par la jeunesse studieuse de l'Ecole, et par les médecins et autres savans étrangers qui viennent assister à ses curieuses expériences. M. James a eu l'heureuse idée de recueillir ces savantes leçons, qui sont rédigées de telle sorte, que le lecteur croit vraiment y assister. Nous avons sous les yeux les tomes I et II de cet ouvrage, qui est tellement riche en faits curieux et importans, que leur simple énumération nous entraînerait trop loin. Dans l'impossibilité où nous sommes, par le manque d'espace, de rendre un compte complet de cet ouvrage, nous prendrons au hasard quelques faits curieux. Parmi ceux-ci, nous citerons une femme dont parle M. Magendie dans sa deuxième leçon. Cette femme était couchée dans le service du professeur à l'Hôtel-Dieu. Sa tête, ses membres, son tronc, avaient un volume énorme, sa langue avait la largeur de celle d'un veau, ses doigts étaient quatre fois plus gros que d'ordinaire, sa voix ressemblait à celle d'un homme: en un mot, c'était une *femme monstre* (1). Le premier volume est terminé par quelques expériences sur des grenouilles, considérées sous le rapport de leur ardeur amoureuse. «Voici, dit le professeur, deux grenouilles accouplées. Le mâle paraît très ardent, et il est cramponné sur le dos de sa femelle, qu'il enlace dans ses étreintes: je le soulève par une de ses pattes de derrière, il soulève de son côté sa compagne, en la tenant par le milieu du corps, et il ne paraît pas d'humeur à s'en dessaisir. Je divise avec le bistouri les tégumens du crâne, l'animal ne s'en aperçoit même pas. La section des os n'amène pas non plus aucun signe de douleur. Vous apercevez en arrière des lobes optiques la bandelette transversale: je l'incise. Allons! voilà une grenouille qui ne démentira pas l'ancienne réputation des mâles de son espèce, car elle se rit ou du moins semble peu s'inquiéter de toutes nos tortures. Elle ne paraît pas moins tendrement attachée à sa femelle qu'avant l'expérience. Que faut-il donc pour vaincre un aussi puissant instinct? Je coupe les lobes cérébraux. Enfin, elle a cédé: vous avez vu l'animal s'avouer vaincu en laissant tomber celle qu'il tenait si étroitement embrassée.»

Le professeur, après cette expérience, en fait deux autres d'après lesquelles il semblerait que chez les batraciens, la faculté génératrice résiderait plutôt dans les lobes cérébraux que dans la bandelette qui, chez ces animaux, représente le cervelet.

A ceux qui prétendraient que la physiologie expérimentale n'est qu'une simple satisfaction de la curiosité naturelle qui porte l'homme à tout savoir et à tout expliquer, nous répondrions par les faits contenus dans cet ouvrage, et qui prouvent jusqu'à quel point ces expériences peuvent être utiles à l'art de guérir. Telles sont les expériences faites sur la morphine appliquée à la surface des nerfs, application qui a pour effet de diminuer leur sensibilité, connaissance précieuse dans le traitement des névralgies.

Nous mentionnerons ici deux cas de guérison de névralgie de la face, obtenus par le professeur à l'aide de l'électricité. Il s'agit de deux dames dont l'une éprouvait depuis quatre ans des douleurs névralgiques très vives dans le côté droit de la face. C'est dans la langue que la douleur était le plus vive. La malade depuis l'invasion du mal n'avait pas eu une minute de repos. La névralgie avait commencé par des douleurs très aiguës, d'abord au niveau du trou sous-orbitaire, revenant par accès et s'irradiant vers la lèvre supérieure; puis la branche frontale avait été envahie, puis la branche mentonnière, puis enfin le rameau lingual. La douleur s'était répandue également dans les divisions de la septième paire. La malade comparait la douleur à des éclairs, à des décharges électriques qui lui traversaient les nerfs. Elle

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1839.

par la perte considérable du sang veineux qui stagnait dans les vaisseaux dilatés du pourtour de la tumeur, et, pendant un instant, on put éprouver de vives inquiétudes. M. Roux perdit de cette manière une jeune femme sur laquelle il avait consenti à enlever un énorme bronchocèle.

Il faut encore énumérer, parmi ces causes de mort, *l'introduction du sang dans les voies respiratoires*. Cet accident ne peut guère avoir lieu que dans les opérations pratiquées sur le larynx et la trachée-artère. Chacun connaît un fait de ce genre arrivé entre les mains de M. Roux, qui fut assez heureux pour voir ses tentatives suivies d'un entier succès.

L'influence de la douleur sur le système nerveux, et partant sur l'organisme en général, peut fréquemment aussi amener une terminaison fâcheuse, mais cela d'une manière moins immédiate, presque toujours au contraire après plusieurs jours d'intervalle. M. Roux attribue à cette cause la perte d'un malade auquel il enleva une tumeur volumineuse de l'épaule, celle d'un homme qui présentait une énorme masse cancéreuse aux gouttières vertébrales, et sur lequel il fut obligé de mettre une partie des vertèbres à découvert. La mort de la femme opérée du sein offre un exemple de ce genre.

Le même jour, M. Roux a pratiqué sur un homme de vingt-huit ans l'amputation de la jambe droite au-dessus des malléoles, pour une tumeur blanche dont le développement datait de quelques mois. Le manuel opératoire n'a rien présenté de remarquable : nous nous proposons seulement de tenir nos lecteurs au courant du résultat de ces deux amputations.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX DE DUBLIN.

Kyste congénital dans le pelvis. Hypertrophie vésicale chez un nouveau-né; par M. Peebles. *Discussion académique.*

Une dame, bien constituée, mariée à un homme également bien organisé, mère de deux enfans forts et bien portans, accouche d'un troisième enfant, du sexe masculin, qui est fort délicat. L'accouchement s'est fait naturellement; l'enfant avait un long cordon roulé autour du cou. Le placenta adhérait à la matrice, et il a fallu aller le chercher dans cet organe, et l'en décoller pour l'extraire. Cette adhérence du placenta a été attribuée à une chute que la mère avait faite dans les derniers temps de la grossesse. L'enfant a paru bien portant pendant les trois ou quatre premiers jours; alors il est devenu inquiet, et a éprouvé des garderobes abondantes. On a administré à la nourrice plusieurs doses de calomel, de l'huile de ricin et une potion carminative.

Le cinquième jour, le cordon ombilical est tombé; sa petite plaie était presque cicatrisée. L'abdomen est gros et tympanisé; la jambe et la cuisse gauches sont gonflées, dures, noueuses, sensibles au toucher et de couleur noire. On y applique des sangsues; on les enveloppe dans des linges trempés dans du vinaigre; on répète le calomel et l'huile de ricin. Vers le neuvième jour, le gonflement a presque complètement disparu; mais l'abdomen continue à être très gros et dur dans la portion sous-ombilicale.

On s'aperçoit alors que l'enfant n'urine point depuis plusieurs jours, les fesses sont excoriées, l'anus rétracté en haut. On prescrit un bain tiède, de la poudre de *lapis calaminaris*, mais l'enfant n'urine point. On pratique le cathétérisme à l'aide d'une petite sonde en gomme élastique et l'on tire une demi-pinte environ d'urine claire; l'abdomen pourtant reste toujours tendu. L'enfant a continué à prendre le sein : ses selles sont régulières; pas de fièvre ni de frisson. Les veines de la paroi abdominale sont grosses, arborescentes : M. Peebles a soupçonné la présence de quelque tumeur dans l'abdomen qui comprimerait les vaisseaux ascendans de cette cavité. On fait des frictions avec de la pommade d'hydriodate de potasse sur le tronc, deux fois par jour; on continue le cathétérisme deux fois par jour pendant une semaine.

Le quatorzième jour de la naissance, l'urine a la couleur du petit-lait, elle devient ensuite purulente. Les intestins deviennent paresseux; l'enfant a quelques rares garderobes qui sont pâles, légèrement briquetées et chargées de suc gastrique.

Le seizième, l'enfant paraît dépérir à vue d'œil, sa physionomie exprime une souffrance profonde, les membres sont fort maigres, l'anus est relâché et ne retient plus les lavemens. Une sonde de dix pouces est introduite dans le rectum et poussée dans le reste de l'intestin, mais elle ne donne issue à aucun gaz. Le lendemain, dix-septième jour de la naissance, l'enfant est mort.

A l'autopsie, on trouve tous les viscères sains, à l'exception de la vessie. L'estomac, les intestins grêles et colon sont très distendus de gaz. Le colon et le rectum sont pâles et vides. La vessie est très épaisse et rugueuse à sa face interne, adhère à la paroi abdominale et à l'ombilic; elle ne peut être distendue dans sa position, vu la présence d'une tumeur enkystée qui occupe toute la cavité pelvienne; le rectum et l'urètre se trouvent fortement comprimés par cette tumeur, le premier contre le sacrum, le second contre le pubis. La tumeur monte dans l'abdomen entre la vessie et le rectum, où elle est couverte par le péritoine.

L'intérieur de ce kyste contient 90 grammes (3 onces) de liquide albumineux; ses parois sont fortes, enveloppées d'une membrane séreuse et forment un sac sans ouverture.

M. Peebles présume que la quantité du liquide a dû augmenter après la naissance et l'hypertrophie de la vessie également, surtout vers le col.

Cette pièce ayant été présentée à la Société médico-chirurgicale d'Irlande, a donné lieu à la discussion suivante :

M. Houston: Ce fait est intéressant, surtout à cause de l'état d'hypertrophie de la vessie. Cet organe se trouvait effectivement dans un état de congestion inflammatoire, épaissi d'une manière extraordinaire et presque cartilagineux. Je pense que l'urine sécrétée durant la vie fœtale aurait dû être retenue, et que la rétention survenue après la naissance, et combattue à l'aide de la sonde, devait dater d'une époque antérieure à l'accouchement.

M. Maunsell: D'après les détails de l'observation, l'enfant a présenté des symptômes analogues à ceux de la phlegmasie blanche douloureuse (*phlegmatia alba dolens*) : la jambe et la cuisse gauches étaient gonflées, dures et noueuses dans la direction des veines et des vaisseaux lymphatiques. Il paraîtrait que la pression exercée par la tumeur sur les vaisseaux avait donné naissance à ces symptômes et à la congestion des veines fémorale et iliaque.

M. O'Beirne: L'observation est remarquable sous plusieurs rapports. Un point surtout me paraît mériter l'attention. Je n'ai jamais trouvé d'exemple où le rectum, le cœcum et le colon fussent tout à fait vides, à moins que l'intestin ne fût étranglé par une bride ou à l'état de volvulus. Il aurait désiré qu'on cherchât attentivement s'il n'y avait pas chez le sujet quelque chose d'analogue à cette dernière condition.

M. Peebles: Les intestins paraissaient comme paralysés, mais ils n'offraient aucune trace d'intussusception ou d'obstruction. Je ne puis adopter, du reste, la manière de voir de M. Maunsell relativement à l'état du membre, la phlegmatia alba dolens étant, dans mon opinion, une affection dépendante d'autres conditions que de la compression.

M. O'Beirne: Bien que je sois grand partisan de l'emploi du tube rectal, je dois déclarer que j'en excepte les enfans nouveau-nés. Une fois j'ai été appelé pour voir un enfant âgé de cinq mois, qui souffrait d'une constipation opiniâtre depuis soixante heures : plusieurs moyens évacuans avaient été employés sans succès, et l'on a jugé que la ressource de la canule ne devait point être omise. J'allais introduire la canule; mais voyant un si petit enfant, je ne l'ai pas osé, et j'ai prescrit l'application d'un vésicatoire sur le sacrum, et des lavemens répétés. Ces moyens ont eu un plein succès. Je ne m'abstiens d'appliquer la canule aux enfans nouveau-nés que depuis quelque temps; autrefois je la croyais nécessaire.

M. Peebles: Le cathétérisme n'a été employé chez cet enfant qu'avec beaucoup de précaution; je me suis servi d'une sonde de gomme élastique très fine, sans mandrin et que j'ai ramollie devant le feu avant de m'en servir afin de la rendre plus douce. J'ai éprouvé quelque difficulté dans l'introduction, car le gland se trouvait dans une sorte de phymosis naturel; dans le reste, l'instrument a passé librement.

M. Beatty: La tumeur qu'on vient de présenter offre un fait des plus remarquables et qui est peut-être unique dans les annales de la science. D'après l'épaisseur et le poli des parois, on est autorisé à penser qu'elle devait être d'ancienne date, et que son origine remonte aux premiers temps de la conception. Il paraît également que la rétention urinaire est antérieure à l'époque de la naissance, du moins si l'on en juge d'après l'état de la vessie.

M. Dugann: J'avoue que c'est la première fois que j'entends parler de rétention urinaire durant la vie intrà-utérine; mais a-t-on encore découvert la présence de l'urine dans la liqueur de l'amnios?

M. Maunsell: Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait remarqué des enfans rendre l'urine en venant au monde. Donc il y a sécrétion urinaire avant la naissance. Il ne répugne donc pas d'admettre qu'il puisse y avoir rétention morbide de l'urine durant la vie intrà-utérine.

M. Houston: Les effets produits sur la vessie étaient très remarquables. L'hypertrophie de ses tissus, en particulier de sa tunique musculaire, était aussi prononcée que si elle existait depuis des années. L'enfant était âgé de dix-sept jours à l'époque de sa mort; cela fait présumer que cet état devait être antérieur à la naissance.

M. Dugann: La même cause qui a donné naissance à la tumeur a pu produire l'hypertrophie de la vessie.

M. Montgomery: La présence de l'urine dans les eaux de l'amnios a été découverte par plusieurs personnes, entr'autres par M. Rees de Londres. Berzelius a constaté le même fait; il s'est assuré de la présence de l'urée dans l'amnios en plusieurs occasions. En ouvrant le cadavre d'un enfant nouveau-né dans le but de m'assurer de la nature d'une tumeur qui occupait l'hypogastre, j'ai trouvé qu'elle était formée par la vessie et les uretères énormément distendus. Ces derniers étaient aussi volumineux que le doigt médius, et formaient de grands zig-zag. L'urètre était imperforé et oblitéré. Ce fait prouve que l'enfant décharge son urine dans l'eau de l'amnios.

Péricardite mortelle chez un enfant de cinq mois; par M. Benson.

M. Benson présente à la Société une pièce pathologique relative à un cas de péricardite observée chez un enfant de cinq mois. Ce qui rend cette pièce remarquable, c'est d'abord l'âge du sujet, ensuite la quantité énorme de lymphe plastique secrétée à la surface du cœur et dans le péricarde, l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, et enfin l'existence cachée de la maladie qui est restée inaperçue jusqu'à la fin, quoique le malade fût soigné par trois médecins expérimentés. L'enfant s'était trouvé mal pendant trois jours; les syncopes s'étaient chaque fois déclarées par une sorte de cri. On avait cru avoir affaire à quelque affection des intestins : des purgatifs ont été en conséquence administrés. La mort a eu lieu le huitième

(1) Nous nous étonnons que dans des cas de cette espèce on n'ait pas songé à employer le galvanisme à l'aide de deux conducteurs appliqués, l'un dans le rectum, l'autre sur la langue. Des expériences faites sur des animaux dans ce but, ont donné des résultats très satisfaisans. (*Note du Traducteur.*)

était devenue presque sourde de l'oreille correspondante au côté de la névralgie.

L'autre dame ne souffrait que depuis un an. La douleur avait débuté par la langue, et c'est là qu'elle est restée presque toujours concentrée. Quand elle se propageait à la face, elle semblait partir des canaux sous-orbitaires, mentonnier et frontal, pour se répandre dans les divisions des nerfs du même nom.

Chez cette malade comme chez l'autre, l'ouie était affaiblie du côté où existait la névralgie (côté droit). Plusieurs traitemens avaient été mis en usage sans aucun succès. M. Magendie employa le galvanisme chez ces deux malades. Une aiguille très fine en platine fut enfoncée dans le tronc du nerf facial, peu après sa sortie du crâne, à son passage dans la glande parotide. Une autre aiguille fut enfoncée dans le côté de la langue correspondant à la névralgie. Autant que possible, d'après M. Magendie, il convient de faire passer le courant électrique en même temps dans les deux nerfs de la face, à cause des filets d'association de la cinquième paire qui transmettent la sensibilité à la septième paire; car si on s'adressait seulement aux branches de la cinquième paire, on s'exposerait à voir la douleur se réfugier dans la septième, ce qu'on prévient en galvanisant les deux nerfs à la fois. M. Magendie se sert à cet effet de la machine de Clarke, comme étant plus commode et n'exigeant pas l'emploi d'une solution acide. Chez les deux malades, la douleur chassée d'une branche nerveuse se réfugiait dans une autre, et il a fallu plusieurs applications galvaniques pour triompher du mal. A l'aide de ce moyen ces deux malades ont été guéries. Nous pourrions pousser plus loin nos réflexions sur l'importance de l'ouvrage de M. Magendie; mais nous aimons mieux y renvoyer nos lecteurs.

DES CLASSES DANGEREUSES DE LA POPULATION DANS LES GRANDES VILLES, ET DES MOYENS DE LES RENDRE MEILLEURES;

Par H.-A. Frégier, chef de bureau à la Préfecture de la Seine. — Deux vol. in-8° de 400 pages. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

L'Académie des Sciences morales et politiques avait mis au concours la question suivante :

« Rechercher, d'après des observations positives, quels sont les » élémens dont se compose à Paris, ou dans tout autre grande » ville, cette partie de la population qui forme une classe dan- » gereuse par ses vices, son ignorance et sa misère; indiquer » les moyens que l'administration, les hommes riches ou aisés, » les ouvriers intelligens et laborieux pourraient employer pour » améliorer cette classe dangereuse et dépravée. »

C'est pour répondre à cette question que M. Frégier a composé l'ouvrage dont nous rendons compte, et que l'Académie a honoré d'une récompense en 1838. C'était une tâche difficile que celle que l'auteur s'était imposée; il ne fallait rien moins qu'un grand amour du travail, le désir de résoudre un problème aussi important, et surtout la position de chef de bureau qu'occupe l'auteur à la Préfecture de la Seine, pour entreprendre une œuvre où se rencontraient à chaque instant les plus grandes difficultés. Aussi, doit-on remercier l'auteur pour la manière satisfaisante avec laquelle il a rempli sa tâche.

Le premier volume est divisé en vingt-un chapitres, dans lesquels l'auteur traite successivement des classes vicieuses et dangereuses, parmi lesquelles figurent les vagabonds, les prostituées, les joueurs, les filous, les escrocs, les forçats libérés, etc.; tous ces chapitres sont remplis de détails curieux et intéressans sur les mœurs, les habitudes, le langage, etc., de ces classes dégradées de la population des grandes villes.

Nous ne saurions, sans sortir de notre spécialité, analyser ces chapitres dont la lecture captive l'attention à chaque page; mais nous cédons au désir de dire quelques mots du *genre* chiffonnier, une des professions où l'ivrognerie, d'après M. Frégier, se montre sous les formes les plus hideuses. Le chiffonnier vit du produit de son travail, qui peut lui procurer de vingt-cinq à quarante sous par jour; pour se procurer cette somme qui, comme on le voit, est assez élevée, eu égard aux théâtres de son industrie, il ne fait que trois rondes par jour : la première a lieu de cinq à neuf heures du matin, la deuxième de onze à trois, et la troisième de cinq à onze heures ou minuit. Pour se reconforter de ses promenades, il fait deux repas, l'un à neuf heures du matin, et le deuxième à trois heures. Après chaque course il trie sa *marchandise*, qu'il va vendre au chiffonnier entreposeur; tout ce qui dans sa hotte est susceptible d'être mangé devient sa pâture : tels sont les trognons de choux, les fragmens de carottes et autres légumes dont il fait ses délices. Les quartiers Saint-Jacques et Saint-Marceau sont habités par un grand nombre de ces industriels. Ceux qui vivent en famille habitent une seule chambre dont le sol est souillé d'ordures de toute espèce qui exhalent une odeur infecte, odeur qui, par parenthèse, faillit asphyxier M. Ollivier (d'Angers), dans une visite qu'il fit un jour à un magasin de chiffons; quelques-uns des moins pauvres d'entr'eux, ne possèdent qu'une paillasse, objet de convoitise de ceux qui ont pour tout lit un tas de chiffons ou quelques poignées de paille. Les logemens habités par ces malheureux sont surveillés par des agens de police; mais leur surveillance, quelqu'active qu'elle soit, ne saurait amener les habitans de ces tristes demeures à des habitudes de propreté souvent incompatibles avec l'exer-

jour. A l'autopsie, on a trouvé le tube intestinal très contracté et aplati, mais n'offrant aucune lésion pathologique; le péritoine était sain. Comme l'enfant avait eu une légère jaunisse, on a examiné minutieusement le foie: on n'y a pas trouvé autre chose qu'une simple congestion sanguine. On ouvre la cavité crânienne, pas de lésion. On ne songeait pas d'abord à ouvrir le thorax, vu que l'enfant n'avait pas présenté de symptômes de ce côté; cependant se rappelant qu'il avait offert de la dyspnée vers les derniers momens de la vie, on examine les viscères de cette cavité. Une incision pratiquée sur le diaphragme laisse échapper une quantité de lymphe plastique. On divise le ventricule gauche du cœur, qui offre une épaisseur morbide extraordinaire. La portion du poumon qui touche le diaphragme est couverte de lymphe plastique, mais le tissu pulmonaire n'était point enflammé.

M. Benson fait remarquer que dans beaucoup de cas observés par lui, la péricardite existait sans douleur, ou avec très peu de douleur; lorsque la plèvre était affectée la douleur manquait tout à fait. Chez le malade en question la pleurite lui paraît de date récente, mais la maladie du cœur lui paraît beaucoup plus avancée. On ne voyait cependant aucune trace d'endocardite.

M. Beatty: Je crois que la présomption d'une maladie abdominale chez ce sujet dépendait de ce que la pression à l'épigastre déterminait des symptômes de souffrance. Dans son important travail sur la péricardite, M. Mayne a fait observer, en effet, que le symptôme le plus remarquable de la première période de cette maladie est la sensibilité de l'épigastre.

(*Dublin medical press*, décembre, 1839.)

Académie de Médecine. — Séance du 28 janvier.

M. le President invite MM. Espiaud et Leçanu à lire les discours qu'ils ont prononcés, le premier sur la tombe d'Aulagnier, le second sur celle de Laudibert. Ces lectures ont été écoutées avec intérêt.

Corps étranger dans la trachée. — *M. Capuron* fait un rapport sur une observation de M. Laserre, membre correspondant de l'Académie. Il s'agit d'un enfant âgé de trois ans, qui, en s'amusant à jeter des haricots en l'air et à les prendre dans la bouche, reçut un de ces corps dans la trachée. A l'instant il tomba sans connaissance, mais bientôt il reprit ses sens. Il éprouvait de la dyspnée et des accès de toux suffocans. On le soulagea à l'aide d'un peu d'huile d'olive chaude versée dans la bouche. Ces accès se répétaient de temps en temps, et l'enfant paraissait prêt à expirer jusqu'au moment où l'huile chaude lui était administrée. Des intermittences de plusieurs jours se succédaient, et l'enfant reprenait alors sa gaîté pour retomber ensuite.

Une consultation eut lieu; on attribua ces phénomènes à la présence d'un corps étranger dans la trachée. On proposa la trachéotomie; mais elle ne fut point pratiquée. Vers le quarantième jour, l'enfant expulsa le haricot dans un accès de toux. Les suites ont été heureuses. L'enfant guérit.

A la suite de ces détails, M. le rapporteur se livre à des considérations intéressantes, et cherche à expliquer la cause de l'intermittence des symptômes et le mode d'action de l'huile d'olive qui avait constamment soulagé l'enfant.

M. Rochoux rapporte le fait suivant: Un menuisier du faubourg Saint-Jacques avait pour usage d'avaler le bouquet de son pot-au-feu. Une fois il le fit avec une telle maladresse que le fil passa dans la trachée-artère. Des symptômes de suffocation se manifestèrent, puis une toux habituelle, des crachemens de sang, de la fièvre, amaigrissement, en un mot, tous les symptômes de la phthisie. Au bout de deux ans, le malade expectora un morceau de fil; dès ce moment, les symptômes commencèrent à se dissiper et le malade finit par guérir.

M. Renauldin dit avoir observé dans la trachée d'un cadavre un fragment de clou; le sujet ne s'en était jamais plaint, et il est mort d'une maladie étrangère à la poitrine.

Découvertes dues à des expériences sur les grenouilles. — *M. Duméril* lit un mémoire intitulé: *Notice historique des découvertes dues aux expériences pratiquées sur les grenouilles.* Ce travail, tout d'érudition et de science, a été écouté avec une scrupuleuse attention. L'auteur a fait voir que la physiologie, la physique et même la chimie devaient aux expériences pratiquées sur les grenouilles une partie de leurs plus belles découvertes. Il suffit de se rappeler, en effet, que la découverte de Galvani, et par conséquent la pile de Volta, n'est due qu'à un phénomène observé sur les grenouilles. Les globules du sang n'ont été découvertes par Swammerdam que sur les grenouilles, en 1668. La circulation capillaire n'a été également observée pour la première fois que sur les batraciens. Les fonctions du cœur, celles des organes digestifs, etc., reconnaissent la même source. Une chose, entre autres, qui a frappé dans cette lecture, c'est que Swammerdam avait reconnu qu'on pouvait déterminer des contractions musculaires à l'aide du contact de deux métaux hétérogènes, et il avait même construit une sorte de pile, dont M. Duméril a fait copier la figure.

Le travail de M. Duméril sera inséré dans les mémoires de l'Académie.

Cystocèle vaginale. — *M. Jobert*, chirurgien de l'hôpital St-Louis, lit un intéressant mémoire sur la cystocèle vaginale et sur une nouvelle méthode pour guérir radicalement cette infirmité.

La première partie est consacrée à l'exposé des observations de cystocèle publiées par les divers auteurs tant anciens que modernes. Le chirurgien s'efforce de démontrer qu'aucun des moyens proposés jusqu'à ce jour ne conduisait sûrement à une guérison radicale. L'infirmité cependant s'offre parfois avec des caractères assez graves pour chercher une médication propre à atteindre ce but.

Dans la seconde, M. Jobert décrit son nouveau procédé. Voici en quoi il consiste:

L'opérateur produit sur les parties latérales de la tumeur deux plaies longitudinales qui la mesurent dans toute sa longueur. Pour obtenir ces deux plaies, il agit avec la pierre infernale, dans la crainte d'aller trop loin avec le bistouri. Quand par des cautérisations successives il a fait ces deux plaies qui intéressent la paroi vaginale, il les rapproche après les avoir ravivées avec le bistouri; et l'on conçoit que, pour les réunir, il faut nécessairement refouler la tumeur qui se trouve comprise entre elle. Cette réduction est facile quand elle est bien opérée; on maintient accolées les deux plaies au moyen d'aiguilles et de la suture entortillée.

Par ce procédé la tumeur est maintenue réduite, et la paroi vaginale se trouve renforcée par l'application qu'on lui fait éprouver sur la ligne médiane.

Les divers cas de cystocèle observés par M. Jobert, et entr'autres l'examen cadavérique d'une femme qui mourut dans son service par suite d'une autre maladie, et qui portait une cystocèle, lui ont donné l'occasion de faire plusieurs remarques importantes sur l'histoire de cette maladie. Tous ces détails constituent la troisième partie du mémoire. Une commission examinera les diverses propositions avancées par M. Jobert. Nous en parlerons donc plus tard; disons seulement que, suivant ce chirurgien, le relâchement de l'aponévrose pubio-vésicale et des ligamens vésicaux, joueront un grand rôle dans la production de la cystocèle.

L'auteur termine en citant l'observation d'une malade qu'il a traitée et guérie par son procédé d'un prolapsus de la paroi postérieure du vagin.

Les commissaires nommés sont MM. Blandin, Gimelle et Danyau.

Torticolis. — *M. Bouvier* présente un jeune homme qu'il a guéri d'un torticolis à l'aide de la section du muscle sterno-cléido-mastoïdien, pratiquée d'après le procédé de Dieffenbach, c'est-à-dire sous-cutanée. Ce procédé appartient à la rigueur à Dupuytren: Dieffenbach n'a fait que le modifier; il en a reconnu lui-même la priorité à Dupuytren. Il est le même que celui que M. Duval a apporté aux muscles du genou dans le traitement de l'ankylose angulaire, et à plusieurs muscles du pied, autres que le tendon d'Achille.

L'appareil dont M. Bouvier a fait usage pour soutenir la tête dans une direction normale est fort simple: c'est une tige métallique portant trois ceintures, dont un se fixe au bassin, un second aux épaules, un troisième embrasse la tête d'arrière en avant. La partie supérieure de la tige est mobile à volonté à l'aide d'une vis, et l'on peut ainsi incliner ou plutôt redresser la tête graduellement ou brusquement selon l'exigence des cas.

Nous avons vu il y a quelques mois dans l'établissement de M. Duval un appareil analogue appliqué sur un jeune homme américain, dont le torticolis datait de cinq ans, et qui a été guéri sans opération.

Résection du col de la matrice. — *M. Amussat* présente un col utérin qu'il vient d'amputer depuis sept jours sur une jeune femme pour un commencement de dégénérescence cancéreuse. La malade n'a éprouvé jusqu'à présent aucune espèce d'accident et tout fait espérer une prochaine guérison. M. Amussat appelle l'attention sur un procédé opératoire qui lui a paru offrir des avantages sur les modes opératoires ordinaires: c'est d'exciser la partie malade à l'aide de longs et grands ciseaux courbes, et de tordre les artères à mesure qu'on divise les tissus.

Anatomie pathologique. — *M. Leblanc*, médecin vétérinaire, a présenté deux cœurs malades.

L'un provenait d'un cheval, dans la poitrine duquel une dissolution de 2 grammes d'acide oxplique dans 60 grammes d'eau distillée avait été injectée. L'animal est mort le huitième jour. Les deux feuillets de la membrane séreuse du péricarde étaient recouverts de fausses membranes consistantes, denses, très rugueuses, d'un blanc jaunâtre, déjà bien organisées. Pendant la vie, parmi les symptômes qui caractérisaient la péricardite, on entendait distinctement *le frottement péricardique*.

L'autre cœur avait appartenu à un chien atteint depuis deux ans d'une hydropisie de la cavité péritonéale et de la cavité pectorale. Les membranes séreuses de ces deux cavités n'ont présenté aucune lésion physique bien évidente. Il y avait dans le péricarde un litre à peu près de sérosité rougeâtre, dans laquelle nageaient des flocons pseudo-membraneux. Les deux lames de la membrane séreuse du péricarde avaient contracté deux adhérences vers la partie inférieure du cœur. Ce dernier organe était atrophié et déformé; il offrait vers sa pointe une scissure qui le rendait bicuspide. La valvule tricuspide était boursouflée et adhérente.

M. Junod présente une personne qu'il a guérie d'un ulcère de la cornée et d'une amaurose à l'aide d'une seule application de ses grandes ventouses aux membres, dont l'action a été continuée jusqu'à la syncope. Quelques autres remèdes ont été employés en même temps par un oculiste.

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies; par M. Malgaigne.

(Suite de la sixième leçon.)

Le rapport de succession entre les deux affections est bien manifeste; est-on cependant en droit d'en conclure un rapport de cause à effet? je n'oserais l'affirmer; toutefois j'en ai vu une quinzaine de cas, en sorte que, sans être bien commun, l'hydrocèle consécutif à la hernie n'est cependant pas un accident rare.

La hernie réagit aussi sur l'épididyme et le testicule; ces organes deviennent plus gros et plus lourds par l'effet d'un engorgement chronique dont la nature s'aggrave très rarement. Le scrotum lui-même a sa part du désordre; toutes les enveloppes des organes spermatiques subissent un épaississement remarquable; la graisse s'y accumule quelquefois en assez grande abondance pour combler et effacer la rainure circulaire qui sépare ordinairement la hernie du testicule, et jeter quelque doute, si le chirurgien n'en était prévenu, sur la nature et l'origine de la hernie.

Ici devrait trouver sa place l'histoire des effets produits par la hernie sur les anneaux qu'elle traverse; mais je préfère la rattacher à l'histoire du collet et du sac.

Deuxième série de faits. Les organes qui tiennent aux parties herniées par continuité ou par sympathie, éprouvent aussi consécutivement des troubles fonctionnels souvent variables d'un individu à un autre.

Déjà dès que la hernie occupe le canal, ou bien encore quand elle y est repoussée par les bandages ordinaires, beaucoup de sujets se plaignent d'une sensation de faiblesse que des bandagistes ont prise pour une faiblesse native des parois abdominales et qu'ils espèrent corriger avec une ceinture.

Quand la hernie est sortie du canal, il est des individus qui ne souffrent point, qui peuvent manger toute sorte d'alimens, se livrer même à des excès de table et de boisson sans être incommodés en aucune façon. Pourquoi ces hernieux sont-ils ainsi privilégiés? je ne saurais le dire, et dans tous les cas ils sont toujours le plus petit nombre.

Chez d'autres, on observe un redoublement de douleur dans les temps humides; la hernie est en effet un aussi bon baromètre pour les changemens de l'atmosphère, que le rhumatisme, ou la cicatrice des moignons des opérés. Le corps humain, soumis aux influences météorologiques, se laisse pénétrer comme une éponge par l'humidité de l'air; nos tissus se gonflent, nous nous sentons plus lourds.

---

cice de leur métier.

Chaque locataire, dit M. Frégier, garde auprès de lui sa hotte quelquefois comble d'immondices, parmi lesquelles se trouvent des animaux en putréfaction à côté desquels ils passent la nuit. Quand les agens de l'autorité se présentent chez les logeurs, ils éprouvent une suffocation qui tient de l'asphyxie; ils ordonnent l'ouverture des croisées quand il y a moyen de les ouvrir, et les représentations sévères qu'ils font aux logeurs sur cet horrible mélange d'êtres humains et de matières animales en dissolution, ne les émeuvent point. Les logeurs répondent à cela, que leurs locataires y sont accoutumés aussi bien qu'eux. Un passe-temps propre aux chiffonniers, consiste à faire la chasse aux rats dans les cours dépendantes de quelques unes des maisons qu'ils fréquentent; ils les attirent à l'aide de certaines substances attachées à des chiffons qu'ils ramassent dans les rues pour cet effet; ils placent en tas ces chiffons à proximité des crevasses des murs, et dès qu'ils peuvent supposer que les rats sont blottis dans les chiffons, ils lâchent dans la cour leurs chiens qu'ils dressent pour cette chasse, et en un clin d'œil ils se rendent maîtres des rats, dont ils *mangent la chair* et vendent la peau.

Le deuxième volume, qui contient quatorze chapitres, est plein de vues utiles sur l'âge d'admission des enfans dans les fabriques, sur l'éducation des enfans des classes laborieuses, sur les moyens propres à réprimer le penchant des classes inférieures pour l'ivrognerie, etc. En somme, l'ouvrage de M. Frégier est tout à la fois un traité d'administration et de morale; sous ce double rapport il se recommande aux hommes graves qui aiment le côté sérieux des choses; quant à ceux qui n'en aiment que le côté plaisant et curieux, ils y trouveront une foule de petits tableaux de mœurs et d'intérieur qui amusent et instruisent.

L'auteur, d'après les termes mêmes de la question posée par l'Académie, n'avait à traiter que des classes inférieures de la société; mais avant de livrer son travail à l'impression il en a agrandi le cadre et y a fait entrer certaines classes aisées. Nous nous attendions à y trouver rangée en bataille cette phalange de donneurs de globules, de faiseurs de passes, et de marchands de remèdes secrets, de guérisseurs de syphilis sans mercure, et autres trafiqueurs mille fois plus dangereux pour la société que les filous et les escrocs; car les uns ne s'attaquent qu'à la bourse, tandis que les autres exploitent la bourse et la vie. Espérons que M. Frégier réparera cet oubli dans la prochaine édition.

Nouveau formulaire magistral; par A. Bouchardat, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Chez Gardembas, rue de l'École-de-Médecine.

L'art de formuler est chose indispensable pour le médecin, et cependant combien d'élèves qui, au sortir de l'école, ignorent jusqu'aux élémens de cette science? Il est beau sans doute de savoir décrire l'os palatin et le sphénoïde jusque dans leurs moindres détails, de poursuivre un filet nerveux jusque dans ses derniers retranchemens, de connaître à fond la physiologie, la partie théorique de la médecine, etc.; mais au lit des malades il faut autre chose: ce que l'homme souffrant exige de celui à qui il confie sa vie, c'est de le guérir; et comment le guérirez-vous si vous ignorez l'art de mêler et de combiner ensemble les médicamens qui doivent rendre à ses organes leur jeu physiologique et normal?

Un formulaire portatif est donc un livre éminemment utile non seulement pour le jeune médecin qui n'a pas assez étudié la matière, mais encore pour le praticien instruit dont la mémoire est en défaut, ce qui peut arriver à tout le monde.

Le Formulaire que vient de publier M. Bouchardat est un petit volume de 540 pages et d'un format portatif; il est précédé d'une notice sur les hôpitaux et hospices civils de Paris, et suivi d'un mémorial thérapeutique, d'une table des auteurs et d'une table des mrtières par ordre alphabétique. En tête du livre, se trouve un tableau des poids et mesures; en outre, chaque formule présente la posologie ancienne (livres, onces, etc.) en regard des poids nouveaux, ce qui permet au lecteur de saisir d'un seul coup d'œil le rapport de ces poids entre eux.

Les médicamens sont groupés d'après leur action sur l'économie; c'est ainsi que le livre s'ouvre par l'étude de la médication narcotique; puis viennent les médications antispasmodique, stimulante, expectorante, etc.

A la page 404, au sujet de la médication stimulative, l'auteur fait à MM. les homœopathes l'honneur de leur consacrer quelques lignes. Il prouve qu'il y a quatre cents ans, Paracelse avait proclamé le dogme de la guérison par les semblables, et qu'ainsi M. Hahnemann, de ridicule mémoire, n'a même pas le mérite de l'invention, c'est un plagiaire et pas autre chose; je me trompe, il a fait plus que de copier, il a renchéri sur le maître, en fractionnant les médicamens à l'infini.

Vers la fin de l'ouvrage, on trouve des conseils sur les secours à donner aux asphyxiés, et le traitement des empoisonnemens par les champignons, les moules, etc. Comme la science marche à grands pas, que la thérapeutique s'enrichit tous les jours; et comme aussi de nouvelles formules se montrent journellement, M. Bouchardat a rendu un véritable service aux praticiens en composant son Formulaire, qui est appelé à devenir un *vade-meum* pour les hommes de l'art.

M. L.

Est-ce que la hernie, par cela même, se dilaterait davantage, et ferait plus d'efforts pour sortir? Ou bien encore, ne pourrait-on pas dire que la sécrétion intestinale étant plus active, par suite du ralentissement de la transpiration cutanée, l'abdomen engorgé tend à expulser au dehors son trop plein et chasse ainsi la hernie avec plus de force? Quoi qu'il en soit de ces explications, voici les faits constans:

Les hernieux souffrent davantage dans les changemens de temps, et surtout dans les temps humides;

Les hernies sont alors plus difficiles à contenir, et tel bandage qui était efficace par un temps sec, est insuffisant dans les temps d'orage;

Et enfin, il semble que les étranglemens sont plus fréquens dans les circonstances signalées.

Les accidens d'une hernie mal contenue, sans qu'il y ait la moindre trace d'étranglement, sont des coliques sourdes, du météorisme, des éructations, un malaise physique et intellectuel, une pesanteur de ventre et une paresse de l'esprit, et ce sont là les signes d'une mauvaise digestion. Ceci arrive souvent chez des hommes de lettres âgés, presque toujours assis, chargés d'embonpoint; sous l'influence de ces deux causes prédisposantes : la vieillesse, l'embonpoint, une petite pointe de hernie se montre, et bien qu'inaperçue par le malade, elle suffit à produire tous ces accidens que plus d'un médecin a attribués à une gastralgie et traités en conséquence.

J'ai rencontré plusieurs cas de ce genre; et je ne saurais trop vous recommander d'explorer avec soin les régions inguinales aussitôt que ces mêmes phénomènes se prononcent; on évite ainsi une erreur fâcheuse de diagnostic, et l'on remédie au mal comme par enchantement par la simple application d'un bandage herniaire, *sublatâ causâ tollitur effectus.*

D'autres hernieux ne peuvent manger qu'une certaine espèce de nourriture. La plupart des légumes, mais plus spécialement les haricots et les choux, déterminent chez eux une accumulation de gaz qui les étouffent et rendent la digestion très laborieuse; de là, la nécessité pour eux d'une alimentation animale. Mais malheureusement la viande est trop chère dans les marchés de Paris, pour que nos indigens puissent en faire leur nourriture ordinaire; et réduits à faire usage d'un régime pernicieux, il ne faut pas s'étonner si leur existence est minée plus vite que chez des riches qui ont toute facilité de se procurer les alimens qui leur conviennent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Monsieur le rédacteur,

Je lis à l'instant dans votre numoro une lettre à laquelle je ne puis me dispenser de répondre. MM. Gélis et Conté prétendent avoir trouvé du sulfate de fer dans les pastilles que j'annonce comme contenant du *lactate de fer*. Ces messieurs, étant intéressés dans la question, et ne pouvant sans doute prétendre à être à la fois *juges et parties*, trouveront bon que je n'ajoute foi à une analyse faite par eux ou par d'autres, qu'autant qu'elle sera faite *devant moi*, sur une boîte prise *chez moi* et ouverte *devant moi*. Ils comprendront facilement aussi le motif qui me porte à exiger que les boîtes soumises à l'analyse n'aient pas séjourné, si peu de temps que ce soit, *dans des mains étrangères*.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

LOURADOUR,
Pharmacien, rue de l'Ancienne-Comédie, 25.

Le 21 janvier 1840.

— Seul et vrai PAPIER CHIMIQUE de madame POUPIER, brevetée, admis à l'exposition de 1834, pour engorgemens, plaies et douleurs de tout espèce, même les cors et oignons, préparé par HEBERT, pharmacien, galerie Véro-Dodat, 2, où il se vend également 1 fr. la feuille, enveloppée dans son prospectus, portant un timbre octogone au milieu.

On trouve chez l'auteur, rue Sainte-Avoye, 54, des papiers imperméables à la feuille pour cataplasmes, et remplaçant le taffetas gommé dans toutes ses propriétés médicinales.

Avis. Il n'est pas étonnant que celui qui a fabriqué le papier chimique depuis 1830 fasse une imitation du vrai papier chimique; c'est lui qui l'a fourni pendant cinq ans à MM. Fayare, Belain et comp., durée de la société, et qui l'a fait dissoudre, sur sa demande, le 27 juillet 1837, et qui l'a fourni aussi pour la société de Mme Poupier et comp., l'espace de deux années, société défaite et dissoute le mois de juillet dernier, et c'est lui qui a appliqué la pommade sur le papier, car cette dernière, bien loin d'en être l'auteur, a assez de peine à suivre les améliorations que l'on porte à ce précieux médicament. J'aurais désiré qu'elle se soit désabusée de l'illusion qu'elle s'est faite de se croire auteur brévetée de ce médicament; car si elle a obtenu un brevet d'invention, c'est d'après le décès de Jacquot Stofel, qui a exposé en 1827 pour les étoffes et papiers imperméables, et non pas pour le papier chimique. (Voir pour cela le rapport du jury de 1827.) Ainsi, qu'elle cesse donc de désapprécier ce médicament, qui ne lui a jamais appartenu, et qu'on juge du degré de confiance qu'on doit lui accorder.

M. Pellerin, pharmacien, rue de la Vieille-Boucherie, 15, prépare toujours ce précieux médicament avec grand avantage, et les améliorations qu'il y apporte le mettent à même d'en diminuer le prix afin que la classe ouvrière puisse en profiter. La feuille: 75 c., et 1 fr. 50 c. le double format, au laboratoire, rue Saint-Avoie, 54, chez M. Lauranҫon.

— Dans le dernier compte-rendu des séances de la Société de médecine pratique (nº du 23 janvier), on nous a fait dire que parmi les membres chargés d'un rapport sur l'eau hémostatique de M. Brouhieri se trouvait *M. Delaborde*; au lieu de ce nom, lisez *M. Pédélaborde*.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 1er FÉVRIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 14, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger, 1 an, 45 f.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur lymphatique considérable. Extirpation.

Au n° 30 de la salle Saint-Ferdinand, est arrivé du département de la Mayenne, un homme envoyé par les médecins de la ville qu'il habitait, réclamer les soins de nos habiles praticiens de la capitale, pour la cure d'une affection nécessitant une opération qu'ils n'osaient tenter eux-mêmes. Le cas, en effet, était grave et soucieux. Cet individu portait au côté gauche de la face et du cou une énorme tumeur de forme ovalaire, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, s'étendant en longueur depuis l'os hyoïde jusque derrière l'apophyse mastoïde, et limitée dans l'autre sens par les bords externes des muscles masséter et sterno-cléido-mastoïdien. En profondeur, on pouvait supposer qu'elle allait jusqu'aux amygdales; en sorte qu'elle remplissait tout le creux de la région parotidienne et une grande partie de celle sus-hyoïdienne.

Cette tumeur, survenue sans cause appréciable, il y a environ quinze mois, avait pris, dans l'espace de huit à dix mois, un accroissement considérable qui s'était arrêté alors; complètement indolente, elle présentait une surface dure, bosselée, sans aucune altération manifeste de la peau; sous la pression, quelques points paraissaient moins consistans, mais n'attestaient pas du tout de ramollissement.

Pour le diagnostic, il n'était pas possible de songer à un anévrisme ou toute autre lésion de ce genre. Que fallait-il donc choisir entre un kyste ou bien une tumeur de nature tuberculeuse mélanique, colloïde, squirrheuse, encéphaloïde? M. Velpeau s'est prononcé pour les tubercules, ou plutôt il a cru qu'il s'agissait d'une tumeur lymphatique amenée par l'hypertrophie considérable des ganglions de cette partie, avec dégénérescence tuberculeuse consécutive. La formation s'en était faite au milieu et à même les différens tissus de cette région, d'où il avait déduit que le volume de cette tumeur devait être composé de la réunion d'un grand nombre de petits lobes offrant distinctement l'aspect de substances tout-à-fait hétérogènes.

Quant au pronostic, il est indubitable qu'on ne guérit point d'une altération semblable. La résolution d'une pareille tumeur était impossible; et, pour arriver à l'état de ramollissement et de suppuration, eût-elle pu s'échauffer assez pour amener la formation d'abcès en si grande quantité qu'il en aurait fallu?

L'extirpation était donc le seul remède; mais que de difficultés, que de craintes d'accidens graves pouvaient compromettre immédiatement la vie! Sans parler des embarras d'une dissection longue, pénible, douloureuse; sans penser aux inconvéniens d'une large plaie devant suppurer pendant long-temps, envisageons succinctement les dangers inhérens à cette opération. La section des nerfs, principalement du facial; celle des vaisseaux pouvant nécessiter la ligature, non pas seulement des différentes branches, mais peut-être même des troncs des artères carotides; la lésion de l'une ou l'autre des veines jugulaires laissant à redouter d'abord une phlébite presqu'inévitablement mortelle, à cause de la résorption purulente; et puis, par-dessus tout, l'introduction de l'air, qui, bien que plus rare dans cette région que dans celle sus-hyoïdienne et sous-claviculaire, n'est cependant pas garantie de l'influence du reflux veineux qui s'y fait encore sentir!...

En présence de si effrayantes considérations, au sujet desquelles M. Velpeau n'a aucunement illusionné son malade, on se demande, en vérité, quel puissant motif a pu engager l'un à vouloir absolument se soumettre à l'opération, l'autre à la pratiquer sans répugnance. « Quant à moi, disait l'individu, à mon âge, n'ayant qu'une mort prochaine en perspective, s'il me reste un seul moyen de m'y soustraire, mêmes à chances égales, je veux le tenter. » Et quant au chirurgien, déjà enhardi par ces paroles, il puisait encore un motif de confiance dans l'idée du succès qu'il a constamment obtenu dans beaucoup de cas semblables.

L'opération a été faite le 21 janvier avec dextérité; la tumeur irrégulière a été parfaitement isolée de chacun des nombreux tissus, muscles, vaisseaux et nerfs qui l'entrecroisaient de toutes parts, srns avoir intéressé aucune de ces parties, sauf, il est vrai, une seule veine d'assez gros calibre, peut-être la jugulaire externe, qui n'a fourni qu'un léger écoulement de sang aussitôt arrêté par une simple compression; mais aucune artère ni artériolle n'a eu besoin d'être tordue ni liée; aucune lésion n'a été faite au nerf facial; car d'abord, l'individu qui, du reste, a supporté toute l'opération sans se plaindre une fois, n'aurait pu cependant retenir un cri de douleur involontaire que la section de ce nerf lui aurait arrachée; et puis aujourd'hui même, toutes les parties de la figure manifestent le mouvement et la sensibilité ordinaires semblables à ceux du côté opposé.

D'ailleurs, M. Velpeau avait encore pu ménager avec assez de sûreté toutes les parties qu'il ne fallait pas intéresser dans la section, parce que la consistance de la tumeur lui avait permis de l'extraire par énucléation, en portant son doigt au-devant de l'instrument, qui a été ainsi guidé partout.

L'examen de la tumeur a confirmé le diagnostic qui avait été porté; des ganglions lymphatiques non encore dégénérés attestaient sa nature; mais une particularité qui a un peu surpris M. Velpeau, c'est que dans aucun des nombreux lobes qui la constituaient, une seule partie n'était caséuse, friable, grise ou blanche, comme dans l'état de ramollissement qu'on avait soupçonné; au contraire, toute cette substance était rosée, dure et serrée; enfin d'un aspect et d'une consistance analogue à ceux d'un tissu fibreux, au point qu'on aurait pu confondre cette tumeur avec une autre de cette dernière nature, si les ganglions lymphatiques dont nous avons parlé eussent été assez méconnaissables pour laisser le moindre doute à ce sujet. C'est chose assez rare qu'une pareille tumeur dégénérant en tissu fibreux; mais M. Velpeau croit en trouver l'explication pour ce cas-ci, dans la considération des élémens principaux de la constitution du sujet. C'est un domestique fort et vigoureusement musclé, ayant la peau épaisse et rouge, la fibre sèche: en un mot tous les caractères opposés d'un tempérament lymphatique. Or, il est naturel que dans toute altération de tissus, la dégénérescence se soit faite chez lui dans le sens du système fibreux prédominant.

La glande parotide qui occupait la partie antérieure et externe de la tumeur, n'a nullement été intéressée dans l'opération et est restée intacte.

Des boulettes de charpie ont été placées en dedans des lambeaux de peau qu'avait formés l'incision semi-lunaire faite dans le sens de la longueur, et ont été fixées sous une légère compression, à cause de la veine ouverte, par un simple bandage embrassant la tête et le cou. Aucune hémorrhagie ni autre accident ne sont survenus depuis l'opération; aujourd'hui la cicatrisation marche à grands pas, et tout fait espérer une guérison prompte et parfaite.

L..... E.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX DE DUBLIN.

(Suite du n° précédent.)

Cas remarquable d'intussusception; expulsion d'une portion d'intestin par l'anus; guérison; par M. Phelan.

Patrick Doyle, âgé de dix-huit ans, agriculteur, scrophuleux, sujet à des affections vermineuses et à des attaques de colique, a reçu le 1er octobre un violent coup dans la région iliaque gauche. Le malade y a éprouvé une violente douleur et une sorte d'effet intérieur qu'il ne peût décrire, mais cet état s'est promptement dissipé. Le 14 du même mois il est pris subitement de douleurs violentes dans le ventre et de vomissemens. Plusieurs purgatifs et des lavemens sont administrés sans avantage, le malade les ayant immédiatement rejetés, ainsi que d'autres médicamens.

Le 16, le malade offrait l'état suivant: Abdomen tympanique, douloureux à la pression; pouls 96, petit, compressible; peau à l'état naturel; langue couverte d'une couche jaune; vomissement incessant; accès fréquens de douleurs aiguës à la région hypogastrique.

Le 18, même état; constipation obstinée; physionomie exprimant la souffrance profonde.

Le 17, une tumeur excessivement douloureuse se dessine dans la région iliaque droite, se prolongeant dans le trajet du colon. Cette tumeur a un mouvement vermiculaire distinct; la douleur diminue par les frictions. Le vomissement qui avait continué sans interruption, a acquis le caractère stercoral, circonstance qui a beaucoup frappé l'imagination du malade.

Le 19, la douleur abdominale a cessé; la matière que le malade rejette a une odeur très fétide, et sa quantité est considérable.

Le 20, même état. Le malade a des garderobes pour la première fois; la matière qu'il rend est en petite quantité et de couleur chocolat.

Le 21, selles abondantes et naturelles.

Le 22, fièvre, selles naturelles; plus de vomissemens.

Les 23, 24, 25, la fièvre prend un caractère typhoïde grave; subdelirium constant; peau parcheminée; physionomie affaissée; pouls petit et fréquent; diarrhée bilieuse. Vers les trois heures après-midi, le malade tombe dans un profond sommeil et ne se réveille que le lendemain à huit heures du matin, dans un état entièrement apyreptique.

Le 26, faiblesse; diarrhee.

FEUILLETON.

RECHERCHES SUR LE MÉCANISME DU FAUCET OU VOIX SUS-LARYNGIENNE;

Par le docteur COLOMBAT (de l'Isère), directeur de l'Institut orthophonique de Paris.

Si, dans la plus grande étendue de l'échelle vocale, la glotte est l'organe essentiellement générateur des sons, il n'en est pas de même, selon nous, dans les cris aigus et dans le *faucet* (1), c'est-à-dire lorsque le larynx est parvenu à son plus haut point d'ascension; alors le diapason de la voix naturelle est poussé au-delà de sa portée, et l'on est obligé d'avoir recours à une autre espèce de voix dépendante d'un mécanisme particulier. Le point de départ de cette nouvelle série de sons commence après la dernière note du premier registre vocal, c'est à dire à la première note du second qui peut être porté à l'octave de cette note, plus ou moins suivant les individus. C'est à la réunion des sons qui constituent ce second registre qu'on donne ordinairement le nom de *voix de tête* ou *de faucet.*

Mais, si en admettant un mécanisme particulier pour la formation des sons aigus, c'est-à-dire lorsque le larynx est porté le plus haut possible, on nous demande quel est, d'après nos idées, l'organe qui y participe le plus, nous répondrons que les notes aiguës dépendantes de ce qu'on appelle le *faucet*, sont dues au travail presque exclusif ou plutôt à la contraction forcée de la partie supérieure de l'appareil vocal. Pour mieux faire comprendre nos idées, enseignons d'abord ce qui se passe lorsque le larynx est porté en haut et que la glotte est parvenue à donner la note la plus aiguë dont elle est susceptible. Alors élevé au moyen des contractions des muscles *thyro-hyoïdien*, *génio-hyoïdien*, *mylo-hyoïdien*, *stylo-hyoïdien*, les *digastriques*, les *genio-glosses* et les *hyo-glosses*, et enfin les *constricteurs inférieurs du pharynx*, l'instrument vocal se fixe et se restreint par l'action des muscles *hyo-thyroïdiens latéraux*, *hyo-arythénoïdiens obliques et transverses et les thyro-arythénoïdiens inférieurs et supérieurs*; en même temps le pharynx se contracte et se resserre, le voile du palais dont la face antérieure, presque verticale, est devenue inférieure et horizontale, se tend de manière à boucher les orifices pharyngiens des sinus nasaux; les piliers postérieurs se rapprochent au point de former une sorte de *glotte* ou fenle elliptique dont le diamètre est de trois à cinq lignes dans le sens vertical, et d'une demi-ligne à deux lignes dans le sens horizontal. La luette, qui se raccourcit, se contracte et s'élève de plus en plus, à mesure qu'on passe des premiers sons du *faucet* aux notes plus aiguës de ce registre, finit par s'effacer tout-à-fait lorsqu'on est arrivé au *summum* d'acuité. La langue devient très convexe, s'élève et se contracte fortement, surtout à sa base; les amygdales se tuméfient considérablement et se rapprochent l'une de l'autre, l'isthme du gosier se resserre, enfin l'épiglotte repliée en cornet dirige l'air qui s'échappe de la glotte en mince filet, dans la fente elliptique ou *glotte supérieure*, formée, comme nous l'avons dit, par le rapprochement des piliers postérieurs et les contractions exagérées de toutes les parties dont il vient d'être question. Les sons *sus-laryngiens* qui résultent de ce mécanisme ne s'échappent plus en partie par le nez, comme dans les notes du premier registre; mais ils retentissent seulement dans la bouche après avoir été produits par le brisement de l'air contre les lèvres de la nouvelle glotte formée, comme nous l'avons dit, par le rapprochement des piliers postérieurs. Ces derniers sont susceptibles de vibrations plus évidentes encore que celles des *cordes vocales* proprement dites, que l'on peut comparer aux vibrations labiales qui ont lieu dans le sifflement, et surtout lorsqu'on cherche à imiter avec les lèvres, certains sons, tels que ceux du cor, du basson, le râclement d'un archet sur les cordes d'un violoncelle, ou enfin le bruit produit par les ailes d'une mouche, d'un hanneton et de tous les insectes coléoptères.

Dans le mécanisme qui produit les sons aigus, c'est surtout la forme du tuyau vocal qui paraît le plus changer; en effet, dans la *voix laryngienne*, le tuyau a deux orifices externes, le nez et la bouche. Il est recourbé supérieurement, tandis que dans le *faucet*, il n'a qu'un orifice et prend une direction verticale et droite, favorisée par l'élévation du larynx et la tête renversée en arrière, ce qui facilite le resserrement des organes et empêche que le son ne sorte par les sinus des fosses nasales.

Enfin dans la voix du premier registre appelée improprement *voix de poitrine*, la cavité bucco-pharyngienne forme deux cônes creux dont les bases, tournées vers la glotte se confondent et dont les sommets séparés sont antérieurs; au contraire, dans la voix du second registre, la bouche et le pharynx ne forment qu'un cône à sommet postérieur et à base antérieure. Pendant le mécanisme du *faucet*, le larynx ou plutôt la glotte ne vibre plus

(1) C'est avec intention que nous écrivons *faucet* avec un *c*, au lieu de deux *ss*; nous n'admettons pas l'étymologie des lexicographes qui écrivent *fausset*, comme venant de *faux*, opposé de *juste*; nous trouvons plus rationnel, et nous préférons, comme étant plus conforme aux idées physiologiques que nous allons faire connaître sur le mécanisme du *faucet*, l'étymologie du latin *fauces faucium*, la gorge, le gosier, qui n'attache aucune idée de *faux* aux sons aigus de la voix.

Le 27, même état.

Le 28, le malade rend par l'anus une portion d'intestin grêle de la longueur de deux pieds. A l'une de ses extrémités cet intestin est noué; à l'autre, il offre une fissure longitudinale de l'étendue de trois pouces; au centre, on observe une fissure analogue de même longueur et de couleur grisâtre. Ses parois sont épaissies et comme macérées. Leur surface interne est couverte de taches noires; les plis de la muqueuse sont à peine reconnaissables.

Cette pièce pathologique a été présentée à la Société médico-chirurgicale de Dublin.

L'état du malade a continué à s'améliorer; il a offert de la sensibilité à l'hypogastre pendant plusieurs jours, puis il a eu de la diarrhée; mais enfin il a fini par guérir.

— La science possède déjà plusieurs faits analogues à celui-ci; ils sont cependant en petit nombre; l'intérêt qui se rattache à chacun d'eux en particulier nous a engagé à reproduire celui-ci. Il est donc incontestable que l'intussusception est guérissable par les seules forces de la nature, et malheureusement l'art n'a encore aucun moyen à sa disposition pour l'imiter. Il serait difficile de comprendre comment une simple contusion sur le ventre a pu donner lieu à cet accident. Nous devons rappeler cependant que la doctrine de Lobstein sur le mécanisme de la formation de l'intussusception rendrait compte de ce fait de la manière suivante: La contusion aurait affaibli une portion de l'intestin; la portion supérieure de ce canal, exerçant toujours son action à l'ordinaire, aurait fait replier sur elle-même et engager comme un doigt de gant l'anse intestinale inférieure devenue flasque par suite de la lésion traumatique. Chez les animaux vivans on peut produire à volonté des invaginations en leur ouvrant le ventre et en agissant d'une certaine manière sur les intestins.

Accouchement instantané; pelvis trop large; réflexions de médecine légale; par M. Power, médecin à la Maternité de Dublin (*Coombe lyingin hospital*).

Marie-Anne English, âgée de vingt ans, enceinte pour la première fois, à terme, est saisie des douleurs de l'accouchement le 15 octobre à cinq heures du soir; elle est immédiatement transportée à l'hôpital. En y arrivant, elle veut monter l'escalier, une douleur vive la surprend et l'enfant est expulsé instantanément sur une marche. Une hémorrhagie effrayante suit cette expulsion; le placenta sort immédiatement, mais l'écoulement sanguin continue. On transporte la femme et on la couche de suite; elle est sans pouls, extrémités froides, le sang continue à couler en abondance. On comprime fortement l'utérus avec la main en le poussant dans l'excavation pelvienne et en l'y tenant avec la main. On administre une potion cordiale; bouteilles d'eau chaude aux pieds. L'hémorrhagie s'arrête, le pouls se relève, la chaleur reparaît. Comme cependant l'utérus reste flasque, et que l'hémorrhagie menace de reparaître; on verse de l'eau froide sur le pubis, ensuite on applique des compresses trempées dans ce liquide à la vulve; la main de l'accoucheur reste sur l'hypogastre, qui est enveloppé d'une serviette trempée dans le même liquide. La femme va mieux et elle finit par guérir. L'enfant a été sauvé. On mesure le bassin de la femme et on le trouve de dimensions plus grandes qu'à l'état normal.

— On connaît les inconvéniens graves qui peuvent accompagner l'accouchement chez les femmes dont les dimensions du pelvis sont trop considérables. Des hémorrhagies, des prolapsus, des rétroversions, etc., en ont été souvent la conséquence. M. Ramsbotham cependant prétend que la rétroversion s'observe souvent chez les femmes dont le bassin est étroit. Il est de fait néanmoins, dit M. Power, que des femmes dont le bassin était trop large sont accouchées inopinément en allant à la garde-robe, en voulant rendre les urines, ou pendant une promenade, soit à pied, soit en voiture. Ces sortes d'accouchemens sont en général dangereux, et ils intéressent principalement sous le point de vue de la médecine légale. Il est possible, dit l'auteur, qu'une femme enceinte qui se trouve dans ces conditions accouche à l'improviste, et que l'enfant disparaisse en tombant dans un lieu immonde; elle pourrait être accusée d'infanticide, et l'homme de l'art qui serait consulté pourrait faire condamner une innocente si, peu versé dans les connaissances de cette espèce, il faisait devant la justice une de ces dépositions précipitées comme on en a vu malheureusement souvent des exemples. N'est-il pas déplorable de voir des hommes qui n'ont jamais ouvert un livre d'obstétrique, ni salué la porte d'une clinique quelconque, se donner le titre de médecins légistes; s'arroger la prétention de décider ces sortes de questions et autres de haute chirurgie, et qui décident en effet avec une inconcevable légèreté.

Feuilletez, je vous prie, la médecine *soi-disant* légale d'un certain auteur: vous en serez stupéfié!!! Un chimiste s'est improvisé anatomiste, médecin, accoucheur, chirurgien, thérapeutiste; la cornue a pris la place du stéthoscope, la manche d'Hippocrate celle du forceps; toute la science de notre organisation et des accidens dont notre corps est susceptible se trouve ainsi méprisée, foulée aux pieds par le charlatanisme, et la vie de nos semblables exposée aux caprices, aux absurdités, quelquefois même aux intérêts de la réputation de l'expert consulté par la loi!

M. Power rapporte le fait suivant observé par lui-même.

Il y a deux ans, une jeune personne appartenant à l'Institution de la mendicité, quitta le réfectoire au moment du dîner pour aller aux latrines, où elle est restée pendant une heure environ. En la voyant sortir, une des servantes de l'établissement a conçu quelque soupçon, et est allée visiter les lieux; elle a été effrayée de voir dans le trou des latrines un enfant nouveau-né avec le placenta. Une enquête ayant été faite, la malheureuse fille a avoué qu'étant à table elle a été saisie d'envie d'aller à la garderobe, et que, s'étant mise sur les lieux, une violente douleur lui avait fait expulser son enfant et le placenta en un instant, sans qu'elle pût bouger de place. Elle avait jusque-là caché sa grossesse, et s'était fait traiter à l'infirmerie comme hydropique. « Bien que sans doute elle fût coupable d'avoir caché sa grossesse, je me suis convaincu, dit M. Power, qu'elle n'a en rien contribué volontairement à la destruction de la vie de son enfant. Les premiers accouchemens sont souvent accompagnés d'un dérangement des voies digestives et particulièrement de diarrhée. Dans les efforts pour aller à la garderobe, souvent les douleurs de l'accouchement se déclarent, et l'expulsion de l'enfant peut avoir lieu instantanément si la femme se trouve dans certaines conditions organiques, et se perdre ainsi dans les latrines sans que la volonté de la femme y contribue. » Voici un autre fait analogue au précédent:

« Une servante d'un de mes amis avait si bien déguisé sa grossesse, que personne dans la maison ne s'en était aperçu. Un jour elle quitte sa place sous un prétexte, quelque temps après, on trouve dans un endroit de la maison les débris d'un enfant nouveau-né décomposé. La femme a été arrêtée; elle a avoué qu'étant à terme elle était une nuit, très tard, à laver les escaliers selon les usages, lorsqu'une violente envie d'aller à la garderobe l'a forcée de s'asseoir sur le baquet plein d'eau dont elle se servait pour laver les marches. Dans cette position, une douleur vive survenue inopinément lui avait fait expulser l'enfant et le placenta en un instant dans le baquet d'eau. Elle est restée sur place presqu'évanouie, et lorsqu'elle est revenue de la commotion, elle avait trouvé son enfant mort dans le baquet. Pour cacher sa honte, elle en avait alors jeté tout le contenu dans les lieux. Le lendemain elle s'était levée à son ordinaire, et avait vaqué à ses affaires comme de coutume. Le toucher a fait constater que cette femme avait, comme les précédentes, un pelvis très ample.

(*The Dublin med. Press*, décembre 1839.)

Extirpation de l'utérus; torsion des artères. (Acad. de méd., 28 janvier 1840.)

M. Amussat appelle l'attention de l'Académie sur une extirpation du col de l'utérus, qui lui paraît remarquable surtout comme démontrant les avantages de la torsion des artères.

La malade a atteint sa trente-deuxième année, mariée depuis la vingt-neuvième seulement, elle a donné le jour à deux enfans, qui tous deux sont morts, l'un à deux ans, l'autre à trois mois. Cette femme, douée d'une forte constitution, avait toujours joui de la plus parfaite santé, lorsque il y a cinq mois, elle fit une fausse couche à la suite de laquelle elle eut une métro-péritonite. Il n'est pas inutile de dire que l'avortement quoique confirmé par la sage-femme, ne paraît pas bien prouvé; madame P. ne comptait encore que six semaines de grossesse.

Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment la santé de madame P. s'est sensiblement affaiblie; l'écoulement par les organes génitaux continuait.

La métro-péritonite qui, comme nous l'avons dit, survint à la suite de l'avortement était caractérisée par de grandes douleurs dans la région hypogastrique, par de la pesanteur sur le rectum, et par une fièvre ardente.

Les choses en étaient à ce point, lorsque M. Duhamel, appelé, fit cesser, au moyen d'un traitement anti-phlogistique, tout symptôme alarmant. Dès ce moment, la malade crut pouvoir se dispenser des soins du médecin; mais l'écoulement reparut aussitôt.

Ces pertes considérables duraient depuis cinq mois, lorsqu'il y a un mois environ, M. Duhamel fut de nouveau consulté, et reconnut à l'aide du toucher une affection grave du col utérin, et un développement considérable de la lèvre postérieure. L'extirpation, jugée nécessaire par ce médecin, la malade fut conduite à M. Amussat.

Le tact exercé de ce chirurgien lui fit bientôt reconnaître que la lèvre postérieure du col était énorme, ulcérée et saignante, et que la lèvre antérieure, beaucoup moins malade, était cependant épaissie et graveleuse.

L'odeur forte et repoussante fait craindre un cancer, et le spéculum, en faisant constater que la partie postérieure du col était fongueuse, avertit qu'il fallait au plutôt avoir recours à l'amputation du col. M. Amussat ne crut pas devoir prendre sur lui toute la responsabilité d'une opération qui, à notre époque encore, est un sujet de controverse; il engagea la malade à consulter M. Récamier.

Cet habile praticien, après un examen attentif et approfondi, déclara, malgré l'engorgement de l'utérus, que l'opération était praticable. L'opération eut lieu le 21 janvier 1840, en présence de MM. Duhamel, Bouchacourt, Puyoo, Pigeollet, Levaillant et Dusseris.

La malade fut placée sur une commode disposée vis-à-vis l'ouverture qui donnait la plus grande lumière; placée sur l'extrémité du meuble, elle fut soutenue par des aides comme pour l'opération de la taille sous-pubienne.

M. Amussat alla, au moyen d'érignes, à la recherche du col utérin. Le doigt indicateur les implanta sur la tumeur; il exerça de légères tractions, d'abord dans le sens du détroit supérieur, puis selon l'axe du vagin. Les grandes lèvres furent écartées fortement par deux aides. Des portions de la tumeur avaient été entraînées par les érignes; elles s'étaient détachées; il fallut donc replacer les érignes sur la lèvre antérieure, dont la résistance était plus considérable. Les tractions, cette fois, amenèrent à la vulve le col utérin.

A l'aide d'un petit bistouri droit, M. Amussat pratiqua d'avant en arrière, une section sur le col dont chaque partie se présentait on ne peut mieux à l'action de l'instrument tranchant; une sorte de torsion produite à l'aide des érignes, facilitait cette manœuvre.

L'opérateur se garda bien de détacher complètement le col, parce que, l'utérus reprenant sa place, il se serait vu hors d'état de saisir les vaisseaux divisés d'une surface

---

d'une manière apparente; son usage alors est de rétrécir considérablement l'orifice par où s'échappe le petit filet d'air qui, joint à celui qui se trouve déjà dans la bouche, suffit pour produire les sons du *faucet*, et les sons des cris aigus dont nous aurons bientôt à nous occuper.

Ce qui prouve encore que l'air ne sort que par la bouche dans la voix aiguë, et non par cet orifice et par le néz comme dans les sons graves, c'est qu'il est impossible de prononcer purement les sons nasaux dans les notes élevées du faucet. Ainsi, pour dire: *main, lointain*, on dira: *ma, louota*. C'est pour cette raison que les femmes en général, les ténors, surtout les soprani, sont moins facilement compris lorsqu'ils chantent des paroles, que les barytons et les basses. Aussi, les personnes qui ont une voix nasonnée et désagréable dans les sons du médium et surtout les notes basses, font entendre des sons éclatans et purs en prenant le faucet. Une des plus spirituelles actrices de Paris, mademoiselle D..., attachée au théâtre du Palais-Royal, nous offre un exemple frappant de cette observation. Pour faire ressortir encore plus la vérité des opinions que nous avons émises sur le mécanisme du faucet, nous allons ajouter qu'ayant essayé sur nous-même s'il ne nous serait pas possible de produire à la fois deux sons vocaux de mécanismes différents, c'est-à-dire une note *du layrnx* et une *du faucet*, nous sommes parvenu assez facilement à ce résultat, en prenant en même temps une note grave par une forte vibration des lèvres de la glotte et son octave avec le faucet. On entend distinctement, comme cela a lieu dans certains cris, deux sons à la fois qui, quoique n'étant pas bien purs et tenant même de l'enrouement, forment une espèce d'accord qui prouve assez, selon nous, que le larynx n'est pas toujours le seul organe producteur de la voix, et que le voile du palais, et surtout ses piliers, la luette et toutes les parties de l'isthme du gosier, forment par leur contraction forcée et leur rapprochement, une autre espèce d'instrument vocal qui ne dépend du larynx que par l'air que ce dernier lui fournit.

Ferrein, après avoir placé l'organe de la voix dans *les cordes vocales* considérées comme cordes, semble avoir entrevu un mécanisme particulier pour la formation des sons aigus; car il dit (1): « Je me crois obligé de faire une restriction à laquelle on ne s'attend pas, c'est que les cordes vocales ne sont pas les organes de toutes les espèces de voix. Tels sont une certaine voix du gosier et un faucet de même nature.

» Ils se servent d'un nouvel orgine que j'ai découvert et dont j'ai eu soin de constater l'existence...; ce sont des faits qui seront éclaircis dans un autre mémoire.»

Quoique Ferrein ait vécu encore long-temps après sa prétendue découverte, il n'a rien publié depuis qui ait rapport à ce mémoire, qu'il promettait, et l'on est réduit à des conjectures sur ce qu'il devait contenir.

Haller (2) suppose qu'il voulait parler du voile du palais:
» Quin aliquæ non litteræ solæ, sed etiam voces per guttur edan-
» tur et quin earum modulatio aliqua per palatum mobile aut
» proprias ad linguam adductum aut vicissim remotius exerceatur.
» Dubium quidem non videtur esse illud peculiare vocis orga-
» num quod se descripturum promisit Ferrinius. »

Un auteur allemand a également dit quelques mots sur un mécanisme particulier pour la formation des sons aigus de la voix de *faucet*, qu'il appelle *vox substricta* pour la distinguer de la voix de poitrine, *vox plena*, dans sa dissertation inaugurale (*de formatione loquelæ*, Tubingue, 1784), cet auteur qui est M. Helwag, dit: « Ad substrictam vocem uvula contrahitur, ad plenam non mutatur. »

(1) Mémoire de l'Académie des sciences, 1741, p. 429.

(2) Physiol., lib. IX, sect. 3, parag. 13.

Le docteur Bennati, qui comme nous s'occupait spécialement des maladies des organes vocaux, pensait que les sons aigus n'étaient pas produits par les contractions des muscles du voile du palais et de l'isthme du gosier; mais, ainsi que tous les physiciens et les physiologistes qui se sont occupés de la voix, il admettait que la formation des sons suslaryngiens s'effectuent, comme tous les autres, dans le larynx, mais qu'ils sont seuleme modifiés par la partie supérieure du tuyau vocal. Nous, au contraire, nous disons que la glotte n'est presque pour rien dans leur formation, et qu'ils sont produits par une autre espèce de glotte supérieure formée: 1° inférieurement par la base de la langue; 2° par le pharynx ou la paroi postérieure; 3° sur les côtés, par le rapprochement des piliers, d'où résulte une fente elliptique dont les lèvres vibrent comme celles de la glotte; 4° enfin par le voile du palais et la luette qui par leur élévation empêchent que l'air ne sorte par les fosses nasales comme dans la voix dite de poitrine. Lorsque toutes ces parties se sont rapprochées par la contraction des muscles palato-pharyngiens, la cavité buccale forme un cône dont la base correspond à l'ouverture de la bouche.

Nous ne partageons pas non plus les opinions de Bennati, lorsqu'il dit que la fixation de l'os hyoïde et de la base de la langue est indispensable pour la formation de tous les sons aigus. On pourrait concevoir cette fixation obligée pour la production des sons s'il ne s'agissait que du chant modulé; mais dans le chant parlé, cette théorie est inadmissible; car la base de la langue, ainsi que tout l'organe, est forcé de faire un grand nombre de mouvemens pour l'articulation des mots. MM. Gerdy et Malgaigne, qui ont décrit avec exactitude les mouvemens du voile du palais et de toutes les parties formant l'isthme du gosier, n'ont pas dit, ainsi que nous le pensons, que ces mouvemens avaient pour but la formation des notes qui composent le second

saignante qui aurait échappé à sa vue.

Une artère donnait un jet de sang assez considérable : on en fit la torsion, et la section du col fût continuée, et terminée au moyen de grands ciseaux fortement recourbés sur le plat.

Le sang qui s'écoula pendant l'opération fut peu abondant, et la douleur assez vive.

L'opération terminée, la malade fut placée dans son lit, les cuisses rapprochées l'une de l'autre. On lui recommanda, au cas où il surviendrait un écoulement sanguin, de faire quelques injections froides et acidulées avec du vinaigre.

Jusqu'à ce jour (28 janvier 1840), l'opération n'a entraîné aucun accident; quelque peu de fièvre est survenu, mais la malade se trouve néanmoins dans l'état le plus satisfaisant.

Nous ne terminerons pas sans faire quelques réflexions qui nous semblent découler naturellement de cette opération.

Nous dirons d'abord que la nature de la tumeur, et surtout la forme pédiculée, indiquaient parfaitement l'amputation du col de l'utérus.

Il faut bien se garder, dans des cas analogues, de saisir avec les pinces de Museux des surfaces ulcérées ou ramollies; la raison est que les tractions entraîneraient plutôt la déchirure des portions saisies que l'abaissement de l'utérus. M. Amussat pense que l'on pourrait remplacer avec avantage les doigts des aides qui écartent les grandes lèvres par des instrumens plats comme des couteaux d'ivoire. Il dit aussi que le moyen le plus sûr d'arrêter l'hémorrhagie, dans l'excision du col de l'utérus, c'est de couper de haut en bas, et cela dans le but de mettre en vue les vaisseaux coupés et de les tordre avant de faire la section complète, qui doit nécessairement déterminer la rétraction de l'utérus.

Si la tumeur était volumineuse, un des moyens de favoriser la torsion des vaisseaux, serait de détacher par portion, en incisant d'avant en arrière, de façon à ce que l'on puisse tordre les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils se présentent, en commençant toutefois par la partie supérieure.

M. Amussat pense qu'un bistouri boutonné et concave devrait être préféré aux ciseaux dont il a fait usage pour achever l'opération. La manière de trancher a, dit-il, de grands avantages, et l'on n'a nullement à craindre de blesser la paroi postérieure du vagin, ce à quoi l'on est souvent exposé lorsqu'on se sert de bistouris pointus.

M. Amussat termine ce qui a rapport à l'opération, en disant que les instrumens nécessaires sont un spéculum, des pinces de Museux, des crochets, des couteaux courbes, des bistouris, des ciseaux, des pinces à torsion, des seringues et des éponges.

Cette opération, eu égard à sa difficulté, demande que l'opérateur la répète avec ses aides, immédiatement avant de l'entreprendre. Tous ces détails, qui sont d'une importance non contestable pour les praticiens sont par trop négligés.

Les récidives, dit encore M. Amussat, sont malheureusement très fréquentes après de semblables opérations. Un moyen de les prévenir, et qui jusqu'ici ne me paraît pas avoir été mis en usage, c'est la cautérisation profonde de la plaie avant que la cicatrisation soit complète, et sans attendre que sa surface soit le siége de végétations d'une nature douteuse. Il serait urgent d'établir un cautère à la cuisse et de conseiller des dépuratifs.

Ongle incarné; emploi d'un cylindre de potasse caustique; guérison; par M. le docteur Rousse, à Bagnères.

La matrice de l'ongle est douée d'une force de formation très grande; l'accroissement de cette partie du corps résulte de la superposition continuelle de molécules secrétées et excrétées par le derme, qu'on nomme par cela matrice de l'ongle, qui produit ainsi l'allongement de l'ongle. Que ce soit le derme qui sécrète ou extrète la matrice de l'ongle, ou que ce soit ce qu'on appelle matrice de l'ongle, toujours est-il qu'en produisant la destruction de ces parties ou une perturbation sur elles, l'ongle cesse de se reproduire. Le fait suivant le prouvera, comme je l'avais annoncé dans mon observation d'incarnation d'ongle qui a été insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 7 décembre 1839.

Baptiste Dubau, de Bagnères, affecté d'incarnation de la partie latérale externe de l'ongle du gros orteil gauche, a été traité de la manière suivante, le 17 décembre dernier.

Pendant vingt-quatre heures, repos au lit; cataplasmes de farine de lin sur la partie malade; bains de pied adoucissans; limonade cuite; diète.

Le 18 décembre, à midi, je place sur la matrice de l'ongle un cylindre de potasse caustique de cette grandeur (————). Les parties latérales de ce cylindre sont recouvertes de sparadrap fondu sur lequel adhère une assez forte couche de duvet fin; le tout est consolidé par une bandelette de sparadrap placée sur ledit cylindre, et par une nouvelle couche de duvet, retenue par une petite bande.

La cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse, et un double oreiller est placé sous le genou, afin que le pied malade puisse reposer sur un plan horizontal et s'opposer par là, malgré toutes les précautions prises à la fusion du caustique sur les parties environnantes.

Le cylindre a été levé à quatre heures et demie du même jour. Souffrances pendant l'action de la potasse, fortes et allant par gradation.

Lorsque le malade a senti ne plus pouvoir les endurer, l'appareil a été levé et le pied soumis continuellement aux irrigations d'eau froide : aussi le mal pendant la nuit a-t-il été tolérable. Les souffrances ont été en diminuant de jour en jour.

Après quatre jours, les points cautérisés sont en suppuration, et l'ongle, saisi par sa matrice, a pu être enlevé presque sans effort.

La plaie a été profonde, mais des arrosemens continuels ont favorisé sa cicatrisation à l'aide du cérat de Galien placé sur de la charpie et sur le mal. La partie de l'orteil protégée par l'ongle s'est recouverte d'une peau fine : aucune substance cornée n'a couronné ses bords.

C'est pour la quatrième fois que ce procédé, simplifié aujourd'hui, a été mis en usage par moi, et je répéterai que ce qu'il y a de consolant pour les malades, c'est que jamais l'ongle ne s'est reproduit; ce qui, à mon avis, fera donner la préférence à ce traitement sur les divers modes opératoires mis en usage jusqu'à ce jour. D'après le procédé de Dupuytren, en effet, on peut laisser une partie de la matrice de l'ongle; d'après celui de M. Bésuchet, le mal peut se reproduire. Même chose pour celui de M. Baudens, qui est plus difficile à mettre en pratique.

Statistique médicale des hôpitaux de Paris.

Les statistiques sont à l'ordre du jour; elles se glissent partout, sous toutes les formes, et quoique les recherches nécessaires à ce genre de production soient nombreuses et difficiles, on y procède souvent d'une façon fort légère. En voici une preuve : L'auteur d'un modeste formulaire (1) a cru devoir faire précéder son recueil de formules médico-chirurgicales, d'une notice statistique sur les hôpitaux de Paris. Celle qui concerne l'hôpital Necker nous a paru inexacte et rédigée d'après des documens incomplets et inoportuns. Voici la partie de cette notice sur laquelle nous avons cru devoir faire quelques remarques :

« Deux bâtimens sont déjà édifiés; ils contiendront 400 malades..... De 1804 à 1814, on y a reçu (à l'hôpital Necker) 11,074 malades; la mortalité moyenne a été de 1 sur 6 environ... *La mortalité de cet hôpital est toujours très élevée*; sous ce rapport, il vient encore en première ligne pour 1837; elle a été de 1 sur 6 1/2; le prix moyen de la journée y a été de 2 fr. 30 c. »

L'auteur, parlant des agrandissemens faits à l'hôpital Necker, où cependant un seul bâtiment a été édifié (au lieu de deux), aurait dû prendre pour base de sa notice, l'état actuel de cet établissement ou mieux les dix dernières années, au lieu de remonter trente ans en arrière et d'établir, comme il le fait, ses calculs sur les dix années qui se sont écoulées de 1804 à 1814, époque où la population de l'hôpital Necker n'était guère que le quart de ce qu'elle est aujourd'hui et se composait d'ailleurs d'élémens bien différens.

Avant l'entrée de Laënnec dans cet établissement, on n'y recevait que des maladies chroniques qui y succombaient en grand nombre. Plus tard, ce médecin célèbre y fit affluer les phthisiques, qui y succombaient presque tous. Avec de pareils élémens, il n'est pas surprenant que la mortalité fût d'un sur six environ, comme le dit l'auteur. Nous devons seulement faire remarquer qu'il n'a pu établir sa moyenne que sur cinq années au lieu de dix, les autres manquant de documens, d'après nos recherches.

Le vague avec lequel est rédigée la notice que nous examinons, pourrait laisser croire que la moyenne des décès est toujours la même, quoique l'hôpital reçoive beaucoup moins de maladies aiguës et doive être assimilé sous plusieurs rapports aux hôpitaux du centre de la capitale. Il n'en est point ainsi; d'après les tableaux statistiques imprimés par ordre de l'administration des hôpitaux, pour l'année 1837, dont parle M. Bouchardat, et dans laquelle la mortalité a été accidentellement très forte, la moyenne des décès a été de 1 sur 7,97, c'est-à-dire presque 1 sur 8.

Cette mortalité a été d'ailleurs dans certaines années inférieure à celle des hôpitaux Beaujon et St-Antoine, comme nous le verrons plus bas. Si elle est généralement supérieure à celle de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, cela s'explique naturellement par l'existence des cliniques dans ces deux établissemens. Chacun sait en effet qu'on admet peu de maladies chroniques dans les services de clinique, que les malades sont plus jeunes, etc.

Voici, au reste, pour qu'il ne reste aucun doute à cet égard dans l'esprit du lecteur, la moyenne proportionnelle des décès à l'hôpital Necker pendant les dix dernières années, d'après les documens imprimés de l'administration.

1829.	1	sur	9	02	pour 100.
1830.	1		9	20	100.
1831.	1		8	74	100.
1832.	(Année du choléra-morbus.)				
1833.	1	sur	8	34	pour 100.
1834.	1		11	29	100.
1835.	1		8	93	100.
1836.	1		9	87	100.
1837.	1		7	97	100.
1838.	1		8	11	100.

D'après ce qui précède, on voit qu'il n'est pas exact de dire avec M. Bouchardat *que la mortalité est toujours très élevée à l'hôpital Necker*, puisque la moyenne proportionnelle des décès n'est généralement pas plus élevée que dans d'autres établissemens semblables; ainsi, en 1836, la mortalité n'a pas été plus considérable dans cet établissement qu'à l'Hôtel-Dieu, où il existe deux ou trois cliniques.

En 1835, cette mortalité se trouva moins forte que dans les hôpitaux Beaujon et St-Antoine; même remarque pour 1834, où elle n'a été que de 1 sur 11, 29; tandis que dans ces deux établissemens elle a été de 1 sur 8 et de 1 sur 9, 35.

Enfin, je viens d'établir la moyenne des décès pour 1839 : elle se trouve de 1 sur 10, 94 pour 100, c'est-à-dire près de 1 sur 11, proportion des plus avantageuses.

29 janvier 1840. Bricheteau.

(1) Nouveau Formulaire magistral par M. Bouchardat, pharmacien de l'Hôtel-Dieu.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Vous annoncez dans l'un de vos derniers numéros l'apparition prochaine d'un ouvrage ayant pour titre : *Traitement préservatif et curatif de la phthisie pulmonaire,* par M. le docteur Amédée Latour. Je désire bien vivement que ce titre tienne tout ce qu'il promet; mais comme je m'occupe du même sujet depuis plusieurs années, et que je ne publierai probablement le résultat de mes recherches qu'après l'ouvrage annoncé, je compte sur votre obligeance pour obtenir dans vos colonnes l'insertion de la lettre ci-jointe, qui fut adressée à l'Académie le 26 novembre 1838.

« Malgré les nombreuses et savantes recherches tentées à toutes les époques pour arriver à la connaissance de la nature et des causes de la formation des tubercules dans l'organisme, l'étiologie de la phthisie pulmonaire et des autres formes de l'affection tuberculeuse, connues sous le nom de scrofules, de carreau, de rachitisme, etc., est encore enveloppée d'une profonde obscurité.

» C'est pour tâcher de porter une nouvelle lumière sur ce point important de la médecine, que je me livre depuis longtemps à des recherches expérimentales ayant pour but, en premier lieu, de déterminer chez les animaux l'influence isolée et combinée de chacune des causes prochaines ou éloignées de la tuberculisation. Ainsi, j'ai soumis des animaux :

» 1° A l'influence isolée de l'air chaud et humide.

» 2° A celle de l'air froid et humide.

» 3° A celle de l'absence plus ou moins complète de la lumière.

» 4° A celle de diverses espèces d'alimentation.

» 5° A celle de l'absence complète de tout exercice musculaire.

registre vocal, et que le rapprochement et la contraction forcée des piliers postérieurs donnaient naissance à un autre instrument principal générateur des sons aigus sans participation de la vraie glotte; la glotte pharyngienne ne se forme que lorsque celle du larynx a épuisé toutes ses notes et produit son plus haut diapason.

A la simple inspection des organes vocaux, il est facile avec un peu d'habitude de reconnaître le genre de voix de chaque individu; les différences de conformation et surtout de capacité de ces organes sont tellement sensibles qu'il n'est presque pas possible de se tromper à cet égard. Les chanteurs à voix étendue, surtout dans les notes hautes, tels que les soprani et les ténors, ont les parties supérieures de l'appareil vocal beaucoup plus développées et plus mobiles que les basses-tailles. Chez ces derniers le larynx est beaucoup plus grand et descend presque jusqu'au milieu du cou; la saillie antérieure du cartilage thyroïde (pomme d'Adam) est plus prononcée; le nez est ordinairement plus saillant, les sinus nasaux sont plus vastes, peut-être parce que l'air les traverse constamment, les épaules et la poitrine sont plus larges; mais la bouche au contraire est plus petite, le voile du palais plus épais et moins grand, la luette moins procidente et moins mobile, enfin toutes les parties qui constituent l'arrière-bouche, sont en général plus rétrécies. Chez les ténors et surtout chez les soprani, la figure est en général plus petite, quoique le gosier soit plus grand; le larynx monte sous la mâchoire inférieure; les narines sont quelquefois si étroites, qu'elles permettent à peine le passage de l'air; mais la luette est très développée et très contractile, le voile du palais est plus grand et plus mince, et la langue est à proportion plus épaisse et plus large. Ce qui peut-être fait également que ces organes sont plus développés et plus mobiles chez les soprani, c'est que les chanteurs de ce genre de voix exercent plus souvent la partie supérieure du tube vocal. Aussi ces parties ne sont-elles jamais plus fatiguées qu'après les rôles qui sont écrits dans les notes hautes du second registre qui exigent que l'on prenne le faucet.

Nous terminerons en disant que la connaissance du mécanisme des sons aigus est de la plus haute importance pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des affections des organes vocaux qui le plus souvent doit varier selon le genre de voix. Chez les personnes à voix graves, la cure est presque toujours plus difficile, parce que c'est le larynx qui est ordinairement le principal siége du mal. Chez les ténors et les individus dont le timbre vocal est aigu, le diagnostic est en général plus facile et le traitement plus efficace, parce que dans la grande majorité des cas, les parties comprises dans l'isthme du gosier sont les seules affectées. Etant accessibles à la vue, on est non seulement plus certain de la nature du mal, mais encore on a l'avantage de pouvoir le pouvoir le combattre par les topiques.

Nous ajouterons aussi que les enrouemens ainsi que les aphonies et les dysphonies des personnes à voix graves se font remarquer également sur toutes les notes et dans toute l'étendue de l'échelle vocale; chez les ténors, au contraire, le plus souvent les sons aigus du faucet ou du second registre, sont seuls altérés ou détruits, tandis que la voix de poitrine ou de second registre conserve à peu près son timbre, son éclat et sa force ordinaire.

En parlant de l'aphonie et de la dysphonie, nous avons développé plns longuement et signalé l'application pratique de ces idées, dans notre *Traité des maladies des organes de la voix.*

— Il n'est bruit au Palais-de-Justice que du procès que va avoir M. le doyen de la Faculté de médecine avec les familles de Chauvelin, de Boulogne, et d'Hautpoul, neveux et nièces de mademoiselle Walkiers, dont M. Orfila était le médecin, et qui a institué *le fils de M. le Doyen son légataire universel*, au détriment des héritiers naturels ci-dessus. On a ainsi esquivé la loi qui interdit *aux médecins la faculté d'hériter de leurs malades*; il s'agit de plus de 40,000 fr. de rente, et les héritiers *pensent que M. Orfila fils* se trouve aussi bien que son père frappé d'incapacité légale pour recueillir cet héritage *d'un million.*

» 6° A l'influence simultanée de deux, de trois ou de toutes ces causes réunies.

» 7° A celle des troubles de l'innervation portés sur l'appareil nerveux respirateur.

» 8° Enfin, j'ai fait de nombreuses recherches sur la cause qui prime toutes les autres, l'hérédité.

» En second lieu, et c'est le côté le plus important du problème à résoudre, j'ai essayé de déterminer, toujours par voie d'expérimentation :

» 1° S'il existait des moyens capables de modifier assez puissamment l'organisme placé sous l'influence de quelques-unes ou de toutes ces causes, pour en empêcher l'action.

» 2° Quels étaient ces agens modificateurs ; ce qui revient à dire :

» Etant données les diverses causes, soit innées, soit accidentelles, qui produisent la tuberculisation, tant chez l'homme que chez les animaux, existe-t-il des moyens prophylactiques pour s'opposer à la formation de ces produits morbides ?

» En existe-t-il pour arrêter leur développement, lors même que la tuberculisation aurait commencé dans quelques points de l'organisme ?

» Eh bien ! les expériences dont je poursuis le résultat donnent lieu d'espérer une solution satisfaisante ; mais comme ces expériences sont naturellement longues, qu'elles exigent des mois et des années, qu'elles doivent être nombreuses et contradictoires, je viens prier l'Académie de me permettre d'en prendre date, me réservant d'en livrer plus tard les résultats, quels qu'ils soient, à son jugement.

» En conséquence, j'ai joint à cette lettre une autre lettre cachetée où ces expériences sont indiquées d'une manière sommaire, pour qu'elle soit mise en réserve.

» Agréez, etc.

» Paris, 26 octobre 1838. »

En vous priant de publier cette lettre, je n'ai pas d'autre but que celui de prévenir toute idée de plagiat, si le hasard ou le bonheur d'une vérité trouvée me faisait rencontrer sur un ou plusieurs points avec les personnes qui s'occupent de cette importante question.

J'ai l'honneur d'être, etc. COSTER.

Paris, 28 janvier 1840.

Concours pour la chaire de pathologie interne à Montpellier.

Le concours est terminé : M. Boisson a été nommé professeur en remplacement de Dugès.

Voici les questions de thèse. — M. Bouisson, Parallèle entre la pathologie chirurgicale des écoles françaises et la pathologie chirurgicale des écoles étrangères. M. Franc, du Pronostic en chirurgie et de ses sources. M. Batigue, des Sources d'indications dans les maladies chirurgicales. M. Andrien, de l'Influence de l'érudition et des méthodes philosophiques sur les progrès de la pathologie chirurgicale. M. Jaumes, de l'Influence de la physiologie expérimentale sur la connaissance et le traitement des maladies chirurgicales. M. Lafosse, de l'Étude des fluides normaux et anormaux au point de vue chirurgical. M. Caffort, de la Certitude en chirurgie et de ses sources. M. Vailhé, de l'Influence des travaux et des découvertes anatomiques depuis Vésale, sur les progrès de la pathologie chirurgicale.

Nous donnerons aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* une analyse de ces thèses, qui se distinguent surtout par leur portée philosophique et les inductions pratiques qui en découlent.

Du lactate de fer et de ses préparations ; par M. LOURADOUR, pharmacien.

S'il est une question qui depuis quelque temps déjà semble être à l'ordre du jour dans la science, c'est sans contredit la double question de la nature et du traitement de la chlorose.

Aux hommes de l'art il appartient d'approfondir et d'éclairer par des discussions plus ou moins savantes, par des théories plus ou moins ingénieuses la nature de cette maladie, sujet qui n'est nullement de ma compétence, et que je suis loin de vouloir aborder.

Disons seulement que des milliers d'expériences ont prouvé l'efficacité des préparations ferrugineuses dans le traitement de la chlorose, et que le seul point actuellement en litige est celui de savoir quelle est la préparation martiale qui est le plus souvent couronnée de succès, et dont par conséquent l'emploi doit être le plus répandu.

L'usage du lactate de fer, qui joint aux avantages des sels solubles, quant à la promptitude de l'absorption, les avantages non moins précieux des sels insolubles, l'innocuité de leur action même à de fortes doses, m'a engagé à rechercher à l'aide de quels procédés on pourrait arriver à se procurer sans trop de frais ce sel, que des pharmaciens, peu exercés sans doute aux manipulations, regardent comme *extrêmement rare*. Ne prétendant pas faire de cette substance une spéculation particulière, et ne cherchant pas à faire un mystère d'une préparation aussi facile, je crois être utile à l'humanité en me hâtant de publier le procédé dont je me sers journellement dans mon officine, dans l'espoir que cette publicité répandra l'usage du lactate de fer, en donnant à tous les pharmaciens le moyen de se le procurer en assez grande quantité.

L'acide lactique, découvert par Scheele en 1780, se trouve en abondance dans le lait aigri, et surtout dans le suc de betteraves fermenté. Si l'on fait usage du petit-lait, ou sérum, voici la marche que l'on doit suivre :

Le petit-lait, séparé du caséum, est placé à l'étuve et abandonné à la fermentation pendant quinze ou vingt jours à une température de 30 à 35° centig. Au bout de ce temps, une couche épaisse de matière grasse et un reste de caséum recouvrent les vases dans lesquels a été déposée la liqueur, qui, parvenue à un degré très remarquable d'acidité, rougit fortement le papier de tournesol, et donne à la langue une saveur acide particulière, laquelle se distingue toujours très facilement de celle des autres acides soit végétaux, soit minéraux. On enlève cette couche de matière grasse à l'aide d'une large spatule ou d'une écumoire, et l'on fait réduire le petit lait sans le filtrer jusqu'au quart ou au tiers de son volume ; on décante et on filtre. La liqueur ainsi obtenue, limpide, légèrement jaunâtre, est traitée par l'eau de chaux en excès jusqu'à production d'un précipité formé en grande partie de phosphate de chaux

La liqueur filtrée contenant du lactate de chaux en dissolution, est traitée par l'acide oxalique qui précipite l'oxalate de chaux insoluble, et laisse en dissolution l'acide lactique que l'on concentre jusqu'à consistance presque sirupeuse.

Le liquide sirupeux est ensuite traité par l'alcool qui occasionne un nouveau précipité, et dissout l'acide que l'on obtient pur par la distillation à une douce chaleur (1).

Ce dernier procédé fort simple est en même temps peu coûteux, car une petite partie seulement de l'alcool est perdue par la distillation. On pourrait encore, suivant les conseils de M. Thénard, traiter l'acide lactique par le carbonate de zinc ; décomposer ensuite le lactate de zinc par l'eau de baryte qui laisse précipiter l'oxyde de zinc, et traiter enfin le lactate de baryte par l'acide sulfurique qui forme un sulfate de baryte insoluble, et laisse l'acide lactique en dissolution ; mais ce procédé plus long et plus compliqué a, en outre, le désavantage d'exposer à laisser dans l'acide lactique un excès soit de baryte, soit d'acide sulfurique.

L'acide lactique ainsi obtenu est légèrement coloré en jaune et transparent ; pour obtenir le lactate de fer, il suffit de mettre en contact l'acide avec de la limaille de fer très pure et non oxydée, sur le bain de sable. Il se dégage une énorme quantité d'hydrogène, et au bout de six à sept heures, la liqueur soumise de nouveau à l'ébullition pendant quelques minutes est filtrée, et dépose abondamment par le refroidissement des aiguilles fines de lactate de fer qui, lavées à l'alcool bouillant, présentent la plus grande blancheur. Les cristaux de lactate de fer, exposés à l'air, sont peu altérables ; dissous dans l'eau, le sel se peroxyde très aisément, et cette dissolution forme un liquide sirupeux brun qui ne cristallise qu'avec la plus grande difficulté.

Le lactate de fer, une fois obtenu, est mélangé au sucre dans des proportions convenables, selon que l'on veut obtenir des pastilles renfermant plus ou moins de principes ferrugineux.

On voit, par ce qui précède, que la préparation de ce sel, un peu longue peut-être, est loin d'être difficile, et que ce n'est nullement de la difficulté que l'on avait à l'obtenir que venait la prétendue rareté du lactate de fer.

---

(1) Si l'on ne tenait pas à avoir l'acide parfaitement pur, on pourrait se dispenser de le distiller avec l'alcool ; et faire agir directement l'acide sur la limaille, comme nous le verrons plus bas.

Monsieur,

Nous persistons à assurer que les pastilles que nous avons analysées et que M. Louradour a vendues pour des pastilles de *lactate de fer*, contenaient une quantité considérable de *sulfate de fer*. Nous avons cru remplir un devoir en dénonçant cette sophistication au tribunal de l'opinion publique. Mais avant de livrer à la publicité un fait aussi grave, nous avons pris toutes les précautions nécessaires pour pouvoir le prouver. Les analyses ont été faites devant un grand nombre de personnes, et nous avons entre les mains un procès-verbal, signé par six témoins compétens, qui atteste suffisamment de quel côté doit rester le soupçon de mauvaise foi, que M. Louradour cherche à faire planer sur nous dans sa réponse.

Agréez, etc. CONTÉ, A. GELIS.

Paris, 31 janvier 1840.

La *Némésis Medicale* est complète, les trois dernières satires viennent d'être publiées en même temps ; les sujets en sont :

Le Conseil royal de l'Instruction publique ; — *l'Institut* ;

Les Lazarets et les Quarantaines ;

Et enfin *les Adieux*.

La réimpression des satires qui étaient épuisées permet de livrer l'ouvrage entier aux personnes qui en feront la demande.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 4 FÉVRIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 15, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f..
Etranger. 1 an, 45 f.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. P. DUBOIS.

Première grossesse. Opération césarienne.

Mercredi 22 janvier, M. le professeur Paul Dubois, a de nouveau eu l'occasion de pratiquer l'opération césarienne à l'hôpital de la Clinique sur une femme qui devait accoucher pour la première fois. Nous allons entrer dans quelques détails sur ce fait intéressant de pratique que nous avons annoncé dans notre journal, mais sans en raconter les principales circonstances et sans rien préjuger sur ses résultats probables. Aujourd'hui que la malade est parvenue au douzième jour, et que tout peut faire espérer de la conserver, cette histoire, nous l'espérons, offrira un double intérêt.

La patiente est une fille agée de vingt-cinq ans ; elle travaillait comme ouvrière à Melun. Sa taille dépasse à peine trois pieds et quelques pouces et, bien qu'elle porte des traces évidentes de rachitisme, ses membres ne sont pas trop contournés ; sa tête, loin d'être volumineuse, est régulière et n'offre pas de différences avec celle d'une femme bien conformée ; son intelligence est normale. Pendant long-temps elle avait résisté aux instances de ses poursuivans dans la crainte des dangers qui devaient menacer sa grossesse, mais enfin elle avait cédé plutôt par faiblesse que par amour à un homme jeune et régulièrement conformé.

Les premiers momens de la grossesse n'offrirent rien de particulier ; cette femme, admise d'abord à la Maternité, fut, quelque temps avant l'époque de son accouchement, transférée à l'hôpital de la Clinique. L'examen du bassin fit reconnaître une difformité considérable qui ne donnait pas l'espérance de pouvoir éviter l'opération césarienne ; le diamètre antéro-postérieur (sacro-pubien) avait à peu près dix-huit à vingt lignes d'étendue. Tout fut donc préparé à cet effet.

Le samedi 18, se manifestèrent quelques douleurs assez vives, qui firent craindre un instant à M. Dubois d'être obligé d'avoir recours à l'opération plus tôt qu'il n'avait pensé d'abord ; elles cessèrent bientôt pour reparaître plus fortes dans la nuit du mardi au mercredi : les membranes, qui s'étaient rompues le mardi, avaient donné issue à une assez grande quantité de liquide. Tout annonçait que le travail était définitivement commencé, et qu'il fallait prendre un parti. L'auscultation de l'abdomen avait fait acquérir la certitude de la conservation de la vie chez l'enfant ; quelques mouvemens obscurs perçus par la mère confirmaient cette opinion.

Le mercredi matin, l'opération fut décidée pour le jour même ; annoncée d'abord pour deux heures, puis pour cinq, elle fut ensuite reculée jusqu'à sept heures : enfin, à huit heures, elle fut pratiquée par M. Dubois, dans l'amphithéâtre de la clinique, en présence d'une foule de spectateurs qui attendaient, pour la plupart, depuis midi avec la plus vive impatience.

L'opération en elle-même n'a présenté aucune circonstance particulière ; elle a été aussi simple que possible. Une incision longitudinale fut pratiquée sur la ligne blanche depuis le dessous de l'ombilic jusqu'au pubis, par M. Dubois ; quelques efforts de vomissemens parurent vouloir se manifester, mais ils n'eurent pas de suites ; les intestins restèrent dans la cavité abdominale, et ne vinrent pas embarrasser l'opérateur en s'interposant entre le corps de l'utérus et les parois de l'abdomen, ou bien en faisant issue par la plaie qui venait d'y être pratiquée. La matrice fut alors incisée, et l'on put extraire un enfant du sexe féminin, bien conformé, faible d'abord, mais qui donna bientôt par ses cris et des mouvemens répétés des signes d'une vitalité bien constituée.

La délivrance fut ensuite pratiquée ; un seul accident a pu donner un instant de vives inquiétudes. Après l'incision du ventre et du corps de l'utérus, après l'extraction de l'enfant et la délivrance de la mère, un écoulement sanguin très abondant se manifesta. La malade fut prise de syncope ; heureusement cet état ne persista pas long-temps, et les soins usités en pareille circonstance la rappelèrent bientôt à la vie.

Dès que la malade eut repris ses sens et qu'elle fut dans des conditions satisfaisantes, M. Dubois tenta la réunion de la plaie ; plusieurs points de suture furent placés les uns au-dessous des autres, et un léger écartement fut laissé entre les deux points qui se trouvaient être les plus déclives, et cela, dans le but de permettre au sang et aux liquides qui se seraient épanchés, de s'échapper librement de la cavité abdominale par cette issue. La femme fut alors emportée, et replacée dans son lit avec les plus grandes précautions, et des soins qui lui ont été continuées avec patience et attention.

La faiblesse et la prostration de la malade furent assez grandes la première nuit et le jour suivant ; mais peu à peu la chaleur revint et la réaction se manifesta ; le ventre devint plus tendu, plus volumineux, un peu ballonné ; la pression occasionna bientôt des douleurs assez vives, le pouls atteignit 140 pulsations. On put craindre un instant de voir les accidens inflammatoires, qui viennent trop souvent compliquer cette opération, se développer et prendre un caractère assez sérieux pour faire évanouir les espérances qu'on avait pu concevoir. D'une autre part, la perte de sang assez considérable qu'avait éprouvée cette femme lors de la délivrance, devait contre-indiquer l'emploi des antiphlogistiques, et priver le médecin de leur puissant secours ; aussi n'osa-t-on les employer qu'avec la plus grande modération.

Cet appareil de symptômes assez inquiétant parut cependant vouloir se mitiger. Le 29 la malade était déjà mieux, et l'on pouvait espérer que cet état se maintiendrait.

Le 31 janvier, neuvième jour après l'opération, la malade était mieux ; la période des accidens inflammatoires la plus redoutable paraissait être écoulée ; les phénomènes inflammatoires dont nous avons indiqué l'apparition, n'avaient pas revêtu une forme assez grave pour laisser de véritables inquiétudes ; peut-être faut-il attribuer cette heureuse circonstance à l'état de faiblesse dans lequel l'hémorrhagie du premier jour avait placé cette femme ? Quoi qu'il en soit, le ventre, d'abord ballonné, douloureux, était devenu plus souple, la pression n'y développait plus qu'une sensation de gêne plutôt qu'une véritable douleur. La salle où était placée la malade avait été rendue depuis quelques jours à la libre circulation des élèves qui suivent la clinique, et leur présence n'avait pas trop fatigué cette femme. Le matin même, en arrivant, M. Dubois l'a trouvé occupée à préparer un ourlet de mouchoir auquel elle travaillait.

A cette époque, en examinant la plaie de l'abdomen, entre les deux points de suture les plus déclives, au fond de l'incision, on apercevait une masse grisâtre ; c'était la face antérieure de l'utérus, mais tout portait à croire qu'il y avait déjà dans ce point des adhérences assez fortes, assez solides, formées entre le corps de la matrice et les parois abdominales. Depuis quelques jours un écoulement de matières liquides avait eu lieu par le vagin, comme dans les accouchemens ordinaires. Le mouvement fébrile avait diminué, la peau était moins chaude ; le pouls était descendu de cent quarante pulsations à cent-neuf. La malade, qui avait manifesté le désir de prendre quelques alimens, avait à plusieurs reprises reçu du bouillon sans éprouver le moindre accident ; les fonctions des intestins paraissaient devoir se réablir dans leur intégrité.

Le 30, continuation ; la malade continue l'usage de légers alimens.

Le 3 février, deuxième jour, le bien-être se maintient ; l'état de la malade est de plus en plus satisfaisant, et tout fait espérer la continuation de cet heureux succès.

De son côté, l'enfant est bien portante ; elle a été confiée dans la maison de M. Dubois, à une nourrice choisie par ce professeur.

Si, comme on a droit de l'attendre maintenant, cette malade se rétablit, ce fait aura un double intérêt, celui de la conservation de la vie de l'enfant et de celle de la mère, succès trop rare malheureusement. Ce sera aussi le premier cas d'opération césarienne suivie de la guérison de la mère, depuis qu'on la pratique à Paris ; pour sa part, M. Dubois l'a déjà tentée quatre fois, sans compter celle-ci, et les malades ont succombé.

— Nous croyons devoir faire suivre cette observation d'une leçon que M. P. Dubois à faite à ce sujet.

FEUILLETON.

DE L'EMBAUMEMENT CONSIDÉRÉ COMME MÉTHODE CURATIVE DANS LE TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE.

Par M. le docteur G.-V. LAFARGUE, de Saint-Émilion.

Pour bien saisir le sujet et le but de ce travail, pour en retirer tout le profit possible, il est indispensable de se faire une idée nette, précise de ce qu'en anatomie pathologique on entend par le mot gangrène. Que l'on se rassure, je ne vais point ressasser de stériles définitions scholastiques, des définitions qui obèrent la mémoire en apauvrissant l'intelligence. Ce que je vais exposer, c'est une analyse lumineuse du phénomène de la gangrène, analyse qui germa dans le cerveau de Bichat, et que ce beau génie consigna dans ses pages immortelles où elle gît enfouie, en société de tant d'autres vérités médicales que d'illustres médecins n'ont pas rougi de s'attribuer comme leur propre bien.

La gangrène, c'est la *mort* d'une partie plus ou moins étendue d'un corps vivant, la mort avec toutes ses conséquences, la mort avec toutes ses phases chimiques. Dès qu'un organe est frappé de gangrène, cet organe cesse d'être soumis à l'empire de la dynamie vitale, il est devenu *cadavre*, la mort vient d'y établir son domaine. L'organisation et la vie ne se conservant qu'à l'exclusive condition de leur réunion, de leur combinaison entre elles, il en résulte qu'à l'instant où la vie s'altère et s'anéantit dans un organe, les tissus qui constituent cet organe doivent aussi s'altérer, s'anéantir, ou en termes plus techniques, fermenter et se putréfier. Il ressort déjà de cet exposé, que le mot gangrène est une expression complexe renfermant l'idée de deux phénomènes, l'un de pathologie, l'autre de chimie animale. Bichat va nous en convaincre tout à fait. « Il y a, dit-il (1), dans la gangrène deux choses que les médecins ne distingnent point assez : 1° la mortification de la partie ; 2° sa putréfaction. La mortification est toujours antécédente ; elle est produite par mille choses différentes. La putréfaction est toujours consécutive. » Il est impossible de tant dire en termes aussi laconiques. Cette phrase résume en effet le traitement de la gangrène, et élucide les diverses indications qu'il nécessite. Elle joint tant de justesse à tant de précision, qu'elle aurait dû servir d'épigraphe à tous les travaux publiés depuis sur la gangrène ; elle partage tout d'abord la classe des moyens antiseptiques en deux grandes catégories. En effet, « les uns, dit l'auteur de l'Anatomie générale (1), préviennent la mortification, et ils varient singulièrement, quoiqu'ils aient pour but d'empêcher le même effet ; les autres empêchent la putréfaction, sans rappeler les parties à la vie : or, ceux-ci sont *constamment les mêmes*, quelle qu'ait été la cause de la mort locale. » Existe-t-il, je le répète, un aphorisme plus explicite, un aphorisme plus riche en résultats pratiques ? Où trouver une division plus naturelle, plus philosophique, plus amie de la raison ? A son aide, tout devient lumière dans les diverses méthodes curatives ; et cependant cette division a été omise par tous les auteurs de chirurgie qui ont écrit depuis ce grand physiologiste. Aussi, grâce à cet oubli, tout est chaos dans l'exposition que ces auteurs, même les plus modernes, font des moyens antiseptiques : c'est une lente et monotone énumération où plus d'une fois la poudre de quinquina se trouve placée à côté des sangsues, des débridemens et des cataplasmes ; une liste informe de remèdes parlant aux yeux, mais à l'esprit jamais ! un véritable nœud gordien que plus d'un médecin tranche sans se donner la peine de le comprendre.

Ce qu'il importe donc avant tout de se rappeler pour employer avec discernement l'immense série des agens antiseptiques, c'est la marche de la nature dans la production du phénomène de la gangrène. Une fois cette connaissance acquise, on ne sera plus embarrassé pour répondre aux trois indications générales (2) admises par les chirurgiens dans le traitement de la gangrène ; on ne sera jamais en butte au reproche que Bichat, loc. cit., p. 330, adressait aux médecins de son temps : d'appliquer indistinctement les divers antiseptiques et sur les chairs vives et sur les tissus mortifiés. Parmi ces agens, je ne saurais trop le répéter, les uns ont donc pour but de prévenir la mortification ; les autres, d'empêcher la putréfaction de se développer une fois que la mortification est accomplie. A l'aide de cette distinction, la clef des difficultés est trouvée, les ténèbres se dissipent ; rien n'embarrasse plus pour remplir les trois indications des auteurs.

Je ne vais qu'énumérer les moyens antiseptiques du premier ordre afin de me ménager plus d'espace dans l'exposition de ceux du second ordre, but spécial de cet article.

§ Ier La nature des antiseptiques de cet ordre varie comme la nature des causes génératrices de la gangrène. L'inflammation la plus violente, l'asthénie la mieux caractérisée, développant également cette affection, il en résulte que, dans le premier cas, les émissions sanguines locales et générales, les boissons délayantes et la diète, les fomentations tièdes, les cataplasmes émolliens, les débridemens et les scarifications sont d'excellens antiseptiques, et que, dans le second, cette médication, justement proscrite, est remplacée avec bonheur par une autre, et c'est alors que la classe entière des toniques et des excitans, que surtout le quinquina et la serpentaire de Virginie, administrés à l'intérieur et en topiques, qu'une alimentation substantielle, des vins généreux, que l'électricité, etc., deviennent à leur tour de fort bons antiseptiques, des préservatifs puissans de la mortification. L'artère principale d'un membre vient d'être liée, la circulation s'y faisant mal ou y étant même suspendue, ce membre présente des fourmillemens continuels ; il devient froid, pâle, lourd, puis livide et enfin insensible ; c'est alors que des frictions sèches ou aromatiques, que des sachets remplis de son, de cendre ou de sable, médiocrement chauffés et appliqués autour de cet appendice, qu'un changement de position capable de rétablir le cours du sang dans les artères collatérales, et qu'enfin l'ablation de la ligature qui étreignait le vaisseau, sont des moyens antiseptiques. L'innervation est suspendue dans une partie : la section, la ligature, et plus souvent la compression des cordons nerveux en sont alors l'origine. Eh bien ! tout ce qui, dans cette triple circonstance, aura la puissance de rétablir le cours de cette innervation méritera toujours la qualification d'antiseptique. Il en sera de même du débridement herniaire qui permet la répartition égale des liquides dans une anse intestinale que la gangrène allait envahir ; de la cautérisation, qui s'oppose au developpement du charbon et de la pustule maligne ; des frictions de glace pilée qui, sagement administrées, ramènent peu à peu la chaleur dans une partie congelée. Le changement d'alimentation chez les individus menacés d'ergotisme, l'éloignement des causes qui provoquent le scorbut, l'œdème, les épanchemens d'urine et de matière stercorale dans le tissu cellulaire, constituent encore

(1) Anat. génér., tome IV, p. 329. In-8°. Paris, 1821.

(1) Bichat, loc. cit., p. 332.

(2) Les voici d'après Boyer, OEuv. chir., tome Ier, p. 113, 1822 : 1° Prévenir la maladie lorsqu'elle n'est pas encore déclarée ; 2° en arrêter les progrès lorsqu'une fois elle est survenue ; 3° faciliter la séparation des eschares gangréneuses, ou retrancher, selon les cas, la partie gangrénée, et conduire l'ulcère qui en résulte à parfaite guérison.

De quelques grossesses extrà-utérines et d'une grossesse contre nature abdominale en particulier, dont la pièce a été communiquée par M. Bricheteau, la femme étant morte dans son service, à l'hôpital Necker.

Au commencement de l'année 1835, un médecin des environs de Paris me fit appeler pour voir une de ses clientes qu'il présumait atteinte d'une grossesse extrà-utérine. Malgré toute sa conviction, je ne partageai pas son opinion, et pour mon compte, je croyais cette femme affectée d'une tumeur de l'ovaire. Cela ne l'empêcha pas de conserver son opinion, quoique, après ma consultation, ayant également demandé conseil à un accoucheur distingué de Paris, celui-ci se trouvât être entièrement de mon avis sur la nature de la tumeur abdominale dont la malade était affectée. Persistant toujours dans son opinion, et désirant d'ailleurs acquérir la conviction qu'il ne s'était pas trompé dans son diagnostic, il proposa à la femme de la débarrasser de son mal moyennant une opération qui fut bientôt pratiquée. Dès que la tumeur eut été mise à découvert au moyen de l'incision des parois abdominales, l'opérateur s'aperçut trop tard que la prétendue grossesse extrà-utérine n'était qu'un squirrhe de l'ovaire, qui fut non-seulement incisé, mais excisé en partie ; car il fallait bien, après tout, qu'une opération fût pratiquée, puisqu'on en avait fait sentir la nécessité à la malade, qui ne tarda pas à succomber à une inflammation intense.

Ce fait n'est pas entièrement étranger au sujet qui doit nous occuper dans cette leçon : et d'abord, il prouve que les méprises, en pareil cas, sont faciles ; ensuite, que l'opérateur a eu tort d'exciser une partie de la tumeur, et qu'à partir du moment où il avait reconnu son erreur, il devait s'arrêter. Effectivement, dans un cas du même genre, où la grossesse extrà-utérine était simulée par une masse graisseuse adhérente à l'épiploon, celle-ci fut laissée intacte, les parois abdominales furent réunies à l'aide de la suture et la femme guérit. Et notez bien que dans ce cas l'excision eût présenté moins de gravité. Pendant longtemps j'ai conservé une portion d'épiploon provenant d'un pharmacien qui, dans un accès d'hypochondrie, et dans l'intention de se détruire, se porta un coup de couteau au ventre ; en redoublant le coup avec désespoir, il entraîna, en retirant son large couteau, une portion d'épiploon qui s'était entortillée autour de la lame. Cet homme se rétablit parfaitement. Voilà bien un fait qui vient à l'appui de mon assertion, et qui prouve que les lésions de l'épiploon ne sont pas excessivement graves. Partant, si dans le cas que je viens de citer plus haut, et dans lequel la grossesse extrà-utérine était simulée par une masse adipeuse épiploïque, l'opération ne fut pas poussée plus loin dès que l'on eu constaté la nature et reconnu l'erreur du diagnostic ; à plus forte raison le médecin qui m'avait appelé en consultation devait-il s'arrêter en reconnaissant qu'il avait affaire à un squirrhe de l'ovaire et non à une grossesse anormale, extrà-utérine. Voici d'ailleurs en quoi ce qui précède se rattache à mon sujet.

Le même médecin, qui paraissait, je ne sais pour quelle raison, à la recherche des grossesses extrà-utérines, finit cependant par en rencontrer un cas véritable chez une gargottière habitant le marais ; il m'en avertit, et j'allai pour examiner cette femme. Voici quel fut le résultat de ma visite.

Cette femme, qui, par suite de son état, menait une vie très active, me dit qu'elle était enceinte depuis dix-huit mois. Les débuts de sa grossesse s'étaient passés avec régularité ; la menstruation fut suspendue ; le ventre prit progressivement du volume, les mouvemens actifs du fœtus se firent sentir. Au terme de la grossesse, elle fut prise de douleurs comme si elle allait accoucher. Dès que ce travail fut terminé, les seins se gonflèrent, la fièvre de lait survint, un écoulement séro-laiteux se fit par les mamelles, et puis graduellement tous ces phénomènes se dissipèrent, la santé revint comme par le passé, la femme cessa de sentir les mouvemens du fœtus et reprit bientôt ses occupations. Tel fut le commémoratif que cette femme me communiqua. Maintenant, voici dans quel état je la trouvai : au bas-ventre siégeait une tumeur plus dure que le globe utérin renfermant le produit de la conception ; néanmoins, par le palper, il était possible de reconnaître, à certaines inégalités, les différentes parties d'un fœtus. Le toucher vaginal me fit reconnaître l'existence d'une tumeur en partie engagée dans l'excavation pelvienne, qui paraissait occuper le cul-de-sac péritonéal postérieur ou recto-utérin. Par suite de ce siége de la tumeur, le vagin se trouvait aplati supérieurement, et la paroi postérieure était refoulée en avant, ainsi que le col utérin, qui était appliqué contre la face postérieure du pubis. L'amaigrissement remarquable qu'avait subi la paroi postérieure du vagin au lieu où la tumeur proéminait vers sa cavité, me permit aisément de reconnaître que la tête du fœtus concourait à sa formation, et il me fut possible, avec le doigt, d'en suivre les sutures et les fontanelles. Cette femme, qui d'ailleurs se portait bien, ne consentit pas à se soumettre à une opération qui lui fut proposée par son médecin ordinaire. Je la vis depuis de temps en temps, et toujours bien portante, jusqu'à ce que, ayant fait de mauvaises affaires avec son commerce, elle ferma sa boutique, et s'en alla, comme vous pensez bien, sans donner son adresse.

Je perdis ainsi sa trace, ce qui me contraria assez. En effet, j'aurais été d'autant plus curieux de la suivre autant que possible, qu'un cas offrant beaucoup d'analogie avec le sien se présenta depuis à la Clinique ; le voici :

Une sage-femme m'amena une jeune personne qui, disait-elle, était enceinte depuis quinze mois ; d'ailleurs, tous les symptômes rationnels et sensibles avaient accompagné la grossesse à son début ; le ventre avait pris du volume qu'il conservait encore lorsqu'elle me fut présentée. En pratiquant le toucher vaginal, je rencontrai, comme dans le cas précédent, une tumeur que je reconnus être la tête du fœtus, engagée dans le détroit supérieur, occupant aussi le cul-de-sac recto-utérin, d'où était résulté le refoulement en avant de la paroi postérieure du vagin et du col utérin.

Cette femme, affectée moralement de sa position, était déterminée d'en sortir à tout prix. Je lui fis sentir que je ne pouvais la débarrasser de sa tumeur qu'au risque d'une opération qui fut acceptée et bientôt pratiquée. Je me proposais de faire une incision du vagin au lieu le plus proéminent de la tumeur, et d'extraire ensuite le fœtus en appliquant le forceps sur la tête. Dès que j'eus pratiqué l'incision vaginale, je m'aperçus des difficultés que j'aurais à vaincre si je persistais à vouloir terminer l'opération ainsi que je l'avais conçue d'abord. Je préférai donc attendre, dans l'espoir que l'incision que j'avais pratiquée se dilaterait et que la sortie spontanée du fœtus pourrait s'effectuer. Mon attente se réalisa en partie ; l'ouverture se dilata ; mais dans le but de hâter une issue qui me paraissait devoir être indubitablement favorable, j'agrandis l'ouverture et je pus faire l'extraction de la plus grande partie des os de la tête.

Obligé de quitter Paris, je confiai alors la malade aux soins de M. Ménière, et l'engageai à continuer l'œuvre que j'avais commencée. Ce praticien fit pendant mon absence l'extraction du reste du squelette. A mon retour, tout était sorti spontanément ou avec le secours de l'art, hormis deux os qui manquaient pour compléter le squelette ; cette circonstance me donna quelque inquiétude sur les suites de l'opération ; mais la femme qui était, on peut dire guérie, voulut quitter l'hôpital. Trois mois plus tard elle vint me voir pour me dire que quelques jours auparavant elle avait ressenti des picottemens dans les parties génitales tels, qu'ils avaient été suivis de la sortie de débris qu'elle avait conservés et me montra : c'étaient les deux os qui manquaient au complément du squelette ; cette femme s'en alla, et depuis lors je n'ai plus entendu parler d'elle.

Qu'était cependant devenue la femme du Marais ? vous derez bien vous imaginer que, attendu l'analogie du fait, j'étais plus que jamais curieux de connaître ce qui s'était passé chez elle. J'étais encore dans la plus complète ignorance, lorsque, ces jours derniers, un des agrégés de la Faculté, M. Baudelocque, m'apprit qu'elle était mourante à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheteau. Entièrement préoccupé d'un cas des plus graves, qui a nécessité l'opération césarienne que nous avons pratiquée devant vous il y a huit jours, je ne pus me rendre à l'hôpital Necker pour voir cette malade qui, ayant ensuite succombé à une péritonite aiguë, a été l'objet d'un examen nécroscopique minutieux, dont je vais vous offrir les résultats, M. Bricheteau ayant bien voulu avoir l'obligeance de me communiquer les pièces pathologiques.

A l'ouverture de l'abdomen, on a trouvé à la partie inférieure du ventre un vaste kyste occupant en partie l'excavation pelvienne, et s'élevant d'autre part jusqu'à l'ombilic. Ce kyste siégeait dans le cul-de-sac péritonéal postérieur ou recto-utérin, et affectait les rapports suivans : en avant, avec le vagin et l'utérus qui se trouvaient fortement refoulés contre la face postérieure ou interne des pubis ; en arrière, avec le rectum, l'angle sacro-vertébral ou promontoire ; à droite, avec le cœcum, dont l'appendice était comprise dans l'épaisseur du kyste fœtal ; à gauche, avec l'S romaine du colon ; supérieurement, avec les circonvolutions de l'intestin grêle et l'épiploon ; inférieurement, avec le rectum, le vagin et la cloison recto-vaginale. En ouvrant ce kyste, on a de suite aperçu les restes d'un fœtus, c'est-à-dire une masse osseuse splénoïde, pelotonnée, dont la partie inférieure était représentée par les os du crâne entassés comme des écailles d'huitres, mais resserrés fortement les uns contre les autres, et cela probablement sous l'influence de la rétraction des parois du kyste ; le noyau de la masse osseuse, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, était formé par les os du tronc entremêlés à quelques faibles restes de parties molles ; la surface, au contraire, ou l'écorce, était composée des os des membres, et inférieurement par ceux du crâne, ainsi qu'il vient d'être dit. Au reste, les dimensions de chaque partie squelettaire dénote un enfant de volume ordinaire arrivé au terme des neuf mois : il est inutile de dire que tous les os étaient dissociés.

La surface interne du kyste était rugueuse, inégale, et présentait plusieurs solutions de continuité ; une surtout, d'une étendue considérable, établissait une communication entre la cavité du rectum et celle du kyste lui-même. Il est à présumer que le résultat de la décomposition des parties molles, s'est procuré par cette voie une issue au dehors ; il n'eu a pas été de même des parties solides. Au surplus, ce n'est pas à cette communication du kyste avec

---

des actes antiseptiques puisqu'ils préviennent la mortification des tissus.

Cette première classe d'antiseptiques possède le double avantage de servir dans les deux premières indications des auteurs. On lit, en effet, dans nos meilleurs traités que « les moyens auxquels on peut avoir recours pour borner les progrès de la gangrène, lorsqu'elle s'est déclarée, sont en général les mêmes que ceux que l'on prescrit pour les prévenir ». Cette phrase, empruntée à l'article de M. Marjolin (Dict. de Méd., t. X, p. 52 ; 1824), est remplie de justesse : nous regrettons qu'il soit hors de notre plan de faire ressortir toutes les vérités pratiques qu'elle renferme.

Ces divers moyens préviennent donc la mortification des tissus : cette prérogative est chose jugée ; l'expérience l'a pleinement sanctionnée, et cependant on les nomme antiseptiques, c'est-à-dire préservateurs de la putréfaction, quand essentiellement ils ne sont que conservateurs de la vie. Si une prévention, parfois injuste, ne nous éloignait du néologisme, nous proposerions le terme générique de *necrolexiques* (je chasse la mort) pour qualifier cette première classe d'agèns, et nous conserverions à ceux de la seconde le nom d'*antiseptiques*, parce que cette expression résume admirablement leurs effets.

§ II. Une portion plus ou moins étendue de l'extérieur du corps est définitivement gangrenée ; on n'y sent plus ni chaleur, ni circulation, ni mouvement, ni sensibilité ; les capillaires ne pâlissent plus sous le doigt qui les comprime ; la coloration normale a disparu pour faire place à une teinte grisâtre, ardoisée, noirâtre ou livide ; les tissus sont affaissés et flétris, ramollis ou desséchés ; toute élasticité a disparu ; l'épiderme s'enlève par lambeaux, la putréfaction commence à se développer ; le cas est urgent : c'est l'instant, si l'amputation n'est pas indiquée, de recourir aux véritables antiseptiques, à ceux qui arrêtent la décomposition putride.

Avant cette époque il y aurait impéritie et danger à implorer le secours de ces modificateurs, car on n'est pas assuré que la mort soit accomplie, l'*asphyxie locale* des auteurs pourrait seule exister, et les médecins instruits savent que cet état pathologique a plus d'une fois cédé à l'influence des agens de la première classe.

Mais lorsque les phénomènes précités se sont manifestés, le doute n'est plus permis, la vie a fini sans retour, les eschares sont devenues des corps étrangers dont il faut favoriser la chute et arrêter la putréfaction. Quel est alors le meilleur procédé ? C'est sans contredit celui qui est le plus efficace dans l'art des embaumemens. Ecoutons d'abord la voix de l'expérience, cet *ultima ratio* de notre art.

Bertrand, charpentier, âgé de soixante-dix ans, habitant Villeneuve-le-Roi, près Paris, fut atteint d'un érysipèle au mollet gauche, cette partie étant préalablement un peu infiltrée. L'atonie était générale chez ce vieillard ; le cœur n'offrait cependant pas d'altération apparente ; le pouls était faible, mais lent et régulier ; la rougeur exanthémateuse, plus foncée qu'à l'ordinaire, n'était point limitée ; la douleur et la chaleur, d'abord assez vives, disparurent complètement le huitième jour et la peau devint livide. Le cinquième jour je trouvai plusieurs taches noires surmontées de petites phlyctènes remplies d'une sérosité roussâtre ; ces plaques étaient parfaitement insensibles. Au bout de vingt-quatre heures elles s'étaient étendues au point de se confondre. Ce jour-là la partie était froide et crépitante. Le lendemain l'eschare était très manifeste et bien circonscrite ; sa largeur était de cinq pouces, et son diamètre de deux pouces et demi ; elle était ramollie, noire et très fétide ; elle s'étendait jusqu'à deux lignes dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané. Les toniques les plus actifs, administrés depuis quatre jours à l'intérieur et à l'extérieur, furent sans effet ; il ne restait donc plus qu'à prévenir la putréfaction de cette eschare en attendant sa chute. Il me vint alors à l'esprit de recourir, non aux lotions chlorurées ni aux astringens, mais à la liqueur conservatrice de M. Gannal, que ce célèbre chimiste venait alors de faire connaître. Je pris donc :

Eau ordinaire	2 livres.
Alun et chlorure de sodium, de chaque	4 onces.
Nitrate de potasse	2 onces (1).

L'eau étant en ébullition, j'y fis dissoudre en premier lieu l'alun, puis le chlorure de sodium, et enfin le sel de nitre. Je filtrai le mélange, et dès qu'il fut tiède, je m'en servis pour lotionner l'eschare, que j'incisai en plusieurs endroits, afin de mieux l'imbiber. Ayant trempé une douzaine de plumasseaux de charpie dans ce liquide, je les apposai en trois couches sur la partie gangrenée ; je mis par-dessus une compresse qui fut maintenue par un bandage médiocrement serré. Je persistai néanmoins dans l'administration interne de l'extrait de quinquina, et j'eus soin d'entretenir une douce température autour du pied et de la cuisse. L'appareil fut enlevé à midi. Mon espoir ne fut pas vain : l'odeur repoussante n'existait plus, les tissus étaient moins crépitans, et le malade ressentait de la douleur aux environs. Le même pansement fut immédiatement renouvelé, ainsi que le soir. Je me comportai le lendemain absolument de la même manière : ce jour-là, un cercle franchement inflammatoire s'était dessiné ; l'eschare était résistante et sans odeur. Qu'il suffise enfin de dire que la suppuration éliminatrice ne tarda pas à survenir, que l'eschare ne tomba que le vingt-huitième jour, que l'ulcère qui lui succéda fut promptement cicatrisé, et le malade parfaitement rétabli.

La liqueur de M. Gannal a été utile ici sous plus d'un rapport. Outre son influence si marquée pour arrêter le mouvement de décomposition et enlever l'odeur putride, elle a pour ainsi dire fait passer cet eschare humide à l'état de gangrène sèche, et c'est à cette action qu'est dû, à n'en pas douter, le long délai de sa chute. De plus, elle a excité la réaction inflammatoire autour des parties mortes, et après la chute de ces dernières, elle m'a servi à exciter l'ulcère que je lotionnais avec ce même liquide étendu dans son poids d'eau. L'heureuse influence thérapeutique de ce liquide rend encore plus remarquable la découverte de M. Gannal.

Je n'ai observé, je l'avoue, que ce seul fait sur l'homme, et cependant je suis en droit de généraliser cette méthode, car à moins que la constitution humaine ne change, à moins que les lois des réactions chimiques ne se bouleversent, il est impossible que le résultat ne soit pas constamment le même.

L'idée d'embaumer une partie gangrenée qui se décompose n'est pas précisément nouvelle : Boyer (1) et M. Marjolin (2) l'ont entrevue ; ces auteurs recommandent en effet, dans le sphacèle des extrémités, lorsque les forces du malade sont affaiblies au point qu'il succomberait à l'opération, de couper le membre

(1) Dans la dernière quinzaine de décembre 1834, deux sujets ont été complètement immergés dans un bain de la solution indiquée marquant 7° au pèse-sel de *Baumé*. Au bout d'un mois, les deux cadavres ont été disséqués, et les commissaires de l'Académie des sciences ont constaté que tous les organes étaient dans le même état que ceux d'un sujet mort depuis cinq jours et qui servait de terme de comparaison. (Murat, art. Embaumement du Dict. de méd. en 25 vol.)

(1) OEuv. chir., t. I, p. 153, 1822.

(2) Dict. de méd., t. X, p. 61, 1824.

le rectum qu'il faut rapporter l'issue funeste de cette femme, qu'il est plus naturel d'attribuer aux autres perforations du kyste qui communiquent avec la cavité péritonéale, et à travers desquelles il s'est fait probablement des épanchemens qui ont déterminé la péritonite qui a été la dernière catastrophe de l'histoire si intéressante de cette femme. On trouve un fait identique dans une des thèses de la faculté présentée par M. Bony, dont le père avait eu occasion d'observer un nombre assez notable de grossesses extra-utérines : ici également, le kyste qui occupait le même siége et qui communiquait avec le rectum, ne détermina la mort qu'alors qu'une perforation de ses parois permit la communication de sa cavité avec celle du péritoine, ainsi que l'épanchement dans celle-ci de quelques matières, qui donna lieu à une péritonite promptement mortelle.

L'ouverture de communication avec le rectum existe dans l'intérieur de celui-ci, à la hauteur de six pouces environ de l'anus ; celles qui communiquent avec le péritoine existent plus haut, et sont beaucoup plus petites.

Le sphéroïde, représenté par le pelotonnement ou agglomération des os, offrait le volume d'un gros œuf de cygne.

Le siége de la grossesse extra-utérine n'est pas bien démontré, ainsi que cela résulte de ce qui précède. On pourrait croire que l'ovule fécondée serait tombée dans la cavité péritonéale après sa séparation de l'ovaire, et que le kyste dont le produit de la conception est entouré serait formé exclusivement par ses membranes ; qu'au moment de la chute, en outre, des adhérences vasculaires se seraient établies entre l'œuf et le péritoine, et qu'un placenta aurait pris naissance au lieu d'insertion de ce dernier sur la séreuse abdominale ; les trompes d'ailleurs étaient libres et à l'état normal, et la grossesse n'était point tubaire par conséquent.

Je ne pense cependant pas que les choses se soient passées ainsi : je crois au contraire que la grossesse extra-utérine a été primitivement ovarique ; qu'ensuite par l'accroissement du produit de la conception, l'ovaire s'étant rompu ainsi que cela a lieu d'ordinaire, le fœtus est passé dans la cavité abdominale, conservant par l'intermédiaire du cordon ombilical ses liens de communication avec le placenta, et partant avec la mère, et baignant d'ailleurs dans le liquide amniotique épanché dans le péritoine ; qu'enfin, là il s'est entouré d'un kyste accidentel à la faveur duquel il a pu continuer de vivre jusqu'au moment de son complet développement et au complément de la vie fœtale.

Cette explication peut vous paraître singulière : voici cependant un fait qui en vient à l'appui. Une femme arriva mourante à la Maternité : on la disait enceinte ; elle était dans un état d'émaciation très avancé et présentait d'ailleurs, au milieu d'un état anémique profond, les symptômes d'une péritonite, qui ne tarda pas à l'entraîner sans qu'elle fût accouchée. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes un fœtus dans la cavité abdominale, entouré d'un kyste grisâtre, dont la moitié de la surface interne était veloutée et l'autre lisse ; le placenta était inséré dans une des fosses iliaques. Evidemment, le kyste était formé ici en partie par les débris de l'œuf, là où la surface du kyste était lisse et d'apparence séreuse, tandis qu'un kyste secondaire et supplémentaire avait complété d'entourer le fœtus, et pourvu ainsi à l'insuffisance du chorion et de l'amnios. Chez cette femme, une portion de l'intestin grêle faisait saillie dans la cavité du kyste, où elle avait été suivie par une portion d'épiploon, lequel s'était allongé par le temps, et ayant affecté la forme du cordon, s'était entortillé autour de la portion d'intestin herniée dans cette cavité accidentelle, et avait déterminé son occlusion presque complète. J'appris en effet que les digestions avaient subi chez cette femme une altération profonde, et que les alimens ne passaient presque plus ; ce qui n'avait évidemment pas peu contribué à l'amener à cet état d'émaciation et de marasme, qui avait précédé la dernière lutte qui avait été suivie de la mort.

Quelque chose d'analogue existait chez cette femme, ainsi que nous l'avons dit plus haut ; en effet, l'appendice vermiculaire du cœcum était contenue dans l'épaisseur de la paroi du kyste et faisait en partie saillie dans sa cavité. Cette disposition de l'appendice cœcale démontre d'ailleurs que non-seulement le kyste s'est formé après le passage du fœtus dans la cavité du péritoine, mais qu'en outre là seulement il s'est concrété, et qu'il n'est effectivement que d'une formation secondaire.

On n'a pas trouvé de placenta chez la femme dont nous faisons actuellement l'examen des pièces pathologiques : mais depuis cinq ans, époque à laquelle remonte maintenant le commencement de sa grossesse, on conçoit que cette partie inutile a dû disparaître au bout du terme de la grossesse, et qu'à la faveur de l'absorption ses parties ont dû d'abord être atrophiées pour disparaître ensuite entièrement. Cette absorption précoce du placenta est un fait important à connaître, car il ne faut point s'inquiéter de cet organe, et ne pas le chercher pour l'extraire dans les cas où l'opération peut paraître indispensable.

K.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Lésion du nerf sous-orbitaire ; perte de la sensibilité dans les parties où il se distribue ; motilité intacte.

Le nommé Clément est âgé de trente-deux ans, tourneur, à Paris depuis deux ans ; d'une assez bonne constitution, jouissant ordinairement d'une bonne santé. Il a fait, le 10 janvier, une chute sur un trottoir : le côté droit de la face a porté. Le malade dit avoir perdu connaissance pendant un quart d'heure ; il dit également avoir perdu beaucoup de sang par la bouche, le nez, et par une plaie qui s'est faite à la peau au niveau du trou sous-orbitaire. Par suite du grand mal de tête dont il fut pris, le malade cessa ses travaux, resta chez lui pendant deux jours et se tint à la diète.

Le 19, à son entrée à l'hôpital, salle Sainte-Agnès, 2 bis, on constate un gonflement de la joue droite ; une plaie de deux ou trois lignes de long et une de large, existe au niveau du trou sous-orbitaire. Cette plaie n'intéresse que la peau. La partie externe de la conjonctive droite est fortement ecchymosée ; la paupière supérieure droite est œdémateuse. Si l'on vient à pincer ou à piquer avec une épingle la peau de toute la partie où se rend le nerf sous-orbitaire, branche du maxillaire supérieur, le malade n'éprouve aucune douleur. La peau du front, de la paupière supérieure, est parfaitement sensible. Tous les mouvemens de la joue droite, au contraire, sont conservés. La commissure droite n'est nullement déviée. Le malade rit, souffle, siffle comme d'habitude ; il élève très bien la commissure droite, et dilate la narine du côté malade comme celle du côté sain. La paupière inférieure, qui est insensible, s'ouvre et se ferme exactement. Il se plaint du mal de tête existant surtout à droite ; il a éprouvé avant son entrée quelques maux de dents affectant le côté malade, et qui augmentent par la pression l'une contre l'autre des deux mâchoires. Le pouls est plein, résistant (60 pulsations).

Une saignée de 40 centilitres est prescrite ; de la glace sur la tête ; une tisane pectorale ; diète ; compresses d'eau végéto-minérale sur la joue droite.

14, même insensibilité de la peau de la région sous-orbitaire ; la conjonctive est toujours ecchymosée ; maux de tête moindres ; l'appétit revient. Continuation de la glace sur la tête ; tisane pectorale ; deux bouillons ; compresses d'eau végéto-minérale.

15. Point de changement notable de la paralysie. Le mal de tête a disparu ; un peu d'amertume de la bouche ; l'œil est moins rouge. Une bouteille d'eau de Sedlitz ; glace sur la tête ; même tisane ; deux bouillons ; compresses d'eau végéto-minérale.

16. Le malade va bien ; le gonflement a disparu, la paralysie est moins étendue ; insensibilité de la commissure droite de l'aile du nez, d'une grande partie de la paupière inférieure et de la peau qui se trouve au niveau du trou sous-orbitaire. Les mouvemens sont intacts, la conjonctive est toujours ecchymosée. La demie.

Les 17, 18, 19 et 20, le malade continue de bien aller.

Le 21, la sensibilité du côté droit est sensiblement égale à celle du côté gauche. L'ecchymose de la conjonctive a disparu. Le malade a bon appétit ; il demande sa sortie.

— Cette observation vient évidemment à l'appui de l'opinion de Ch. Bell et de M. Magendie, et prouve d'une manière bien nette la sensibilité du nerf sous-orbitaire, branche de la cinquième paire. En effet, que pourrait-on objecter à un fait de cette nature. Le malade fait une chute, et par suite il perd la sensibilité de toute la partie où vient se rendre la branche sous-orbitaire du maxillaire supérieur, mais la motilité est intacte ; il fait exécuter à la joue droite, à la commissure et à la narine droite tous les mouvemens dont elles sont susceptibles. Si la septième paire, ou le nerf facial était doué de sensibilité, il n'y a point de doute que cette région, qui reçoit tant de filets du nerf facial, aurait conservé quelque peu de sensibilité. A coté de ce fait, nous pourrions en rappeler un autre qui fut également observé par M. Blandin. Il s'agit d'un malade auquel cet habile chirurgien a enlevé une tumeur qui avait son siége dans le trou sous-orbitaire. Ce même nerf sous-orbitaire fut coupé ; le malade éprouva une douleur des plus vives, et perdit sans retour la sensibilité de toute les parties où se rend ce nerf.

E. Demarquay,
élève des hôpitaux.

— Dans une des dernières séances de la Société de médecine de Paris, M. Montault a fait une communication relative à l'exploration de la poitrine par la percussion. Il revendique l'invention de ce procédé en faveur de *Tagault* qui a écrit en 1580, et qui dit, en propres termes, que quand on frappe la poitrine pleine d'air, elle résonne comme un tambour ; tandis que quand elle contient de l'eau, elle rend un son beaucoup moins fort. Il semble aussi qu'il ait désigné le frémissement cataire ; car, à propos de l'anévrisme variqueux (il n'emploie pas cette dernière expression, mais il parle d'une veine ouverte en communication avec une artère), il dit qu'en appliquant la main sur la partie malade on sent un frémissement particulier. Dans la même séance, M. Duval fait observer que bien avant Laënnec, Roger, médecin de Montpellier, avait parlé du bruit des artères, comme on peut le voir à la page 7 du *Specimen de perpetuâ fibrarum musculorum palpitatione*, publié à Gœttingue en 1760.

---

ans la partie gangrenée le plus près possible de la partie saine; et ils ajoutent (loc. cit.) qu'on préserve alors le moignon de la pourriture « *en l'embaumant, pour ainsi dire*, avec des remèdes balsamiques. » Mais ces dernières substances sont aujourd'hui exclues de l'art des embaumemens : d'autres produits à la fois moins dispendieux et plus sûrs les ont à bon droit dépossédés de leur vieux privilége. Si donc une partie sphacelée doit avec raison être considérée comme une portion de cadavre, il est évident que la substance qui conserve le mieux les cadavres doit être préférée à toutes les autres dans la seconde période du traitement de la gangrène. En voici de nouvelles preuves :

J'ai fait naître, à l'aide de fortes ligatures, un sphacèle sur la patte antérieure de deux chiens. J'ai amputé le membre dans l'articulation huméro-cubitale de manière à avoir un moignon en pleine putréfaction ; je l'ai embaumé avec le liquide de M. Gannal, en m'y prenant comme je l'ai décrit dans l'observation précitée, et toute mauvaise odeur a disparu : j'ai pu différer à mon gré l'amputation ; les tissus mortifiés se sont parfaitement conservés ; de ramollis qu'ils étaient, ils sont devenus secs et coriacés.

Dans toute partie gangrenée, un sillon inflammatoire se creuse entre le vif et le mort ; la suppuration qui s'écoule est quelquefois un mélange de pus exhalé par la surface vivante et de matières putrides qui découlent des parties mortes ; la résorption de ce liquide est extrêmement funeste. Pour la prévenir, les praticiens recommandent de dessécher l'eschare, en la recouvrant de poudre de quinquina. Cette substance agit alors en s'imbibant de matières ichoreuses, et en *tannant* les tissus à l'aide du peu d'acide tannique qu'elle recèle. L'écorce de chêne pulvérisée, si riche en principes astringens, est ici bien préférable au quinquina. « Il a été en effet reconnu, dit Alibert (Elém. de thér., art. Chêne), que la quinine et la cinchonine étaient sans action en pareille circonstance. Il est donc inutile de faire à grands frais des pansemens avec la poudre de quinquina, lorsqu'on peut parvenir au même but avec la même certitude, en employant l'écorce de chêne. » Cette assertion surabonde de vérité : mais comme ce n'est qu'à regret que l'esprit humain secoue le joug de l'erreur, le chêne sera encore long-temps méprisé, on lui préférera encore le quinquina. Que la logique en soit blessée, que l'art en soit compromis, que l'humanité en souffre, qu'importe, pourvu que le préjugé triomphe ! Dans le cas morbide qui nous occupe, c'est donc à la poudre de chêne (1) qu'il convient de recourir d'abord ; puis, lorsque les liqueurs sanieuses auront disparu, on fera intervenir avec avantage le liquide de M. Gannal, en s'y prenant pour l'appliquer comme il a déjà été dit. Le dernier produit arrête plus rapidement la putréfaction que le tan, mais il ne s'empare pas comme lui, par imbibition, des humeurs sanieuses. L'adjonction des chlorures liquides sera parfois nécessaire pour neutraliser les miasmes.

Lorsque le malade est trop faible et incapable de supporter actuellement un travail considérable de suppuration, il est un précepte dont on ne doit jamais s'écarter : c'est de dessécher les eschares afin d'en retarder la chute. Dans ce but, les auteurs recommandent les dissolutions d'alun, de sulfate de fer et de zinc, qui agissent en raffermissant les chairs. Mais le liquide de M. Gannal étant infiniment supérieur à ces diverses substances dans l'art de conserver les tissus, c'est à lui qu'il convient de recourir. Il en sera de même lorsqu'on craindra que la chute prématurée d'une eschare ne produise quelque funeste hémorrhagie. Il ne faudra pas non plus négliger dans ces deux cas d'appliquer, comme le recommande M. Bégin, de la glace pilée autour des parties mortifiées, afin de s'opposer au développement de l'inflammation éliminatrice qui, en définitive, régit seule la chute de ces eschares.

Ce n'est, comme on le voit, que dans la gangrène humide que l'embaumement doit être considéré comme méthode thérapeutique, car dans la gangrène sèche, les tissus deviennent durs, racornis, comme momifiés, se conservant d'eux-mêmes presque indéfiniment ; on dirait qu'ils ont été desséchés après avoir longtemps macéré dans une solution de sublimé corrosif. Il est à regretter que ce sel exerce une action aussi délétère sur l'économie animale ; car minéraliser, pour ainsi dire, les chairs, ce serait assurément le meilleur de tous les agens à employer dans le traitement de la gangrène humide. Un grand nombre d'autres produits ont été tout récemment préconisés comme excellents conservateurs des cadavres ; mais par malheur beaucoup de ces produits sont très vénéneux. Aussi passerai-je sous silence l'oxide blanc d'arsenic et le deuto-hydrochlorate d'étain qui, dissous dans 20 parties d'eau, conserve les matières animales sans leur faire subir aucune altération ; j'en agirai de même à l'égard du bi-cromate de potasse, dont une solution aqueuse très étendue est propre à conserver les pièces d'anatomie sans altérer ni leur forme ni leur consistance. Je ne dirai rien non plus de la créosote, ni de l'acide pyro-ligneux. Nous signalerons au contraire le per-sulfate de fer qui, d'après M. Braconnot, remplace très bien le sublimé corrosif dans l'art des embaumemens sans exercer la terrible influence de ce sel mercuriel. Nous recommanderons encore l'*acétate d'alumine pur*, dont M. Gannal a récemment publié les merveilleux effets. Ainsi, M. Mérat rapporte qu'une solution de ce sel à 15 ou 20 degrés est supérieure au procédé antérieur de ce chimiste pour la conservation des tissus. En voici une preuve. Dans les pavillons de l'Ecole deux cadavres furent injectés d'une solution d'acétate d'alumine : au bout ce deux mois, ils étaient fort bien conservés ; les tissus étaient flétris, mais sains ; les viscères abdominaux n'avaient subi aucune décomposition ; le foie, au lieu d'être putréfié, avait contracté une sorte d'induration ; il en était de même des poumons et du cœur ; le cerveau seul était décomposé. Chez un autre sujet, cet organe était sain. Les cadavres ne sont pas soumis à la macération ; les vaisseaux distendus par les matières de l'injection laissent transsuder la liqueur qui imprègne et conserve les tissus. La quantité de solution alumineuse injectée est d'environ quatre livres.

En attendant que des recherches ultérieures assignent définitivement au persulfate de fer et à l'acétate d'alumine la brillante place que ces deux substances occuperont un jour parmi les antiseptiques, contentons-nous de consigner ici ce que l'expérience et la théorie nous ont appris concernant les services que la première découverte de M. Gannal peut rendre dans la thérapeutique des gangrènes.

Tout en se faisant que l'usage du mélange d'alun, d'hydrochlorate de soude et de nitre soit indiqué, il se présentera des cas où il sera en même temps indispensable d'implorer le secours des agens de la première classe : c'est ainsi, par exemple, que lorsque le sphacèle d'un membre n'est pas encore borné, qu'à chaque instant il envahit de nouvelles parties, il est alors rationnel d'embaumer les tissus mortifiés, et d'exciter ou de calmer par des moyens appropriés les organes encore soumis à l'influence de la vie. La sage interprétation des deux périodes signalées par Bichat ne permettra jamais de s'égarer : à son aide, on saura toujours où devront être appliqués les remèdes qui *préviennent* la mort et ceux qui arrêtent la putréfaction.

§ III. Indépendamment des services que le liquide de M. Gannal m'a rendus dans l'état morbide précité, j'en ai encore invoqué l'influence avec fruit en employant sous forme de pommade les

(1) La meilleure poudre de chêne ou tan est celle qui s'obtient de l'écorce des branches du *chêne blanc*, lorsque ses branches ont de six à huit ans.

sels qui le composent, dans les cas d'ulcères atoniques. Rien n'est plus facile d'incorporer une plus ou moins grande proportion de ces trois sels à de l'axonge récente.

Le nommé Chauvel et la femme Ballu de Villeneuve-le-Roi portaient des plaies aux extrémités inférieures ; la surface en était pâle et blafarde ; de gros bourgeons charnus fournissaient une suppuration séreuse ; la vitalité enfin n'était pas assez développée pour amener une prompte cicatrisation. Eh bien ! en recouvrant matin et soir ces solutions de continuité d'un peu de pommade composée de quatre parties d'axonge et d'une partie des sels réunis déjà cités, la guérison arriva.

Une analyse, déduite de l'expérience, m'amène à admettre que ce mélange liquide, ou sous forme de pommade, fournirait d'heureux résultats si on l'opposait aux ravages de la pourriture d'hôpital et à ceux de la stomatite gangréneuse, si fréquente chez les jeunes enfans.

Peut-être développerait-il aussi une irritation substitutive fort avantageuse en l'employant en injections plus ou moins concentrées dans le vagin : les écoulemens chroniques de ce canal et les flueurs blanches disparaîtraient peut-être alors plus facilement. Divers flux atoniques des autres membranes muqueuses pourraient encore être combattus avec succès par cet agent. La médecine elle-même trouvera dans ce liquide un puissant modificateur de certaines affections putrides. Il y a déjà quatre ans que M. Ferrus a pris l'initiative à cet égard ; les guérisons qu'il a obtenues auraient dû, ce me semble, lui donner des imitateurs. Voici comment ce célèbre professeur s'exprimait au sein de l'Académie de médecine (séance du 16 juillet 1835) : « Dans des cas de démence, de paralysie avec ulcération du gros intestin, la putréfaction est très rapide. Eh bien ! j'ai obtenu des améliorations réelles et sans aucun inconvénient, par des lavemens faits avec le liquide de M. Gannal, étendu de pareille quantité d'eau. » Voici, certes, une puissante autorité ; ces paroles descendues de la tribune académique doivent engager les lecteurs, sinon à placer quelque confiance en mon travail, mais à répéter du moins mes expériences. J'ose prédire que la science et l'humanité y gagneront.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

MM. Gélis et Conté n'ayant pas jugé à propos de se rendre à l'invitation que contenait ma première réponse, je me borne à déclarer que je m'en réfère de tous points à la lettre que je vous ai adressée le 21 janvier, et déclare *fausses et calomnieuses* les imputations de ces messieurs à mon égard.

Quelque chose qui arrive d'ailleurs, je prie ces messieurs de regarder ces lignes comme ma dernière réponse à toutes les attaques qu'ils dirigeront contre moi.

Agréez, etc.

LOURADOUR, pharmacien.

1er février 1840.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 6 FEVRIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 16, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger, 1 an, 45 f.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Sanson.

Taille hypogastrique pratiquée par M. Leroy d'Etiolles, avec les nouveaux instrumens qu'il a inventés pour cette opération.

Malgré les nombreux travaux que nous ont laissés les chirurgiens des siècles précédens sur la taille hypogastrique, M. Leroy d'Etiolles s'est demandé s'il ne serait pas possible d'apporter quelque perfectionnement à cette opération, qui semble devoir être pratiquée, à l'avenir, sur les adultes bien plus sûrement que les tailles périnéales, attendu que les circonstances qui s'opposent le plus ordinairement à l'application de la lithotritie, c'est-à-dire la grosseur de la pierre et les vices de conformation de la vessie, rendent également impossible la taille périnéale. Son génie inventif lui a suggéré l'idée de nouveaux instrumens qu'il a déjà employés avec succès depuis quelques années dans sa pratique particulière, et qui viennent d'être sanctionnés publiquement par l'application qu'il en a faite dernièrement à l'hôpital de la Pitié, grâce à l'obligeance de M. Sanson, qui a bien voulu lui abandonner l'honneur d'une opération de taille hypogastrique, qu'il devait être d'autant plus jaloux de pratiquer lui-même, que son habileté en eût triomphé aisément.

Du reste, M. Leroy a conduit la manœuvre opératoire de manière à faire regretter que la commission nommée par l'Académie des sciences pour juger ce nouveau procédé de cystotomie, n'ait pas été présente à l'opération.

A l'aide des instrumens de M. Leroy d'Etiolles, le chirurgien a le double avantage de pouvoir inciser rapidement la ligne blanche sans intéresser le péritoine, et d'éviter l'affaissement de la vessie en même temps qu'elle est divisée de dehors en dedans. Ils se composent :

1° D'une canule conductrice en forme de bec de plume, présentant un point d'arrêt transversal pour l'empêcher de pénétrer trop profondément. *Fig.* A.

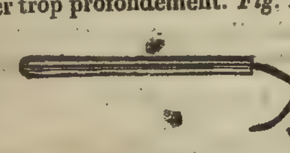


Fig. A.

2° D'un aponévrotome, qui n'est autre chose qu' is-touri courbe et lenticulé, *fig.* B,

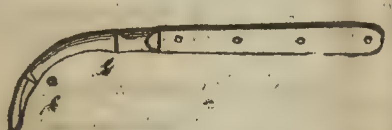


Fig. B.

qu'on engage à un certain temps de l'opération dans la rainure de la canule conductrice, ainsi que le représente le dessin ci-dessous, *fig.* C, au-dessus duquel est figuré le bec de la gouttière vue de face.



Fig. C.

3° D'un souleveur de la vessie analogue au lithomètre de M. Leroy, ou encore au percuteur de M. Heurteloup, c'est-à-dire formé de deux branches glissant à coulisse et s'écartant l'une de l'autre. La figure D, ci-dessous, représente l'instrument fermé, et la figure F le représente ouvert.

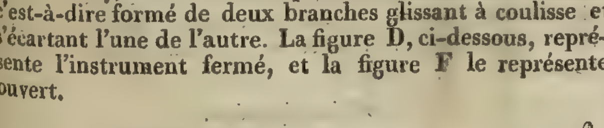


Fig. D.



Fig. F.

4° D'un crochet dilatateur et suspenseur de l'angle supérieur de la plaie, et qu'on voit reproduit ci-dessous, *fig.* H.



Fig. H.

Le crochet dont M. Leroy a fait usage à la Pitié, est beaucoup plus simple que celui-ci. Du reste, l'un et l'autre, formés de deux tiges recourbées, s'écartant latéralement, remplissent également bien le but pour lequel ils ont été imaginés. Ils diffèrent de celui du frère Côme et de celui de M. Belmas, en ce que ces derniers ne sont formés que d'une seule pièce.

Tels sont les instrumens avec lesquels M. Leroy a exécuté l'opération dont je vais rapporter les principaux détails.

Le malade qui l'a subie est un nommé Espinasse, âgé de vingt-cinq ans, fils d'un boucher de la commune de Rivière (Aveyron). Dès sa plus tendre enfance, ce jeune homme a ressenti des douleurs dans la vessie, et la plupart des autres symptômes rationnels de la formation d'un calcul urinaire. A l'entrée de ce malade à l'hôpital, le cathétérisme, pratiqué avec la sonde exploratrice à courbure courte et brusque, fit reconnaître à M. Leroy l'existence d'une pierre arrondie, dont le diamètre, apprécié en promenant le bec de l'instrument sur tous les points de la surface de ce corps, fut évalué à 20 lignes environ, évaluation qui s'est trouvée parfaitement exacte. La vessie était si fortement contractée et revenue sur elle-même, qu'elle pressait le calcul de tout côté, et rendait les mouvemens d'exploration de la sonde très-difficiles. De plus, ses parois étaient racornies et inextensibles, et tout indiquait que le développement du brise-pierre, qu'on se garda bien d'introduire dans l'intérieur de ce viscère, aurait été sinon impossible, du moins extrêmement douloureux, et vraisemblablement accompagné d'accidens funestes. La lithotritie étant jugée impraticable, l'opération de la taille fut résolue. Mais quelle taille convenait-il de pratiquer en cette circonstance ?

« Deux raisons contr'indiquaient la taille périnéale, savoir la grosseur du calcul et l'atrophie de la prostate. Quant à la coexistence chez ce malade d'un calcul volumineux avec une prostate très-petite, c'est un fait qui, selon M. Leroy, s'observe toutes les fois que la pierre existe depuis l'enfance, tandis que le contraire a lieu lorsqu'elle s'est formée dans un âge plus avancé de la vie : dans ce dernier cas, la prostate est presque constamment hypertrophiée. Comment la même cause peut-elle produire sur le même organe deux effets si diamétralement opposés ? S'il m'était permis de hasarder une explication, je dirais que dans l'enfance, la prostate, n'étant qu'à l'état rudimentaire, est étouffée dans son développement par le calcul qui pèse sur le col de la vessie ; tandis que plus tard, cet organe étant plein de force et de vie, réagit contre le corps étranger dont la présence l'importune, et *acquiert* du volume en luttant, pour ainsi dire, contre l'ennemi qui le tourmente et le froisse sans cesse. Quoi qu'il en soit de l'explication, notez le fait comme très digne d'attention.

« Je disais que la taille périnéale était contr'indiquée par la grosseur du calcul et par l'atrophie de la prostate, car on sait que l'une des premières règles de cette opération est de ne pas dépasser les limites de cette glande en l'incisant. Or, lorsque celle-ci est petite et la pierre volumineuse, il est impossible de respecter ce précepte, regardé par tous les auteurs comme très important, mais dont la valeur demanderait peut-être à être mieux appréciée : car enfin les enfans chez lesquels il est inapplicable dans la plupart des cas, vu le peu de développement de la prostate dans le bas-âge, ne guérissent-ils pas très bien de la taille périnéale? opération que M. Leroy n'a rejetée dans cette circonstance que pour obéir aux idées généralement reçues.

Quant à la taille hypogastrique, le cas certes ne lui était pas très favorable, car l'état de racornissement de la vessie s'opposant à sa distension, le point où le péritoine se réfléchit des parois abdominales sur le sommet de cette poche devait être peu distant du pubis, et on pouvait craindre de léser le repli du péritoine en incisant la ligne blanche ; mais comme ce n'était là qu'une difficulté opératoire que les instrumens de M. Leroy permettent de surmonter aisément, et qu'enfin il n'y avait d'autre ressource à offrir au malade que la taille hypogastrique, cette opération a dû être pratiquée; ses divers temps se sont succédé de la manière suivante :

1° *Position du malade et injection d'eau tiède dans la vessie.*

M. Leroy étant placé à la gauche du malade, qui était couché de manière à ce que son siége reposât sur le bord d'un matelas doublé (disposition qui devait permettre d'abaisser entre les jambes du patient le souleveur de la vessie), celle-ci fut vidée de l'urine altérée qu'elle contenait, afin d'éviter l'épanchement de liquide âcre dans le tissu cellulaire au moment de l'ouverture de la poche vésicale. Une injection d'eau tiède fut introduite dans le réservoir avec beaucoup de précaution. M. Leroy poussa d'abord une très petite quantité d'eau qu'il laissa revenir dans la seringue en abandonnant le piston de celle-ci à son propre poids, puis il introduisit de nouveau une partie de l'injection dans la vessie, qui en reçut un peu plus cette fois que la première ; puis il permit à ce liquide d'être refoulé dans la seringue pour le repousser ensuite. De cette manière, la vessie fut peu à peu distendue sans grande douleur pour le malade. Les parois fatiguées cessèrent de se contracter et permirent à une certaine quantité de liquide de séjourner dans l'intérieur du viscère.

2° *Introduction du souleveur de la vessie.*

On retira la sonde et on la remplaça par le souleveur que M. Sanson se chargea de maintenir presque horizontalement, de manière à faire ar-cbouter l'extrémité de cet instrument contre la paroi antérieure de la vessie et l'écarter un peu de la symphyse du pubis.

3° *Incision de la peau.*

L'opérateur ayant reconnu avec l'indicateur la situation du pubis et tenant de la main droite un bistouri convexe, commença l'incision de la peau au niveau du pubis et la prolongea vers l'ombilic selon la ligne médiane du corps dans une étendue proportionnée au volume présumé du calcul.

4° *Ponction et incision de l'aponévrose.*

Dès que l'aponévrose fut apparente, M. Leroy saisit de la main droite la gouttière penniforme et la plongea à deux lignes derrière le pubis, en dirigeant la pointe selon l'obliquité de cet os. Lorsque le point d'arrêt que présente cet instrument fut arrivé sur le pubis, l'opérateur prit de la main gauche le manche de la gouttière penniforme, de la droite le bistouri courbe lenticulé qu'il glissa dans la rainure de la gouttière en ayant soin d'engager la lentille sous l'aponévrose, puis il retira la gouttière, et inclina le manche du bistouri vers le pubis afin que le péritoine ne pût point s'interposer entre la lentille et l'aponévrose. Il commença alors la section de cette dernière en poussant la lame vers l'ombilic : dès que l'ouverture fut assez grande pour permettre de passer le doigt, il glissa l'indicateur jusque sous l'extrémité du bistouri afin de le diriger et de refouler le péritoine dans le cas où cela aurait été nécessaire.

5° *Ouverture de la vessie.*

La division de la ligne blanche terminée, M. Leroy déposa le bistouri lenticulé, prit de la main gauche le manche du souleveur et l'abaissa entre les jambes du patient afin de soulever la paroi antérieure de la vessie. Dès que celle-ci apparut, les deux branches du souleveur furent écartées l'une de l'autre et la tendirent solidement : l'incision de cette poche ainsi tendue s'opéra avec une rapide facilité à l'aide d'un bistouri droit qui fut dirigé de l'ombilic vers le pubis.

6. *Application du crochet et extraction du calcul.*

La vessie ouverte, le souleveur fut retiré, et on engagea dans l'angle supérieur de la plaie le crochet avec lequel un aide put maintenir soulevés et écartés l'un de l'autre les deux bords de l'incision. Alors l'extraction du calcul fut faite avec une curette en forme de cuiller que M. Leroy glissa sous la pierre, et dont il se servit comme d'un levier en même temps que M. Sanson, d'un autre côté, soulevait le bas-fond de la vessie avec un doigt engagé dans le rectum : l'extraction du calcul fut rendue un peu laborieuse par le racornissement de la vessie et par la rigidité des muscles droits qui, en se contractant sans cesse, tendaient les bords de la plaie et les rapprochaient l'un de l'autre. M. Leroy d'Etiolle n'a pas voulu faire la section transversale de quelques fibres de ces muscles, parce qu'il en résulte toujours un écoulement de sang plus ou moins considérable qui s'épanche dans le tissu cellulaire, et qui peut compromettre *peut-être* le succès de l'opération. Je dis peut-être ; car, qui sait si le sang, en s'accumulant dans le tissu cellulaire et s'y coagulant en un caillot qui d'ordinaire n'est résorbé qu'après 24 ou 34 heures, ne deviendrait pas une sorte d'obstacle à l'infiltration urinaire? Mais, d'un autre côté, qui peut assurer que ce caillot ne s'opposerait pas au gonflement inflammatoire, et ne produirait pas aux environs de la plaie une irritation défavorable? C'est là une question qui n'a point encore été soulevée, que je sache, et que l'expérience seule est appelée à résoudre.

Nature du calcul.

M. Leroy d'Étiolle partant de ces deux faits : que le calcul existait depuis l'enfance, et que la sonde en avait détaché quelques petits fragmens, avait annoncé qu'il était formé d'oxalate de chaux au centre et de phosphate cal-

caire à la circonférence. L'opération a justifié ce diagnostic.

La nature chimique de ce calcul est une chose digne de remarque, attendu que le malade qui le portait, étant fils d'un boucher, avait été nourri presque constamment de viande dans son enfance. Or, d'après les idées qui ont cours aujourd'hui, ce n'est pas un calcul d'oxalate de chaux qui aurait dû se développer sous l'influence d'une pareille alimentation, mais bien un calcul d'acide urique ; car les concrétions de ce dernier genre sont regardées, vous le savez, comme le résultat d'une nourriture azotée, et les concrétions d'oxalate de chaux comme le résultat du régime végétal. Cela ne prouve-t-il pas que la science est loin d'avoir le dernier mot sur les véritables causes de l'origine des divers calculs, et que les théories ingénieuses et savantes qui ont été avancées à ce sujet ne sont pas toujours satisfaisantes en face de l'observation.

Suites de l'opération.

La plaie fut pansée simplement avec linge, cérat et charpie ; et une sonde de gomme élastique fut placée dans l'urètre pour donner issue à l'urine. Je dois faire remarquer que le raccornsement de la vessie et la rigidité des muscles droits ont empêché M. Leroy d'Etiolle de mettre à exécution la partie la plus importante de son procédé, qui consiste à passer un fil de caoutchouc semblable à ceux des bretelles, dans chaque bord de la division, lequel fil remplace le crochet, si l'on veut, pendant l'opération, et sert ensuite, étant noué sur une sonde de gomme élastique placée à plat en travers de la plaie, à maintenir les parois de la poche soulevées : de cette manière, la vessie n'a aucune tendance à s'affaisser ; elle continue à former un réservoir où l'urine est retenue, sans possibilité de s'écouler à travers la plaie et de s'infiltrer dans le tissu cellulaire. Cette partie de l'opération n'ayant pu être exécutée, on plaça seulement dans l'urètre une sonde de gomme élastique, par laquelle la totalité de l'urine s'écoula pendant les premières 48 heures ; pas une goutte ne passa par la plaie. Par conséquent, la présence de cette sonde a eu un très bon résultat, puisque c'est surtout dans les deux premiers jours qui suivent l'opération que ces infiltrations urinaires peuvent avoir lieu et devenir funestes ; malheureusement elle ne continua pas de fonctionner, et il a fallu l'enlever le onzième jour. A cette époque on s'aperçut d'un abcès dans le scrotum, abcès dont l'ouverture donna issue à une grande quantité de pus, et fut suivie de la formation d'une eschare qui détruisit la paroi inférieure de l'urètre vers la racine de la verge ; cet accident nécessitera de réintroduire une sonde dans ce canal, afin de prévenir son oblitération. A partir du jour de l'ouverture des abcès, la fièvre, qui avait été assez intense jusqu'à ce moment, tomba tout à coup, et un mieux général se manifesta.

Il y a vingt-huit jours que l'opération a été pratiquée, et dans ce moment les plaies de l'hypogastre et du périnée sont vermeilles ; la suppuration est de bonne nature ; l'appétit est revenu, et tout annonce que l'opération, dont je ferai connaître plus tard le résultat définitif, sera couronnée d'un heureux succès.

M. Faurattier.

HOTEL DES INVALIDES. — M. Pasquier.

Revue du service.

Plaies contuses des tégumens du crâne.

Le commencement de chaque mois, époque à laquelle se fait la solde des militaires invalides, ne manque jamais d'amener à l'infirmerie de l'Hôtel un certain nombre de plaies de tête ; à plus forte raison, ceci arrive dans les mois d'hiver et surtout au commencement de l'année. Ce qui veut dire, en d'autres termes, que les chutes qui donnent lieu à ces plaies arrivent par suite de trop larges libations, circonstance qui ne manque pas d'aggraver les conditions des blessés.

Une chose digne de remarque cependant, c'est que ces plaies, si graves déjà par elles-mêmes, par suite de la nature des tissus sur lesquels elles siègent et des organes dans le voisinage desquels elles existent, gravité qui est en outre augmentée par l'âge très avancé des sujets ; il est digne de remarque, disons-nous, qu'en général non-seulement elles se terminent d'une manière heureuse, mais que presque jamais elles ne s'accompagnent des accidens propres à ces plaies, tels que l'étranglement, l'inflammation du cuir chevelu, intense au point de revêtir la forme érysipélato-phlegmoneuse, celles des organes intra-crâniens, etc., etc.

Il est facile de donner l'explication de ce fait : les chirurgiens et médecins militaires, en effet, sont un peu plus maîtres chez eux que les chirurgiens et médecins des hôpitaux civils ; non qu'ils n'aient, eux aussi, à lutter quelquefois contre les inévitables conseils d'administration, mais parce qu'étant plus unis, ils peuvent mieux s'entendre d'abord entre eux et se faire enfin entendre des autres. Il résulte de cela qu'étant les interprètes des besoins des malades auprès du conseil, interprète compétens d'ailleurs sous le rapport de la science aussi bien que sous celui de l'autorité ; car le conseil ne saurait fermer l'oreille à leur voix unanime, lorsqu'elle se lève pour défendre les intérêts de ces vieillards souffrans dont le nom s'allie si intimement à notre gloire militaire ; il résulte que ces derniers sont entourés de tous les soins hygiéniques que leur état réclame, soins dont les malheureux blessés des hôpitaux civils sont entièrement dénués.

Il faut tenir compte ensuite de l'exactitude avec laquelle s'accomplit le service intérieur des infirmeries ; tout porte l'empreinte de ces devoirs militaires que l'on appelle discipline qui impriment aux soldats des mœurs à part et auxquels les infirmiers, et nous dirions presque même les sœurs de charité, doivent se conformer ; là tout se meut par le flanc droit ou par le flanc gauche, selon l'ordre du jour, et tout s'exécute heure militaire. Le cataplasme de tel numéro n'est pas changé une minute plus tard que le cahier de visite ne le prescrit ; il présente d'ailleurs le degré de température, l'épaisseur et les dimensions indiquées par le chef du service. La température des salles est uniforme, constante, et jamais le thermomètre ne marque moins de 13 degrés au-dessus de 0. Les gilets de flanelle, la rôtie, le chocolat, le sucre, etc., etc., rien ne manque pour les malades lorsque le besoin existe, et ainsi des autres choses ; mais aussi l'administration peut suffire à toutes ces dépenses, d'abord parce qu'elles sont nécessaires, et en second lieu parce qu'elle n'en fait jamais d'inutiles.

Voilà quelques motifs qui font que les maladies des militaires se guérissent, toutes choses égales d'ailleurs, mieux que dans les hôpitaux civils. Revenons aux plaies de tête.

Première observation. Le 2 janvier dernier est entré, au n° 14 de la salle de la Valeur, le nommé Prevost (Charles), âgé de soixante-deux ans ; il a fait une chute la veille, et présente une plaie au côté gauche du sommet de la tête, à lambeau, ayant sa base dirigée en bas. Au moment de la chute, il a perdu connaissance pendant quelques instans ; pas d'hémorrhagie grave.

Entré à l'infirmerie, la plaie fut détergée, et les bords rapprochés à l'aide de bandelettes agglutinatives. Pas de fièvre.

Le lendemain et le surlendemain, saignée de quatre palettes ; diète. Au troisième jour, il se développe un point pleurodynique avec toux, douleur à la pression ; pas de céphalalgie, à part un peu de douleur au lieu de la plaie : application de 25 sangsues.

Au cinquième jour, la plaie est en partie réunie par première intention ; dans le reste de son étendue, la suppuration est bien établie ; amélioration du côté de la poitrine. Application d'un vésicatoire entre les épaules ; soupe.

Les jours suivans, la cicatrisation marche régulièrement ; au huitième jour, on lui accorde le quart. On augmente ensuite les alimens.

Le 24 janvier, la cicatrisation est presque achevée ; le malade se lève et se sent fort.

Deuxième observation. Leclerre (Pierre), soldat, âgé de soixante-sept ans, est entré, le 17 décembre, au n° 31 de la salle de la Valeur, à la suite d'une chute qui avait déterminé une plaie étoilée du cuir chevelu, siégeant à la partie postérieure gauche ; il n'a pas perdu connaissance au moment de la chute.

Le lendemain de son entrée à l'infirmerie, il a été purgé, et on lui a pratiqué une saignée de quatre palettes. Depuis lors il n'est pas survenu le moindre accident, et la cicatrisation s'est effectuée sans entrave ; elle était entièrement achevée le 18 janvier.

Troisième observation. Lefol (Michel), soldat, âgé de soixante-sept ans, est entré le 14 janvier au n° 39 de la salle de la Valeur, par suite d'une plaie de tête linéaire siégeant au niveau de bosse pariétale gauche, arrivée à la suite d'une chute faite la veille. Il ne présentait pas d'accélération du pouls ni aucune espèce d'accident : une saignée de quatre palettes fut néanmoins pratiquée le lendemain, et le blessé fut purgé. Dans ce cas, la guérison de la plaie a été obtenue par première intention. Lefol était tout-à-fait rétabli le 22 janvier.

Quatrième observation. Pénot (Pierre), soldat, âgé de soixante-sept ans, est entré le 8 janvier au n° 75 de la salle de la Valeur, par suite d'une chute sur le front faite la veille ; il portait une plaie linéaire à la partie inférieure et externe de la bosse frontale droite, qui fut détergée et les bords rapprochés à l'aide de bandelettes agglutinatives. Saignée de quatre palettes ; pas de fièvre ; diète. Le malade avait perdu connaissance au moment de la chute.

Pendant cinq jours le blessé accuse une légère douleur locale : pas de céphalalgie. La plaie s'est réunie par première intention dans presque toute son étendue ; il ne reste qu'un point de suppuration peu étendu, qui se trouve entièrement cicatrisé le 24 janvier.

— On ne saurait s'attendre à des résultats favorables plus prompts chez des vieillards surtout pendant l'hiver. On sait, en effet, que, sous l'influence d'une température froide et humide, les plaies ne font que des progrès lents vers la cicatrisation. Ici on a su éviter ces obstacles, et, dans les cas où la réunion immédiate n'a pas été obtenue, la membrane pyogénique n'a pas tardé à se former et la guérison par seconde intention s'est effectuée avec promptitude.

On a peut-être prévenu les accidens inflammatoires extra-crâniens et intra-crâniens à l'aide des saignées et du régime ; mais la diète n'a pu être prolongée que peu de temps dans tous les cas, car ces vieux militaires la supportent très-mal, et rien ne les impatiente autant que la diète absolue.

Dans le cas où la plaie affectait la disposition à lambeau, les bandelettes agglutinatives ont suffi pour maintenir celui-ci, et l'on n'a pas eu besoin de recourir au point de suture, avec la précaution préalable conseillée par J.-L. Petit de traverser la base du lambeau d'un coup de bistouri, pour prévenir l'accumulation des liquides au-dessous de lui.

HOTEL-DIEU.

Recherches statistiques envisagées principalement sous le rapport de la statistique.

Les salles dans lesquelles ont été faites ces recherches à l'Hôtel-Dieu en 1830, portent le nom de Sainte-Marthe pour les hommes et Sainte-Jeanne pour les femmes. Sur ces 699 malades, voici la classification des affections dont ils ont été atteints :

Voies digestives.

Gastrite,	3	Engorgement de la rate.	1
Entérite,	10	Hernie,	1
Gastro-entérite,	28	Stomatite,	1
Hépatite,	7	Embarras gastrique,	2
Angine,	4	Colique de cuivre,	1
Hémorrhoïdes,	1	Diarrhée,	1
Constipation,	3	Péritonite,	4
Colique de plomb,	3	Métro-péritonite,	3
Hernie crurale,	1	Cancer de l'estomac,	1
Hernie inguinale,	1	Cancer utérin,	2
			33

Lésions des organes thoraciques et respiratoires.

Phthisie pulmonaire,	48	Pleuro-pneumonie,	2
Bronchite,	39	Apoplexie du cœur,	6
Maladie du cœur,	5	Pleurodynie,	3
Pleurésie,	8		
			111

Fièvres.

Fièvre quotidienne,	4	Fièvre éruptive,	2
Fièvre inflammatoire,	1	Variole,	4
Fièvre tierce.	4	Fièvre quarte,	1
Fièvre intermittente,	4	Fièvre entéro-mésentérique,	9
Fièvre anomale,	1	Fièvre ataxo-adynamique,	3
Fièvre ataxique,	1		
			34

Système nerveux.

Paralysie,	3	Congestion cérébrale,	1
Encéphalite,	3	Paralysie de la langue,	1
Céphalalgie,	2	Hémiplégie,	2
Plaie de tête,	1	Otite externe,	1
Coup de sang,	1		
			15

Locomotion.

Douleurs rhumatismales,	13	Chute sur les reins,	1
Courbature,	15	Lumbago,	5
Engelure,	5	Douleur vague,	1
Douleur des jambes,	1	Tremblement,	1
			42

De ces 1699 malades il en est mort 152 qui ont présenté les altérations d'anatomie pathologique suivantes :

Voies digestives.

Entérite,	10	Cancer utérin,	1
Gastro-entérite,	44	Squirrhe du pancréas,	1
Péritonite,	3		
			59

Affections des organes thoraciques et respiratoires.

Pneumonie,	5	Maladie du cœur,	13
Bronchite,	10		
			28

Maladies du système nerveux.

Méningite,	1	Affection cérébrale,	4
Hémiplégie ancienne,	1	Encéphalite,	1
Apoplexie,	5		
			12

Peau, exhalation, sécrétion.

Erysipèle phleg. des lèvres;	1	Erysipèle gangreneux des membres inférieurs,	2
Erysipèle,	2		
Erysipèle de la face,	2		
			7

Ce qui porte la somme des morts à 152, et la mortalité

699) 152 / 4
91
———
152

Un autre service, dont nous mettrons les résultats avec ceux qui précèdent, se compose également de deux salles et portent sur 1649 malades, salles Saint-Joseph et Sainte-Monique, observés en 1829, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Guéneau de Mussy. De ces 1649 sujets, 286 sont morts ; nous rangeons dans l'ordre suivant leurs lésions cadavériques :

Voies digestives.

Gastrite entérite, gastro-entérite,	167	Ptyalisme essentiel merc.,	1
		Colique vague,	10
Cancer de l'estomac,	7	Fluxion par carie dentaire,	2
Indigestion,	1	Constipation opiniâtre,	4
Embarras gastrique et intestinal,	15	Tœnia,	2
		Hémorrhoïdes,	3
Etranglement interne,	1	Coliques de plomb,	2
Dysenterie,	2	Hernie étranglées ou non,	5
			140

Faisons connaître maintenant les phénomènes observés pendant la vie.

Fièvres continues.

Simple ou légère,	105	Bilieuse,	3

Catarrhale,	1	Ataxo-adynamiques,	5
Miliaire,	1		
			115

Fièvres intermittentes.

Quotidienne,	30	Quarte,	4
Tierce,	27	Irrégulière,	1
Double-tierce,	1		
			63

Système nerveux.

Douleur sciatique,	13	Hystérie,	14
Commotion, congestion, apoplexie cérébrale,	13	Hypochondrie,	10
Céphalée,	8	Epilepsie,	8
Affection nerveuse non caractérisée,	5	Paralysie du rectum et de la vessie,	1
Encéphalite, arachnitis divers,	5	Paralysies diverses,	8
Contorsion clonique surtout des dorso-lombaires,	2	Érythème palm. et plant.,	21
		Tremblement mercuriel,	1
		Hydrocéphale aiguë,	2
		Chorée,	1
			115

Système locomoteur.

Péritonite,	10	Métro-péritonite puerpér.,	10
Rhumatismes divers,	135	Grossesses,	8
OEdème des membres inf.	11	Métrorrhagie,	7
Hydrarthrose du genou,	3	Aménorrhée,	7
Gibbosité dorsale,	1	Cancer utérin,	14
Foulure du poignet,	1	Tum. enkyst. des ovaires,	2
Relâchement des symph.,	1	Fistule vésico-vaginale,	1
Tumeur blanche,	2	Non menstr. impuberté,	4
Suites de couches,	85	Hydrocèle,	2
Fausses couches,	12	Rétroversion de la matrice,	2
Métrite hors l'état puerpér.,	11		
			254

Organes thoraciques et respiratoires.

Pneumonies,	90	Gangrène sénile du pied,	1
Pleurésies,	45	Anémie générale,	1
Phthisie pulmonaire,	107	Palpitations nerveuses,	1
Bronchite,	130	Pléthore sanguine,	9
Hémoptysies,	3	Varices,	1
Hydrothorax, empyème,	2	Péricardite,	1
Maladies diverses du cœur,	34		
			433

Système reproducteur.

Suites de couche,	85	Aménorrhée,	19
Fausse couche,	12	Cancer utérin,	14
Métrite hors l'état puerpéral,	11	Tumeur enkyst. des ovaires,	2
Métro-péritonite puerpér.	10	Non menstruat., impuberté,	4
Grossesse,	8	Hydrocèle,	2
Métrorrhagie,	7	Rétroversion de matrice,	1
			177

Organes des sens.

Otite,	2	Ophthalmie,	4
Épistaxis,	1		
			7

Sécrétions.

Ictère,	9	Affection du foie,	9
Ascite,	5		
			23

Maladies sans lésion spéciale ou déterminée.

Courbature,	43	Malades mourans,	2
Age critique,	8	Vieillesse, misère,	6
			59
		Total général,	1,649

Exposons maintenant les 286 cas de mort.

Canal digestif.

Entérite, gastro-entérite,	14	avec perf. du pylore et périt.	1
Gastro-entér. et périt. chron.	13	Hématémèse,	1
Cancer de l'estomac,	14	Etranglement intest. interne,	1
Cancer de l'estom. et du foie		Rétréciss. syphil. du rectum,	1
			44

Appareils thoracique et respiratoire.

Pneumonie,	38	Épileps. sans lés. apparente,	[illegible]
Pneumonie avec bronchite,	1	Hémipleg. sans lés. appréciab.	1
Bronchite aiguë,	1	Adynamie sénile,	1
Emphysème pulmonaire,	1	Parap. par comp. de la moelle,	1
Apoplexie pulmonaire,	1	Affect. céréb. non détermin.	1
			47

Peau, exhalaison.

Inflamm. des org. urinaires,	1	Ictère avec dégénérescence,	1
Tuberc. miliaires des poumons	1	Erysip. phleg. des memb. inf.	1
Alteration partic. de la lame interne du diploé du crâne,	1	Érysip. gangrén. de la cuisse avec gastro-colite chronique,	1
Affections organ. du foie,	4	Péritonite,	3
			13

Organes de la réproduction.

Cancer utérin,	2	de l'uretère droit,	1
Cancer utérin avec inflamm.		Métro-péritonite puerpérale,	1
			4
		Total général,	286

Le chiffre de la mortalité se trouve donc ainsi représenté :

$$1{,}640\left\{\frac{286}{6}\right.$$

013

Et se trouve ainsi un peu moins élevé que celui de l'année 1829 ; cependant, comme pour l'année 1829, le nombre de malades (1649) et morts (286) est environ une fois plus considérable que le chiffre des entrées (699) et morts (152) en 1830, on peut dire que la mortalité a été à peu de chose près la même.

H. M.

Académie de Médecine. — Séance du 4 février.

Cancer de la matricc. — *M. Recamier* fait un rapport sur un travail de M. Jacquot relatif à l'emploi de l'alun dans le traitement du cancer de la matrice. L'auteur a donné l'alun intérieurement à la dose de 10 centigrammes jusqu'à 1 gramme par jour, dans une potion, et en injections à la dose de 16 grammes par demi-kilogramme d'eau.

Sous l'influence de ce traitement, il a vu la métrorrhagie, la leucorrhée, les douleurs hypogastriques et la dyspepsie, symptômes qui accompagnaient la maladie, disparaître, et les malades guéris au bout de deux mois de traitement. Cinq malades ont été traités et guéris de la sorte par M. Jacquot. Ces faits paraissaient au premier abord très consolans, mais il restait à vérifier d'abord l'exactitude du diagnostic. Or, il résulte de l'examen des maladies présentées par l'auteur que l'existence du cancer était plus que douteuse, et qu'il n'avait traité que des affections d'une autre nature. Des expériences d'ailleurs tentées par M. Récamier dans des cas de cancer utérin bien caractérisés n'ont donné aucun résultat positif, de sorte qu'il reste bien démontré pour M. le rapporteua que M. Jacquot s'était fait illusion dans les guérisons qu'il croyait avoir obtenues. M. Récamier cependant se plaît à reconnaître que l'usage de l'alun à haute dose a été utile pour arrêter les métrorrhagies et dissiper la dyspepsie. (Remerciemens.)

— *M. Dupuy* rapporte que dans un temps Dupuytren ayant voulu s'assurer si le cancer était contagieux, a nourri pendant quelque temps des chiens avec de la matière cancéreuse. A l'autopsie on a trouvé deux tumeurs dures dans les parois de l'estomac, et l'on a cru un instant à la présence d'un squirrhe : mais ayant été ouvertes, on a vu qu'il s'agissait tout simplement de deux kystes vermiculeux.

Lactate de fer. — *M. Bouillaud* fait un rapport favorable sur un travail de M. Gelis et Conté relatif à l'emploi du lactate de fer contre les affections chlorotiques. Des expériences nombreuses ont été faites à la clinique de M. Bouillaud avec les plus heureux résultats. Cet habile observateur s'est assuré que le lactate de fer est supérieur aux carbonates de la même base, et que les pastilles préparées par MM. Gelis et Conté méritaient la préférence sur les autres préparations. Il conclut en proposant qu'on adresse une lettre de remerciemens aux auteurs et qu'on insère leur travail dans le Bulletin de l'Académie.

M. Boullay ne trouve pas cette forme de rapport convenable pour la dignité de l'Académie ; il craint les exploitations industrielles qu'on ne manquera pas d'en faire, en s'appuyant sur l'approbation de l'assemblée.

M. Guibourt parle dans le même sens.

M. Delens aurait désiré qu'on eût fait des expériences comparatives avec les pilules de M Blaud et le lactate de fer. Pour lui, tous les sels de cette base conduisent à peu près au même résultat : le lactate peut guérir tout aussi bien que les autres sels de fer, mais pas mieux.

En conséquence, il propose que l'Académie ne se prononce pas en faveur du nouveau sel avant que des expériences comparatives soient faites, car jusqu'à présent, les pilules de M. Blaud n'ont pas perdu de l'efficacité que l'Académie leur avait reconnue.

M. Londe demande que les conclusions du rapport soient modifiées dans le sens de l'amendement proposé par M. Boullay.

M. Bouillaud répond que s'il est venu faire l'éloge du lactate de fer, il ne s'y est décidé qu'après une longue expérience clinique, et dans le seul intérêt de la science. Il déclare qu'en remplissant la mission qui lui a été confiée par l'Académie, il a dû ne s'occuper que du fait clinique, faire connaître consciencieusement sa conviction et mettre de côté toute considération sur l'abus qu'on pourrait faire de l'approbation de l'Académie. Si la chose est bonne, utile pour la pratique, il faut le dire, afin que tout le monde en profite. On sait que je ne suis guère complaisant dans ces sortes de jugemens. Quant aux expériences comparatives dont parle M. Delens, elles ont été faites, et c'est d'après elles que nous avons été porté à reconnaître la supériorité du lactate de fer. Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

— *M. Lisfranc* présente une femme sur laquelle il a pratiqué avec succès la désarticulation de la moitié gauche de la mâchoire inférieure, pour une tumeur énorme qui s'étendait jusqu'aux apophyses vertébrales. du même côté, et cachait complètement les carotides. L'opération a été délicate et difficile, et elle a été exécutée avec toute la prévoyance, l'habileté et le succès qu'on pouvait attendre.

Nécroses. Sécrétions périostales. — *M. Gerdy* fait un rapport sur une pièce osseuse intéressante présentée à l'Académie. Nous publierons ce rapport, qui renferme des remarques intéressantes.

Varicocèle. — *M. Ricord* lit un travail intitulé : Nouveau procédé pour guérir le varicocèle et les varices. (Nous en parlerons à l'occasion du rapport.)

— *M. Bouvier* présente un cerveau de vieillard offrant des hydatides à sa surfaee supérieure.

— *M. Blandin* présente une femme sur laquelle il a pratiqué une opération remarquable d'autoplastie d'après un nouveau procédé. Il s'agit de la formation de la cloison nasale qu'il a formée aux dépens des tissus de la lèvre supérieure, sans torsion du lambeau ; la muqueuse labiale a été convertie en tissu dermique, et la chose a parfaitement réussi. Ce fait introduit un principe nouveau dans la pratique de l'autoplastie, et pourra rencontrer d'heureuses applications.

CHRONIQUE.

En examinant quelques dispositions dn nouveau réglement pour le service de santé dans les hôpitaux relatives aux élèves externes, nous avions bien raison de dire, dans notre feuilleton du 19 décembre, qu'il en résulterait parmi ceux-ci tant de dégoût pour un concours devenu de plus en plus insignifiant, que le nombre des candidats inscrits et nommés ne serait pas suffisant pour assurer le service.

Ce que nous avions prévu arrive : un avis de l'administration, publié ces jours derniers, engage tous les élèves qui veulent bien profiter des avantages que donnent les modifications faites aux articles 8 et 54 du réglement, c'est-à-dire faire *dans les hôpitaux* un service bénévole pendant six mois et gagner ainsi le droit d'inscription au concours pour l'internat, à venir déposer au secrétariat les pièces demandées, et recevoir leur carte d'admission dans les établissemens auxquels ils seront attachés. Mais, il faut bien le dire, un grand désappointement les attend : on abuse contre eux des termes rigoureux et ambigus de l'article 54, qui impose *un service régulier et satisfaisant* DANS LES HOPITAUX. Sous prétexte que, dans la rédaction, on a oublié de mettre *hôpitaux excentriques*, on ne place que ceux qui se présentent qu'à la Salpêtrière, St-Louis, Beaujon, Necker, etc. Ce n'est pas que nous voulions nous élever contre cette mesure, car autrement l'injustice serait trop criante si tous les désavantages restaient aux externes nommés au concours. Mais ce qu'il faut remarquer, c'est que l'administration n'a pu, dans tous ses arrangemens, qu'éveiller d'abord des réclamations dont elle semble aujourd'hui reconnaître la valeur, mais auxquelles elle ne peut satisfaire qu'au moyen d'explications qui, en définitive, ne servent qu'à prêter davantage matière à la critique, et à augmenter encore le nombre des mécontens.

ESSAI SUR LA THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES FRACTURES ;

Par Mathias Mayor.

(Suite du n° 12.)

Toutefois, et malgré cette illusion et cette prévention si naturelles, il conviendra d'apporter quelques modifications essentielles au moyen contentif, quel qu'il soit, que chacun affectionne de préférence. Tous, en effet, sont défectueux, et pèchent par plus d'un vice radical, qu'il est fort heureusement possible de modifier plus ou moins. Au nombre de ces modifications indispensables, je dois citer, en toute première ligne, celles qui se rapportent « à plus de simplicité, à une pression plus inoffensive, à une plus grande facilité et commodité de pansement et de mouvemens divers, à une surveillance plus régulière, à une sécurité plus parfaite, à l'observation plus exacte des règles de la mécanique, et à une combinaison plus sage de cette dernière, avec tout ce que réclament les tissus vivans, sensibles et délicats qui entourent le système osseux. »

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet, et je dois renvoyer, pour les moyens d'exécution et les détails d'application, à mon Nouveau système de déligation, seconde édition, ou à la soi-disant *troisième* de Germer Baillière, laquelle n'est qu'une contrefaçon tronquée de mon ouvrage. On y trouvera aux articles Hyponarthécie, Attelles, Remplissages, Amputation dans les fractures, etc., etc., des données pratiques qui ressortent du travail actuel, et qui tendront à l'éclairer mieux. Je citerai encore le chapitre Appareil inamovible de ce même livre, et ceux sur ce même sujet qui sont insérés dans l'Expérience, et dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales de mai dernier.

Art. VIII. — *De l'application au traitement des fractures du fil de fer et du coton.*

L'appareil à fracture, composé d'une gouttière en fil métallique et d'une épaisse couche de coton, est celui auquel j'ai constamment recours, lorsque je puis me dispenser de l'hyponarthécie. Il réunit, en effet, les avantages suivans, qu'on ne peut lui contester ; et il n'a *aucun* des inconvéniens qu'on doit justement reprocher à *tous* les appareils connus :

1° L'application immédiate du coton cardé sur les tégumens les met, ainsi que les tissus saus-jacens, à l'abri de toute compression intempestive ou rude, de toute injure fâcheuse ; et comme ces parties sont toujours plus ou moins lésées, contuses et douloureuses, ce premier résultat du coton ne peut que sourire au praticien.

2° Soit que le coton cardé ait un effet plus ou moins *hyposthénisant*, ou que ses avantages se résument à protéger le plus heureusement possible les organes qu'il recouvre contre l'action nuisible de l'air et des corps ambians, ainsi que contre les variations trop brusques et pernicieuses de température, toujours est-il que les engorgemens phlogistiques, les irritations cutanées, les épanchemens de *tous genres*, etc., se résolvent, assez vite et bien, sous la seule influence de cette précieuse production végétale, et des efforts auxquels la nature peut se livrer *paisiblement*.

3° Ce corps se prête admirablement encore à entourer, en tous sens, promptement, facilement et toujours *très légèrement*, chacune des parties des extrémités qui est le siége d'une fracture.

4° Grâce à son élasticité, à sa légèreté et à l'innocuité de son contact avec le tégument commun, cette commode et belle substance peut transmettre sur ce dernier un très haut degré de pression sans qu'il en soit trop incommodé.

5° La gouttière en fil de fer, comme tous les autres moyens résistans et rationnels, lorsqu'ils sont placés sur une couche de coton, peuvent donc être serrés avec toute la force désirable sur chaque membre cassé, afin d'assurer l'immobilité des fragmens, et sans que les parties molles cessent d'être suffisamment protégées contre le résultat plus ou moins fâcheux de la présence et de la vive pression des corps durs qui font l'office d'agens tutélaires de l'os brisé (d'attelles).

6° La complication d'une fracture avec une assez forte inflammation, avec une tuméfaction croissante, avec un érysipèle, des plaies déchirées, une gangrène imminente, etc., ne contre-indique en aucune manière le pansement avec le coton cardé ; car *a* les avantages de ce corps, en ésence même de ces affections pathologiques, ressortent précisément même de ce qui vient d'être dit à l'art. 2 ; *b*, les topiques les plus variés peuvent constamment être mis en usage conjointement avec le coton ; *c*, la couche plus

ou moins épaisse de ce dernier s'enlève et se réapplique avec tant de facilité, de rapidité et si peu d'embarras, que les pansemens peuvent être renouvelés aussi souvent qu'on le juge nécessaire, utile ou prudent.

Je viens de prononcer le mot de *topique*. Or, chacun, dans les fractures, fera bien d'avoir le sien, et qui soit en rapport avec l'idée qu'il se forme de son action et de l'effet qui devra être produit. En voici un dont nous faisons un très grand usage à l'hôpital de Lausanne, dans les cas de contusions, avec ou sans complication de fracture, et chaque fois que nous tenons à hâter la résolution de certains épanchemens. Nous avons donc recours à ce liniment dans quelques-unes des circonstances où nous faisions usage, autrefois, de sangsues ou de ventouses, de cataplasmes ou d'autres moyens soi-disans antiphlogistiques; et il nous a paru que son association avec le coton donnait à celui-ci une plus grande vertu résolutive.

Ce composé consiste en parties égales d'huile d'olive ou d'amandes, de camphre ou d'éther sulfurique. On peut sans doute en modifier les proportions normales, mais je ne connais rien de plus actif et de plus commode, dans une foule de cas faciles à deviner. Nous l'employons donc aussi dans les fractures, et il est bien facile, soit avec le coton et la simple gouttière métallique, soit avec l'hyponarthécie, de faire une ou plusieurs embrocations par jour avec cette espèce de panacée.

C'est là du moins un des profits dont se privent bien gratuitement, et de gaîté de cœur, tous les amateurs de l'inamovibilité..... quand même! Je suis peiné, pour eux et pour les patiens soumis à leurs soins, qu'ils ne veuillent tenir aucun compte de l'action quelconque de certains médicamens externes, dans quelques cas de fractures, quoique, très probablement, ils croient devoir prodiguer en toute conscience ces mêmes agens pharmaceutiques dans d'autres circonstances beaucoup moins graves, et lorsqu'il n'existe pas de solution de continuité osseuse. Mais j'aurais tort d'insister davantage sur une pareille inconséquence médico-chirurgicale, après tout ce que j'ai déjà dit sur ce sujet dans plus d'un endroit de ce mémoire.

Si cette négligence impardonnable ne produit pas toujours les fruits les plus amers, c'est, nous dit-on, qu'on ne se fait pas faute, au besoin, de couper en deux le rude cuissard ou brassard, et d'en composer, de la sorte, un bivalve fort commode, qui peut se fermer et s'ouvrir à volonté. C'est fort bien! mais on ne nous révèle nulle part qu'on profite de cette facilité que présente le moyen, pour interposer quelque corps mollet, souple et léger, entre l'inflexible et dur entourage et les délicats tissus sous-jacens. Et pourquoi ce manque total de soins et d'attention à l'égard de ces derniers? Ici encore, je ne dois pas répéter ce que j'ai dit ailleurs et à satiété, sur cette autre grave inconséquence clinique.

Le fil de fer, comme agent de résistance, l'emporte également sur tous les moyens connus de contention: d'un côté, par sa légèreté, par l'aptitude qu'il présente à se mouler sur les contours de chaque partie, afin d'en suivre et d'en prendre bien exactement les inflexions diverses et de les emboîter solidement; et, d'autre part, par la facilité qu'on éprouve de le préparer et de l'ajuster à tous les cas donnés. C'est que le fil de métal est un des agens les plus commodes du *dessin linéaire*, et qu'il a la précieuse prérogative de matérialiser ce dessin, de le solidifier et de le mettre en relief réel, palpable, résistant, et dans *l'espace*. (*Voyez* mon travail sur l'Usage en chirurgie du fil de fer et du coton.)

(*La suite à un prochain numéro.*)

Gangrène sèche (sénile) *chez un enfant de trois ans et demi.*

William Chandle, habituellement bien nourri, fut présenté à l'hôpital Saint-Thomas, service du docteur Solly; il était affecté d'une gangrène avancée de la jambe gauche et des deux bras. Trois jours auparavant, l'avant-bras droit mortifié s'était détaché spontanément au niveau du coude; mais la gangrène avait marché au-dessus de l'articulation, et, dans ce point, un travail d'élimination s'établit; le pied gauche s'était complètement détaché au-dessus du coude-pied, laissant à nu les extrémités osseuses. Au pied droit, les phalanges du deuxième et troisième orteil étaient tombées. Le docteur Solly apprit de la mère de l'enfant que la maladie avait débuté, au mois d'août 1838, par le pied, qui était devenu d'un couleur rouge pourpre. La gangrène commença, en septembre, à la jambe droite; les eschares se détachèrent et la guérison eut lieu un mois après. La plaie de la jambe gauche ne se cicatrisa jamais; elle s'étendit par degrés, et une ligne de démarcation s'étant établie, l'élimination commença à se faire; le 30 décembre, le membre était entièrement détaché; le moignon du bras droit annonçait devoir être conique, mais ceux de la jambe et du bras gauche paraissaient devoir être arrondis et presque aussi réguliers que des moignons résultant de l'amputation. (*The Lancet*, 1839.)

Du traitement des dartres et de la teigne par la suie de bois.

M. Marius, médecin belge, a publié une note sur l'efficacité de la suie de bois dans le traitement de la teigne et des dartres, et le dernier n° du Bulletin général de thérapeutique contient quelques observations qui montrent l'efficacité de ce moyen. On commence 1° par faire tomber les croûtes de la teigne à l'aide de cataplasmes émolliens; 2° on enduit la tête ou la surface de la dartre avec la pommade suivante: suie de bois et axonge, parties égales. Chez les enfans, il est bon de commencer avec une pommade contenant un quart de suie et trois quarts de graisse de porc. 3° On doit avoir soin d'enlever par des lotions légèrement savonnées l'enduit gras et tenace que laisse la pommade avant d'en faire une nouvelle application.

Des expériences ont prouvé que la suie de charbon de terre n'avait aucun résultat favorable. Les observations dont nous venons de parler portent sur une teigne faveuse datant de 4 ans, sur une dartre éléphantine, et sur deux cas de teigne granulée. La guérison a été prompte. L'efficacité de la suie dans le cas qui nous occupe est probablement due à la créosote qu'elle contient. C'est un bon moyen pour la médecine des pauvres.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

M. Louradour, dans sa dernière lettre, nous a dit qu'il ne répondra plus à nos attaques. C'est un moyen sur l'intention duquel personne ne se méprend. Ce pharmacien a peur de livrer au grand jour une discussion de laquelle sa réputation ne sortirait peut-être pas intacte.

M. Louradour nous traite de *calomniateurs*. Hélas! nous voudrions pour sa châtouilleuse conscience qu'il en fût ainsi; mais, malheureusement pour lui, M. Baudrimont, professeur-agrégé à la Faculté de médecine, M. Ernest Baudrimont, MM. les docteurs Mena et Piccioni, MM. Dufraisse et d'Heurle, étudians en médecine, ont pu constater comme nous des quantités énormes de sulfate de fer (qu'on n'avait pas même pris la peine de purifier) dans des pastilles que M. Louradour vendait pour des pastilles de lactate de fer, au prix de 3 francs.

Enfin, et c'est notre dernier mot, on ne se justifie pas en insultant ceux qui vous accusent; la loi a des moyens que M. Louradour peut invoquer contre ses *calomniateurs* et, s'il y a recours, on saura désormais à quoi s'en tenir sur les médicamens du pharmacien de la rue de l'Ancienne-Comédie.

Agréez, etc., A. GELIS et CONTÉ.

Paris, 5 février 1840.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 8 FEVRIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 17, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 f.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Phthisie pulmonaire; phénomènes remarquables accompagnant cette affection arrivée déjà à une époque très avancée.

Au n° 10 bis de la salle Saint-Louis, est entré un jeune garçon atteint d'une affection tuberculeuse qui s'accompagne de circonstances particulières dignes d'un intérêt spécial. Il est âgé de vingt-cinq ans, menuisier, et dit être malade depuis trois mois ; cependant il assure être affecté depuis deux ans d'un catarrhe commençant avec l'hiver et cessant au printemps. Il était en pleine santé il y a trois mois, quand, le lendemain d'une orgie, il fut pris de toux accompagnée de crachemens sanguinolens ; une sensation particulière se faisait en même temps sentir au sommet du poumon gauche. S'il faut en croire le malade, il aurait rejeté ainsi par la bouche un litre de sang en un seul jour, ce qui est difficile à admettre. Quoi qu'il en soit, cela ne l'empêcha pas de continuer son travail habituel et de manger comme par le passé. L'hémoptysie continua les jours suivans, et un médecin, dit-il, constata alors l'existence d'une caverne au sommet de la poitrine.

Voilà une circonstance bien digne de remarque. Ce malade, qui ne toussait pas avant l'hémoptysie, qui n'avait pas maigri, dont les forces n'avaient point diminué, et qui ne crachait pas, aurait eu une caverne, au dire du médecin qui lui a donné des soins. Au demeurant, il resta plusieurs jours à l'hôpital Beaujon, et en sortit conservant un peu de toux accompagnée de l'expulsion de quelques crachats blanchâtres, de l'oppression et de la fatigue ; mais, à l'entendre, il ne maigrit pas.

Il y a vingt-cinq jours que l'hémorrhagie revint ; elle continue aujourd'hui, et de plus la toux persiste, ainsi que l'expectoration de quelques crachats opaques, salissans.

Je n'examinerai pas ici le mécanisme suivant lequel s'effectue l'hémorrhagie bronchique. Dans un cas où elle entraîna la mort, M. Raynaud injecta le sujet, et ayant, par ce moyen, constaté une rupture vasculaire, il a cru pouvoir en conclure que l'hémoptysie ne se fait jamais par exhalation. Sans contester l'authenticité de ce fait, je me bornerai à dire qu'il a besoin d'être confirmé. M. Raynaud a pensé, en outre, que l'induration du poumon, qui existe à une époque avancée de l'affection tuberculeuse, explique pourquoi l'hémorrhagie n'a pas lieu alors, puisque, en aplatissant les vaisseaux, elle s'oppose à leur rupture.

On peut répondre à cela que la rupture ou l'ulcération ne sont pas indispensables pour que l'hémorrhagie puisse s'effectuer. En effet, nous voyons tous les jours les corps fibreux de l'utérus donner lieu à des hémorrhagies sans que cet organe soit ulcéré; alors c'est sous l'influence d'une modification que la circulation de l'organe a subie, que la sortie du sang des vaisseaux a lieu : ce phénomène n'est donc pas constamment le résultat de l'ulcération des vaisseaux.

Notre malade ne crache presque plus de sang actuellement, mais il présente d'autres caractères physiques remarquables. Le côté droit de la poitrine est aplati ; de ce même côté la sonoréité est moindre qu'à gauche, depuis la clavicule jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du mamelon ; au-dessous de la clavicule il existe du gargouillement ; la respiration est caverneuse et la voix retentissante ; mais ce n'est pas là la pectoriloquie parfaite de Laënnec ; le gargouillement s'étend jusqu'au-dessous du mamelon à deux ou trois travers de doigt, et diminue progressivement à mesure que l'on descend ; en arrière et en haut on entend quelques craquemens humides.

L'existence du gargouillement dans une aussi grande étendue est un phénomène aussi remarquable qu'insolite, et il prend encore plus d'intérêt si l'on a égard, d'autre part, à défaut d'amaigrissement, à la conservation de l'appétit, à l'absence de sueurs nocturnes et à l'état de la circulation, qui ne donne que 68 à 80 pulsations. Il n'est point douteux que les symptômes fournis par l'auscultation et la percussion ne se rattachent à une excavation pulmonaire résultant d'une fonte tuberculeuse ; aucune autre affection ne saurait y donner lieu. Toutefois faut-il admettre que l'excavation descend aussi bas que l'étendue du gargouillement semblerait l'indiquer, et qu'il y a des tubercules ramollis jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du mamelon ? Il est difficile d'admettre l'existence de la maladie dans une aussi vaste étendue lorsque l'on prend en considération l'état général du malade. Je crois qu'il n'existe qu'une caverne au sommet du poumon, et qu'une induration de cet organe existant inférieurement, celle-ci transmet plus bas la sensation du gargouillement perçue par l'oreille. Le rhythme et l'intensité de ce dernier sont cependant les mêmes partout ; mais d'abord la résonnance de la voix repousse d'admettre l'existence d'une caverne dans toute l'étendue indiquée, et, d'autre part, on peut expliquer celle-ci en admettant l'existence d'une caverne à la surface du poumon, ne communiquant pas avec la plèvre, qui renfermerait une certaine quantité de liquide, lequel transmettrait les sons produits dans la caverne, de la même manière qu'il donne lieu à l'agophonie pour les sons qui se produisent dans le larynx, dans la pleurésie avec épanchement.

Toutefois cette dernière explication ne peut être acceptée pour le cas qui nous occupe, car l'état pathologique qu'elle suppose exister s'accompagne nécessairement du son mat, vu l'existence de l'épanchement pleurétique, et cette condition manque chez notre malade. La transmission de la pectoriloquie ne peut donc dépendre que de l'induration des poumons, et le gargouillement, qui d'ailleurs perd graduellement de son intensité tout en conservant son rhythme à mesure qu'il descend, se rattache évidemment à l'existence d'une caverne.

On s'est borné jusqu'à présent à combattre l'hémoptysie.

Coliques saturnines ; considérations thérapeutiques.

Un homme de trente ans, terrassier, travaillant depuis six semaines à la fabrique de blanc de céruse de Clichy, a été reçu à la clinique. Il s'est bien porté pendant les cinq premières semaines ; mais depuis huit jours, il a ressenti des douleurs abdominales, il est survenu de la constipation, l'appétit a diminué. Vendredi, les douleurs sont devenues plus vives, il s'y est ajouté des vomissemens, et il a été forcé de suspendre son travail.

Hier matin il est entré à la clinique, et on lui a administré immédiatement un éméto-cathartique. Cet homme est entièrement privé de sommeil; les douleurs sont exacerbantes, il pousse parfois des cris et des gémissemens; il existe en outre des vomissemens verdâtres et des douleurs aux membres inférieurs ; pas de crampes ; le pouls est calme et ne donne que 72 à 75 pulsations par minute ; la langue est humide ; le ventre n'est pas déprimé à la région ombilicale, caractère d'ailleurs qu'il ne faut pas s'exagérer, quoiqu'on ait insisté sur son importance. Cette dépression existe en effet quelquefois ; mais dans le cas que nous avons sous les yeux, nous observons une disposition tout-à-fait opposée : la région ombilicale est médiocrement saillante et présente une sorte de météorisme ; il ne faut pas oublier en effet que ce malade n'a pas été à la selle, et que cet état est dû probablement à la rétention d'une certaine quantité de gaz dans l'intestin.

On purgera aujourd'hui ce malade, mais non pas avec le jalap dont l'action est loin d'être constante ; je lui ferai administrer une once d'huile de ricin avec une goutte d'huile de croton tiglion : le premier modérera l'action inflammatoire et vésicante du second, et tous deux réunis ne manqueront pas de produire l'effet désiré. On suspendra le purgatif dans du bouillon de bœuf qui, en vertu peut-être de la gélatine qu'il renferme, s'incorpore mieux avec l'huile de ricin que le bouillon aux herbes ; le bouillon de bœuf doit en outre être administré très-chaud, car alors il dissout mieux l'huile qu'il tient en suspension. Ce soir on administrera en outre un lavement de lin et pavot, et une pilule de demi-grain d'opium. On s'abstiendra de recourir au lavement anodin des peintres, composé d'huile de noix et de vin, qui n'est pas calmant à beaucoup près.

Du reste, cette affection ne présente rien de grave quant à présent.

Hémoptysie ; phthisie granuleuse de Bayle.

Au n° 2 de la salle St-Augustin est entrée une jeune domestique âgée de vingt-deux ans, d'une constitution assez bonne, ayant eu il y a plusieurs mois une pleuro-pneumonie ; depuis lors, elle a eu de fréquens malaises, a conservé un peu de toux, et maigrit depuis trois mois. Elle a néanmoins continué de se livrer à son travail qu'elle n'a été obligée d'interrompre que depuis trois semaines seulement. Il y en a cinq qu'elle a eu des crachats sanguins : elle en rendit la moitié d'un crachoir environ; le sang était noir et était rendu en toussant ; la malade a assuré qu'en même temps qu'elle éprouvait une sensation particulière, un sentiment de malaise à la partie supérieure droite de la poitrine, accompagné de bouillonnement. L'hémorrhagie a duré quelques jours et a cessé ensuite pour revenir plus tard de nouveau.

En interrogeant la malade, j'ai insisté sur ce point auquel j'attache une grande importance : en effet, si c'était bien vrai que le sang rendu par la bouche fût noir, on aurait de fortes raisons pour présumer qu'il venait des fosses nasales ou de l'arrière-gorge, au lieu de prendre sa source dans les poumons. Je lui ai demandé alors si en même temps qu'elle avait craché du sang elle en avait mouché, et elle nous a répondu négativement. Cependant cette réponse ne démontrait pas d'une manière absolue que le sang ne venait pas de l'arrière-gorge ou des fosses nasales : car ce liquide avait pu fort bien, en partant de l'un de ces points, passer dans la bouche pour être rejeté, sans qu'il en passât par les narines antérieures, soit spontanément, soit par l'action du moucher. Au demeurant, je n'ai pu constater rien d'exact sur ce point, et l'origine

---

FEUILLETON.

UN MOT SUR LES DIFFÉRENTES PRÉPARATIONS FERRUGINEUSES.

Paris, 7 février 1840.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de soumettre au jugement de vos nombreux lecteurs quelques réflexions que m'a suggérées la lecture de l'article que vous avez publié dans votre numéro du 23 janvier sur l'emploi médical d'une nouvelle préparation ferrugineuse.

Il résulte de l'observation de la plupart des médecins praticiens un fait positif : c'est l'utilité des préparations de fer dans quelques maladies de nature sthénique, disent les uns, asthénique, disent les autres. Ces faits ont confirmé les idées anciennes à ce sujet, et la matière médicale est a peu près fixée sur ce point. C'est dans la chlorose surtout que les avantages de cette médication ont été reconnus.

Mais si l'utilité de ces préparations est généralement admise, si les praticiens sont d'accord sur leurs avantages, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'établir la préférence que l'on doit accorder à tel ou tel médicament.

Les préparations ferrugineuses se sont tellement multipliées depuis plusieurs années, elles sont présentées sous tant de formes différentes, qu'il importe d'être bien fixé sur le choix qu'il convient d'en faire. Après avoir lu attentivement tout ce qui a été publié sur cette matière, et en particulier le rapport fait à l'Académie royale de médecine par M. Soubeiran, chef de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, tant en son nom qu'en celui de MM. Planche et Martin-Solon, rapport qui a été approuvé par cette Société savante dans la séance du 8 mai 1838 ; après avoir fait moi-même des expériences et établi des comparaisons, il m'est tout-à-fait démontré que les pilules ferrugineuses du docteur Vallet sont, de toutes les préparations du même genre, celles qui méritent la préférence. Voici du reste, entre autres choses, ce que dit M. Soubeiran dans son rapport :

« M. Vallet s'est proposé de faire avec ce sel, éminemment altérable (le carbonate de protoxide de fer) une préparation stable et toujours constante dans son application.

» Votre commission, Messieurs, a répété scrupuleusement les expériences faites par M. Vallet, et les a trouvées très exactes. Elle se plaît à signaler les avantages qui appartiennent à sa formule. Elle est fort bonne :

» 1° Parce qu'elle donne le moyen d'administrer *le carbonate de protoxyde de fer* à des doses constantes, sans laisser à craindre que le médicament change de nature dans le cours de son emploi ;

» 2° Parce que la forme pilulaire qui a été choisie prévient le dégoût que fait naître la saveur acerbe des sels de fer, et surtout parce que l'excipient, parfaitement approprié, est des plus solubles, et assure l'action de la base médicamenteuse.

» Il restait à déterminer quelle pouvait être la valeur médicale du carbonate de fer employé sous cette forme. Or, voici le résumé des résultats obtenus au lit des malades par l'un des membres de la commission, M. le docteur Martin-Solon, à l'hôpital Beaujon.

» Cent à trois cents pilules ont été administrées à nos malades en douze jours ou un mois, et ont suffi pour produire les améliorations ou les guérisons que nous avons observées. Il résulte de nos expériences que la nouvelle préparation ferrugineuse peut être administrée facilement à la dose d'une à dix pilules par jour (*en commençant par une et augmentant graduellement la dose journalière*) ; que cette dose, *que l'on pourrait dépasser sans inconvénient*, suffit pour propuire la modification du sang et de l'économie que l'on désire obtenir dans la chlorose ; que, loin de troubler la digestion, cette préparation la facilite, agit favorablement sur la menstruation, et que les résultats qu'elle donne semblent plus facilement obtenus que par la plupart des autres préparations ferrugineuses. »

D'après ce qui précède, il est donc évident que l'Académie a reconnu les avantages du carbonate de protoxide de fer employé sous forme pilulaire par le procédé particulier de M. le docteur Vallet, et il nous semble que les praticiens doivent se tenir en garde sur l'emploi d'une préparation nouvelle quelconque. Quand on a des combinaisons médicamenteuses reconnues généralement utiles, on doit non pas repousser les innovations, mais se méfier de ce laisser-aller de circonstance qui tendrait à faire de la matière médicale une question de mode, ou, si l'on veut me permettre une plaisanterie, une affaire *de goût!*

Agréez, etc. Dr B.

---

où le sang prenait sa source m'est restée inconnue.

L'état actuel de la malade est le suivant : les crachats, composés d'un mucus clair et transparent, renferment un peu de sang, et encore il est douteux que ce soit réellement du sang ; ils ne prouvent donc rien pour le diagnostic. L'oppression est très prononcée, au point que l'on compte de 36 à 40 respirations par minute. La malade maintient sa tête élevée pour faciliter l'accomplissement de cette fonction. Le pouls est tranquille, et ne donne que 60 pulsations par minute. La poitrine n'est le siége d'aucune douleur. Au-dessous de la clavicule gauche, la sonoréité est un peu diminuée ; l'auscultation n'a rien découvert sur ce même point. A la base de la poitrine et de ce même côté, on trouve du râle sous-crépitant dans l'étendue d'un à deux pouces. Dans tout le reste de la poitrine de ce même côté, la respiration est pure ; du côté droit, en arrière, on entend un sifflement uniforme pendant les grandes inspirations ; les battemens du cœur sont réguliers. Mais depuis quatre à cinq mois, cette femme est sujette aux palpitations et aux étouffemens lorsqu'elle monte les escaliers ; depuis lors aussi la respiration est courte.

Nous voilà en présence d'une grande dyspnée, avec apyrexie ; mais rien du côté du cœur que l'auscultation ait permis de constater. De quelle autre cause peut dépendre cette respiration laborieuse ? La dyspnée sans accélération du pouls peut être occasionnée par l'emphysème pulmonaire. Hier matin, le chef de clinique a constaté l'existence du râle sibilant, qui persiste même aujourd'hui par moment. Mais, hâtons-nous de le dire, s'il y a emphysème, la dyspnée néanmoins n'est pas en rapport avec cette affection. Comment expliquer, d'ailleurs, l'hémorrhagie buccale ? Nous devons dire d'abord que celle-ci ressemble bien plus à l'hémoptysie qu'à l'épistaxis ; car, s'étant répétée plusieurs fois, si elle eût eu réellement sa source dans la muqueuse de Schneider, le sang eût, une fois ou l'autre, fini par s'écouler à travers des narines antérieures ; il nous paraît donc plus rationnel d'admettre que le sang rendu venait des bronches. Si ce sont réellement des hémoptysies qui se sont ainsi renouvelées pendant trois semaines, nous avons tout lieu de craindre qu'elles ne se rattachent à une affection tuberculeuse, à une phthisie granuleuse, affection bien différente des tubercules pulmonaires proprement dits, avec lesquels on a tort, ce nous semble, de la confondre. Cette variété de la phthisie possède un caractère qui lui appartient exclusivement, et qui permet de la distinguer des véritables tubercules : c'est que le volume des granulations n'est jamais en rapport avec la transparence qu'elles devraient avoir si c'étaient réellement des tubercules ; c'est-à-dire que ces derniers, dès qu'ils ont atteint les dimensions d'un grain de millet, offrent déjà l'opacité qu'ils conserveront à une époque plus avancée ; tandis que les granulations conservent leur transparence lors même qu'elles ont atteint le volume où le tubercule, perdant la sienne, est déjà devenu opaque. Les granulations, en effet, ont quelquefois acquis trois, quatre, cinq et même dix fois le volume du tubercule miliaire, et conservent néanmoins leur transparence.

Les faits observés par Bayle, les miens en outre, quoique peu nombreux, ne permettent pas de rayer cette affection du cadre nosologique, et l'on doit encore en tenir compte. On devrait donc faire à part l'histoire de cette phthisie, car elle a des caractères particuliers et des symptômes qui lui appartiennent en propre.

Ayant donc égard aux antécédens de la maladie, la pensée d'une phthisie granuleuse de Bayle s'est présentée à l'esprit ; l'hémoptysie surtout ajoute à ces présomptions. Et ce qui est surtout propre à faire craindre cette altération du poumon, c'est que sa mère, à ce qu'elle a entendu dire, est morte de la poitrine. K...

HOPITAL DE LA CHARITE.

Nouveau traitement de l'ankylose par M. Louvrier ; mort d'un individu par une cause étrangère à l'opération ; autres accidens.

On trouve au n° du 16 novembre dernier le compte-rendu de l'opération faite suivant la méthode de M. Louvrier sur une femme couchée au n° 23 de la salle Ste-Catherine, à l'hôpital de la Charité, pour une ankylose complète qu'elle portait au genou droit depuis plus de vingt ans. Dès lors nous avions présenté ce cas comme devant être l'une des plus belles applications de l'appareil de M. Louvrier. Tout ce qui s'est passé depuis ce que nous allons constater tout-à-l'heure laisse croire que nos heureuses prévisions eussent pu être réalisées, si un fâcheux accident, absolument étranger aux conséquences de son affection du genou et de son traitement, n'était venu compliquer sa situation et terminer sa vie. Car, nous nous hâtons de le dire, elle a succombé aux suites d'une pleurésie intense, dans laquelle personne ne songera sans doute à trouver un effet du mode de traitement auquel cette femme avait été soumise ; quand d'ailleurs, pendant la vie, il ne s'est manifesté dans le membre opéré aucun signe de lésion ou d'altération quelconque pouvant entraver le résultat que l'on s'était promis, et quand, après la mort, l'état des parties vient en donner quasi l'assurance, c'est donc pour nous une vérité bien démontrée que cette femme a succombé à une cause tout-à-fait étrangère à l'opération, et pour que tous nos lecteurs en puissent être convaincus, nous allons leur soumettre l'examen de ce que la dissection du genou a fait constater, après avoir rappelé sommairement ce que les parties affectées avaient offert de remarquable avant la mort ; et pour garantir notre impartialité, nons nous bornerons dans tout ce que nous allons dire à ne présenter que le résumé exact d'une des dernières cliniques faite par M. Velpeau sur ce sujet, remettant à faire valoir plus tard quelques considérations personnelles, qui d'ailleurs se trouvent d'accord avec ce que le savant professeur a avancé.

Cette femme fut amenée dans le service uniquement pour être opérée de son ankylose suivant le traitement de M. Louvrier, auquel seul elle voulait se soumettre, et qu'elle réclamait avec instance. C'était cependant le plus grave et le plus difficultueux des cas que ce chirurgien eût encore rencontrés, et lui-même, doutant très fort d'un succès aussi complet qu'il l'espérait, se bornait à dire que cette occasion était précieuse pour lui, en ce qu'elle lui fournissait le moyen de démontrer ce qu'il prétendait avant tout, c'est-à-dire qu'on pouvait avec sa machine rompre sans aucun accident ni inflammation une ankylose quelle qu'elle fût. En effet, le genou de cette femme, ankylosé depuis plus de vingt ans par suite d'une tumeur blanche, offrait une flexion à angle très aigu de la jambe sur la cuisse ; une luxation non réduite et datant aussi du temps de l'affection primitive, du tibia en arrière du fémur, une déviation très prononcée de l'extrémité du membre en dehors et un déplacement considérable de la rotule aplatie et immobile sur la partie antérieure et inférieure du condyle interne ; le tibia était aussi solidement fixé à l'os de la cuisse, en sorte qu'aucun mouvement n'était sensible dans l'articulation.

Depuis long-temps déjà tout travail pathologique avait cessé dans cette partie du membre, et la malade pour aller et venir se servait d'une machine appelée *pilon*, appliquée au genou pour prolonger l'axe de la cuisse et la soutenir en supportant la jambe qui l'incommodait fort en arrière.

Soumise à l'action de l'appareil, l'ankylose céda sans aucun accident immédiat. Le redressement fut rapide et complet, les mouvemens d'extension et de flexion furent aussitôt faciles et peu douloureux, aucune inflammation ne survint ; mais la luxation persista avec un raccourcissement d'environ 60 millimètres (2 à 3 pouces). Quelques jours après, une légère ecchymose étant survenue au creux du jarret et ayant été promptement dissipée, on appliqua autour de la jambe et de la cuisse un bandage dextriné pour empêcher le membre de perdre sa rectitude ; mais malgré tout cependant, la jambe redevint un peu fléchie, quoique l'articulation restât mobile. Dans le petit nombre de fois que la malade essaya de marcher, elle ne pouvait appuyer sur le sol que la pointe du pied, sans que son membre soutînt de ce côté tout le poids de son corps ; ceci s'explique fort bien par le raccourcissement que nous avons noté, et surtout par le chevauchement considérable du tibia en arrière du fémur ; ces deux os, en effet, ne trouvant aucun point solide pour se soutenir mutuellement, devaient inévitablement tendre, l'un à monter, l'autre à descendre de plus en plus, en allongeant ainsi la luxation ou leur entrecroisement.

Ce fut sur ces entrefaites que la malade fut prise de symptômes généraux et particuliers du côté de la poitrine, qui, au premier abord, simulèrent ceux d'une phthisie pulmonaire ; quelques personnes crurent même, d'après l'auscultation, à l'existence de tubercules caverneux dans les poumons ; mais on s'était trompé, car bientôt une pleurésie intense se manifesta clairement ; on la combattit en vain par l'application de sangsues et de vésicatoires ; un épanchement purulent s'établit rapidement dans la cavité thoracique, et c'est aux suites de cette affection que cette femme a succombé, mais sans que son genou, depuis le moment de l'opération jusqu'à sa mort, ait été le siége d'aucun travail inflammatoire, ni d'une lésion quelconque.

Tout en regrettant le résultat funeste de cet accident, c'est le cas de dire, comme on le répète vulgairement, *qu'à quelque chose malheur est bon*, puisque celui-ci offrait le moyen de faire constater l'état dans lequel l'opération avait laissé le genou ; et c'était la première fois que l'on avait à voir ces parties restées sans aucune altération depuis l'application de l'appareil.

On procéda donc à l'autopsie. Disons tout de suite qu'à l'ouverture de la poitrine on s'éclaira positivement, et sans le moindre doute, sur la cause de la mort que nous avons caractérisée ci-dessus ; l'état des viscères et des principaux organes ne laissa soupçonner aucune maladie organique ancienne ou récente, non plus qu'aucun accident consécutif à l'opération ou en dépendant.

Quant à la dissection de l'articulation du genou, nous pourrions résumer le compte-rendu de ce qu'elle a offert, en disant que toutes les parties étaient presque comme à l'état sain, et n'ayant subi aucune lésion par suite de l'opération de M. Louvrier.

En effet, tous les vaisseaux artériels et veineux, tous les nerfs de cette région ne présentaient trace d'aucune altération ; tous les muscles de la partie postérieure et interne de la cuisse, leurs tendons ni les aponévroses ne semblaient avoir été tiraillés ni lacérés dans aucune de leurs parties ; seulement la courte portion du biceps, à peu près à son tiers inférieur, renfermait une petite tumeur sanguine, grosse à peine comme une noisette, contenue dans une espèce de kyste, et qui était sans doute la trace restante de l'ecchymose qui avait existé en cet endroit. Une luxation complète avait entraîné le tibia en arrière du fémur, et la jambe s'était fléchie, comme nous l'avons déjà dit, sous un angle obtus peu élevé ; cette luxation était limitée par la tension des deux muscles jumeaux qui, contournés sur leurs condyles respectifs de l'extrémité supérieure du tibia, formaient à cet os comme deux arcades l'empêchant de remonter plus haut ; le tendon du jumeau externe surtout était tellement aplati sur l'os, qu'il y adhérait sur une assez grande surface ; ces deux portions de muscle se réfléchissaient, par en haut, derrière le tibia pour aller gagner leurs points d'attache sur les condyles du fémur, et par en bas, leurs tendons réunis subissaient aussi une rétraction qui donnait à cette extrémité du membre la forme du pied équin ; mais cette particularité avait été notée dès avant l'opération, puisque la luxation, encore plus considérable peut-être, la précédait.

Au moment de la mort, les points du tibia et ceux des condyles du fémur qui étaient en contact avaient déjà commencé à former entr'eux une nouvelle soudure, ce qui s'explique et était favorisé par l'immobilité long-temps prolongée dans laquelle était restée la malade. L'angle de flexion, dans cette réankylose, était beaucoup moindre que celui de la première, la nouvelle soudure s'étant faite en avant des points d'ossification par lesquels l'os de la jambe avait été primitivement unis aux condyles du fémur, et qui étaient bien distincts. Et même, une chose à remarquer à ce sujet, c'est que la rupture de l'ankylose, faite par l'appareil de M. Louvrier, n'avait pas séparé les deux os sur la ligne de leur soudure, dans toute sa longueur. La désunion qui, du côté externe, avait suivi cette ligne dans les deux tiers environ de son étendue, s'était faite, pour l'autre tiers du côté opposé, aux dépens du condyle interne du fémur, qui avait alors perdu une partie de sa substance entraînée par le tibia, auquel elle était adhérente par la portion de soudure non brisée.

La rotule était accolée fixement au condyle interne. Les deux ligamens latéraux étaient entiers et n'offraient aucune trace d'altération. On n'a trouvé aucun vestige du ligament croisé antérieur. Quant au postérieur, il existait absolument comme à l'état sain. Le ligament postérieur était également complet et sans lésion aucune. Quant aux ligament semi-lunaires et à la membrane synoviale, il n'était plus possible d'en constater distinctement l'existence. Un petit corps de nature cartilagineuse, presque osseuse, et ayant la forme et le volume d'une assez grosse fève, était adhérent à la surface de l'un des condyles.

Tel est l'aperçu rapide de ce que l'autopsie et la dissection du genou ont fait découvrir. Comme on le voit, nous avions raison de dire que dans l'articulation on avait trouvé les tissus presque tous sains et entiers. Nous avons dit *presque*, car nous devions constater l'état précis de ce qui existait. Cependant, nous aurions dit *tout-à-fait* si nous pouvions prouver que c'est aux conséquences du travail inflammatoire primitif qu'est due la disparition complète du ligament croisé antérieur, du fibro-cartilage inter-articulaire et de la capsule synoviale ; mais qui donc aussi pourrait soutenir le contraire ? A notre avis, ce corps étranger, cartilagineux ou osseux, trouvé dans l'articulation, peut bien être le débris de toutes les parties détruites par la maladie qui a produit l'ankylose il y a plus de vingt ans. Et n'est-il pas plus convenable de présumer qu'il en a été ainsi, au lieu de croire que l'opération ait pu amener si clandestinement l'inflammation, la purulence, la fonte et la résorption de ces portions de tissus, sans qu'aucun symptôme de tant de phénomènes se soit manifesté pendant la vie, sans que l'on trouve après la mort, dans ce qui reste de ces tissus ou qui les environne, aucune trace d'altération morbide quelconque ? Supposer cela serait aussi déraisonnable que de considérer la mort de cette femme comme un effet dépendant de l'opération, qui n'a été suivie d'aucun accident immédiat ni consécutif. Non, encore une fois, l'opération n'a occasionné nullement cette fatale terminaison ; et M. Velpeau lui-même s'est plu à le proclamer hautement, afin de garantir la méthode de traitement dont nous nous occupons des reproches qu'elle ne mérite pas en cette circonstance, sans lui accorder pour cela plus d'avantages qu'elle n'en comporte, mais, au contraire, en lui refusant une partie de ceux que d'autres lui avaient attribués d'abord. C'est ainsi que M. Velpeau, jugeant son application spécialement pour ce cas, a prétendu que cette femme, loin de retirer du bénéfice de l'opération, s'en serait peut-être repentie et aurait fini par regretter *son pilon* ; et dans tous cas analogues, dit-il, je serais loin de la conseiller, parce que quand la flexion de la jambe dépasse ou seulement présente l'angle droit, quand la soudure du tibia s'est faite, comme dans cette ankylose, sur la partie postérieure des condyles du fémur, il est absolument impossible de ramener l'os de la jambe même imparfaitement à sa position naturelle au-dessous du fémur, et surtout de l'y maintenir quand la rotule, comme dans le cas précédent, est fixée solidement sur un des points de rapport que ces deux os ont perdus. On conçoit bien que ce redressement puisse se faire par la rupture de la soudure ; mais quand le tibia se relève il vient arc-bouter, par le bord antérieur de ses condyles, sur la portion correspondante de la rotule qui ne peut être déplacée et dont la résistance le rejette plus ou moins complètement en arrière du fémur ; d'où il suit inévitablement une luxation qui peut bien mettre l'axe de chacun des os dans un sens parallèle, mais qui à cause de leur chevauchement, et conséquemment à cause du manque de point d'appui qu'il leur faudrait l'un sur l'autre, rend la sustentation impossible, empêche la marche, et laisse sans contredit un membre plus embarrassant qu'avant.

Nous n'exposerons pas aujourd'hui l'histoire des motifs pour lesquels M. Velpeau trouve dans d'autres cas l'application de l'appareil de M. Louvrier plus ou moins convenable, nous aurons peut-être occasion de les examiner plus tard ; mais nous indiquerons, en terminant, que dans son service, au n° 32 de la salle Sainte-Vierge, est arrivé, ces jours derniers, un jeune enfant affecté d'une ankylose incomplète qui, suivant les idées de ce professeur, serait plus avantageusement traitée par la section des tendons des muscles rétractés. Quel que soit le mode d'opération qui sera pratiqué, nous en instruirons nos lecteurs et leur en communiquerons le résultat.

— Dans notre dernier article sur ce sujet, inséré au numéro du 4 janvier dernier, nous avions annoncé l'accident arrivé à un tailleur de la rue l'Evêque, qui, par suite de l'opération, devait perdre son pied et une partie de sa jambe entièrement sphacélés.

Transporté, comme nous l'avions dit, dans le service de M. Bérard à l'hôpital Necker, cet individu, dont l'état général était sensiblement altéré, va s'améliorer rapidement sous l'influence des conditions hygiéniques plus favorables dans lesquelles il venait d'être placé. La gangrène s'étant limitée à peu près au tiers inférieur de la jambe, la nature a fait seule les frais d'élimination de toutes les parties molles qui étaient au-dessous; il ne s'agissait plus que de couper les os, pour retrancher entièrement cette partie morte, et c'est ce que M. Bérard a voulu faire il y a quelques jours; mais aux premiers traits de scie, quelques traces de sanie ou de sérosité sanguinolente qui sont survenues lui ont fait craindre que l'os et la moelle ne soient pas encore assez complètement mortifiés, et il a remis à quelque temps cette opération. Du reste, depuis le moment même de l'application de l'appareil de M. Louvrier, il ne s'est jamais manifesté dans l'articulation redressée aucun signe d'altération locale, ni de travail pathologique quelconque. La jambe est toujours aussi droite et exécute les mêmes mouvemens, bornés, il est vrai, mais avec non moins de facilité, et sans plus de douleurs que quelques jours après l'opération : en sorte que cet homme, une fois débarrassé de l'extrémité de son membre, qui est perdue, se trouvera dans la position de celui qui aurait été soumis à l'amputation de la jambe à peu près au tiers inférieur, et pourra recueillir tous les avantages que l'application de la mécanique perfectionnée de M. Martin procure dans ce cas.

Nous avions aussi parlé à la fin du même article des deux dernières opérations faites par M. Louvrier, savoir :

L'une sur une femme couchée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Blandin, et sur laquelle le procédé opératoire avait d'abord amené les résultats les plus satisfaisans. Quelques jours après, pour s'opposer à la rétraction des muscles postérieurs de la cuisse, qui tendaient à ramener la jambe à l'état de flexion, et pour empêcher aussi trop de mouvemens qui auraient pu occasionner le développement de l'inflammation dans l'articulation, on enferma le membre tout entier dans un appareil inamovible; celui-ci ayant été enlevé ces jours derniers, on a trouvé que la tendance à la luxation en arrière se maintenait; déjà, en effet, elle est incomplète en ce sens que le tibia et le fémur ne sont plus en rapport que par la moitié opposée du diamètre antéro-postérieur de leurs extrémités : on peut imprimer quelques mouvemens à l'articulation, et c'est dans la crainte que cette mobilité ne favorise l'établissement de la luxation complète que l'on a remis le bandage inamovible, afin d'obtenir, si on le peut, la nouvelle soudure des surfaces osseuses qui sont en contact et amener ainsi une ankylose, mais qui, cette fois, sera droite et suivant l'axe de tout le membre inférieur. C'est le plus grand avantage que l'on puisse espérer dans ce cas et dans beaucoup d'autres : il n'est déjà pas sans beaucoup d'importance. Du reste, l'état de santé de cette femme est généralement bon, et aucune espèce d'accident n'a suivi l'opération.

L'autre, sur une jeune fille, couchée au n° 21 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau; sa jambe était devenue bien droite après l'opération, et long-temps après l'articulation conservait sa facilité des mouvemens plus grande que chez aucun des opérés par la méthode de M. Louvrier. Mais bientôt survint à la partie antérieure du genou une ecchymose indiquant une contusion profonde, occasionnée suivant les uns par une étreinte trop forte des pièces supérieures de l'appareil d'opération, suivant les autres par la pression trop grande en ce point de l'appareil contentif appliqué immédiatement après pour maintenir le redressement. La mortification des tégumens s'étant faite, une large eschare s'est détachée et a mis à nu une plaie laissant voir sur quelques points des parties fibreuses en état de suppuration, ce qui dénotait que l'altération était assez profonde. En effet, une exploration attentive a fait découvrir ces jours derniers une petite portion du condyle interne du fémur, à sa partie inférieure, nécrosée et libre déjà au milieu des parties enflammées et suppurantes. De plus, la malade auprès de laquelle venait de succomber la femme dont nous avons parlé en premier lieu, ne semblant pas apprécier la cause de la mort de celle-ci, s'est inquiétée, tourmentée pour elle-même; de là, fièvre, inappétence, soif, perte de sommeil, etc. Quelques amers lui ayant été administrés, la diarrhée est survenue au bout de deux jours. Bref, mardi dernier, elle a été enlevée de son lit, malgré elle, dit-on, d'après les ordres et par les soins de M. Louvrier qui, ne la trouvant pas à l'hôpital placée dans des conditions convenables pour sa guérison, l'a fait conduire en ville, où il veut lui procurer à ses frais des soins plus assidus et plus propices. La vérité nous oblige cependant à rendre hommage aux sentimens d'intérêt et de sollicitude dont cette malade a été constamment l'objet de la part du chef de service. Quant à son séjour dans les salles de l'hôpital, nous trouvons, comme tout le monde, que l'air de la ville lui convient mieux; mais cela ne suffira pas pour arrêter la carie du fémur, qui, heureusement pourtant, l'a attaquée sur un point assez au-dessus de l'articulation, pour faire espérer que celle-ci ne sera point intéressée. Rien peut-être aussi n'apportera d'obstacle à la rétraction des muscles qui entraîne la jambe en arrière et fera peut-être luxer le tibia, car l'état du genou empêche d'y apposer aucun appareil contentif; enfin, tout sera pour le mieux si on parvient à relever le moral affecté de cette femme et à modifier avantageusement son état général qui a grand besoin d'amélioration. Quoi qu'il arrive, nous tâcherons d'en être instruits pour en informer nos lecteurs. L... E.

MALADIES DES VOIES URINAIRES.

Rétention complète d'urine chez les vieillards, entretenue par la paralysie de la vessie et guérie par la méthode des injections.

Nous avons déjà plusieurs fois parlé des recherches de M. le docteur Devergie aîné sur l'emploi des injections dans le traitement des maladies de la vessie. En 1835, ce chirurgien militaire, alors qu'il était chargé du service à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, publia ses recherches sur le catarrhe chronique de la vessie et les succès obtenus dans le traitement par les injections soit émollientes, soit narcotiques, soit balsamiques ou excitantes. Depuis, M. Devergie appliqua cette méthode curative aux diverses maladies de cet organe, telles que : incontinence d'urine, hématurie ou pissement de sang, paralysie de vessie. L'année dernière nous avons fait connaître les résultats obtenus dans le traitement de l'incontinence d'urine chez l'enfant, l'adulte et le vieillard, et sur quarante-deux malades; cette maladie était déterminée par des causes variées, telles que l'abus des femmes et des alcooliques, la masturbation, le sommeil profond, le catarrhe de la vessie, les rétrécissemens de l'urètre, etc., etc., etc. Nous avons également publié plusieurs observations d'hématurie foudroyante, guérie rapidement par des injections de diverses natures et de substances actives, telles que le quinquina, la glace, l'acétate de plomb, les astringens, même le tannin à assez haute dose.

Cette méthode, appréciée, a déjà été employée par d'autres praticiens, et nous savons que M. Guersant fils lui doit un beau succès, à Bicêtre, dans un cas d'hématurie rebelle qu'il a guérie avec le seigle ergoté en injection.

Aujourd'hui M. Devergie vient d'appliquer cette méthode de traitement local, indiquée déjà par Sœmering en 1809, et passée inaperçue, comme beaucoup d'autres bons moyens, dans la rétention d'urine entretenue par la paralysie de la vessie. Nous nous empressons de publier ces observations, comme devant fixer l'attention des praticiens et offrant à la chirurgie une ressource certaine dans un grand nombre de cas où des moyens internes ne pouvaient seuls triompher des graves accidens convertis en infirmités dégoûtantes.

Première observation. — *Soixante-dix ans; excès en femmes et en boissons; rétention complète d'urine mal soignée; paralysie de la vessie; guérison par les injections émollientes, narcotiques et excitantes.*

En septembre dernier, je fus appelé près de Paris pour donner mes soins à un homme de soixante-dix ans, ayant conservé jusqu'alors une force physique assez remarquable, dont il abusait parfois en se livrant trop fréquemment aux plaisirs sexuels et à ceux de la bouteille. Il est pris tout-à-coup à la suite d'un excès des deux genres d'une rétention d'urine, avec vives douleurs, en s'efforçant inutilement de rendre ses urines. Un médecin du voisinage essaya, mais en vain, une quinzaine de fois, d'introduire une sonde : irrité et fatigué en pure perte, le canal laissa échapper une assez grande quantité de sang. Une inflammation vive et générale se déclare; des vomissemens bilieux surviennent; en douze jours, on pratique une saignée, on fait trois applications de sangsues, on ordonne force bains entiers et bains de siége.

Le malade n'urine que par regorgement et toujours avec de vives douleurs; malgré l'abdomen douloureux, l'hypogastre tendu et sensible au toucher, on ne recourt pas à la sonde. Les accidens s'aggravent, un gonflement œdémateux survient dans tout le membre gauche inférieur, avec menace d'un abcès vers la partie interne et inférieure de la cuisse. La langue est sèche et fuligineuse. La soif est vive.

J'introduis assez facilement une sonde n° 4 dans la vessie et en retire deux litres d'urine fétide et colorée, avec la précaution d'évacuer en plusieurs fois, pour éviter les douleurs vives qui surviennent ordinairement quand on vide en une seule fois la poche urinaire.

Une sonde à demeure est fixée et laisse écouler des matières muqueuses, bourbeuses, fortement odorantes et décelant un catarrhe vésical : des injections émollientes, répétées trois fois le jour, calment en huit jours cet état inflammatoire. Pendant ce temps j'arrive à introduire le n° 10, j'apprends au malade à se servir des sondes-Mayor, n° 1 et n° 2; des injections avec l'eau d'orge et l'extrait de belladone succèdent aux émolliens. Quatre fois dans les vingt-quatre heures la sonde est introduite; les urines redeviennent limpides. Le malade essaie, mais en vain, de rendre ses urines sans le secours de la sonde.

En un mois tous les accidens graves avaient disparu, l'appétit était revenu; les forces renaissaient, la leucophlegmatie (gonflement œdémateux) du membre inférieur gauche diminuait sous l'influence d'un exercice modéré.

J'abordai alors les injections excitantes (trente-deux grammes d'eau d'orge et cinq gouttes de teinture de cantharides) deux fois le jour : on augmente successivement d'une goutte à chaque injection, et le malade, après quinze jours, vient m'apprendre l'heureuse nouvelle qu'il rendait seul ses urines sans le secours de la sonde. Les injections furent encore continuées pendant quinze jours sans augmenter davantage la dose de teinture de cantharides. Aujourd'hui, 20 janvier, ce vieillard est rétabli d'une maladie grave, conséquence naturelle des soins mal administrés lorsque la rétention survint.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BAUME ANTIPHLOGISTIQUE.

Nous avons déjà plusieurs fois publié quelques notes relatives à ce baume de nouvelle introduction en médecine. Parmi ses effets les plus marqués, nous avons cité qu'il avait une action très marquée sur les maladies du système lymphatique, telles que les engorgemens strumeux des glandes, les abcès scrofuleux et les maladies des os qui en dépendent. Nous apprenons avec plaisir que M. le docteur Flamand, à Schélestadt, est satisfait de son emploi, et nous rapportons ici un fait qui ne peut être mis en doute.

— Mademoiselle B..., âgée de douze ans, d'une constitution éminemment lymphatique, nièce de M. le docteur D., professeur à la faculté de médecine de Paris, pendant qu'elle était en pension à Vincennes, vit se développer peu à peu un gonflement du pied gauche sur la région tarsienne, avec douleurs légèrement lancinantes. La claudication avertit seule de l'augmentation du mal, sur lequel le séjour froid et glacial du dortoir de pension eut une influence très active. En six semaines la petite fille ne put plus poser le pied à terre; plusieurs abcès s'ouvrirent sur le tarse et le métatarse déformés et accrus considérablement de volume.

L'iode sous diverses formes fut en vain employé intérieurement et extérieurement. La fièvre survint; le mal s'accrut, le gonflement devint énorme; la peau rouge et luisante et huit ouvertures fistuleuses existaient, lorsqu'une personne employée à l'administration des postes conseilla de recourir au baume dont elle avait fait usage avec un succès étonnant. Elle fut confiée aux soins de M. le docteur D..., qui avait déjà eu occasion d'employer ce remède. Une nutrition légère et sévère, des applications externes du baume sur les plaies et le pied, amenèrent en quinze jours une amélioration notable. Le régime alimentaire devint plus nourrissant, et le baume fut continué à l'extérieur et prescrit à l'intérieur, ainsi que quelques dépuratifs sous forme de sirop. Bientôt le gonflement diminua sensiblement, la peau revint à sa couleur naturelle, les plaies fistuleuses se tarirent. Des cataplasmes de lierre terrestre secondèrent l'action du baume; et cinq à six mois suffirent pour procurer la guérison d'une maladie assez grave pour avoir fait penser à plusieurs médecins qui l'avaient visitée, que l'amputation du pied serait peut-être le moyen sûr d'arrêter les progrès d'un mal qui offrait des caractères si effrayans. Le docteur D...

On a long-temps regardé la gonorrhée comme une affection de la même nature que les divers états morbides qui constituent la maladie vénérienne ou la syphilis proprement dite, et l'on avait raison. Mais de célèbres médecins ont émis une opinion contraire. Bell, et Bosquillon, son traducteur, font partie de ces derniers. Le médecin écossais dit positivement qu'on est fondé à croire qu'elles tirent leur origine de différentes contagions particulières, ce qui est une erreur. La gonorrhée est, dit-on, une maladie locale, qui infecte rarement l'habitude du corps, ce qui est vrai; mais de ce que cela arrive rarement, on ne doit pas en conclure qu'elles ont une source différente. Les caractères qui les distinguent tiennent à la nature de l'altération organique produite par la contagion vénérienne. Il est très vrai que les phénomènes de la contagion vénérienne diffèrent essentiellement, selon qu'ils dépendent de la phlogose ou de l'inflammation de la surface muqueuse des organes sexuels ou de son ulcération. Le premier mode d'affection donne lieu à des accidens d'une nature plus locale, et dont la sphère s'étendait rarement au-delà des organes de la génération ou de leurs parties sous-jacentes; tandis que l'ulcération est un mode d'affection qui porte le principe contagieux sur une partie plus profonde de la texture organique, ce qui permet son absorption et son irradiation sur des organes plus éloignés et occupant plus spécialement ceux qui sont situés au-dessus des parties sexuelles. Bell prétend que le virus syphilitique peut être absorbé sans ulcération préexistante; il dit en avoir vu quantité d'exemples : je suis de son avis. J'ai vu aussi plusieurs malades chez lesquels des bubons et des maladies cutanées se sont manifestés sans qu'il ait existé extérieurement d'ulcération apparente. Les symptômes de la maladie vénérienne diffèrent selon que la contagion a produit primitivement la phogose ou l'ulcération de la membrane muqueuse, et il arrive quelquefois que les fluides, bien que diversement altérés en raison de chaque état morbide, peuvent néanmoins donner lieu à des phénomènes différens de ceux qui les ont produits; de telle sorte que la gonorrhée peut être suivie de la vérole et que la vérole peut à son tour occasionner la gonorrhée. Il y a des écoulemens qui proviennent d'une cause indirecte, et qui ne dépendent aucunement de la contagion vénérienne. Une affection habituelle dartreuse, scrofuleuse, rhumatismale, goutteuse, hémorrhoïdale, peut occasionner des écoulemens chez l'un et l'autre sexe. L'usage de la bierre, la masturbation, un calcul vésical, peuvent les produire également.

Hunter dit positivement que les gonorrhées et les chancres sont dus à la même cause, et que l'une et l'autre de ces maladies peuvent se succéder réciproquement. La gonorrhée est le résultat le plus commun de la contagion vénérienne; de graves et nombreux accidens peuvent en

être la suite, son traitement exige une grande expérience et de sages précautions. Il ne suffit pas de faire cesser l'écoulement qui caractérise cette affection, il faut encore y procéder de manière à ne pas produire d'autres affections plus dangereuses que celles qu'on aurait cherché à guérir.

Les médecins éclairés et de bonne foi reconnaissent tous aujourd'hui qu'il n'existe aucune substance ayant exclusivement une propriété anti-vérienne spécifique, c'es-à-dire qui soit capable de guérir dans toutes les circonstances les nombreux accidens de la syphilis. Le mercure, qui pendant si long-temps, a été regardé comme étant doué de cette propriété, est reconnu maintenant comme un remède qui, au lieu de procurer une guérison toujours radicale, ne fait souvent que grossir le mal et produire un grand nombre d'affections plus ou moins dangereuses, ce qui doit en faire rejeter l'usage, au moins quant à ses effets généraux, et cela avec d'autant plus de raison qu'on peut guérir tous les accidens de la syphilis sans y avoir recours, par des moyens dont l'administration est toujours sans danger. Ce ne peut être que par un traitement méthodique, et j'entends par ces mots toute indication, tout régime fondé sur le raisonnement ou sur la pratique, de telle sorte que chaque médecin ayant à soi sa manière de raisonner et les résultats de sa propre expérience, il peut s'en autoriser pour suivre ou modifier les leçons de l'Ecole et, de cette manière, favoriser les progrès de la science selon que sa raison et son expérience l'ont heureusement guidé, et que de nombreux succès ont justifié sa méthode curative. Les moyens de guérir doivent varier selon le but qu'on se propose d'obtenir. Les effets de toute médication sont locaux, dérivatifs, perturbateurs de l'action morbide, sédatifs ou modificateurs de la sensibilité. Le traitement de tous les accidens vénériens consiste dans l'application des moyens propres à produire ces résultats (1). GIRAUDEAU DE SAINT-GERVAIS, D-M-P.

NOUVELLES DIVERSES.

M. le docteur Leroy d'Etiolle a été nommé au bureau central des hôpitaux, où l'on a créé un service spécial pour le traitement externe des maladies des voies urinaires.

Cette nomination a soulevé de nombreuses réclamations, non point contre l'élu, dont chacun se plaît à reconnaître les titres, mais à cause du précédent que l'on y voit. On parle même d'une protestation.

Nous reviendrons sur ce sujet dans notre prochain numéro.

(1) Voir le *Traité des maladies vénériennes*, par le même auteur. Un vol. in-8°, de 800 pag. avec grav. Prix : 6 fr. Chez Béchet, libraire-éditeur.

Monsieur le Rédacteur,

Je ne puis me refuser à publier un fait choisi entre un grand nombre d'autres, que j'ai observés dans les Instituts orthopédiques et gymnastiques de madame Masson de la Malmaison.

La jeune Et... fut confiée aux soins de madame Masson dans l'état suivant : gibbosité à la région dorsale de la colonne vertébrale, avec ramollissement très notable du corps de deux vertèbres dorsales. Malgré des soins administrés par des médecins fort éclairés, cette pauvre petite fille devenait de plus en plus malade. Plusieurs mois d'un traitement rationnel, où l'hygiène, les médications topiques et les ressources de l'orthopédie furent également fondus ensemble, rétablirent cette petite fille et effacèrent sa triste difformité.

C'est dans l'Institut de Paris, rue de Cléry, n° 9, que j'ai observé cette cure. Le Dr PICHON.

M. Pigné nous prie de publier la note suivante :

« Les personnes qui ont souscrit à ma traduction du *Traité de Chirurgie* de CHELIUS, sont invitées à me faire parvenir, *franc de port*, leurs nom et adresse, avant le 1er avril, afin que je puisse leur faire parvenir un supplément qui est sous presse. Les personnes seulement qui s'adresseront *à moi*, en m'indiquant le libraire chez lequel elles ont acheté leur exemplaire, recevront ce supplément *gratuitement et franco*. »

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 11 FEVRIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 18, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. P. Dubois.

Cas remarquable de nanisme. Deuxième grossesse.

A propos de la première et de la seconde opération césarienne pratiquée par M. Dubois, la plupart des journaux qui ont rendu compte de ces deux faits ont publié que ces deux opérations avaient eu lieu sur des naines ; et l'on a même élevé sur cette idée plusieurs phrases ronflantes dans des narrations soi-disant scientifiques. Il est donc utile de rappeler que l'on entend désigner par le mot nain, non pas des individus rachitiques, chez lesquels la petitesse de la taille est due en grande partie à la difformité des membres inférieurs ou à celle de la colonne vertébrale, mais bien de petits êtres souvent admirablement proportionnés, présentant un arrêt de développement général et non des modifications partielles, de petites miniatures humaines, en un mot, s'il est permis de s'exprimer ainsi.

Par des circonstances bizarres dans les hôpitaux, et qui font que souvent les faits les plus singuliers se montrent à la fois, pour ne plus se produire ensuite qu'après un espace de temps considérable, il a été donné à M. Dubois d'observer ces jours derniers un sujet véritablement nain. Sous beaucoup de points de vue l'histoire de cette personne est tellement curieuse, qu'elle mérite d'être racontée avec quelques détails.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-trois ans ; elle est haute de 1 mètre environ (3 pieds 2 pouces) ; elle est née en Italie, d'un père très petit et nain, et d'une mère de taille ordinaire. De ce mariage étaient nés six enfans, quatre garçons et deux filles. Trois de ces six enfans sont arrivés à la taille ordinaire ; trois autres sont restés nains. Chose singulière ! deux de ces nains étaient garçons, une seule était fille ; et, comme on le voit, ces nombres répondent exactement à la moitié du nombre total des frères et des sœurs. Dans l'ordre des naissances, ces individus se sont trouvés alterner, c'est-à-dire que leur mère accoucha une fois d'un enfant, puis d'un nain enfant de taille ordinaire, et ainsi de suite, comme s'il y avait eu prédominance alternative du père et de la mère dans ces différentes générations.

Au dire du sujet de cette observation et de ses parens, son grand-père paternel était Lapon, et par conséquent de petite taille ; il aurait été conduit de son pays en Italie, et se serait établi et marié dans cette dernière contrée. Il eut quatre enfans ; d'abord le père de notre naine et trois filles également fort petites.

De même que ceux de ses frères qui étaient nains, la jeune femme dont nous parlons vint au monde fort petite. La parente chez laquelle elle demeure, et qui l'a vue dans son enfance, rapporte qu'à cette époque on la tenait d'habitude sur une grande table, dans la crainte des accidens qui pouvaient la menacer, et que là elle avait souvent pour siége ordinaire une pelotte à épingles. Plus tard, elle vint en France avec un de ses frères, et tous deux furent engagés au théâtre de madame Saqui, où beaucoup de personnes ont pu les voir ; ils y figuraient dans plusieurs exercices gymnastiques, et dansaient sur la corde. Une fois qu'elle eut atteint un certain âge, ennuyée d'être ainsi sous la dépendance de madame Saqui, qui la gardait pour ainsi dire à titre de propriété, elle réclama sa liberté, qui lui fut refusée ; un procès fut entamé, elle le gagna et quitta Paris.

En 1838, au retour d'un voyage qu'elle avait fait en Italie, elle revint à Paris ; elle était alors enceinte pour la première fois. L'homme auquel elle s'était attachée est jeune et bien proportionné ; sa taille est environ d'un mètre soixante-quinze centimètres (5 pieds 4 pouces). Cette première grossesse n'offrit rien de particulier, elle fut même assez heureuse ; seulement, au dire des personnes qui virent la malade alors, le ventre était fort volumineux.

Vers le mois d'avril 1838, la grossesse arriva à son terme, et M. P. Dubois fut appelé près d'elle par M. le docteur Gros-Jean, le 5 avril. Le travail de l'accouchement était commencé depuis deux jours ; les douleurs avaient été des plus vives ; la malade était en proie à des accès convulsifs qui paraissaient séparés par des intervalles de stupeur, pendant lesquels on constata l'abolition complète de la connaissance. La jeune femme était dans un de ces accès, lorsque M. Dubois arriva près d'elle.

En pratiquant le toucher, on sentit la tête d'un enfant, placée fort bas dans le bassin, et qui paraissait engagée dans l'excavation ; cette disposition, dont on ne se rendit pas compte à l'instant même, devait être attribuée à ce que le bassin est très court de bas en haut, chez cette petite femme. On en conclut que le travail de l'accouchement était fort avancé ; la dilatation du col de l'utérus était d'ailleurs complète.

L'auscultation de l'abdomen n'avait pas permis de constater la présence des bruits que l'on perçoit ordinairement chez le fœtus : l'enfant avait donc cessé de vivre. Cette persuasion, ajoutée au danger fort grave que courait la malade par suite du prolongement du travail qui entretenait les accidens nerveux auxquels elle était sur le point de succomber, encourageaient à appliquer le forceps pour tenter la délivrance ; mais les praticiens présens, pensant que chez un sujet d'aussi petite taille on ne pouvait employer qu'un forceps proportionné, n'osaient se servir de celui qu'ils avaient à leur disposition. M. P. Dubois, convaincu qu'il n'y avait aucun inconvénient à courir, pressé d'ailleurs par les symptômes de stupeur qui se prolongeaient, introduisit son forceps de la manière accoutumée, et put saisir la tête de l'enfant avec facilité. Mais alors, l'étroitesse de la vulve, qui est proportionnée au reste du sujet, opposait un obstacle assez sérieux, puis une déchirure commençait à se former ; heureusement cette fente passa en avant de l'anus sans nullement se prolonger vers le rectum, et se dirigea vers la fesse. L'accoucheur saisit alors un bistouri à lame étroite, et pratiqua sur la tête de l'enfant une incision dans le sens de sa longueur ; une pression établie ensuite au moyen du forceps fit sortir assez promptement le cerveau, et acheva de briser le crâne. On put alors extraire sans difficulté un enfant bien conformé, qui présentait en tout les dimensions d'un enfant ordinaire ; il fut pesé de suite, et l'on reconnut qu'il pesait 5 livres 1/2 à peu près (2 kilogrammes 750 grammes), ce qui est le poids d'un enfant à terme dans les conditions normales.

Une fois la délivrance opérée, les accidens convulsifs se prolongèrent encore pendant quelque temps, puis disparurent ; peu après les symptômes de la métro-péritonite se déclarèrent. La faiblesse du sujet, l'état de prostration dans lequel elle s'était trouvée firent rejeter l'usage des antiphlogistiques, et l'on ne combattit la maladie qu'au moyen des émolliens. Cependant la malade recouvra peu à peu la santé, et reprit ses habitudes accoutumées.

La perte de son enfant avait d'abord vivement affecté cette jeune femme ; elle désirait ardemment devenir mère encore une fois, bien qu'une première grossesse eût mis sa vie en danger. M. Dubois, qui connaissait ses désirs, recommanda vivement de l'avertir de bonne heure si pareille chose se reproduisait.

Près d'une année se passa avant que ce professeur entendît parler de sa malade. Enfin, il y a quelques mois, elle vint de nouveau se confier à ses soins : les règles n'avaient pas eu leur cours depuis le 8 du mois de mai de l'an dernier, et la grossesse datait du 20 du même mois environ. A la fin du même mois, cette femme avait éprouvé des douleurs assez vives dans la cavité abdominale, mais elles avaient bientôt disparu et ne s'étaient plus reproduites. La première idée fut de tenter cette fois l'accouchement prématuré à une époque où le volume de l'enfant et le diamètre des organes génitaux seraient encore en rapport, et dans ce but on l'examina avec une minutieuse précaution.

Bien qu'il soit assez difficile d'apprécier pendant le cours de la grossesse quelles sont les dimensions du fœtus, et que les moyens d'investigation conseillés par les praticiens soient encore insuffisans, pour ne parler que du toucher et de la mensuration, on crut cependant dans cette circonstance ajouter quelque foi en ces ressources : voici d'ailleurs quel en fut le résultat.

Le ventre était peu saillant, peu volumineux ; les parens de la jeune femme, et cette dernière également, affirmèrent d'une manière positive que la saillie du ventre était bien moins considérable que lors de la première grossesse. En introduisant le doigt dans le vagin, on reconnut la présence d'une tête d'enfant qui parut fort petite et très-facile à déplacer : il était possible d'imprimer au fœtus un mouvement de déplacement assez sensible dans la cavité utérine. On en conçut le soupçon que cet enfant pourrait bien être d'un très petit volume, ce qui permettrait d'espérer un travail d'accouchement plus facile que la première fois. Quoi qu'il en soit, cet examen doit être renouvelé, et quelques tentatives seront faites alors pour essayer d'obtenir des mesures à peu près exactes des diamètres crâniens.

L'histoire de cette jeune femme a fourni à M. P. Dubois l'occasion de faire quelques recherches sur les principales particularités offertes par les individus nains les plus célèbres dont l'observation est arrivée jusqu'à nous, et de les comparer avec les faits que nous venons de raconter rapidement. Voici le résultat de cette étude, qui ne laisse pas que d'offrir beaucoup d'intérêt sous divers points de vue.

1° On a pensé généralement qu'un individu nain ne pouvait prendre naissance que d'individus dans des conditions semblables de développement. Beaucoup de faits ont prouvé que cette opinion n'était pas fondée, et que, loin de là, les nains avaient souvent pour parens des sujets grands et bien régulièrement conformés. Il en fut ainsi pour Bébé, le nain de Stanislas, dont on peut voir la représentation en cire dans le cabinet de la Faculté. Borwilaski, gentilhomme polonais, eut des parens de taille ordinaire. Notre sujet, comme on le sait, était issue d'un père nain et d'une mère de taille normale.

2° L'histoire que nous avons reproduite confirme encore cette opinion, qu'il existe rarement un seul enfant nain dans une même famille. Borwilaski, que nous avons cité, eut un frère et une sœur nains comme lui, en tout trois nains sur dix enfans qu'eurent ses parens. Caldès, auteur peu connu, rapporte le fait suivant qu'on pourrait peut-être accuser d'inexactitude : deux individus de taille ordinaire donnèrent le jour à huit enfans ; le premier, le troisième, le cinquième et le septième atteignirent le développement ordinaire ; le second, le quatrième, le sixième et le huitième restèrent nains. Si cette observation est fidèle, elle affaiblit un peu l'explication de la prédominance alternative d'un des parens, invoquée pour expliquer un ordre semblable dans la naissance de notre sujet et de ses frères et sœurs.

3° Quelques nains naissent excessivement petits, tel fut Bébé qui, lors de sa naissance, n'avait que de cent quarante à cent soixante millimètres (cinq à six pouces) ; il était si petit, dit son historien, qu'on le porta au baptême sur une assiette et qu'un sabot lui servit de berceau.

Leur croissance se fait ensuite dans les proportions ordinaires ; mais parfois ils grandissent lorsqu'ils arrivent à un certain âge. Ainsi Borwilaski, qui n'avait à vingt-deux ans que un mètre environ (trente-huit pouces), parvint plus tard à la taille de trois pieds neuf pouces. Jeffray Hudson, nain anglais, dont nous parlerons dans un instant, offrit le même phénomène. On a observé une marche tout-à-fait inverse dans le développement de ces petits individus ; ainsi des enfans qui présentèrent à leur naissance les proportions ordinaires cessèrent tout-à-coup de grandir à une certaine époque de leur vie, tel fut Jean Koal, né en 1750 ; il eut jusqu'à l'âge de onze ans la taille des autres enfans, sa croissance se suspendit alors, et à seize ans il n'avait qu'un mètre de haut (trois pieds).

4° Parfois les nains sont fort stupides, Bébé était presque idiot ; le comte de Tressan, qui nous a transmis l'histoire de sa vie, dit qu'il n'y avait pas grande différence sous le rapport de l'intelligence entre lui et un chien bien dressé ; on ne put jamais lui apprendre à lire, et tout au plus s'il comprenait la mesure de la musique ; il avait des instincts tout-à-fait animaux ; il était envieux, irascible à l'excès ; à l'âge de l'adolescence il devint très amoureux d'une gouvernante du palais, et ses excès le conduisirent à la décrépitude qui termina sa vie à l'âge de vingt-quatre ans.

D'autres nains, au contraire, ont donné des preuves d'une grande intelligence : ainsi Borwilaski, négligé d'abord par ses parens, étant devenu la propriété de la comtesse Soubieska, apprit en peu de temps à lire et à écrire ; il parlait le français et l'allemand, et il traça lui-même sa biographie. Jeffrey Hudson, dont nous avons déjà fait mention, et qui appartenait à la reine Henriette d'Angleterre, devint capitaine dans l'armée royaliste. Ayant été insulté à cause de sa taille par un autre officier, nommé Croft, il le provoqua en duel : celui-ci vint au rendez-vous armé d'une zeringue. Hudson indigné le provoqua de nouveau, combattit au pistolet et à cheval : Croft fut tué au premier coup.

En 1818 mourut à Birmingham une naine haute de 3 pieds, Nanetta Stockart. C'était, disent ceux qui l'ont connue, une femme accomplie.

La jeune femme que nous avons eue sous les yeux est fort intelligente : elle s'exprime avec facilité et est fort aimée de ceux qui la connaissent ; recherchée en mariage par Mathias Gulia, nain célèbre que chacun a pu voir à Paris dans ces dernières années, elle le refusa avec mépris : selon elle, ce n'était pas un homme.

5° Une question intéressante est de déterminer si les nains se reproduisent entre eux. De tout temps, des essais ont été faits à ce sujet par des propriétaires de nains, curieux d'en multiplier le nombre. Catherine de Médicis et une électrice de Brandebourg, qui toutes deux possédaient plusieurs nains, s'amusaient à former des mariages entre ces individus, et jamais on ne vit ces accouplemens suivis du résultat désiré. Borwilaski fit exception à cette espèce de loi ; marié à l'âge de vingt-deux ans, il eut un enfant de taille ordinaire, mais ce fut, disent ses contemporains une paternité très douteuse. La science possède un exemple de ce genre plus véridique, une naine qui vivait en 1784, et dont le portrait est conservé dans le musée de Hunter, elle devint enceinte et mourut en donnant naissance à un bel enfant. Le sujet de notre observation présente sous ce point de vue un double intérêt : le terme de sa seconde grossesse approche, et nous nous proposons de compléter son histoire aussitôt après sa délivrance.

Intoxication alcoolique. Suicide à l'aide de ciseaux pointus.

M. Boullard a communiqué l'observation suivante à la Société médicale d'émulation.

Mˡˡᵉ C... D..., âgée de quarante-six ans, fortement constituée, d'une taille élevée, tempérament lymphatico-sanguin, cuisinière, me fit appeler le 3 janvier dernier, se plaignant de malaise général, d'envies de vomir, de nausées accompagnées de fortes coliques. La nuit précédente elle avait eu des vomissemens et des déjections alvines qui l'avaient tenue sur pied toute la nuit.

Lui ayant trouvé peu de fièvre, je prescrivis des émolliens sous toutes les formes, et le lendemain les symptômes étant encore les mêmes, on dut y joindre une application de sangsues.

Le 5 janvier cette fille était très bien, et elle reprit son service.

Le 7, on me fit demander à neuf heures du soir, attendu, me dit-on, que la malade était fort mal. Je fus, à mon arrivée dans sa chambre, frappé d'une odeur alcoolique très forte, la malade étendue sur son lit, sans connaissance, sans sentiment. Elle fut pincée et piquée avec une épingle sans donner de signes de douleur; ses extrémités et la figure étaient froides. La respiration, lente et par soubresauts, exhalait une odeur plus forte encore que celle répandue dans la chambre; les yeux étaient ternes, le pouls petit et lent, les battemens du cœur faibles et rares. On me dit qu'elle avait été trouvée dans sa chambre, étendue sur le carreau, la tête et la poitrine baignées dans le liquide qu'elle avait rejeté par les vomissemens; et, pour qu'il ne restât aucun doute sur leur nature, nous trouvâmes sur sa table un verre contenant encore un reste d'eau-de-vie. Son maître se rappela alors qu'il avait laissé dans sa salle à manger une bouteille de vieille eau-de-vie qu'il avait reçue quelques jours avant. Ayant été la chercher, il la trouva vide, à un demi-verre près. Je fis respirer à cette malheureuse de l'ammoniaque, et lui en fis avaler à peu près 40 ou 50 gouttes étendues dans deux verres d'eau. Il faut noter que, vu son état, il est impossible de préciser ce qu'elle but, attendu qu'on ne pouvait la faire avaler qu'en lui pinçant le nez, et la boisson était en grande partie rejetée.

Après une demi-heure ou trois quarts d'heure environ, elle reprit la parole et la connaissance; mais à onze heures, lorsque je la quittai, elle n'était point encore réchauffée. Les premières paroles qu'elle prononça furent: « Laissez-moi, je veux mourir; je l'ai fait exprès. » Quoique l'on ajoutât peu de foi à ce qu'elle disait, je recommandai de ne pas la laisser seule, craignant que, surprise en flagrant délit, elle surtout qui affectait des idées religieuses, ne se portât par honte à des extrémités fâcheuses, et j'engageai ses maîtres à la renvoyer aussitôt son réveil. Elle ne tarda pas à s'endormir après mon départ, et se leva le lendemain à six heures, comme à l'ordinaire.

Sa première démarche fut de demander des excuses à ses maîtres, de leur faire des protestations d'une bonne conduite à venir. Ceux-ci, étant d'ailleurs contens du service de cette fille, qu'ils regardaient comme honnête, lui firent des remontrances, et il fut convenu qu'il ne serait plus question de la scène de la veille. Dès lors elle fut vaquer à ses occupation, fit son service avec son zèle et son exatitude ordinaires; servit à onze heures le déjeûner de ses maîtres. Après leur départ de la salle à manger, elle rangea son couvert et l'on ne pensa plus à elle. A une heure, passant dans la maison, on me raconta ce qui précède, et l'on insista pour que je la visse. Je l'appelai et la cherchai vainement dans les diverses pièces de l'appartement. Ses maîtres ayant fait inutilement les mêmes recherches, ouvrirent la porte de sa chambre, et nous la trouvâmes, comme la veille, couchée sur le carreau, mouillé au niveau de sa tête, d'un liquide évidemment alcoolique. Elle était placée sur le dos, la tête penchée à droite; ses membres et sa figure étaient froids. Elle ne donnait aucun signe de vie. De suite on pensa qu'elle s'était de nouveau enivrée. Des hommes de peine l'ayant relevée pour la mettre sur son lit, on aperçut son fichu assez fortement taché de sang. Déshabillée à la hâte, on put remarquer que la quantité en augmentait à mesure qu'on se rapprochait davantage de la peau. En cherchant inutilement si elle présentait encore quelques signes de vie, je pus apercevoir à la partie tout à fait inférieure du col, sur la ligne médiane, à 14 millimètres (6 lignes) environ de l'extrémité supérieure du sternum, entre les deux tendons des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, quatre blessures étroites, placées tout près les unes des autres, manifestement faites avec un instrument piquant, et dont la plus longue n'avait pas plus de 14 millimètres (6 lignes); deux d'entre elles n'étaient que superficielles; les deux autres laissèrent facilement pénétrer à plus de 81 millimètret (3 pouces) un stylet mousse, qui se dirigeait d'avant en arrière et de haut en bas.

Des recherches faites dans sa chambre firent trouver sur sa table une paire de longs ciseaux, dont une des lames très effilée, était, dans toute sa longueur, teinte de sang. Dès-lors plus de doute sur la cause de sa mort et sur l'instrument qui lui avait servi à se la donner. La bouteille dans laquelle on avait, la veille, trouvé un reste d'eau-de-vie, était complètement vide.

On chercha à découvrir les motifs qui avaient pu porter cette femme à une telle résolution, et on ne sut pendant plusieurs jours à quoi s'arrêter.

Le commissaire de police ayant demandé de dresser un procès-verbal détaillé des objets qui se trouvaient à la maison appartenant à cette fille, procéda à cet inventaire. On savait qu'elle avait apporté, en arrivant, un matelas et une malle que l'on supposait pleine. La malle fut inutilement recherchée dans toute la maison; elle n'y était plus, et avait été furtivement enlevée. Le matelas, décousu à sa partie moyenne, contenait dix fort belles éponges de toilette et de la laine prise dans les matelas de ses maîtres, ce qu'il fut facile de constater par la comparaison. On se rappela qu'une camarade de cette fille venait très souvent la voir, et qu'à sa dernière visite le maître de la maison lui avait défendu la porte, attendu que depuis quelque temps on s'était aperçu qu'à la suite de ses visites, M... demandait à s'en aller. Des recherches furent faites pour retrouver cette fille, et on apprit qu'elle avait plusieurs logemens; que tantôt elle était une belle et grande dame, tantôt une domestique, tantôt une marchande à la toilette, qu'elle recevait plusieurs hommes et beaucoup d'autres domestiques. Plus de doute dès-lors sur ce qu'était devenue la malle. Une plainte fut portée contre cette dernière fille. On apprit en outre que M... avait, à plusieurs reprises, acheté du bien dans son pays; qu'elle avait placé de l'argent: on en trouva des reconnaissances dans ses poches; qu'elle avait une chambre dans les environs de Paris. Enfin on sut que la fille D..., qui, en se louant, avait mis pour condition expresse qu'elle aurait, le dimanche, la possibilité d'aller aux offices, n'avait jamais témoigné de pareilles intentions chez les maîtres qu'elle avait servis antérieurement. Elle passait chez eux pour une fille ayant peu de tête, et sans suite dans ses idées; elle était sortie de sa dernière maison parce qu'elle y avait fait des extravagances, qui la faisaient regarder comme à moitié folle.

— Cette observation se rattache à deux questions importantes de pratique: aux effets salutaires que M. Boullard attribue à l'ammoniaque contre l'état primitif de la femme, état qu'il attribue à l'excès présumé de la boisson alcoolique, et à l'action fatale de l'instrument pointu qui a servi si efficacement les intentions de la malade. Nous rapporterons dans le prochain compte-rendu, la discussion qu'a suscitée le fait ci-dessus.

Société médicale d'Emulation.

Présidence de M. Mojon. — Séance du 8 janvier 1840.

(*Extrait des procès-verbaux de la Société.*)

La correspondance comprend:

1° Lettre de M. le docteur Campagnac, demandant à faire partie de la Société comme membre résident.

2° Lettre de notre collègue M. Bricheteau, demandant à être admis au nombre des membres honoraires de la compagnie. La Société accorde à l'unanimité à M. Bricheteau, le titre de membre honoraire.

3° Une brochure in-8° de M. A. Bonnet, intitulée: Discours de rentrée de l'école de Bordeaux.

4° Une lettre de M. le docteur Brière de Boismont, demandant à être reçu membre résident.

— Après la correspondance, M. Gillette fait une motion d'ordre; il demande que l'heure de l'ouverture de chaque séance soit rigoureusement fixée à sept heures et demie, et qu'à huit heures précises la liste des signatures des membres présens soit close, ainsi que cela se pratique à l'Académie de médecine.

La proposition de M. Gillette a été mise aux voix et adoptée.

Morve aiguë. — M. le Président invite notre collègue M. Leblanc à rendre compte à la Société des expériences qu'il vient de faire concernant la contagion de la morve.

M. Leblanc expose avec détails la substance de ses expériences, dont le résultat définitif est d'avoir fait passer la morve par voie d'inoculation de l'homme au chien. L'inoculation a été pratiquée avec de la matière purulente et gangréneuse qu'il a recueillie sur le nommé Marion, mort à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Petit. Il l'a inoculée à la région plantaire, à la cuisse et aux lèvres; les points inoculés se sont tuméfiés et ont donné naissance à des abcès superficiels, des ulcérations dans différens points du corps; les ganglions gutturaux se sont tuméfiés, etc. Mais le phénomène qui a le plus frappé M. Leblanc et qui lui a fait regarder le fait comme concluant, c'est la gangrène du scrotum qui s'est déclarée chez un des chiens inoculés.

M. Adorne conteste que la gangrène scrotale dans ce cas puisse être regardée comme un caractère unique de la morve. Il dit avoir observé dans un hôpital militaire une sorte d'épidémie dont les symptômes les plus constans étaient la gangrène au scrotum, et pourtant il ne s'agissait point de morve.

M. Lacorbière demande si l'écoulement nasal est un symptôme constant de la morve chez l'homme, et si les pustules gangreneuses qu'on observait dans différentes parties du corps ne seraient pas suffisantes pour caractériser la maladie. Il croit avoir observé un malade qui est mort de cette affection, laquelle pourrait bien être la morve, mais il n'y avait point d'écoulement nasal.

M. Nonat répond à M. Lacorbière que l'éruption gangréneuse est le caractère essentiel de la morve chez l'homme. L'écoulement nasal peut manquer ou être tellement faible qu'il se passe inaperçu, surtout à cause de la possibilité du passage de la matière nasale dans l'arrière-bouche. La muqueuse nasale cependant est toujours plus ou moins altérée et offre des pustules, des ulcérations plus ou moins nombreuses et étendues. Il se peut néanmoins, ajoute M. Nonat en terminant, que la morve existe chez l'homme sans lésion aucune de la muqueuse nasale.

M. Leblanc donne quelques détails sur les caractères de l'éruption dermique qu'on observe chez les chevaux atteints de morve. Il regarde du reste cette affection et le farcin comme une même maladie; la morve, dit-il, se convertit parfois en farcin et se termine par la guérison; le farcin à son tour se convertit souvent en morve et se termine par la mort.

M. Boullard a de la peine à comprendre une assertion de M. Nonat, c'est-à-dire la possibilité de l'existence d'ulcération dans la muqueuse nasale sans écoulement.

M. Nonat donne des explications à ce sujet.

M. Leblanc fait observer que chez le cheval la moindre sécrétion de liquide dans le nez doit nécessairement tomber en avant, vu la position de la tête de l'animal, tandis que chez l'homme, par une raison contraire, le liquide peut tomber dans l'arrière-gorge. Il ajoute du reste, que chez le cheval atteint de morve, les ulcères cutanés qui résultent de la chûte de des eschares sont tout-à-fait secs, et il se pourrait qu'il en fût autant de celles qui se forment dans les cavités nasales de l'homme.

M. Mojon fait à ce sujet une remarque importante. Le degré de sécrétion, dit il, d'une surface ulcéréé est variable selon le degré de phlogose des tissus. Ne voyons-nous pas, par exemple, dans la pneumonite intense la sécrétion bronchique manquer d'abord ou n'être que très légère, et se manifester ensuite par des crachemens abondans, alors que la phlogose a pris une marche décroissante?

Or il est possible que les ulcères qui résultent de la chute des eschares chez les sujets atteints de morve se trouvent dans les conditions de sécheresse qu'on vient de signaler par l'intervention d'un très haut degré de phlogose.

MM. Leblanc et *Lacorbière* appuient cette manière d'envisager la question.

— *Hypertrophie générale à la suite de la suppression des règles. M. Brière de Boismont* lit une observation intitulée: Hypertrophie presque générale des tissus à la suite d'une suppression des règles et des lochies. (MM. Belhomme et Gillette sont chargés de faire un rapport sur ce travail, et sur la demande adressée par M. Brière.) Voici le contenu de ce travail.

Les dérangemens de la menstruation peuvent donner lieu à des accidens fort nombreux qui ont été décrits par les observateurs. Nous ne nous arrêterons pas sur ce sujet, mais il arrive quelquefois que le trouble de cette fonction occasionne des phénomènes fort singuliers rarement observés, et qui, par cela même, méritent une attention spéciale. Tels nous ont paru les deux faits suivans:

Première observation. *Hypertrophie générale des tissus survenue à la suite d'une suppression des lochies et des règles.* — La femme Prévost, âgée de 32 ans, née à Nantes (Loire-Inférieure), avait toujours été d'une excellente santé; elle était vive, alerte, d'un tempérament lymphatico-nerveux. Réglée pour la première fois à quatorze ans, sans aucune souffrance; le flux menstruel reparut depuis ce moment avec une régularité parfaite; il n'était annoncé que par quelques fleurs blanches qui le précédaient et le suivaient.

Il y avait un mois qu'elle venait d'accoucher, lorsque le bruit de la fusillade de 1830, qui retentissait autour d'elle lui causa une telle frayeur que ses lochies furent à l'instant supprimées. Presque aussitôt elle éprouva un malaise général, des bourdonnemens d'oreilles, des tintemens, des étourdissemens, des palpitations. Sa voix devint moins claire; par instans elle se voilait entièrement. On lui appliqua des sangsues aux organes sexuels, des saignées furent faites, des vésicatoires furent placés. Une légère amélioration succéda à l'emploi de ces moyens; mais elle ne fut que passagère.

Au bout de cinq à six mois, la femme Prévost commença à s'apercevoir que sa figure acquérait une expression singulière, les traits devenaient plus gros. En même temps, elle remarqua des bosselures sur les différentes parties du corps. Sa vue, s'obscurcissant de plus en plus, elle fut obligée de quitter sa profession de couturière pour se faire domestique. Elle pouvait travailler, mais lorsqu'elle se fatiguait un peu, les pulsations étaient très fortes et elle éprouvait de violens battemens dans la tête.

Deux ans après son accident, tous les tissus avaient pris un développement remarquable et, suivant elle, ils avaient acquis les dimensions qu'ils présentent aujourd'hui. A l'époque où les lochies furent supprimées, elle avait vinqt-quatre ans; depuis ce moment, les règles ne sont plus venues, malgré les moyens employés dans ce but. Il y a quinze jours, elle s'aperçut que la jambe gauche enflait; les douleurs de tête augmentèrent à un haut degré; l'assoupissement était presque continuel; la vue s'affaiblissait chaque jour. Dans cet état, elle se détermina à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Lorsque nous la vîmes, elle se plaignait de palpitations très gênantes, de douleurs de cœur, de bourdonnemens, d'étourdissemens, et spécialement d'une céphalalgie très intense; elle était continuellement assoupie; le pouls était petit, mais fréquent; la jambe gauche était enflée. Mais ce qui attirait surtout les regards, c'était l'expression de la face qui avait la plus grande ressemblance avec celle de Marianne. Cette région offrait, en effet, un développement extraordinaire; ses proportions étaient presque doublées; l'œil était saillant, beaucoup plus grand que dans l'état normal, bleuâtre, sans vivacité, sans animation. Ses joues, les lèvres, la peau du front étaient hypertrophiées; le nez n'était point déformé. Les os de la face participaient à cet accroissement général; les dents avaient leurs dimensions habituelles. Les os du crâne étaient plus grands, plus volumineux que de coutume; les os de la main. ceux du pied avaient également acquis des proportions plus fortes. Le tissu cellulaire avait suivi cette déformation presque générale; aussi toutes les parties du corps étaient-elles plus ou moins hypertrophiées.

Les facultés intellectuelles étaient conservées; mais la malade, habituellement souffrante, ne répondait que par monosyllabes et avec lenteur. Son appétit était assez bon; elle allait peu à la garderobe, urinait bien. Les bruits du cœur n'avaient rien de particulier. Cette malade est sortie après un court séjour.

Deuxième observation. *Aménorrhée. Hypertrophie générale des tissus.* — Marianne, âgé de quarante-deux ans, infirmière à l'Hôtel Dieu, dans le service de M. Magendie, est née à Samery (Seine-et-Marne). Cette femme, dont la physionomie extraordinaire et la configuration générale ont beaucoup de rapports avec l'éléphant, a été réglée à quinze ans, après avoir beaucoup souffert, et surtout après avoir eu de fortes coliques et la jaunisse. Les menstrues n'ont point reparu le mois suivant, et ne se sont régularisées qu'à dix sept ans; elles coulaient deux à trois jours modérément. Les époques étaient annoncées par des coliques.

A vingt-deux ans, Marianne est renvoyée, sans s'y attendre, la maison où elle était placée. Cet événement produit sur elle une vive impression; ses règles s'arrêtent aussitôt, et depuis ce moment elles ne sont plus revenues. A ces époques, elle avait presque toujours une gêne extrême; on était obligé de lui pratiquer d'énormes saignées. Quoique sa constitution fut ordinaire, elle se livrait habituellement à de forts travaux.

Pendant les cinq ou six premiers mois qui suivent la suppression, elle n'observe rien de particulier; mais bientôt elle commence à éprouver de l'oppression; elle perd chaque jour de sa vivacité. Les remèdes mis en usage pour rappeler l'évacuation sanguine sont sans résultat. Au bout de deux ans, elle s'aperçoit avec un étonnement profond que les traits de son visage grossissent; le développement du corps est également marqué, mais il a moins fixé son attention.

A partir dès ce moment, l'hypertrophie, qui était évidemment déjà ancienne, fait des progrès sensibles et envahit un grand nombre de parties. Comme il nous serait impossible d'en constater la marche, nous allons faire connaître l'état actuel de Marianne.

La figure a subi une augmentation de volume qui porte principalement sur les joues, le nez, les lèvres et un peu sur les oreilles

les. Sa langue est deux fois plus grosse que dans l'état ordinaire, elle est large, inclinée, faisant saillie en avant ; aussi la lèvre inférieure est-elle presque toujours pendante. Le son de la voix a quelque chose d'insolite : on dirait que Marianne en parlant a la bouche pleine d'un liquide épais. Les os et les tissus environnans participent à cette hypertrophie, qui est très marquée dans les os de l'avant-bras et en particulier dans ceux de la main. Les os du pied présentent la même altération. Le corps a suivi ce développement, Marianne dit qu'avant cette maladie elle avait *une demi-aune de tour*, et qu'elle a *maintenant une aune*. Depuis plusieurs années, elle se plaint de douleurs violentes à la tête, ce qui semblerait annoncer que la substance cérébrale éprouve un travail d'hypertrophie.

Marianne est lourde, se fatigue très aisément. L'appétit est bon, les battemens de cœur normaux. Il y a deux ans, elle a eu une pleurésie dont elle a bien guéri. On la saigne chaque année. Cette fille n'a jamais eu de rapports sexuels.

Mesurée dans différentes parties du corps; voici les diamètres qu'elle nous a présentés :

Circonférence de la tête, de la bosse frontale à la protuberance occipitale	22 pouces.
Longueur de la face des sourcils au menton,	6 p. 1/2.
— des sourcils à la racine des cheveux,	2 p. 1/2.
— totale de la face,	9 p.
— du nez,	2 p. 9 l.
Circonférence de la main dans sa plus grande largeur,	10 p.
Doigt indicateur mesuré de la base,	8 p. 2 l.
Circonférence du pied aux orteils,	10 p. 8 l.

Nous avons vu en 1838 dans le service de M. Flaubert, à Rouen, une femme qui avait une hypertrophie du tissu cellulaire, de la peau et des os, mais l'altération était beaucoup moins avancée que dans les deux cas précédens. Nous croyons nous rappeler qu'il existait aussi chez cette femme un dérangement de la menstruation.

Barthen a observé une fièvre de 21 jours dont la crise principale fut une monstrueuse poussée de graisse ; c'était une jeune fille qui avait eu ses règles depuis peu de temps. Il a aussi donné ses soins à trois jeunes filles devenues épileptiques à l'âge de la puberté. Chaque attaque les engraissait et les fortifiait au point qu'elles devinrent colossales, hommasses, et si grasses qu'elles faisaient peur à voir.

Dernièrement on a moulé dans le service de M. Breschet, à l'Hôtel-Dieu, les deux seins d'une jeune femme de vingt-trois ans, qui avaient pris un tel accroissement, qu'ils ressemblaient à deux énormes melons.

On a considéré ces hypertrobies comme provenant d'une aberration de la sensibilité nerveuse. Une pareille explication ne nous paraît point satisfaisante. Que s'était-il passé dans cette circonstance? Sous l'influence d'une émotion vive, ces femmes ont une suppression. Cet arrêt brusque d'une fonction aussi importante a pour résultat, chez Prévost et chez Marianne, d'accroître la nutrition des os, du tissu cellulaire et de la peau. Ce phénomène n'est pas plus extraordinaire que la coloration en noir du corps muqueux chez la malade dont M. Rostan a rapporté l'observation dans le journal de Roux, Boyer et Corvisart (t. v, p. 22), et que et que la production de l'anasarque chez la malade dont Sauvage a consigné l'histoire dans sa nosographie.

Ces états pathologiques se produisent sous l'influence de la loi qui veut qu'une sécrétion supprimée soit le plus ordinairement remplacée par une autre sécrétion ou par un produit morbide.

Dans la séance suivante, M. Gillette a fait un rapport sur le travail de M. Brière.

Rapport sur le travail ci-dessus, par MM. Belhomme et Giliette, rapporteur. — Nous avons été chargés, M. Belhomme et moi de vous faire un rapport sur un travail de M. le docteur Brière de Boismont qui, par une lettre du 8 janvier, demande à être admis au nombre des membres résidans de la Société.

Ce travail consiste, comme vous vous le rappelez, en deux observations rassemblées sous le titre *hypertrophie presque générale des tissus*. Il s'agit de deux femmes, l'une âgée de trente-deux ans, l'autre de quarante-deux. Chez ces deux femmes, il existe un développement considérable des joues, des lèvres, de la peau du front. L'hypertrophie s'étend au tronc et aux membres ; elle a gagné les os de la face, du crâne, des pieds, des mains, et même des avant-bras, autant au moins qu'on peut s'en assurer par le toucher. Chez toutes deux on observe que l'intelligence est conservée ; mais ces malades sont habituellement tristes ; la sensibilité extérieure a diminué ; leur lenteur est remarquable. La céphalalgie est opiniâtre.

En lisant les traits principaux de cette maladie, je demande en quoi elle diffère de celle qui a été connue de tout temps sous le nom d'éléphantiasis des Grecs, dont Arétée nous a laissé une peinture si fidèle et qui, selon les diverses expressions qu'elle donnait à la face, prenait aussi les noms de léontiasis ou de satyriasis ; il est vrai que l'auteur ne parle que dans la première observation de bosselures sous-cutanées ; mais dans la seconde n'indique-t-il pas ce son de voix insolite empâté, qui été noté aussi chez les éléphantiaques et qui dépend non seulement de l'hypertrophie de la langue, mais encore du développement de tubercules sous-muqueux dans la bouche et le pharynx. L'auteur ne parle point non plus de ces taches livides qui précèdent ordinairement l'apparition des tubercules. Ces taches manquaient-elles, ou ont-elles échappé à son observation ? Du reste, nous trouvons dans l'histoire de ces deux malades les autres caractères principaux de cette maladie qui, selon Celse, commençant par les parties supérieures du corps et y répandant des taches nombreuses et de nombreuses tumeurs envahit tout le corps : *Ità est ossa quoque vitiosa dicantur*. Comparons aussi ce qu'en dit Fernel : *Pedes, manus et facies tument, in hisque varia proeminent tubercula, maximè verò in malis, quæ exuberant livido tumore*. Je retrouve aussi dans les observations de M. Brierre ces symptômes généraux, précurseurs de la maladie dont parlent les anciens auteurs, qu'a signalés de nouveau James Robinson, qui l'a observée dans l'Inde en 1810, et que ne paraissent pas avoir reconnus M. Rayer et M. Cazenave (dans leurs articles des dictionnaires), un sentiment d'engourdissement, de stupeur, des palpitations, de la dypspnée. Notons que ni chez l'un ni l'autre l'auscultation du cœur n'a indiqué une lésion des orifices du cœur.

Je passe à l'examen de la cause qui a été signalée par l'auteur comme efficiente de cette maladie, c'est la suppression des menstrues chez l'une et l'autre de ses malades. Cet arrêt brusque d'une fonction aussi importante, dit-il, a eu pour résultat d'accroître la nutrition des os, du tissu cellulaire et de la peau. Ces états pathologiques se produisent sous l'influence de la loi qui veut qu'une sécrétion supprimée soit le plus ordinairement remplacée par une autre sécrétion ou par un produit morbide.

Cette loi dont je ne discuterai pas ici la vérité absolue, me paraît recevoir de nombreuses exceptions quand on l'applique à la suppression des menstrues ; combien de fois cette suppression, loin d'être une cause efficiente, n'est elle même qu'un effet, et comme le dit Van-Swieten, *deficiunt menstrua quia deest sanguis*? Mais, dira-t-on, dans les cas cités les règles venaient régulièrement ; elles se sont supprimées brusquement. Eh bien ! ces exemples sont fort nombreux dans la pratique. Voit-on, cependant, souvent se présenter chez les malades qui sont atteintes de cette affection, des symptômes d'hypertrophie générale? Bien loin de là. J'ai sous les yeux une femme qui, à trente ans, fut prise du choléra au moment où elle avait ses règles. Depuis ce temps, aucun moyen n'a pu les rappeler ; cette femme est restée dans un grand état d'amaigrissement. On sait qu'un symptôme fréquent observé chez les femmes aliénées, c'est justement la suppression des menstrues ; il est rare, toutefois, d'observer chez elles l'obésité. Cependant, ce symptôme se montre aussi quelquefois à la fin de l'aliénation, dit M. Esquirol, tome Ier, p. 347, et l'activité de la nutrition vient juger la maladie. Mais les observations citées par ce savant médecin sont loin de corroborer la loi de l'aberration de nutrition. Par exemple : une dame tombe dans un état de manie, à la suite de la suppression des lochies ; les règles ne reparaissent qu'au huitième mois. Dès ce moment la raison revient progressivement ; mais en même temps la malade prend un embonpoint qui la désole, et cette obésité ne se dissipe que peu à peu, et au bout de deux ans, quoique les menstrues continuent à couler régulièrement.

J'ajouterai que l'éléphantiasis paraît une maladie beaucoup plus commune chez les hommes que chez les femmes; les lèproseries du moyen-âge n'étaient guère remplies que d'hommes. M. Biett, sur le nombre des malades qu'il a observés, a compté les deux tiers d'hommes; et chez toutes les femmes, l'éléphantiasis même ne supprime pas au commencement les règles, car M. Biett en a observé une qui avait eu plusieurs enfans après le développement de la maladie. Enfin, chez les deux malades citées par M. Brierre, l'hypertrophie n'a point succédé immédiatement à l'aménorrhée : chez l'une, l'augmentation de la face a commencé à se manifester au bout de cinq mois; et chez l'autre, seulement au bout de deux ans.

Je regrette que l'auteur, préoccupé d'une seule cause, n'ait point poussé plus loin ses investigations; qu'il ne se soit point, par exemple, informé si quelque accident semblable s'était montré dans la famille de ces femmes; qu'il n'ait pas recherché si les conditions physiques dans lesquelles elles vivaient lors du développement de leur maladie, peuvent avoir eu quelqu'influence. Il a noté que l'une était née à Nantes, et l'autre dans le département de la Seine; ce ne sont point des faits indifférens, car certaines localités ont été principalement signalées comme favorables au développement de l'éléphantiasss. Delpech a assuré qu'elle se montrait fréquemment dans le Roussillon; M. Biett n'a guère eu l'occasion de l'observer que chez des malades qui arrivaient des Antilles, où ils l'avaient contractée.

Toutefois, Messieurs, les réflexions que je viens d'avoir l'honneur de vous présenter, ne diminuent point l'intérêt du travail qui vous a été lu par M. Brierre, et vos rapporteurs concluent à l'admission de la candidature de cet honorable médecin connu par d'autres travaux plus importans.

— M. Boullard communique une observation d'intoxication alcoolique suivie de suicide. (*V.* plus haut.)

— Séance levée à dix heures.

CHRONIQUE.

Transfert de la clinique de M. Rostan à l'Hôtel-Dieu.

L'hôpital de M. Orfila subit enfin le sort qui l'attendait inévitablement, et que nous avions d'ailleurs prévu depuis long-temps. Ce *monument phénoménal* se dissout comme un bloc de neige fond au soleil, et donne pour résidu *zéro*. Nous nous trompons cependant, et si nous sommes bien informés, la Clinique de l'Ecole sera avant peu métamorphosée en une maison d'accouchement ; c'est-à-dire alors que les constructions de l'Hôtel-Dieu étant achevées, la clinique de M. Cloquet pourra à son tour être transférée dans cet hôpital. En attendant, le service de M. P. Dubois envahit les salles des hommes de la clinique chirurgicale dont les malades occuperont bientôt les salles dévolues jadis à M. Rostan.

Ainsi, ce malheureux hôpital sera transformé en maison d'accouchement, justement parce que la fièvre puerpérale y sévit plus fréquemment qu'ailleurs. On n'a pas eu la pensée si naturelle d'éloigner la première de ce foyer impur la clinique obstétricale qui en avait ressenti les plus funestes atteintes : on l'y conserve malgré les rudes épreuves par lesquelles on est passé et en dépit de ces clameurs intérieures que doit soulever l'intérêt méconnu de l'humanité ; on l'y conserve enfin quoiqu'elle ne serve en aucune manière aux examens, les élèves ne subissant leurs épreuves que sur des cas cliniques de médecine et de chirurgie, que, par une conséquence mathématique d'un esprit inconséquent, on éloigne les premiers ; déjà les candidats du cinquième examen ne sont plus éprouvés que sur des cas de chirurgie qui, bientôt venant à manquer, seront remplacés probablement par les nourrices du service d'accouchement, lorsque la chirurgie aura été transférée à l'Hôtel-Dieu comme l'a été la médecine. Et quelle est la cause de tout ce désordre, quel est le démon qui préside à tout ce mal? c'est l'ORGUEIL. On a commis une faute, et plutôt que de l'avouer, on en subit toutes les conséquences, ou pour mieux dire, on les laisse retomber sur d'autres.

M. Rostan a donc pris armes et bagages et est allé s'installer à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Petit, admis à la retraite ; c'est la salle Ste-Jeanne (hommes) qui lui est tombée en partage. Mais peu content de son changement, ce professeur, dans l'intention de s'en dédommager en partie du moins, a réclamé de l'administration des hôpitaux ses honoraires comme médecin appartenant à cette administration, ce qui a été accordé par elle et approuvé ensuite par le ministre de l'intérieur.

Un autre inconvénient qui est résulté de ce changement, c'est qu'actuellement la clinique de M. Rostan se compose exclusivement d'hommes, jusqu'à ce que l'achèvement des nouvelles salles ait permis de nouveaux arrangemens. A la vérité, M. Récamier avait offert son service qui se compose des salles Saint-Lazare et Saint-Julien (femmes), et Sainte-Madeleine (hommes) ; mais par cette combinaison les cliniques de MM. Rostan et Chomel se seraient trouvées à côté l'une de l'autre, inconvénient que, par un sentiment de délicatesse, le premier a semblé vouloir éviter.

C'est hier matin à sept heures et demie que M. Rostan a inauguré sa nouvelle clinique à l'Hôtel-Dieu.

— Les constructions de l'Hôtel-Dieu marchent avec activité. Déjà au mois de décembre dernier avait été ouverte une petite salle contenant dix lits, la salle Saint-Julien, qui a été confiée à M. Récamier. Le 20 du mois dernier, une nouvelle salle de cinquante lits, la salle Sainte-Martine, a été également ouverte aux femmes malades ; le service en est fait par M. Jadioux. Ces deux salles font partie du bâtiment de la rive droite de la Seine.

A la rive gauche, les travaux s'avancent : dans deux mois environ on espère ouvrir deux salles du grand bâtiment Saint-Charles. A cette occasion, MM. Caillard et Louis, le premier à l'Hôtel-Dieu annexe et le second à Beaujon, seront, dit-on, rappelés à l'Hôtel-Dieu. Enfin, les fondations d'un troisième bâtiment occupant le côté gauche de la rue de la Bucherie et parallèle au bâtiment Saint Charles, sont jetés, et ce nouveau bâtiment doit être achevé dans le courant de l'année.

Quand toutes ces constructions seront achevées, l'Hôtel-Dieu pourra contenir mille malades ; aujourd'hui déjà on en compte six cents qui, réunis aux quatre cents de l'Hôtel-Dieu annexe, défrayés avec le budget de l'Hôtel-Dieu donne un total de mille.

On réserve à une autre destination l'Hôtel Dieu annexe quand la rentrée de ses 400 malades à l'Hôtel-Dieu sera effectuée : on fera, dit-on, une pension ou institution de vieillards accessible aux plus petites fortunes ; les pensionnaires ne paieront que 400 fr. par an au lieu de 660 qui est le prix exigé des vieillards de l'institution Sainte-Périne, à Chaillot.

Toutefois, il est à présumer que ce plan éprouvera quelque retard : en voici les raisons. L'administration des hôpitaux a conçu le projet de bâtir un nouvel hôpital dans l'enclos St-Lazare ; cet hôpital sera promptement construit, et cela, cette année même peut-être. En attendant que la construction en soit achevée, et vu le nombre toujours croissant des malheureux malades qui se présentent au parvis, et que l'on est obligé de renvoyer faute de place, l'Hôtel-Dieu annexe sera consacré à cet objet et aura une administration à part. Ce ne serait donc qu'à dater du moment où le nouvel hôpital Saint-Lazare serait achevé que l'Hôtel-Dieu annexe serait transformé en pensionnat ou institution à l'instar de Sainte-Périne à Chaillot, avec cette différence qu'il serait à la portée des fortunes se rapprochant le plus de l'indigence. Cet établissement intermédiaire manque en effet.

ACADÉMIE SCIENCES. — Séance du 3 février.

Mort de Blumenbach. — M. Arago donne, d'après une lettre de M. de Humboldt, quelques détails sur les derniers momens du célèbre Blumenbach, un des huit associés étrangers de l'Académie : l'illustre vieillard s'est éteint à Gœttingue le 22 janvier, à l'âge de quatre-vingt-huit ans, sans souffrance et sans redouter la mort qu'il voyait approcher. « Je sais bien, disait-il, peu de temps auparavant, qu'elle a frappé à ma porte, mais je ne lui ai pas encore dit d'entrer. »

Section d'un des muscles de l'œil pour redresser l'axe optique. — M. Dieffenbach annonce qu'il a obtenu plusieurs guérisons dans des cas de strabisme, en coupant, au moyen d'une incision étroite pratiquée dans la conjonctive, le muscle droit interne de l'œil. Il va sans dire que dans ces cas la personne louchait en dedans.

L'opération n'est pas aussi nouvelle que semble le croire M. Dieffenbach; mais les cas dans lesquels on l'avait pratiquée n'avaient offert qu'un succès incomplet.

Action de la garance sur les os. — M. Flourens lit une première note relative à des expériences sur ce sujet. (Nous en rendrons compte dans un prochain numéro.)

NOUVELLES DIVERSES.

Opération césarienne. La malade dont nous avons rapporté l'observation au numéro du 4 janvier, a été prise de tétanos mercredi dernier, et a succombé à cet accident samedi 8 février, à neuf heures du soir, le dix-neuvième jour après l'opération ; nous complèterons ce fait par l'exposé de la maladie et le résultat de l'ouverture cadavérique.

— M. le professeur Rostan a repris son service ce matin lundi, à dix heures, à l'Hôtel-Dieu ; ses visites auront lieu, comme par le passé, tous les jours à sept heures et demie du matin.

— La Société médico-chirurgicale de Bruges propose la question suivante pour le concours de 1841 :

« Faire un exposé historique des progrès que le diagnostic médical a faits depuis le commencement du dix-neuvième siècle jusqu'à nos jours. »

Une médaille d'or, de la valeur de 300 francs, sera décernée à l'auteur du meilleur travail sur cette question.

Les mémoires, écrits lisiblement en français ou latin, devront être remis, *franc de port*, avant le 1er janvier 1841, au secrétaire de la Société.

Les auteurs devront inscrire leurs noms, qualités et demeure, sur un billet cacheté, qui portera à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire.

D'après l'art. 27 du règlement de la Société, tout manuscrit qui lui est envoyé devient sa propriété. Il est néanmoins loisible à l'auteur d'en faire prendre copie.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le n° du samedi 8 février de votre journal, à l'article de M. Devergie sur les rétentions d'urine par paralysie de la vessie, il est dit que j'ai obtenu un beau succès lorsque j'étais chirurgien de Bicêtre, en administrant le seigle ergoté *en injection* chez un vieillard qui avait une hématurie rebelle. Je dois dire que ce n'est point en injection que j'ai administré le seigle ergoté, mais bien en *potion par la bouche*. Dans le cas dont parle M. Devergie, et que j'ai publié dans le n° du 31 juillet 1839 du journal intitulé Institut médical, on verra que j'ai réussi à guérir tout à la fois l'hématurie et la paralysie ; paralysie qui avait résisté aux injections ; c'est aussi en l'administrant par la bouche chez des vieillards que j'avais soumis à la lithotritie que j'ai déterminé des contractions de vessie et l'expulsion de fragmens de calcul dont

les malades ne pouvaient se débarrasser, j'ai publié deux observations qui prouvent ce que j'avance, dans un n° de l'année 1839 du Bulletin général de thérapeutique, publié par le docteur Miquel. Ce n'est pas pour blâmer l'emploi des injections dans la vessie que je fais cette réclamation, car j'ai moi-même à Bicêtre mis quelquefois ce moyen en usage avec succès; mais c'est uniquement pour rétablir un fait qui n'est pas cité à propos, et qui au contraire pourrait être donné pour combattre l'opinion de M. Devergie. En effet la paralysie qui existait d'abord fut combattue par des injections qui déterminèrent l'hématurie, et le seigle ergoté triompha de l'une et de l'autre.

Veuillez, M. le rédacteur, publier dans un de vos prochains numéros cette lettre que j'ai l'honneur de vous adresser.

Recevez, etc,

P. Guersant.

Emploi de l'emplâtre de belladone dans les cas de palpitations nerveuses.

Le docteur Seccipson fait appliquer cet emplâtre sur la région du cœur pour calmer les violentes palpitations, et le docteur Laycock dit avoir retiré de grands avantages de cette pratique.

Voici la composition de l'emplâtre de belladone :

Extrait alcoolique de belladone	9 gros (36 gr.).
Résine élémi	2 gros (8 gr.).
Cire	1 gros (4 gr.).

Faites dissoudre la cire et la résine, incorporez l'extrait.

(*London medical gazette.*)

— Dans la brochure de M. Rognetta, que nous annonçons aujourd'hui, l'auteur s'occupe de deux questions pratiques de la plus haute importance; la première est relative au traitement de l'empoisonnement par l'arsenic à l'aide des toniques; la seconde, à la valeur médico-légale du pot-au-feu arsenical de M. Orfila. M. Rogetta formule nettement la méthode qui lui a donné de si heureux résultats sur les animaux empoisonnés, et indique les modifications qu'il faut y apporter en l'appliquant à l'homme. Le traitement par les oxides de fer, qu'on prône tant aujourd'hui, est tout-à-fait illusoire, d'après l'auteur; il base son opinion sur des expériences comparatives : c'est qu'une fois que l'empoisonnement est déclaré, l'absorption est déjà opérée, l'intoxication étant constituée par l'arsenic passé dans le sang et non par celui qui reste dans l'estomac et que la nature rejette en partie par le vomissement. Or, les oxides de fer n'exercent aucune action sur l'arsenic déjà résorbé. En conséquence, dans aucun cas, les neutralisans chimiques ne sauraient, selon M. Rognetta, guérir un empoisonnement mortel déjà déclaré. La brochure de M. Rognetta est dédiée à M. Orfila et renferme des détails d'un grand intérêt.

M. Emile CHEVÉ, D.-M.-P., commencera la splanchnologie le mardi, 11 février, à onze heures, dans l'amphithéâtre n. 3 de l'Ecole pratique.

Le lundi, 17 février, il ouvrira un nouveau cours de physiologie à quatre heures, dans son amphithéâtre, rue de la Harpe, n. 90.

—Nous recevons à l'instant une première lettre sur la syphilis ou Examen critique des doctrines de M. Ricord, par M. Devergie aîné.

Nous en rendrons compte dans un de nos prochains numéros.

— Les médecins, depuis quelques années, ont été à même de recueillir de nombreuses observations de maladies traitées par les ferrugineux.

Nous leur signalons, comme une des meilleures manières d'user des préparations de fer, le Chocolat ferrugineux de M. Colmet Dâage, pharmacien à Paris.

Depuis quatre ans, nous nous servons de cette combinaison de Chocolat et de fer en poudre impalpable.

Nous devons lui rendre cette justice que, le premier, il a eu l'heureuse idée d'associer le fer broyé au moyen d'une mécanique à la vapeur de la force d'un cheval, à une pâte de Chocolat bien confectionnée.

Au moyen de cette mécanique, il est parvenu à faire entrer *une once de sa Préparation ferrugineuse* par livre de Chocolat; ce qui donne *quarante-huit* grains de fer par tasse de Chocolat.

Pour les Enfans, M. Colmet-Dâage a composé, avec ce Chocolat, des Bonbons ferrugineux qui en contiennent chacun ½ grains.

Nous sommes flattés de pouvoir lui en témoigner publiquement notre reconnaissance.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 13 FEVRIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 19, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

[H]OPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. P. Dubois.

Opération césarienne.

(Suite du n. 15, 4 février.)

Dans notre numéro du 4 février, nous avons rendu compte de la jeune femme chez laquelle M. P. Dubois avait pratiqué l'opération césarienne le mercredi 22 janvier à huit heures du soir, nécessitée par une angustie pelvienne extrême, sur laquelle d'ailleurs nous reviendrons tout à l'heure. Nos premiers renseignemens s'arrêtent au 3 février, époque à laquelle l'état de plus en plus satisfaisant de la mère donnait lieu d'espérer un double résultat avantageux, l'enfant étant, d'autre part, bien portant.

Cette amélioration, loin de se démentir, continue jusqu'au mercredi (5 février) ; alors il survint du malaise qui suscita de la part de la malade des plaintes, qui devenaient plus fréquentes à l'approche de la nuit. A cinq heures du soir on remarqua de la raideur dans les mouvemens de la mâchoire inférieure ; la bouche ne s'ouvrait plus qu'avec difficulté. A six heures, contractions violentes et douloureuses des muscles masséters ; les mâchoires sont très rapprochées, l'usage des boissons devient impossible ; ailleurs la malade commence à manifester de la répugnance pour les liquides. Le trismus s'accompagne bientôt de la contraction spasmodique des muscles du pharynx ; le tétanos se caractérise de plus en plus. On en cherche inutilement la cause. Seulement l'angle inférieur de la plaie, qui seul n'était pas cicatrisé, était douloureux depuis quelques jours, et une légère excoriation s'était établie sous l'influence de l'écoulement des matières âcres de la suppuration, ce qui avait déterminé l'application de cataplasmes émolliens. Cette circonstance était loin, d'ailleurs, de faire craindre les accidens funestes qui sont arrivés depuis. D'autre part, la malade n'avait subi aucun refroidissement qui, ainsi que M. Dubois le fait remarquer, pour[ra]it faire croire au développement spontané du tétano[s] : nul doute, dit-il, qu'il ne soit traumatique.

A [si]x heures, on appliqua immédiatement quatre sang[sues d]errière chaque oreille ; un bain prolongé suivit cette [applic]ation, et l'on administra un lavement laudanisé. La [nuit] est assez calme ; mais le trismus continue.

Le 6 février au matin, accroissement du tétanos, contraction spasmodique des muscles cervicaux postérieurs (16 sangsues aux oreilles, bain de 4 heures; l'opium à haute dose est administré sous forme de lavemens, la déglutition étant impossible). Sous l'influence de cette médication, un narcotisme profond ne tarde pas à se manifester, d'où la malade ne sort plus pendant la nuit.

Le 7 février à 4 heures du matin, au narcotisme qui est dissipé a succédé une agitation extrême ; on suspend les narcotiques, auxquels, dit M. Dubois, on fait succéder de demi-heure en demi-heure des quarts de lavemens contenant en dissolution un grain d'extrait aqueux de belladone. Large vésicatoire à la nuque au moyen de l'ammoniaque liquide ; pansement avec un demi-grain d'acétate de morphine. Nouveau pansement au bout d'une heure avec un grain du même sel de morphine, qui est encore renouvelé à la même dose une heure plus tard.

Le 8 février, pas d'amélioration, quoique l'agitation soit calmée (bain de cinq quarts d'heure). Vers le soir, altération des facultés intellectuelles, délire vague, somnolence. Cet état persiste toute la nuit.

Le 9 février, retour de la connaissance, exercice libre des facultés intellectuelles ; le tétanos persiste avec la même intensité. Le cou qui jusqu'alors n'avait été renversé qu'en arrière, se renverse également sur l'épaule gauche sous l'influence d'une contraction spasmodique des muscles du côté gauche du cou. Déjà la veille avaient existé de loin en loin des accès de suffocation qui persistent encore ; les membres du reste sont libres, et la malade peut gesticuler. Vers midi on dirige sur le cou des douches de vapeur ; elle ne veut pas s'y soumettre une seconde fois. Malaise et anxiété inexprimable pendant le reste de la journée ; outre l'impossibilité d'avaler l'hydrophobie devient de plus en plus prononcée ; dyspnée progressive ; mort à neuf heures du soir.

Autopsie cadavérique. La plaie extérieure est cicatrisée dans presque toute l'étendue de ses deux tiers supérieurs ; la cicatrisation du tiers inférieur avait été empêchée, dans le but de procurer une issue facile aux lochies et aux produits morbides de la solution de continuité. Le doigt indicateur de la main gauche, introduit dans cette plaie, pénètre dans la cavité de l'utérus jusqu'à l'orifice externe du col de cet organe, et est mis en communication avec l'indicateur de la main droite introduit d'autre part dans le vagin. Le col est resserré, il n'a d'ailleurs jamais été très dilaté ; l'opération césarienne ayant été pratiquée avant que cette dilatation ne s'effectuât, puisqu'il était reconnu que l'accouchement n'aurait aucunement pu se terminer par les voies naturelles.

Les parois du thorax et de l'abdomen ont été renversées en bas, sans altérer autant que possible les rapports des organes splanchniques ; au niveau de l'ombilic, c'est-à-dire au point correspondant à l'extrémité supérieure de l'incision des parois abdominales pratiquée pendant l'opération, ce renversement a rencontré des difficultés que l'on avait d'ailleurs prévues, et qui étaient occasionnées par des adhérences morbides que la paroi antérieure du ventre avait contractées avec quelques-uns des organes de la cavité abdominale. Le foie, l'estomac et la rate sont libres de toute sorte d'adhérence.

A ce même niveau, c'est-à-dire au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic, l'utérus ne s'aperçoit pas ; en effet, il ne remonte pas au-delà de cette ligne. Sur ce point le paquet de l'intestin grêle a contracté de nombreuses adhérences, d'une part avec la paroi abdominale, d'autre part avec le sommet de l'utérus ainsi qu'avec l'extrémité supérieure de l'ouverture pratiquée à cet organe au moment de l'opération ; en un mot, le paquet intestinal engagé dans l'espace en forme de V compris entre la paroi de l'abdomen et la paroi antérieure de l'utérus ainsi que son sommet, avait contracté avec ces parties des adhérences déjà très résistantes qui n'ont pu être séparées que par le scalpel, et qui renfermaient dans leur épaisseur, ou limitaient de petits abcès. Le grand épiploon participait d'ailleurs aux adhérences de l'intestin.

Au-dessus de ces adhérences, le paquet intestinal a été coupé entre deux ligatures, et ensuite renversé en avant et en bas avec la paroi abdominale et l'utérus, qui ne faisaient qu'un seul et même corps. A la paroi postérieure de l'utérus a pu être examinée : elle n'a présenté rien de remarquable ; pas de traces phlegmasiques prononcées. Le renversement de ces parties a mis à découvert l'angle sacro-vertébral qui fait une saillie remarquable dans la cavité abdominale, et qui se trouve seulement éloigné de la face interne des pubis de dix-huit lignes environ.

Ensuite, la paroi antérieure de l'abdomen depuis l'ombilic jusqu'aux pubis, l'utérus, le vagin, la vulve et la vessie ont été séparés du reste du corps pour être mieux examinés. L'utérus et le vagin, incisés par leur paroi postérieure, dans le sens de leur axe longitudinal, ont permis de constater l'état de l'incision de la paroi antérieure de l'utérus pratiquée au moment de l'opération. Cette incision s'étend depuis le sommet de l'organe jusqu'aux environs du col ; une partie de la paroi antérieure a été épargnée inférieurement par l'instrument tranchant ; le col n'a pas été lésé. Sur aucun point de la hauteur de cette incision, il n'y a eu agglutination de ses bords, qui sont arrondis et cicatrisés séparément. Toutefois, la solution de continuité de l'utérus se trouve oblitérée supérieurement par une anse de l'intestin grêle, tout à fait au sommet de l'organe ; ensuite, et dans près de ses deux tiers supérieurs, par la paroi abdominale ; inférieurement enfin, par la paroi postérieure de la vessie. Toutes ces adhérences avaient déterminé l'occlusion de toute l'incision de la matrice, excepté sur le point de communication à l'extérieur qui existait au tiers inférieur ; et de cette manière, toute communication entre la cavité péritonéale et la cavité utérine avait cessé, et avec elle la possibilité de l'épanchement des produits de sécrétion soit de la plaie, soit de la surface interne de la matrice.

Les autres organes abdominaux n'ont présenté rien de bien remarquable. Les dimensions exactes du bassin n'ont pas été données par M. Dubois.

Des recherches attentives ont été faites pour découvrir les caractères anatomiques du tétanos. Partant de cette opinion émise par quelques auteurs, dit M. Dubois, que le tétanos résulte d'une inflammation de la moelle, nous avons cherché dans cette portion de l'axe cérébro-spinal la raison suffisante des accidens observés pendant la vie. La moelle a été examinée avec soin ; elle n'a offert rien d'anormal, si ce n'est un léger ramollissement douteux.

L'encéphale présentait une injection manifeste de ses vaisseaux. En rapprochant de ce caractère anatomo-pathologique le traitement par les narcotiques à hautes doses qui a été employé dans le but de combattre le tétanos, M. Dubois se demande si ce traitement, ayant peut-être été porté trop loin, ne doit pas être considéré comme cause de cette plénitude des vaisseaux encéphaliques ; ou si, par contre, cette dernière n'appartient pas directement à la maladie. M. Dubois considère la première supposition comme plus plausible. Voilà, du reste, les altérations qui ont été observées dans l'axe céphalo-rachidien. M. Dubois n'ayant pas fait mention des membranes qui en dépendent, nous devons présumer qu'elles n'ont présenté rien d'anormal. Au total, il considère ce fait comme non avenu pour l'élucidation des caractères anatomiques du tétanos.

Quelques adhérences anciennes réunissent les plèvres aux poumons ; ces organes présentent de l'engouement à leur partie postérieure (pneumonie hypostatique), qui donne une raison suffisante de l'anxiété, de l'anhélation qui a existé dans les derniers temps de la vie.

Ici se bornent les altérations que l'examen nécropsique a fait reconnaître.

Revenant ensuite sur la nature de l'occlusion que l'incision utérine avait subie, et qui s'était effectuée au moyen d'adhérences contractées entre cet organe d'une part, la paroi abdominale, l'intestin et la vessie d'autre part, M. Dubois ajoute que ce serait une erreur de considérer ce travail de la nature comme exceptionnel. En général, cependant, les bords de l'utérus se rapprochent et s'unissent ; mais cette réunion ne s'opère jamais par première intention, et l'on doit considérer comme cause de ce défaut de réunion l'action des fibres musculaires de l'utérus, qui s'opposent au rapprochement des bords de la solution de continuité. Cette réunion ne se fait donc qu'après suppuration et par l'intermédiaire d'une substance de nouvelle création.

Il est à présumer que les choses se seraient passées ainsi chez cette femme si elle avait vécu. Or, que serait-il arrivé dans le cas où une seconde grossesse aurait eu lieu?

Il n'est pas rare en effet qu'une femme ayant échappé aux dangers d'une opération césarienne devienne enceinte une seconde fois ; on sait que des femmes ont pu être opérées deux, trois et même quatre fois ; M. Michaelis paraît l'avoir pratiquée dans ces derniers temps pour la quatrième fois chez la même femme. Il est bien démontré que toutes ne cèdent pas à la frayeur occasionnée par les souffrances et par les dangers d'une première opération, et il résulte d'un calcul de l'auteur que nous venons de citer, que sur 40 femmes qui avaient échappé aux suites de l'opération césarienne, 15 sont redevenues enceintes.

Il est donc probable que chez notre femme, dans le cas supposé de seconde grossesse, le développement de la matrice ait rencontré quelque difficulté, que ses contractions seraient arrivées, et qu'il se serait effectué une fausse couche. Toutefois on a vu des grossesses parvenir à leur terme, et par conséquent les cicatrices se prêter au développement de l'organe. Donc il ne faudrait pas conclure que l'avortement est inévitable. Mais il faut dire aussi que d'autres fois la matrice s'est rompue au niveau de la cicatrice, et que le fœtus a pu passer dans la cavité abdominale sans toutefois que la mort en ait été la suite nécessaire.

Dans les cas où la mort a été le résultat de cet accident, on a tantôt trouvé l'ancienne plaie déchirée, tantôt on a trouvé ses bords calleux, ce qui a démontré sans réplique que la plaie peut ne pas s'oblitérer et que, dans ce cas, le passage du fœtus dans la cavité du péritoine peut s'effectuer par suite de la distension progressive de l'utérus. Dans ce cas, l'opération consiste dans la simple incision de la paroi abdominale.

Dans le cas qui nous occupe, il est à présumer que la plaie de la paroi abdominale se serait cicatrisée en totalité ; il ne faut pas croire cependant qu'il en soit toujours ainsi : Springel et Michaelis citent plusieurs cas où cette cicatrisation ne s'est pas entièrement effectuée.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Opération de la rhinoplastie. Procédé nouveau. (Observation recueillie par M. Demarquais, élève des hôpitaux.)

Au n° 55 de la salle Saint-Jean, est couchée la nommée Petit, âgée de 53 ans, née à Barly (Oise), d'une forte constitution, tempérament sanguin ; elle a eu cinq enfans ; elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'en 1839, époque à laquelle elle fut prise d'un lupus qui occupait une partie de la lèvre supérieure et la sous-cloison, qu'il avait complètement détruite quand la malade entra dans le service de M. Blandin.

A son entrée, le 6 novembre 1839, la malade présente une lèvre supérieure rouge, gonflée et ulcérée dans la partie voisine de la sous-cloison. Cette dernière est entièrement détruite jusqu'au lobule du nez. Ce dernier organe est rouge et assez vivement enflammé.

La malade fut d'abord soumise au traitement antiphlogistique, afin de calmer l'irritation du nez, de la lèvre supérieure et des parties environnantes ; mais bientôt on eut recours à la cautérisation par le nitrate acide de mercure, et sous l'influence de ce traitement le lupus guérit très bien.

Vers le milieu de décembre dernier, la malade était parfaitement guérie de l'affection qui l'avait conduite à l'hôpital, mais il existait une assez grande difformité causée par la destruction de la sous-cloison et d'une partie de la cloison elle-même. M. Blandin proposa à la malade de la guérir de cette difformité au moyen d'une légère opération ; la malade consentit et l'opération fut faite vers le 20 décembre dernier. La partie interne du lobule du nez qui répond à la sous-cloison antérieurement détruite, fut avivée ; après quoi un lambeau de la lèvre supérieure, le sillon naso-labial, fut enlevé dans toute son épaisseur, de

manière à produire un bec-de-lièvre artificiel. Ce lambeau, ainsi détaché, fut renversé de bas en haut et de dedans en dehors, sans éprouver aucune torsion sur son pédicule, si bien que la face interne devint externe ; et son extrémité inférieure, dont on avait retranché le lambeau (1), fut fixée au lobule du nez par deux points de suture, et maintenue par des bandelettes de diachylum qui passaient sous le nez et venaient se rendre sur les parties latérales de la tête et par des boulettes de charpie introduites dans chaque narine. Le bec-de-lièvre artificiel fut traité par la suture entortillée. Peu de jours après il était parfaitement guéri, et ne laissait presqu'aucune trace. Une inflammation adhésive s'empara des parties qui avaient été mises en contact ; neuf jours après les fils de suture tombèrent, et le lambeau fut invariablement fixé au lobule sur lequel il avait été appliqué. Cependant, chaque jour, des bandelettes agglutinatives étaient placées sous la sous-cloison, et attachées sur les parties latérales de la tête, et de petites boulettes de charpie étaient introduites dans les narines afin de les tenir écartées et d'exercer une légère compression sur le lambeau. Cette compression ne suffit point toujours ; on fut souvent obligé de réprimer par une cautérisation légère l'état fongueux de la sous-cloison. Aujourd'hui la malade est parfaitement guérie. La sous-cloison est un peu plus grosse qu'à l'état normal ; la lèvre supérieure est légèrement tirée en haut, et ne présente plus aucune trace de l'opération qu'elle a subie.

Cette opération, quoique simple, ne présente pas moins beaucoup d'intérêt. En effet, le procédé opératoire qui fut mis en usage est absolument neuf. Je ne sache point qu'aucun chirurgien, avant M. Blandin, l'ait mis en usage. Dieffenbach, Dupuytren, qui, je crois, sont les premiers qui pratiquèrent l'opération dont il s'agit, se bornaient à prendre un lambeau de peau dans la lèvre supérieure, lui faisaient subir une torsion sur son pédicule, et venaient l'appliquer à la place de la sous-cloison qu'une maladie quelconque avait détruite. M. Blandin lui-même pratiqua plusieurs fois cette opération en suivant l'ancien procédé, et s'aperçut bientôt des inconvéniens qu'il présente. Le lambeau de peau que l'on détache a un pédicule fort étroit, et comme on lui fait subir une torsion, on comprime les petits vaisseaux qui traversent ce pédicule, et on s'expose à amener la gangrène du lambeau, et par suite l'insuccès de l'opération.

Le procédé de M. Blandin obvie à cet inconvénient, en supprimant la torsion. Il est donc plus simple et offre plus de chances de succès. Aussi sommes-nous convaincus que tous les chirurgiens sauront bon gré à M. Blandin de cette innovation, et qu'ils en feront leur profit.

Un autre fait doit encore être remarqué au sujet de cette opération ; c'est que la membrane muqueuse du lambeau qui se trouva exposé au contact immédiat de l'air se convertit en peau. Ce qui d'ailleurs a été maintes fois observé pas les anatomistes dans le prolapsus de l'utérus et du rectum, etc.

Enfin, nous ferons une dernière remarque : c'est que la partie inférieure du lambeau qui se trouvait au milieu du bec-de-lièvre artificiel se réunit parfaitement bien avec la parties environnantes, quand les deux bords de la plaie furent réunis par la suture entortillée, et qu'il ne resta aucune ouverture à la partie inférieure du lambeau, chose que l'on aurait pu craindre si l'adhérence de la muqueuse et des bords de la plaie n'eût eu lieu.

Fracture comminutive de l'humérus avec plaie des parties molles; fracture de 7 à 8 côtes; accidens déterminés par le passage d'une roue de voiture.

Au n° 38 de la salle Saint-Jean, est entrée une femme âgée de 73 ans, qui a été renversée par une voiture, et dont une des roues lui est passée sur le bras droit et sur la poitrine. L'humérus a été fracturé comminutivement ; il existe une plaie des parties molles, et le coude a été violemment froissé. Malgré l'âge très avancé de cette femme, nous aurions peut-être tenté l'amputation, si les désordres étaient limités au bras, mais, indépendamment de ceux-ci, la roue, par son passage sur la poitrine, a déterminé l'écrasement de cette cavité et la fracture de sept à huit côtes, dont quelques fragmens, enfoncés en dedans, ont donné lieu à la déchirure de la plèvre et de la substance même du poumon, et consécutivement au crachement de sang.

La paroi thoracique est déprimée à chaque inspiration, n'étant plus soutenue par les côtes. En effet, la nature qui, dans l'état normal, a mis la surface du poumon à l'abri de la pression atmosphérique à l'aide de ces arcs-boutans, se trouve ici éludée par suite de leur fracture ; et lorsque, à chaque mouvement d'expiration, le vide vient à s'établir dans la poitrine, la colonne d'air n'éprouvant plus de résistance de la part du squelette de la cavité thoracique, détermine par sa pression son affaissement.

Des altérations très graves, capables d'entraîner la mort, existaient donc du côté de l'appareil respiratoire, ce qui, joint au grand âge de la malade, contre-indiquaient doublement de recourir à l'amputation. On ne saurait, quant à présent, qu'attendre les résultats des désordres thoraciques avant d'adopter aucun parti ; et si, dans quelques jours, il survenait de l'amélioration dans l'état de la malade, nous tenterions l'amputation pour peu que nous puissions conserver quelque chance de succès.

Plaie de tête; accidens graves.

Au n° 17 de la salle Sainte-Agnès, est couché un homme gravement affecté, et qui présente le plus haut intérêt. Cet homme est charretier ; il y a huit à dix jours, on ne sait pas au juste, qu'il a été brusquement et violemment frappé par la chaîne de sûreté, qui était, à ce qu'il paraît, fortement tendue. Il est à présumer qu'il retenait la voiture sur une pente, et probablement la chaîne était tendue avec force lorsqu'elle s'est rompue et est venue le frapper au front par un de ses bouts.

De cette violence, est résultée une vaste plaie de tête avec dénudation des os ; tels sont, au moins, les désordres apparens ; mais il y a tout lieu de craindre l'existence de quelque fracture osseuse et la contusion même du cerveau.

Cette dernière nous paraît surtout démontrée par les accidens qui sont survenus depuis : probablement il a perdu connaissance immédiatement après l'accident. Quoi qu'il en soit, cet homme n'a suivi aucun traitement régulier ; il a continué son travail, et il est naturel de croire qu'il a mangé comme s'il eût été en pleine santé.

Mais enfin, il est survenu de la douleur qui n'a pas tardé à s'accompagner de délire. Aujourd'hui même ses idées présentent un trouble profond, et il ne peut rendre compte de ce qui lui est arrivé depuis l'accident. La plaie existe au côté gauche du front ; la commissure gauche de la bouche, sans être exactement paralysée, offre néanmoins plus de lenteur dans ses mouvemens, que la droite ; il n'y a pas de paralysie de la face, mais le membre supérieur gauche est contracté ; rien de pareil ne s'observe aux autres membres ; le malade peut tirer la langue sans entrave ; elle n'est pas non plus paralysée. Il a par momens du délire, mais c'est du délire tranquille ; il articule difficilement les sons ; la mémoire, ainsi que nous venons de le dire, est altérée et ne rend pas compte de ce qu'il éprouve.

Un grand nombre de ces symptômes paraissent mettre hors de doute l'existence d'une contusion du cerveau existant au niveau du lobule antérieur droit ; il est probable en outre que la pulpe cérébrale est enflammée, ainsi que la substance corticale et les méninges. De là, le délire, la gêne qu'éprouve l'articulation des sons ; car le lobule antérieur droit est évidemment altéré, et, d'après les recherches de M. Bouillaud, là est le siége et l'organe législateur de la prole. La contracture du membre thoracique gauche et la lenteur des mouvemens de la commissure buccale du même côté, viennent d'ailleurs à l'appui de cette manière de voir, et indiquent aussi une lésion de l'encéphale siégeant sur le côté droit.

Le peu d'intensité que présente le délire donne lieu de croire que l'inflammation des méninges n'est pas portée à un trop haut degré, ce qui paraît, d'autre part, confirmé par la lenteur et le peu de développement du pouls, qui semblent mieux indiquer un état phlegmasique de la substance cérébrale. On sait, en effet, que tels ne sont pas les caractères du pouls dans l'inflammation des méninges.

Quoique cet homme ait déjà été saigné à plusieurs reprises, néanmoins nous lui avons fait pratiquer ce matin une nouvelle saignée de 5 palettes ; il est probable qu'il faudra même y revenir. De la glace a été appliquée sur la tête : aucun appareil n'a été et ne sera appliqué sur la plaie quant à présent. En même temps, nous n'avons pas négligé d'agir par des dérivatifs sur le tube digestif, et dans ce but, nous avons prescrit du bouillon aux herbes avec addition de 30 grammes de sulfate de magnésie, enfin des synapismes seront promenés sur les membres inférieurs, et un séton sera appliqué à la nuque.

Nous espérons parvenir par le concours de tous ces moyens à éviter la suppuration du cerveau, ou tout autre qui pourrait s'établir en dehors de celui-ci et en son voisinage. Nous devons l'avouer cependant, nous avons dans ce cas plus de chances contraires que nous n'en avons en faveur d'une guérison ; ce qu'il faut en grande partie attribuer à l'arrivée tardive de cet homme dans le service et à la négligence qu'il a apportée à réclamer les secours de la science.

(1) Le bout inférieur devint supérieur.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. DUCROS.

Otorrhée purulente, avec maladie de la caisse du tympan; mort; nécropsie; par M. Bruno TARON, D.-M.

La nommée Baptistine Crillol, fille publique, âgée de vingt-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 10 janvier 1840, et n'accuse pour toute maladie qu'une légère céphalalgie. Traitement : pédiluves sinapisés.

Les 11 et 12, les douleurs augmentent rapidement, surtout dans l'oreille gauche, et elles deviennent inévitables. La malade nous apprend que depuis quinze mois elle était sujette à un écoulement purulent par l'oreille gauche, lequel a été supprimé depuis à peu près un mois. La malade ne peut, d'aucune manière, assigner la cause de sa maladie ; toutefois nous devons dire qu'elle a été plusieurs fois soumise à l'infection syphilitique et qu'elle présente encore une périostose à la clavicule gauche.

Traitement : Application d'un séton au-dessous de l'apophyse mastoïde gauche.

Le 13, caillot. Baptistine accuse un froid violent à la tête, qu'elle penche sur le côté gauche et qu'elle ne peut remuer sans souffrir horriblement.

Traitement : Frictions sur l'apophyse mastoïde avec onguent mercuriel, 4 grammes ; acétate de morphine, 10 centigrammes ; deux pilules faites avec : iodure de potassium, 5 centigrammes à prendre une le matin et une le soir ; tisane sudorifique.

Le 14, le facies est grippé ; les douleurs sont toujours intolérables. La mort arrive d'une manière brusque et inattendue, à neuf heures du soir.

Nécroptie vingt-huit heures après la mort.

Cavité crânienne. Entre la face postérieure du rocher gauche et la partie correspondante de la dure-mère, se trouve un abcès du volume d'une noisette, qui n'a aucune communication avec la cavité des membranes. Le pus que cet abcès contient est verdâtre et fétide. Le point correspondant du rocher présente une couleur grisâtre foncée que n'a pas la même portion de l'os opposé.

A la partie externe et inférieure du lobe gauche du cervelet, se remarque une tache jaune du même aspect que celles qui sont produites par les abcès viscéraux du foie, du poumon, sur ces derniers organes ; en incisant sur cette tache on tombe dans une cavité purulente du volume d'une noix, pleine de pus séreux, grisâtre, fétide et mal lié. Après avoir épongé la surface de cet abcès, on remarque des portions de substance cérébelleuse qui flottent dans sa cavité à la manière des fausses membranes dans les plèvres et le péritoine. Il existe un ramollissement de la substance du cervelet dans l'étendue de 3 à 5 millimètres autour du foyer. Il y a une accumulation de sérosité dans les ventricules.

Oreille externe. Le conduit auditif externe est plein de matière purulente grisâtre et fétide ; la membrane qui la tapisse est ramollie ; elle se détache facilement du canal osseux sur lequel il n'existe aucune rugosité.

Oreille moyenne. La membrane du tympan est détruite, et on trouve encore quelques fragmens qui sont réduits en putrilage. Le manche du marteau a complètement disparu ; à l'union du col et du corps de cet os, on remarque un point noirâtre rugueux et carié. L'enclume est sans branches, il n'en reste absolument que le corps arrondi dont l'articulation avec le marteau est gravement altérée. Les branches de l'étrier n'existent plus. La cavité du tympan est pleine de pus verdâtre et d'une odeur nauséabonde ; la membrane est noirâtre, épaissie et ramollie. De la fenêtre ovale il est impossible de faire pénétrer un brin de paille dans le vestibule. La fenêtre ronde ne donne pas accès au limaçon. La trompe d'Eustachi est à son volume normal. La route de l'oreille moyenne aux cellules mastoïdiennes est pleine de pus ; en brisant l'apophyse mastoïde, on trouve ces dernières imbibées du même liquide ; le tissu osseux est grisâtre jusqu'au niveau de la face postérieure du rocher où nous avons noté la même couleur.

Oreille interne. Le vestibule est à l'état normal ; on remarque que la fenêtre ovale est encore bouchée par le disque de l'étrier. Les canaux demi-circulaires et la cavité du limaçon sont dans l'état sain.

Cette observation, qui nous a été communiquée par M. Serries, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, peut être ajoutée à celles déjà publiées par M. le professeur Lallemand, dans sa lettre sur l'otorrhée purulente.

FORCEPS ASSEMBLÉ DE M. CAMILLE BERNARD.

Depuis le mois de juin 1838, l'occasion d'appliquer le forceps à l'état assemblé ne s'était plus offerte dans notre pratique. Ce n'est pas que des accouchemens difficiles ne se soient présentés ; mais tantôt la version a dû être employée, tantôt l'expulsion a été confiée à la nature après que la main a eu rétabli les rapports de l'enfant avec le canal osseux. Dans un cas de rétrécissement utéro-postérieur du bassin, la tête étant fortement pressée entre les os du pubis et l'angle sacro-vertébral, nous avons appliqué le forceps à l'état disjoint. Ce cas offrait une des circonstances qui, ainsi que nous l'avons dit dans notre mémoire, contr'indiquent l'emploi du forceps assemblé ; nous voulons parler d'un haut degré de pression de la tête dans le bassin. Il est de rigueur alors d'introduire latéralement une branche après l'autre. Bien que dans l'accouchement dont il s'agit, et sur lequel nous reviendrons, nous eussions pu, en repoussant la tête au-dessus du détroit supérieur, avoir la liberté de déployer l'instrument dans son ensemble, nous avons préféré suivre la règle que nous nous étions tracée dans nos principes théoriques. Nous nous applaudissons d'avoir associé à l'état assemblé du forceps, la disjonction des branches..

Dans un cas de présentation de l'épaule droite, nous eûmes à lutter contre les plus grandes difficultés. Appelé après cinq jours de travail, et quarante-huit heures après l'écoulement des eaux, nous trouvâmes la matrice contractée d'une manière violente et permanente sur l'enfant. La longueur du travail, des tentatives souvent répétées et long-temps prolongées, avaient porté les organes de la femme et le bras de l'enfant au plus haut degré d'engorgement, et par suite de resserrement du vagin. Tous les signes de la mort de l'enfant étant bien constatés, l'impossibilité de repousser le bras et de pénétrer tant qu'il serait présent étant bien démontrée, nous procédâmes à son ablation ; alors, à force de patience, de tentatives ménagées, mais long-temps soutenues, nous pûmes pénétrer dans la matrice. Amener la tête, ainsi que nous l'avons fait plusieurs fois dans les présentations de l'épaule, était chose impraticable. La tête reposait au-dessus de la marge du détroit supérieur, vis à vis la fosse iliaque gauche. Nous tentâmes la version : selon les règles, c'est la main droite qui devait être employée ; mais il nous fut impossible avec cette main de pénétrer un peu profondément. La tête formait un obstacle infranchissable. Plus heureux de la main gauche, en suivant le col de l'enfant, nous parvînmes jusqu'à la cuisse droite. Nous pûmes saisir un pied que nous fîmes un peu descendre, puis l'autre ; enfin nous procédâmes à l'extraction après avoir abaissé les membres pelviens, en les faisant passer sous le corps de l'enfant,

c'est-à-dire du côté de la colonne vertébrale de la femme. Le torse était arrivé au dehors, la face antérieure tournée en bas, car nous étions parvenus à lui donner cette direction, lorsqu'un rétrécissement du diamètre sacro-pubien que nous avions constaté dans un accouchement, donne lieu à l'arrêt de la tête ; nous y remédiâmes en faisant levier avec une branche du forceps engagée derrière la symphyse du pubis et la tête qui répondait à cette symphyse.

Pour qu'ils ne se laissent point décourager, les jeunes confrères doivent savoir combien il faut de persévérance et de déploiement de force physique pour terminer des accouchemens de ce genre. Il ne s'agit point de cette force brusque et saccadée justement appelée aveugle, mais de ces efforts ménagés quoique portés à un haut degré, progressifs quoique intermittens. Quand on a conquis un peu de terrain, il faut savoir ne pas reculer de lassitude ; il faut savoir conserver long-temps les postures du corps les plus gênantes ; il faut enfin laisser reposer la femme et donner à la torpeur du bras et de la main le temps de se dissiper sans laisser échapper les résultats obtenus. Le travail appartient tout entier alors à l'accoucheur, et il est assez pénible pour que Deventer ait été fondé à dire : « Dans cette opération le plus fort accoucheur en plein hiver et quelque légèrement qu'il soit vêtu suera à grosses gouttes. » Dans le cas présent les alternatives de repos et d'action ayant été à peu près égales, nous avons mis deux heures à délivrer cette femme. Les suites de couches furent marquées par une fièvre traumatique intermittente nerveuse qui céda à l'emploi du sulfate de quinine.

Nous ne chercherons point à justifier l'ablation du bras engagé, en disant que nous pensions avoir la certitude de la mort de l'enfant. Alors encore les saines règles de l'art réprouvent cette pratique, nous le savons ; mais nous savons aussi, qu'après avoir inutilement tenté toutes les voies pour arriver au but, la première règle à suivre c'est celle *du possible*. Un fait dans lequel a été mis en action, il y a quelques années, un professeur de Paris, nous a prouvé qu'il est plus facile de donner le précepte que de le suivre. La même réflexion s'applique à la manière de faire la version.

Déjà deux cas précédens nous avaient démontré l'impossibilité d'atteindre les pieds avec la main droite, dans la présentation de l'épaule droite, l'occiput en avant et à gauche. Le troisième cas nous a mieux prouvé encore que la tête forme alors un obstacle invincible, si toutefois l'utérus est privé d'eau et fortement contracté. Heureux lorsque la main gauche parvient à saisir les pieds. On n'y arrive point en faisant la version en arrière, ainsi que le pratiquaient les anciens accoucheurs, et Justine, entre autres, mais en imprimant d'abord un mouvement de rotation pareil à celui d'un homme qui, couché horizontalement, se retourne à demi ; peu à peu la tête remonte à mesure que l'on exerce des tractions sur les pieds. Dans cette manœuvre l'enfant tend à tenir la face en haut ; c'est à l'accoucheur à lui donner une autre direction à mesure qu'il l'extrait. Nous arrivons à deux nouvelles applications du forceps assemblé. La première a été faite par un de nos confrères, durant notre absence, avec un forceps qui, manquant de régulateur, ne put servir à extraire l'enfant. La seconde a été faite par nous même le 26 janvier 1840, en présence de M. Felician, qui a recueilli l'observation, et de deux sages-femmes, mesdames Tamisier et Raymond. L'accouchement a eu lieu dans des conditions difficiles quant à l'emploi de l'instrument, et fâcheuses pour la mère. Celle-ci, atteinte d'une maladie de poitrine, durant laquelle l'enfant avait cessé de vivre, a succombé, le troisième jour après l'accouchement, à une attaque d'apoplexie, dernière conséquence de la congestion pulmonaire et cérébrale.

Application du forceps assemblé dans la concavité du bassin; par M. le docteur Musso, médecin à Apt.

Le 23 juillet 1839, la femme G... était en travail depuis trois jours, lorsque les deux confrères qui l'assistaient, MM. C. et G., réclamèrent notre avis sur le parti qu'il y aurait à prendre pour délivrer cette femme, dont l'état semblait prendre de la gravité.

Bien que la dilatation fût complète, la tête de l'enfant placée en première position du sommet, cheminait très lentement, et la femme primipare, âgée de vingt-neuf ans, forte, replète, s'épuisait en vains efforts. Après l'usage de la saignée, du bain et l'attente de plusieurs heures, nous fûmes unanimement d'avis d'appliquer le forceps. M. C., médecin de la malade, procéda à cette opération selon les règles ordinaires, en introduisant une branche, qu'il donna à tenir à l'un de nous, puis l'autre qu'il réunit par son extrémité et par son centre (forceps de tenance). Après des tractions convenables, le forceps lâche prise. Appliqué de nouveau, l'instrument manque son but. Enfin, après de nouvelles tentatives, l'opérateur nous offre de le relever. Au moment où nous allions introduire le forceps de Levret, vulgairement connu sous le nom de Dubois, un confrère mit entre nos mains le forceps assemblé de M. C. Bernard. Quoique nous n'en eussions pas étudié le mécanisme avec beaucoup de soin, nous n'hésitons pas à l'appliquer, vu sa grande simplicité.

Tenu de la main droite, nous l'introduisons sur la main gauche placée sous la tête ; puis retirant la main placée à l'intérieur, nous faisons décrire aux cuissards leur évolution autour de la tête. Celle-ci est saisie en aussi peu de temps qu'il en faut pour introduire une seule branche. Nous nous disposons à extraire, lorsque nous nous apercevons que l'instrument est privé de fixité par suite de l'absence de la pièce nommée régulateur. Force nous est alors de recourir de nouveau au forceps à branches séparées, avec lequel, après des manœuvres qui au total avaient duré plus d'une heure, nous amenons un enfant mort.

Le forceps assemblé que nous avons appliqué avec la plus grande facilité, fut le seul que l'on pût mettre à notre disposition pendant l'absence de M. Bernard, alors aux eaux de Gréoulx. L'essai que nous en avons fait, et l'examen attentif auquel nous nous sommes livrés après cette application, nous permettent de dire que l'étude approfondie des besoins de la science obstétricale a conduit notre honorable confrère à l'une des découvertes les plus utiles de notre époque. Dans le forceps assemblé, œuvre d'un homme d'expérience bien différent de celui que les livres seuls ont instruit, brille l'esprit de l'inventeur et le jugement du chirurgien. Tout a été calculé d'après des règles sévères, d'après des principes exacts déduits de la connaissance de la structure des parties et du mécanisme de la fonction. C'est à l'aide des moyens les plus simples que l'auteur a heureusement allié à la séparabilité des branches le nouveau principe qu'il a établi de les introduire simultanément.

Application du forceps assemblé au détroit supérieur. (Observation recueillie par M. Félician.)

Marie Mery, de S..., âgée de quarante ans, ayant eu sept enfans, qui tous sont venus au monde heureusement, atteint sans accident le commencement du neuvième mois de sa huitième grossesse. Le 2 janvier, après une chute que cette femme fait dans un voyage entrepris malgré le froid, la suffocation habituelle à laquelle cette personne est sujette depuis longues années devient beaucoup plus forte. Je pratique au bras une forte saignée, après laquelle je perds la malade de vue.

Samedi soir, 25 janvier, appelé auprès de la femme Mery, je la trouve assistée dans le travail de l'accouchement par la sage-femme du lieu. Mon ministère n'étant réclamé qu'afin que je juge de l'opportunité qu'il y aurait à pratiquer une saignée, après avoir constaté que la poitrine était très engorgée et la suffocation aussi forte que lors de la chute, je me décide à pratiquer une saignée assez abondante.

Le lendemain dimanche, à trois heures après-midi, la sage-femme ayant déclaré que l'accouchement n'était pas naturel, je suis appelé. La poche des eaux était crevée depuis quelques heures, et un bras se présentait. L'état général de la femme nous inspirant des craintes, et une présentation anormale venant encore la compliquer, d'un commun accord nous réclamons l'assistance de M. Bernard.

A son arrivée qui a lieu à sept heures du soir, les contractions utérines ont dilaté complètement le col de l'utérus ; mais malgré les violens efforts et les souffrances de la malade depuis vingt-quatre heures, la tête n'a pas fait plus de progrès, retenue qu'elle est par le bras de l'enfant. La femme prétend avoir senti les mouvemens de l'enfant l'avant-veille vendredi.

Après s'être assuré par le toucher que la tête se présente dans une position occipito-antérieure gauche, et que c'est le bras droit qui oppose un obstacle à la progression, dans l'intervalle de deux contractions M. Bernard repousse le bras, et cherche à faire engager convenablement la tête. Mais la femme étant épuisée par un travail de 40 heures, et les cris violens qu'elle avait poussés ayant augmenté encore la suffocation, l'indication à l'emploi du forceps nous semble évidente.

La femme ayant été convenablement placée au bord du lit, M. Bernard procède ainsi qu'il suit à l'application du forceps assemblé.

La main gauche étant introduite sous la tête de l'enfant obliquement de gauche à droite, le forceps est saisi de la main droite au point de jonction des deux branches ; à mesure que l'instrument est introduit, les doigts de l'opérateur décroisent les branches, jusqu'à les faire arriver aux deux tiers de leur développement. Une contraction utérine suspend un instant la manœuvre. Le développement est presque complet, surtout par l'action de la main conductrice, et l'introduction est arrivée à la charnière centrale, lorsque M. Bernard retire la main placée à l'intérieur. Abaissant alors l'instrument sur le périnée à l'aide des deux mains agissant sur les crochets, il achève l'évolution. Le diamètre de la tête dépassant 3 pouces 4 lignes, point sur lequel cet instrument était fixé d'avance, ce diamètre est agrandi. Le forceps est fermé à l'aide du verrou, et l'application est déclarée achevée. Le céphalomètre marque 3 pouces 6 lignes pour le diamètre bi-latéral. Cette manœuvre, exécutée sans aide, à travers des mouvemens lents, réguliers, et au jugement des assistans, faciles, suspendue un instant par la contraction utérine, a duré une minute et demie au plus.

M. Bernard laisse écouler quelques instans dans la vue de bien disposer le moral de la femme, puis, après avoir convenablement placé le bassin, il procède à l'extraction. A la direction du forceps, dont la fermeture est tournée vers le pubis et vers l'aine gauche, au degré de profondeur auquel est placé l'instrument, on juge qu'il est appliqué au détroit supérieur pour une position oblique. Les efforts de traction dans le sens du détroit supérieur, puis un mouvement de circumduction de gauche à droite, font engager la tête dans le bassin et lui font décrire son mouvement de rotation ; enfin, une contraction utérine venant en aide, la tête arrive dans la concavité du bassin. De légers temps de repos, des encouragemens soutiennent les forces et le moral de la femme. Au moment où l'occiput paraît à la vulve, l'opérateur latéralise les mouvemens ; d'une main il soutient le périnée, de l'autre il fait décrire au forceps un arc de cercle qui tend à aller aboutir à la région pubienne, et l'extraction de la tête est complète. L'instrument est mis de côté ; les épaules ne s'engageant point, les doigts passés sous l'épaule gauche amènent un bras, puis le corps est extrait. A peine les pieds sont-ils sortis que M. Bernard introduit la main dans l'utérus pour s'assurer de l'arrière faix, dont la sortie a lieu immédiatement.

La femme, mise dans son lit, reçoit les soins d'usage.

L'enfant est mort, l'enlèvement de l'épiderme nous prouve que la macération dans les eaux de l'amnios peut remonter à plusieurs semaines.

Les os du crâne sont très mobiles les uns sur les autres. La tête saisie par le forceps d'arrière en avant, d'une manière parfaitement régulière, offre plusieurs endroits où l'épiderme est enlevé. Les branches du forceps n'ont imprimé aucune trace, si ce n'est à gauche, où l'extrémité de la cuiller a produit une légère dépression des tégumens, longue de cinq ou six lignes. Tout le corps de l'enfant offre une tuméfaction considérable.

Le lendemain 27, la femme est moins suffoquée ; les lochies coulent ; le ventre est souple et à peine sensible au toucher.

Le 28, les symptômes thoraciques prennent une nouvelle intensité ; le cerveau commence à s'embarrasser.

Le 29, la tête s'engorge de plus en plus, sans que je puisse opposer autre chose que des révulsifs, car je ne puis songer à des évacuations sanguines. La paralysie du côté gauche se déclare peu à peu, tandis que la main droite se livre à des mouvemens carphologiques. La respiration devient de plus en plus stertoreuse, et la malade succombe dans la soirée.

M. Bernard, appelé dans la journée, trouve le ventre souple, les linges mouillés par les lochies, et la matrice du volume qu'il a chez les nouvelles accouchées. Les organes externes de la génération, d'une parfaite intégrité, n'offrent pas la moindre tuméfaction. Tout du côté de l'abdomen se trouve à l'état normal, comme chez les femmes qui ont eu l'accouchement le plus heureux.

Réflexions. Dans ce dernier cas, l'indication du forceps n'était pas fournie par l'obstacle que le bras opposait à la progression de la tête : une fois le membre repoussé, la tête aurait pu s'avancer sous les efforts de la matrice. Souvent même l'utérus triomphe de la résistance que le bras oppose, et chasse spontanément la tête et le membre engagé. Mais ici, d'un côté la matrice s'étant exercée en vain depuis quarante heures, avait perdu la majeure partie de ses forces, et indépendamment de cette considération, l'état général de la malade réclamait un prompt secours ; malheureusement celui-ci est arrivé alors que le cerveau avait reçu les élémens de la congestion qui a amené l'apoplexie. Il en est toujours ainsi, le médecin est appelé en désespoir de cause. Si, du moment que le bras présenté il eût été repoussé soit à travers les membranes, soit après leur perforation ; si, dès que la dilatation du col a été suffisante le forceps eût été appliqué, en épargnant à la femme vingt-quatre heures de souffrances et d'efforts violens qui ont exercé sur le cerveau et sur les poumons une si pernicieuse influence, n'aurait-on pas agi plus rationnellement ?

Que dirons-nous de l'application elle-même du forceps assemblé? Entre les mains intelligentes de l'un de nos honorables confrères, en un instant elle s'est opérée dans le petit bassin. Entre les nôtres, le forceps a saisi en aussi peu de temps la tête à moitié élevée au-dessus du détroit supérieur, à une profondeur de huit pouces, et l'a amenée sans incident.

Nous voici donc arrivés à la septième application du forceps dit inapplicable. Inapplicable ! nos craintes ne sont pas là, si nous ne publions pas les principes de l'application du forceps assemblé et les proportions rigoureuses de l'instrument. Non, nos craintes ne sont pas là. Que ne sommes-nous aussi bien rassuré contre les entreprises de l'aveugle témérité qui, dans l'emploi d'un instrument, ne discerne ni opportunité ni contre-indications ; contre les prétentions du pédantisme, qui veut savoir sans avoir appris ; contre les rebuts de la paresse, qui réprouve par routine ou par esprit de système ; enfin contre les caprices de la légèreté, qui sans examen admet les nouveautés aussi bien qu'elle les repousse, et les mille petits calculs de tant d'espèces !... Mais c'est assez de nos travers, ne disons mot de nos passions.

Vous, sur la tête de qui pèse quelque chose de nouveau qui touche de près aux intérêts de l'humanité, êtes-vous rassuré sur l'emploi qui sera fait de votre œuvre ? Pour nous, alors que la responsabilité de nos propres actes est si lourde à notre faiblesse, qu'il nous soit permis de redouter l'association de notre nom aux actes d'autrui et de la retarder. Peut-être perfectionnerons-nous encore.

Dr C. Bernard.

Académie de Médecine. — Séance du 11 février.

M. le Président annonce la mort d'un des membres correspondans étrangers de l'Académie, le docteur Omodeï, rédacteur des Annales universelles de médecine qu'on imprime à Milan.

— *M. Barthélemy* lit, au nom de la section de médecine vétérinaire, un rapport concernant la détermination du nombre des membres à ajouter à cette section pour la compléter. La section n'est actuellement composée que de quatre membres ; elle propose qu'on en élève le nombre à six. L'Académie adopte.

En conséquence, elle aura bientôt à s'occuper de l'élection de deux nouveaux membres dans la section vétérinaire.

— *M. Gerdy* achève la lecture de son rapport sur la nécrose

et les dépositions périostales, occasionnée par une phlogose rhumatismale du périoste. (Nous reproduirons ce rapport en entier.)

M. Bouillaud examine la pièce pathologique sur laquelle a porté le rapport, et demande à M. Gerdy s'il est sûr que la phlogose qui avait envahi l'articulation de la hanche et le périoste du fémur était réellement de nature rhumatismale, car les mêmes sécrétions périostales s'observent souvent à la suite des phlogoses simples.

M. Gerdy répond affirmativement. Il se fonde sur les circonstances déterminantes de la maladie ; l'individu était un bateleur qui avait couché dans l'humidité et dans un lieu froid, lorsque le mal de la hanche s'était déclaré.

M. Bouillaud. Vous reconnaissez donc qu'un rhumatisme aigu se comporte exactement comme une phlogose ordinaire. C'était précisément l'aveu que je voulais obtenir aujourd'hui ; car je sais qu'autrefois, M. Gerdy ne regardait pas le rhumatisme comme une inflammation. Voulez-vous une nouvelle preuve que le rhumatisme aigu articulaire est une inflammation? Disséquez les cadavres de ceux qui meurent de cette affection, vous trouverez du pus dans les articulations; vous trouverez en outre que la phlogose ne s'est pas bornée aux articulations; le péricarde, l'endocarde, la plèvre le sont également. Il ne faut pas confondre, bien entendu, le rhumatisme aigu avec les simples névralgies rhumatismales (1).

M. Roux a observé que constamment, lorsqu'une périostite suppurante se déclare, le mal débute par une vive douleur dans l'articulation sous-jacente. Ainsi, si la périostite est à la cuisse, la douleur se manifeste dans le genou ; si la périostite est au tibia, la douleur a lieu dans l'articulation du pied, etc. Il déclare, en outre, avoir observé que la dénudation qui succède aux abcès en question n'est pas toujours suivie de nécrose, encore moins de carie.

M. Gerdy explique comment la périostite suppurante peut donner lieu tantôt à la carie, tantôt à la nécrose. Il y a carie si l'os s'enflamme et que les vaisseaux canaliculaires s'hypertrophient et s'ulcèrent. Il en résulte un élargissement et même la rupture des canaux osseux qui leur donnent passage. De là, l'apparence vermoulue de l'os. Si la phlogose est suppurante et qu'elle se borne à une partie de l'os, comme le tourbillon d'un orgelet ou d'un anthrax, il en résulte la nécrose, l'os conserve son état naturel de compacité. On peut à ces seuls caractères distinguer, selon M. Gerdy, si un os est carié ou nécrosé ; le premier est vermoulu, fragile, facile à écraser entre les doigts ; le second pas.

Répondant ensuite à M. Bouillaud, M. Gerdy déclare que, pour lui, le rhumatisme, considéré en lui-même, n'est point une inflammation, bien qu'il se présente souvent compliqué de cette dernière.

(1) Il est incontestable que les névralgies rhumatismales les mieux connues, comme la sciatique, sont de nature inflammatoire, ce qui généralise davantage l'observation judicieuse de M. Bouillaud.

M. Boullay fait un rapport favorable sur un travail de M. Fontan, relatif aux eaux minérales de Luchon.

M. Velpeau présente une pièce pathologique curieuse et des dessins qui la représentent. C'est un fœtus humain qu'il a trouvé dans le scrotum d'un jeune homme âgé de vingt-huit ans, sous la forme d'une tumeur qu'il a opérée. M. Velpeau a reconnu, avant l'opération, l'espèce de corps auquel il avait affaire et l'a fait examiner par plusieurs praticiens avant de l'opérer. Des cheveux sortant par une petite ouverture du kyste, et la sensation au toucher d'un amas de petits os, lui ont fait reconnaître d'avance l'espèce de petit occuaire que ce jeune homme portait dans les bourses.

Ce fait, quoique très-rare, n'est pas unique dans la science ; on en trouve plusieurs pareils dans l'ouvrage curieux de Fattori, en trois volumes avec planches, et intitulé : *Du Fœtus dans le Fœtus.* Fattori était un anatomiste distingué, qui a succédé à Scarpa dans la chaire d'anatomie à Pavie. Cet ouvrage est à peine connu en France.

M. Leroy d'Étiolles présente à l'Académie des instrumens qu'il a imaginés pour extraire sans incisions une épingle tombée dans la vessie d'une femme, et introduite par l'urètre. L'un de ces instrumens est basé sur le mécanisme du lithomètre de M. Leroy ou du brise-pierre de M. Heurteloup ; l'autre est la pince d'Astley Cooper modifiée. Pour extraire une tige allongée à travers un canal étroit, il faut, ou qu'elle se place suivant la longueur du canal ou qu'elle se plie en deux, de manière que ses bouts soient dirigés en arrière. Les instrumens de M. Leroy d'Etiolles produisent ces deux effets : l'épingle, par exemple, saisie en travers, est forcée de tourner sur elle-même, de se placer en long dans la direction de l'instrument lui-même et de le suivre dans son mouvement de sortie.

Par un léger écartement ménagé entre les deux branches élastiques de l'instrument, M. Leroy d'Étiolle montre que l'on peut extraire des portions de brise-pierre dont une manœuvre imprudente aurait amené la rupture. M. Leroy d'Etiolle dépose sur le bureau l'épingle qu'il a extraite et les divers instrumens dont nous venons de parler.

Empoisonnement déterminé de lapins par le sulfate de quinine administré à haute dose ; par M. Desiderio.

L'auteur, dans un mémoire écrit en italien, fait connaître les résultats de neuf expériences dans lesquelles il a administré à des lapins le sulfate de quinine, soit seul, soit associé à d'autres substances actives.

Dans les deux premières expériences 14 grains donnés à des animaux adultes ont produit la mort en moins de cinq heures. Un lapereau a été tué en six heures par 15 grains.

Dans d'autres expériences, l'auteur du mémoire a associé à l'action du sulfate de quinine, celle de l'alcool étendu d'eau de cannelle, celle de l'eau distillée de laurier cerise, et enfin celle de l'opium. (*Journ. de Chimie.*)

— Dans la brochure de M. Rognetta, que nous annonçons aujourd'hui, l'auteur s'occupe de deux questions pratiques de la plus haute importance ; la première est relative au traitement de l'empoisonnement par l'arsenic à l'aide des toniques ; la seconde, à la valeur médico-légale du pot-au-feu arsenical de M. Orfila. M. Rogetta formule nettement la méthode qui lui a donné de si heureux résultats sur les animaux empoisonnés, et indique les modifications qu'il faut y apporter en l'appliquant à l'homme. Le traitement par les oxides de fer, qu'on prône tant aujourd'hui, est tout-à-fait illusoire, d'après l'auteur ; il base son opinion sur des expériences comparatives : c'est qu'une fois que l'empoisonnement est déclaré, l'absorption est déjà opérée, l'intoxication étant constituée par l'arsenic passé dans le sang et non par celui qui reste dans l'estomac et que la nature rejette en partie par le vomissement. Or, les oxides de fer n'exercent aucune action sur l'arsenic déjà résorbé. En conséquence, dans aucun cas, les neutralisans chimiques ne sauraient, selon M. Rognetta, guérir un empoisonnement mortel déjà déclaré. La brochure de M. Rognetta est dédiée à M. Orfila et renferme des détails d'un grand intérêt.

— Nous recevons à l'instant une première lettre sur la syphilis ou Examen critique des doctrines de M. Ricord, par M. Devergie aîné.

Nous en rendrons compte dans un de nos prochains numéros.

M. Emile CHEVÉ, D.-M.-P., a commencé la splanchnologie le mardi, 11 février, à onze heures, dans l'amphithéâtre n. 3 de l'Ecole pratique.

Le lundi, 17 février, il ouvrira un nouveau cours de physiologie à quatre heures, dans son amphithéâtre, rue de la Harpe, n. 90.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 15 FEVRIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 20, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.;
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.;
Etranger. 1 an, 45 f.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

1° Tumeur phlegmoneuse de la fosse iliaque droite ; résolution probable.

Au n° 6 de la salle des hommes est couché un étudiant en médecine atteint d'une inflammation phlegmoneuse de la région iliaque gauche. Cette affection, depuis long-temps signalée dans les cliniques, a été étudiée d'une manière complète depuis les travaux de Dance, et plus récemment de M. Grisolles. Les abcès qui lui succèdent souvent, en raison même de leur position et des rapports qu'ils ont avec des viscères importans, donnent lieu à des symptômes particuliers qui en rendent quelquefois le diagnostic difficile, et offrent certaines terminaisons curieuses à connaître.

Chez le malade dont il s'agit ici, l'inflammation phlegmoneuse de la fosse iliaque s'est présentée avec des phénomènes qui doivent faire craindre l'extension de la phlegmasie au péritoine voisin ; on pourrait encore avoir à redouter dans ce cas le rétrécissement ou l'oblitération de la portion intestinale qui participe à la maladie.

Ce jeune homme est âgé de vingt-huit ans ; il est, comme nous l'avons dit, étudiant en médecine ; il est bien constitué et jouit habituellement d'une bonne santé. Le mercredi 22 janvier, il fut pris d'une douleur dans la fosse iliaque droite ; l'état du ventre n'offrit encore rien de particulier ; il se mit au lit et dormit assez profondément. Le lendemain jeudi, la douleur avait conservé à peu près le même siége, et ne paraissait pas être plus intense que la veille. Le malade sortit pour vaquer à ses affaires, mais bientôt la douleur étant devenue beaucoup plus vive et plus étendue, il fut obligé de regagner son logement : qu'il fût assis, debout ou même couché, la douleur resta toujours aussi violente, fixée dans la région de la fosse iliaque droite, et rien ne put la faire diminuer.

Tout-à-coup, pendant la nuit du jeudi au vendredi, les élancemens disparaissent, le malade est soulagé, il se croit définitivement guéri : cette rémission dans les symptômes se maintient pendant tout le jour ; mais de nouveau dans la nuit du samedi, le jeune homme se trouva éveillé par de nouvelles douleurs ; il ne peut plus retrouver de sommeil, l'appétit devient nul, le malaise augmente.

Le samedi 25 janvier, la douleur abdominale persiste toujours ; le malade a pris un lavement émollient qu'il n'a pas rendu ; il est très abattu.

Le dimanche, la douleur est permanente, elle est beaucoup plus vive qu'elle ne l'a encore été depuis le début de la maladie ; le malade éprouve des élancemens très aigus qui se renouvellent très fréquemment ; il a eu un mouvement fébrile assez intense. La constipation est toujours opiniâtre. Un nouveau lavement émollient qu'il se fait administrer détermine plusieurs évacuations solides d'abord, puis liquides. Enfin, voyant que son état d'indispotion loin de s'améliorer paraît devoir devenir plus grave, il se décide à venir réclamer des soins à l'Hôtel-Dieu, où il se fait transporter en voiture le lundi dans la matinée.

Le lundi, la douleur, plus vive dans la fosse iliaque droite que partout ailleurs, se prolonge vers le côté gauche et arrive presque au niveau de l'ombilic. Les secousses de la voiture l'ont encore exaspéré. Le ventre est tendu, sensible daus presque toute son étendue. La douleur, quand elle est provoquée par la pression produite par la main, est en général peu intense dans toutes les parties de l'abdomen ; seulement elle devient plus considérable dans l'espace compris entre le bord inférieur des côtes, la fosse iliaque et la ligne médiane. La percussion détermine une sonoréité plus remarquable que de coutume, dans tous les points qui répondent au paquet des intestins grêles.

Si l'on interroge le malade sur la nature des causes auxquelles il pourrait attribuer le développement de sa maladie, on ne peut obtenir aucun renseignement ; toutes les réponses faites aux questions qu'on lui adresse sont négatives. Ainsi, il n'a pas commis depuis long-temps d'excès de régime ; sa nourriture est saine et réglée. L'intestin, au début de l'affection, paraissait être dans un état satisfaisant ; le malade n'avait en effet éprouvé ni diarrhée, ni constipation. Interrogé s'il n'avait pas reçu de lésions extérieures sur cette région de l'abdomen, il répond qu'il n'en a aucun souvenir ; il n'a pas fait de chute, n'a pas fait d'efforts, de marche forcée, etc.

Les autres influences secondaires qui manifestent parfois leur action dans la production de cette maladie, ne semblent pas non plus avoir eu quelque part au développement de l'affection que présente ce jeune homme. C'est encore ici, un cas entre mille où les prédispositions individuelles font tout, et dans lesquelles l'action des causes ...onnelles est tout à fait nulle. L'étiologie des maladies présente fréquemment de semblables lacunes...

...muscles de l'abdomen ne sont pas dans un état de ...ction assez intense pour qu'il soit difficile d'examiner ... fosse iliaque, et de rechercher par le toucher s'il est possible d'y constater une déformation quelconque, une tumeur dont cette partie serait le siége. En effet, on peut reconnaître dans ce point une tumeur qui se prolonge en haut jusqu'à trois ou quatre pouces au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et finit en saillie dans cette région ; de là elle se prolonge en bas et en avant vers le pubis, et paraît occuper la plus grande partie de la fosse iliaque. Cette tumeur est dure, un peu rénitente au toucher ; on peut sentir que sa surface n'est pas égale, elle offre des points inégaux plus saillans que les autres : la main n'y découvre aucun battement, les doigts peuvent en partie l'embrasser ; la paroi abdominale qui la recouvre glisse facilement au-devant d'elle. Si l'on percute l'abdomen dans l'étendue qui correspond à la tumeur, le son n'est pas mat, mais il est plus profond, plus obscur que dans toutes les autres parties de cette cavité ; il faut sans doute attribuer ce phénomène à l'épaississement probable du cœcum qui est compris, sans aucun doute, dans la tumeur que nous avons indiquée.

La douleur du ventre est maintenant permanente, mais elle est devenue peu aiguë ; le malade n'éprouve plus d'élancemens comme au début de cette affection. Il n'y a pas de nausées ; la constipation est toujours opiniâtre ; l'excrétion des gaz de l'intestin est supprimée ; l'intestin grêle paraît météorisé.

La fièvre est assez intense ; il n'y a pas de céphalalgie ; le besoin de la soif se fait sentir d'une manière modérée. La peau est chaude ; le pouls bat 116 fois par minute. Le malade paraît préférer le décubitus dorsal ; il fléchit légèrement la cuisse du côté malade sur le bassin, et redoute singulièrement les mouvemens qui rendent ses douleurs plus vives. Nous en avons eu un exemple lors de sa translation à l'hôpital, car on se rappelle que les secousses imprimées par la voiture avaient exaspéré ses souffrances.

On prescrit une saignée de trois palettes, l'application de 20 sangsues sur la tumeur, deux lavemens émolliens, l'eau de Seltz édulcorée avec le sirop de groseilles pour boisson. Le malade prendra une bouteille d'eau de Sedlitz par demi-verre.

Bien que la fosse illiaque puisse être le siége de maladies fort diverses, M. Chomel pense que dans ces circonstances il est impossible de ne pas reconnaître une tumeur inflammatoire de la fosse iliaque, qui, si elle prend de l'extension, pourrait amener l'inflammation du péritoine, ce qui rendrait le pronostic beaucoup plus grave.

Le 31, le malade est déjà dans un état plus satisfaisant. Le ventre a diminué de volume ; le météorisme et la douleur sont moins prononcés que les jours précédens ; des gaz intestinaux ont pu, en assez grande quantité, franchir la valvule iléo-cœcale ; le malade éprouve dans l'intestin une sensation de gargouillement très distincte. L'eau de Sedlitz et l'emploi des lavemens émolliens ont produit des évacuations d'abord solides, puis demi-liquides. Les autres symptômes sont demeurés à peu près dans le même état. Le malade souffre moins.

Le lendemain, une douleur assez vive s'est manifestée dans la région hypogastrique ; une application de sangsues a de nouveau été ordonnée, et cette douleur a disparu. Le malade a eu plusieurs évacuations. On continue l'emploi des moyens déjà indiqués.

Nous ne suivrons pas jour par jour l'état de ce malade ; nous dirons seulement que dans les premiers jours la tumeur n'a pas diminué ; on pouvait encore la circonscrire avec la main ; la percussion dans le point correspondant de l'abdomen rendait un son mat ; la pression déterminait toujours de légères douleurs. Plus tard, la tumeur a présenté vers sa partie moyenne un peu de souplesse, d'élasticité, ce qui, un instant, aurait pu faire craindre que la maladie ne se terminât par suppuration ; mais la fièvre avait cessé, les autres symptômes un peu inquiétans avaient disparu peu à peu, et l'on crut pouvoir espérer qu'il n'en serait pas ainsi.

Le 3 février, bouillons ; frictions mercurielles sur la région malade ; lavemens laxatifs et émolliens. Continuation des moyens déjà prescrits antérieurement.

Jusqu'à ce jour, le malade est resté dans un état très satisfaisant, et tout fait présumer que la tumeur n'entrera pas en suppuration. Cependant, si l'on se rappelle que dans les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque le pus se forme plus lentement que dans les autres phlegmons ; que ce n'est guère, terme moyen, que du vingt au vingt-sixième jour que ce phénomène apparaît, il est nécessaire de rester dans l'expectation et de ne pas se prononcer trop rapidement.

Bronchite chronique. Cancer utéro-vaginal occulte.

Une femme de quarante-cinq ans, journalière, a été admise à l'Hôtel-Dieu, et couchée au n° 5 de la salle des femmes il y a quelques jours. Elle est venue réclamer des soins pour un catarrhe qu'elle éprouve depuis plusieurs années. Depuis long-temps, en effet, elle tousse et éprouve des douleurs dans les côtés de la poitrine ; ses crachats sont opaques et visqueux ; l'auscultation et la percussion du thorax n'ont pas fait reconnaître d'autres signes que ceux de la bronchite.

Ces derniers jours, cette malade ayant éprouvé des accès de toux plus forts qu'à l'ordinaire, accusa des douleurs vers les organes génitaux, et perdit un peu de sang. Interrogée sur l'état antérieur de ces organes, elle raconte que ses règles ont cessé de paraître depuis trois ans environ, que cependant, tous les mois, elle éprouve un écoulement sanguin peu abondant. Elle a remarqué que cette excrétion dure pendant quelques jours, et que le sang ainsi rendu ne forme pas de caillots : elle a continué de rares relations avec son mari, dont l'âge est proportionné au sien ; et, à part ces accidens, légers en apparence, elle n'éprouve dans la région hypogastrique ni élancemens, ni douleurs. Les pertes peu abondantes qui s'étaient manifestées chez elle ne l'inquiétaient pas ; leur apparition à peu près périodique lui faisait penser qu'elle pouvait les attribuer à l'époque de la cessation de ses règles. Quant à celles qu'elle avait éprouvées plus recemment, les secousses de toux, plus répétées pendant quelques jours, les lui expliquaient suffisamment.

On pratiqua néanmoins l'exploration des organes génitaux. Le toucher vaginal fit reconnaître à deux pouces environ de la vulve, sur la paroi antérieure du vagin, une masse solide, de forme triangulaire ; elle peut avoir quatre lignes d'épaisseur environ, et s'offre au toucher sous la forme d'une espèce de plaque résistante, inégale, granulée ; elle se prolonge jusque vers un orifice que l'on reconnaît pour être le museau de tanche ; de ce point, cette plaque indurée se continue dans l'épaisseur des parois vaginales, se continue vers la gauche et se termine vers la cloison recto-vaginale, qu'elle envahit en partie. Le col de l'utérus lui-même est saillant, mamelonné ; le fond en est grenu, inégal, son orifice est irrégulier et se distingue imparfaitement.

Si l'on interroge le bassin par l'hypogastre on ne peut sentir le fond de l'utérus ; en pratiquant le toucher par le rectum, on reconnaît en avant une masse qui occupe presque tout le côté gauche du petit bassin, et à laquelle on peut imprimer de légères oscillations. Au milieu on distingue plus manifestement le corps de l'utérus.

Sans aucun doute, une partie des parois du vagin, de la cloison recto-vaginale, du col et du corps de l'utérus est envahie par la dégénérescence cancéreuse ; mais comme cette femme n'éprouve pas de douleurs, que sa santé générale est, à part l'affection catarrhale, assez satisfaisante, on ne fera provisoirement aucune tentative de traitement. La maladie reste indolente ; il n'y a pas d'écoulement de mauvaise nature ; il est donc conséquent d'attendre et de ne pas compromettre l'action de médicamens que l'habitude aurait rendus inutiles lorsque leur emploi sera impérieusement exigé.

Cancer du pylore ; mort ; anatomie pathologique.

Un homme de quarante-huit ans, jardinier, est mort ces jours derniers à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Husson (salle Saint-Louis) ; il était revenu pour la troisième fois à l'Hôpital depuis deux ans et avait été placé l'année dernière dans le service de M. Chomel. Il présentait alors les signes d'un cancer de l'estomac. Il avait des aigreurs ; plus tard des vomissemens glaireux et noirâtres s'étaient montrés ; on pouvait, en palpant avec la main la région épigastrique, reconnaître une tumeur assez volumineuse molasse ; seulement on n'avait pu s'assurer, d'une manière certaine, qu'elle appartenait à la région du pylore.

Cet homme ayant succombé au progrès de sa maladie, on a constaté la présence de l'affection cancéreuse, mais aussi des lésions pathologiques fort curieuses dans plusieurs points du tube digestif.

Le pylore était converti en une masse cancéreuse qui présentait les caractères ordinaires du cancer de cet organe ; au centre de cette masse existait une cavité pouvant contenir une grosse noix environ ; elle communiquait avec l'arrière cavité des épiploons ; des adhérences s'étaient établies dans divers points.

Tout le long de la colonne vertébrale, le long de l'aorte et des gros vaisseaux, autour des reins, vers les vaisseaux de cet organe, dans l'épaisseur de la base du mésentère existaient des masses cancéreuses irrégulières présentant divers degrés de transformation.

Mais le fait le plus curieux était sans contredit la présence, dans l'épaisseur du mésentère, d'un grand nombre de vaisseaux commençant à l'intestin et se continuant vers le ganglion mésentérique, hypertrophiés, et de là jusqu'à la base du mésentère.

Ces vaisseaux étaient pour ainsi dire concentriques dans leur trajet, et offraient l'aspect blanchâtre dans quelques points, jaunâtres dans d'autres ; leur calibre, présentant de nombreuses bosselures, donnait assez bien l'aspect d'un vaisseau moniliforme ou en chapelet. Si l'on incisait quel-

ques-uns de ces point dilatés, et quelques-uns avaient atteint le volume d'une lentille, on voyait sortir par l'ouverture un liquide blanchâtre opaque.

La face interne de l'intestin laissait voir dans l'épaisseur de ses parois et dans les points correspondans aux espaces qui séparent les valvules conniventes de nombreuses lignes blanchâtres qui répondaient à l'origine de ces canaux, qui sont, sans contredit, les lymphatiques abdominaux injectés mieux que ne pourraient le faire les plus habiles préparations anatomiques. Cette pièce sera modelée et déposée au musée Dupuytren.

Symptômes d'invasion d'une affection aiguë du thorax. Crachement de sang abondant. Diagnostic douteux.

Une femme âgée de cinquante-deux ans, ayant cessé d'être réglée à l'âge de trente ans, qui dit s'être toujours bien portée et n'avoir éprouvé aucun accident du côté de la poitrine, a été prise tout à coup samedi dernier de toux et d'un frisson intense : elle ne sait à quoi attribuer cet accident. Cet état s'est continué le dimanche, et vers la fin du jour, après avoir senti derrière le sternum une espèce de bouillonnement, elle a rendu par la bouche une quantité énorme de sang, qu'elle dit avoir été écumeux et pur ; elle évalue la quantité rendue ainsi au contenu de deux crachoirs environ. Cette évacuation l'a soulagée, dit-elle ; cependant la gêne de la respiration, l'état fébrile, la toux continuant toujours elle est entrée à l'Hôtel-Dieu le lundi, et a été couchée salle Saint-Louis, n. 22.

Mardi matin, elle est assez tranquille ; la face et les lèvres offrent la teinte violacée que l'on remarque chez les individus atteints d'une maladie du cœur. La toux est modérée, le pouls donne 124 pulsations ; les crachats sont tantôt opaques, puriformes ; d'autres sont rosés, sanguinolens. Hier la malade a encore rendu une petite quantité de sang. Le sang d'une saignée pratiquée vers le soir est couvert d'une couenne bien organisée, mais peu épaisse. L'auscultation n'a rien indiqué de particulier, le bruit respiratoire est un peu plus faible du côté gauche ; on entend derrière les épaules un râle crépitant obscur. Rien de particulier vers le cœur.

On ne peut ici s'arrêter à l'idée d'une hématémèse, malgré les symptômes fébriles et l'invasion assez aiguë de la maladie, on ne put reconnaître une pneumonie. Il n'y a pas eu précédemment de signes de la phthisie pulmonaire; il y a bien, à la vérité, des crachats opaques purulens, mais cette particularité s'observe souvent dans les affections catarrhales ; ainsi la grippe de 1835 en a offert de nombreux exemples. Doit-on croire au ramollissement d'une masse tuberculeuse et à l'ulcération de quelques vaisseaux? Peut-on soupçonner une variété de l'apoplexie pulmonaire? Aujourd'hui encore le diagnostic reste douteux.

RAPPORT DE M. GERDY SUR UN RHUMATISME INFLAMMATOIRE AIGU QUI A PROFONDÉMENT ALTÉRÉ LES PARTIES MOLLES ET LES OS, QUI A CAUSÉ LA MORT, ET DONT L'OBSERVATION A ÉTÉ PRÉSENTÉE PAR M. le docteur Ballot, de Gyen.

Messieurs,

Vous avez nommé une commission composée de M. Maingault et moi, pour vous rendre compte d'une observation qui vous avait été adressée par M. le docteur Ballot, de Gyen : je vais avoir l'honneur de vous en entretenir. Bien que cette observation ne soit pas très longue, elle est si intéressante et présente des faits si peu connus, qu'elle est bien digne de toute votre attention et méritera de notre part des réflexions étendues.

Jolly, âgé de vingt ans, était employé, depuis un an, comme batelier, au passage de la Loire, dans une petite commune voisine de Gyen. Quoique, dans l'exercice de sa profession, il eût été fréquemment mouillé, sans pouvoir changer de vêtemens, et qu'il eût surtout passé souvent la nuit sans abri sur le bord du fleuve, cependant il n'avait encore éprouvé aucun symptôme de rhumatisme, lorsque, le 4 février 1837, étant bien portant d'ailleurs, il fut pris. en manœuvrant sa barque, d'une douleur très vive dans le genou gauche, sans gonflement ni rougeur. Après divers remèdes insignifians, il entra à l'hospice de Gyen où le vit le docteur Ballot.

Il exprimait la douleur la plus forte lorsqu'on lui palpait la cuisse gauche et surtout lorsqu'on essayait de faire exécuter quelque mouvement à ce membre, qui n'offrait, non plus que le genou, quoique le malade y souffrît vivement, ni rougeur, ni gonflement. D'ailleurs point de changement dans la longueur, la direction, ni le volume du membre, mais fièvre assez intense et 100 pulsations par minutes. Antiphlogistiques, dérivatifs, hypnotiques, sudorifiques, bains, diète; pas d'amélioration ; vésicatoire sur la cuisse ; amélioration, puis abcès reconnu à uue fluctuation obscure vers le quart inférieur de la cuisse ; ouverture de l'abcès, contre-ouverture, séton pour favoriser l'écoulement du pus. Par là suite, suppuration continuelle, altération du pus, colliquation, eschares aux régions du sacrum, des trochanters ; mort le 17 mai, après 105 jours de souffrances et de douleurs semblables à celles d'une piqûre profonde produite par la pression des parties molles contre l'os, qu'à l'aide du stylet ou reconnaît être irrégulier et dénudé.

Autopsie. — Ulcérations gangréneuses vers le sacrum, les grands trochanters, muscles externes de la hanche et de la cuisse réduits en une vaste collection de matières noires, putrilagineuses, fétides, qui entourent le fémur jusque vers ses condyles, remplissent la fosse iliaque externe, pénètrent dans l'articulation iléo-fémorale ulcérée et ouverte à son côté externe, dépouillée de cartilage, cariée surses deux os, privée de ligament inter-osseux. Au-dessous de la tête et surtout vers les trochanters, la ligne âpre et la partie inférieure de l'abcès où ont été faites les ouvertures pour le séton, le fémur est affecté d'une altération *que je ne saurais*, dit M. Ballot, *rapporter à aucune maladie des os dont la maladie me soit connue.* « Elle est constituée, ajoute-t-il par une ossification irrégulière, disposée en stalactites et en lamelles, et dont le périoste irrité par la présence du pus semble avoir été l'origine. » Il n'y avait pas d'altération au genou.

M. Ballot ne s'est point trompé en jugeant cette observation assez importante pour vous être adressée ; c'est ce que prouveront, j'espère, les réflexions dans lesquelles je vais entrer.

La *cause* de l'affection dont nous venons de tracer l'histoire abrégée paraît être le froid et l'humidité auxquels Jolly était exposé depuis un an par sa profession de batelier, et peut-être surtout par ses imprudences. Nous reviendrons, au reste, plus bas sur l'influence de cette double cause, qui recevra un degré d'évidence de plus de la nature de la maladie.

Plusieurs ordres de *symptômes* caractérisèrent l'affection : d'abord, un symptôme *sympathique* de douleur dans l'articulation inférieure à la jointure malade ; plus tard, quelques jours avant la suppuration, de la douleur *locale* dans toute la cuisse, au moindre mouvement et lorsqu'on la palpait ; en même temps que ces dernières souffrances, de la fièvre et quelques autres symptômes sympathiques ; une amélioration dans les souffrances après la suppuration et après l'ouverture de l'abcès qui en était le résultat ; plus tard encore des sensations de piqûre profonde par la pression des parties molles contre le fémur ; enfin une suppuration colliquative, la consomption et la mort.

La douleur dans une articulation inférieure à la malade est un phénomène bien connu dans les maladies articulaires et particulièrement dans celles que l'on connaît vulgairement sous le nom de tumeurs blanches, et que l'on pourrait peut-être désigner sous le nom d'*arthrites chroniques*. Du moins je préférerais cette dénomination à celle d'*artropathie* proposée tout récemment. Il est très commun dans ces affections de voir la douleur se manifester, même très-vive, dans l'articulation placée au dessous de celle qui est réellement affectée. Cette année, 1839, à l'hôpital de la Charité, nous avons vu bien des fois le même phénomène, et entre autres chez trois malades en même temps. L'un avait une maladie de la hanche et se plaignait exclusivement du genou ; le second avait le genou affecté et se plaignait du coude-pied ; le troisième, qui était une jeune femme, avait une tumeur blanche du coude et se plaignait du poignet. Néanmoins, tous les trois souffraient de la jointure malade quand on y déterminait des mouvemens, et dans certains endroits quand on y exerçait une compression plus ou moins forte, surtout la jeune femme. Mais aucun de ces trois malades ne souffrait aussi vivement que celui du docteur Ballot, à en juger par ce qu'il en rapporte. L'affection était donc plus aiguë chez ce dernier. C'est ce que prouvent encore les autres symptômes, comme nous verrons.

A quoi peut tenir la souffrance d'une articulation inférieure à la jointure malade? C'est un fait que nous ignorons complètement. Mais comme les parties intermédiaires ne souffrent point, et qu'il n'est pas possible de l'expliquer par la continuité ni par la contiguité des parties, voilà pourquoi j'ai dit que c'était un phénomène sympathique. Tel est en effet le caractère des phénomènes indépendans de la contiguité et de la continuité des parties voisines, et s'ils tenaient à l'un de ces deux modes de connexion, ils ne seraient pas plus sympathiques que les battemens du pouls ne le sont de ceux du cœur, que les mouvemens des os ne le sont de ceux des muscles. Personne, en effet, ne s'avise d'expliquer, par la sympathie, la relation de ces phénomènes les uns avec les autres, parce que tout le monde voit au premier coup d'œil qu'elle est due à la contiguité ou à la continuité des parties.

La douleur locale très vive qui s'est peu à peu développée dans toute la cuisse, n'était si aiguë que parce qu'elle précédait et accompagnait un travail de suppuration considérable, que parce qu'elle accompagnait un phlegmon aigu. Elle était plus vive encore par les mouvemens que par le palper pratiqué sur le membre malade, parce qu'elle avait son siége dans les muscles en même temps que dans le périoste; mais il n'est pas certain qu'elle se manifestât dans le fémur lui-même, car les os enflammés et suppurans souffrent assez rarement.

La fièvre et ses troubles généraux se sont montrés du côté du cerveau et des organes digestifs, parce que la maladie était tout à la fois aiguë et surtout très intense et très étendue ; mais, comme d'habitude, l'orage s'est apaisé aussitôt que la suppuration fut accomplie et surtout quand on lui eût donné une issue. Ce résultat général de l'ouverture des abcès prouve, contradictoirement à l'opinion de beaucoup de pathologistes, que le pus agit d'une manière nuisible aux parties, soit parce qu'il les distend ; soit parce qu'il les baigne sans les distendre.

Quoi qu'il en soit, bientôt se montra un phénomène particulier, mais très facile à comprendre. Le malade souffrait la sensation d'une piqûre intérieure quand on pressait les parties molles de la cuisse contre l'os. Cette douleur était évidemment causée par la pression des chairs malades contre les saillies plus ou moins aiguës dont le fémur était couvert, ainsi que l'a vu M. Ballot.

La continuation de la suppuration, son altération progressive, l'amaigrissement, la consomption et la mort qui survinent enfin, sont des symptômes bien communs dans les affections suppurantes des os, surtout quand elles envahissent de grandes articulations et occupent une étendue considérable.

Mais arrivons à la partie vraiment intéressante de cette observation, aux altérations de l'os, car ce sont des faits qui sont très peu connus et qui méritent réellement toute notre attention, et, je crois, toute celle de l'Académie. M. le docteur Ballot, en avouant qu'il ne connaissait point de description à laquelle il pût rapporter les altérations du fémur qu'il avait sous les yeux et qu'il nous a envoyé, a confessé une situation que votre rapporteur serait obligé de confesser, lui même, s'il n'avait, depuis plusieurs années, fait des recherches nombreuses et toutes particulières sur les maladies des os. C'est en s'aidant de ces recherches, qu'il va décrire, expliquer et déterminer les diverses altérations morbides du fémur que nous tenons du docteur Ballot. L'analyse des altérations de l'os prouve que ce sont des nécroses, des caries, des sécrétions périostiques, des sillons, des ouvertures et des canaux vasculaires. Parlons d'abord des nécroses : elles occupent la tête, le col et le corps du fémur.

La tête de l'os approprié par la macération probablement, et tel que l'a envoyé le docteur Ballot, est dépouillée de son cartilage et de son écorce osseuse, presque sur toute la portion articulaire, et laisse à nu un tissu qu'on nomme spongieux, et dont la surface est criblée de trous plus ou moins arrondis ; nous avons démontré que ce tissu est formé par des canalicules perpendiculaires aux surfaces articulaires et néanmoins légèrement tortueux ; très fins et communiquant les uns avec les autres par une multitude d'ouvertures qui donnent au tissu canaliculaire l'apparence d'un amas de cellules disposées sans ordre. Dans plusieurs points d'ailleurs, on distingue la lame épiphysaire, qui est mince et non encore criblée comme elle l'est après l'ossification.

Comment s'est détruite l'écorce compacte, mince et articulaire de la tête du fémur? Le fait a pu s'accomplir par plusieurs mécanismes que j'ai observés : 1° par le développement de la couche mince du tissu cellulaire sous-cartilagineux, résorbant l'écorce osseuse sous-jacente en même temps que le cartilage ; 2° par une inflammation éliminatoire développée sous l'écorce compacte dont nous nous occupons, ou dans son épaisseur ; 3° par l'ulcération de la surface libre du cartilage se propageant à l'os sous-jacent.

Le premier fait est très commun dans les tumeurs blanches. Aussi n'est-il point rare de trouver, à l'autopsie de ces affections, le cartilage diarthrodial perforé et en partie recouvert par des fongosités qui, fixées à la surface articulaire de l'os proéminent, flottent par la perforation du cartilage résorbé, et s'étendent parfois en large membrane, de manière à simuler la membrane synoviale. Si, alors, on enlève ces fongosités, on ne trouve que l'os à nu ; au-dessous, point de cartilage. D'autres fois, tandis que le cartilage est aminci comme une feuille de parchemin, la surface de l'écorce osseuse, articulaire est cariée, érodée et criblée d'ouvertures par lesquelles le tissu cellulo-vasculaire intérieur de l'os communique avec le tissu sous-diarthrodial. Dans cet état, j'ai trouvé le cartilage souple, flexible et mobile sur la tête de l'os dont il était facile de le détacher.

Dans un temps, j'ai cru que les cartilages ne se ramollissaient pas, et que ce n'était point par ce mécanisme qu'ils disparaissaient de dessus les surfaces articulaires. Jusque-là, je les avais toujours trouvés doués de leur fermeté naturelle, même lorsqu'il n'en restait plus que des parties fort étroites au milieu des fongosités sous-cartilagineuses, dont les surfaces articulaires étaient couvertes.

Mais depuis, j'ai rencontré des cartilages ramollis et ulcérés dans différens points de leur surface libre ; j'en ai trouvé de perforés, et, je n'en doute pas, ils disparaissaient aussi par ce mécanisme, comme l'enseignent plusieurs auteurs et notamment M. Sanson.

Comment se développe la couche sous-diarthrodiale ? Il est très probable qu'elle existe naturellement, quoique très mince, entre le cartilage et l'os, et que dans l'inflammation elle s'accroît comme tous les tissus enflammés tant que le cartilage n'est pas perforé ; mais, qu'après l'avoir perforé, elle s'accroît par sécrétion de fluides organisables, absolument comme le font les fongosités qui proéminent de plus en plus à la surface d'un vésicatoire, ou semblent végéter du fond d'un cautère. Ce fait explique pourquoi le tissu cellulaire sous-diarthrodial, mis à nu par la disparition du cartilage dans les tumeurs blanches, se confond avec la synoviale par sa circonférence ; il se confond même avec cette membrane par sa couleur, parce qu'ils sont enflammés de la même manière, baignés par les mêmes fluides, et qu'ils sont d'ailleurs d'une nature analogue.

L'écorce osseuse, compacte et mince, de la surface articulaire est aussi résorbée, cariée par le tissu cellulo-vasculaire sous-jacent à cette écorce. Il est probable que c'est ce qui arrive lorsque la maladie articulaire commence par l'intérieur des os. Alors l'écorce osseuse des surfaces articulaires peut être résorbée et perforée de dedans en dehors par le tissu cellulo-vasculaire de l'os, soulevée par des fongosités. C'est ainsi que s'établissent une foule de caries à la surface des os du crâne.

Dans les derniers temps que je passai à l'hôpital Saint-Louis, je donnai mes soins à une femme d'environ soixante ans, qui avait une dénudation du frontal. Peu à peu la couche extérieure de l'os, amincie, perforée, cariée par des fongosités sous-jacentes, fut enfin soulevée et éliminée par une inflammation ulcérative qui laissa une surface rouge, couverte de fongosités vermeilles. La portion rejetée était la lame externe amincie du frontal, qui était en partie résorbée et perforée, en partie nécrosée et séparée par une ostéite éliminatoire. J'ai observé plusieurs fois des phénomènes du même genre dans les articulations, et c'est par l'un ou l'autre de ces mécanismess et peut-être par tous les deux en même temps, que s'est accomplie l'altération dont la tête du fémur qui nous occupe est le siége.

Dans des altérations de ce genre, plusieurs cas peuvent se présenter à l'autopsie : tantôt on trouve la cavité articulaire remplie d'une poussière osseuse dure et plus ou moins fine, qu'on regarde à tort comme le résultat d'une carie qu'on appelle une vermoulure. En effet, il est très probable, pour ne pas dire certain, que cette poussière *dure et résistante* est un détritus de nécrose, et qu'elle est produite par une lame nécrosée, broyée par les mouvemens articulaires à mesure qu'elle se détache, plutôt que par une nécrose primitivement pulvérulente. Tantôt il peut y avoir une poussière très fragile ou des esquilles *criblées* par l'inflammation, la carie, et peu *résistantes*. Il n'y a ni poussière, ni séquestre d'aucune espèce dans la jointure ; c'est donc qu'alors la couche compacte des surfaces articulaires a été entièrement résorbée ?

Ainsi, dans le cas présent, la lame de la surface articulaire a été éliminée ou résorbée. Mais comme le docteur Ballot ne dit pas avoir trouvé de poussière osseuse dans l'articulation malade, ni dans le pus pendant la vie, je conserve des doutes sur les phénomènes morbides qui se sont passés dans l'articulation affectée.

L'état du col prouve cependant que des esquilles de carie *criblées* ou peu *résistantes* plus ou moins petites ont dû s'écouler pendant la vie avec le pus, ou se trouver après la mort, dans l'articulation ou hors de l'articulation. En avant et même au-dessus, le col du fémur est irrégulièrement creusé, déchiqueté, carié et dépouillé de ses parties compactes superficielles par une ostéite éliminatoire qui a dû produire des esquilles pulvérulentes et laminées plus ou moins épaisses, et ces esquilles ont laissé à nu le tissu canaliculaire sous-jacent. On trouve même au-devant du col une lame déjà séparée du tissu sous-jacent par sa surface profonde et ses bords, en sorte que, disposée à la manière d'un pont, elle ne tient plus que par ses deux extrémités. Cette lame, déjà morte, est criblée de trous ; or, ces caractères n'appartiennent pas aux séquestres de la nécrose : ceux-ci sont frappés de mort sans être enflammés, tandis que c'est le contraire pour les esquilles de la carie qui meurent cernées par une ulcération circonférentielle éliminatoire.

On trouve au contraire des portions nécrosées dont les limites ne sont encore marquées à l'extérieur que par un sillon qu'occupait l'inflammation ulcérative. Cette inflammation éliminatoire est ici provoquée par la présence d'un séquestre qui agit sur les parties vivantes comme un corps étranger.

On observe le séquestre dont je veux parler immédiateme[nt] au-dessous du col et au-devant du petit trochanter. On le reco[n]naît à son aspect compacte, non vasculaire ou non poreux, à [sa] dureté et à sa sonoréité. Enfin, le fémur présente encore de [la] nécrose dans sa moitié inférieure, et c'est là qu'il en offre le p[lus]

Elle forme là, derrière l'os, une lame osseuse qui occup[e la] superficie de deux faces latérales de l'os, est soulevée e[n] grande partie détachée. Cette lame, qui a six pouces ou s[eize] centimètres de haut en bas, deux pouces et demi ou six cen[ti]mètres au moins de largeur dans le milieu de sa longueur[,] épaisse par en haut, où le mal a été plus grave et plus prof[ond,] elle devient de plus en plus mince et papyracée par en ba[s ; en] plusieurs endroits même, elle n'est pas intacte, elle est per

brisée, en sorte qu'il a dû s'en détacher et s'écouler des fragmens osseux avec la suppuration pendant la vie.

En bas, contre les condyles, une portion de cette lame ou de la surface de l'os qu'elle constituait s'est également détachée, et partout où elle manque le tissu compacte sous-jacent, où s'est développée l'inflammation éliminatoire du séquestre, est irrégulier à sa surface, comme les pierres des monumens, altérées à la longue par l'air et les pluies. Cela est d'autant plus frappant que la surface extérieure de la lame nécrosée est lisse et polie, et jaunâtre comme celle d'un os sain. Dans plusieurs endroits le séquestre est recouvert par des sécrétions osseuses périostales papyracées, sur lesquelles je reviendrai.

On voit encore à travers ces sécrétions osseuses une portion nécrosée et ovalaire, située au devant du fémur, dans son quart inférieur. Tous ces séquestres ont les mêmes caractères ; ils sont lisses à leur surface extérieure, détachés en partie ou en totalité par des sillons ou des excavations creuses au dessous. Leur couleur tranche presque partout sur celle du tissu osseux sous-jacent dont la surface est irrégulière ; ils sont durs et sonores comme le tissu compacte, quand ils ont un peu d'épaisseur. Enfin on reconnaît que ce sont des portions d'os qui sont mortes, comme tous les séquestres, sans avoir été enflammées, et avant le développement de l'inflammation ulcérative éliminatoire qui les isolent et qu'elles provoquent.

Jusqu'ici, nous n'avons parlé que des nécroses ou traces de nécroses visibles à la surface du fémur, dont nous analysons les altérations. Nous allons passer maintenant à l'examen des *sécrétions périostiques*. Elles sont déjà très visibles et stalactiformes au-devant du fémur, à l'union de la base du col de l'os avec le corps. Séparées par des sillons très anfractueux, elles sont convertes de trous arrondis, vasculaires, très fins, visibles en partie à l'œil nu, mais bien plus visibles à la loupe, et rappelant les myriades de trous apparens à la surface des madrépores. Ces trous sont remplis de vaisseaux et de matière organisable sécrétée par le périoste enflammé. Je possède des exemples nombreux et variés de ces sécrétions périostiques, parfaitement ossifiées. Sur le fémur que je décris, elles sont cependant moins durés et moins cassantes que le tissu osseux parfaitement sain, ou ossifié depuis long-temps.

De semblables sécrétions périostales ossifiées s'observent derrière et au-dessous du petit trochanter. Elles forment une série qui se prolonge inférieurement en ligne irrégulière, pour se réunir en bas en formant un V avec la série des sécrétions précédentes. Dans la partie inférieure de ce V le fémur, dépouillé de sa surface nécrosée par un travail d'élimination, laisse voir du tissu canaliculaire assez distinct, évidemment dilaté par l'inflammation. Je reviendrai sur cette ostéite *sous-superficielle*, si je puis parler ainsi.

De nouvelles sécrétions périostiques s'observent depuis le milieu de la longueur du fémur jusqu'à un ou deux travers de doigt de ses condyles. Sur la surface antérieure de l'os, elles affectent la forme d'un amas de gouttelettes irrégulières concrétées ; mais en dedans, en dehors et en arrière de l'os, où se trouve le séquestre laminé ou cortical que j'ai décrit plus haut, la plupart des sécrétions périostiques forment des lames osseuses, disposées en réseaux irréguliers, déchirés par de grandes ouvertures. Les lambeaux de ces réseaux forment deux appendices très saillans qui expliquent très bien les piqûres profondes que le malade éprouvait lorsque les parties molles de la cuisse étaient poussées contre le fémur par une pression extérieure.

Les lames osseuses réticulées dont je viens de parler, sont d'ailleurs criblées de trous vasculaires et de la même consistance que les autres sécrétions périostales.

(*La fin au prochain numéro.*)

Académie des Sciences. — Séance du 10 février.

Inclusion congénitale d'un fœtus. — M. Velpeau présente un mémoire sur un fait singulier d'inclusion congénitale d'une portion de fœtus dans le scrotum d'un adulte. L'individu qui présentait ce cas était âgé de vingt sept ans ; la tumeur qu'il portait depuis sa naissance à la partie droite du scrotum ne lui avait jamais causé aucune incommodité, si ce n'est par son volume qui était égal à celui du poing. Cette tumeur, peu apparente au moment de sa naissance, commença à se montrer vers le troisième ou quatrième mois, et son apparition ou son développement détermina dans les parties voisines quelques légers symptômes d'irritation qui cédèrent à l'emploi des émolliens et ne reparurent plus. L'ablation de la tumeur fut faite à la demande de cet homme, et tout porte à croire qu'elle sera pour lui sans danger. La peau qui la recouvrait était bien distincte par son aspect de celle du scrotum ; au-dessous se présentait une substance, mélange de lamelles et de fibres qui semblait représenter des tissus adipeux, fibreux et musculaires. A l'intérieur, on trouva deux petits kystes remplis de matières analogues à l'albumine ou à l'humeur vitrée ; un autre kyste d'un volume égal à celui d'un œuf de perdrix, contenait une matière demi-liquide et d'un jaune verdâtre comparable au méconium. Dans un quatrième sac, existait une masse grumeleuse d'un jaune sale, concrète et entourée de poils ; cette substance a présenté les caractères de la matière sébacée et des écailles épidermiques. Les poils de ce kyste ont paru ne pas avoir de bulbe à leur extrémité. Du kyste qui contenait la matière verdâtre, sortait une mèche de poils qui se montrait à l'extérieur. Enfin, au milieu de tous ces élémens se trouvaient de nombreuses portions de squelette parfaitement organisées. Ces os, qui étaient partout enveloppés d'une sorte de périoste, dont les pièces diverses, mobiles les unes sur les autres, offrent des articulations réelles, peuvent être divisées en trois catégories. Le premier groupe est essentiellement composé de trois pièces dans lesquelles M. Velpeau a cru reconnaître la clavicule, le scapulum et une partie de l'humérus ; le second groupe, beaucoup plus volumineux, semble appartenir au bassin ou bien à la base du crâne ; la troisième série, enfin, paraît comprendre des portions de vertèbres ou des fragmens d'os indéterminés.

De la morve chez l'homme, les solipèdes et quelques autres mammifères. — Tel est le titre d'un mémoire que M. Breschet lit en son nom et celui de M. Rayer. Les auteurs rappelant l'invitation faite à M. le ministre de la guerre, de s'occuper des moyens de diminuer la fréquence de la morve parmi les chevaux de nos armées, déclarent que cette circonstance les a déterminés à communiquer dès à présent leurs recherches qu'ils ne regardent pas d'ailleurs comme terminées.

Long-temps, disent les auteurs, on a regardé la morve comme une maladie particulière aux solipèdes ; mais des observations et des expériences récentes dont plusieurs nous sont propres, ne laissent aucun doute sur la possibilité de la transmission de la morve à l'homme et à d'autres espèces d'animaux, telles que le chien, le bœuf et le mouton.

Toutes ces espèces, d'ailleurs, ne sont pas également aptes à contracter la maladie ; elle est beaucoup plus fréquente chez les solipèdes, et c'est chez les solipèdes seuls qu'on l'a vue se développer spontanément. Chez les ruminans, le bouc et le mouton l'ont reçue aisément par inoculation ; il en est de même parmi les carnivores, pour le chien, quoique l'animal paraisse pouvoir habiter impunément les écuries où sont réunis des chevaux morveux.

Chez l'homme, le développement spontané n'a pas été observé ; mais non-seulement elle peut résulter d'une inoculation accidentelle, mais il y a de fortes raisons qu'elle peut se développer, soit à la suite de l'application d'une matière morveuse provenant du cheval ou de l'âne sur une membrane muqueuse, soit par un séjour habituel dans des écuries où sont rassemblés des chevaux morveux. Toutes les personnes sur lesquelles on a observé la morve avaient été, soit par un séjour habituel dans des écuries, soit par la nature de leur profession, soit par celle de leurs études, en rapport habituel avec des chevaux : c'étaient des palefreniers, des élèves ou des médecins vétérinaires.

On sait, poursuivent MM. Breschet et Rayer, que la morve peut être aiguë ou chronique. Or, dans ces deux états, la propriété contagieuse du *jettage* (matière puriforme sortant des narines) est loin d'être la même. La morve aiguë se transmet beaucoup plus facilement que la morve chronique, et même celle-ci se transmet difficilement hors le cas des paroxysmes qu'elle présente de temps à autre dans son cours, par exemple, lorsque les animaux qui en sont atteints ont travaillé plus activement que de coutume. Ce fait, au reste, de l'inégale virulence d'une même maladie dans sa forme aiguë et dans sa forme chronique, a son analogue chez l'homme. On sait, en effet, qu'à l'état chronique la blénorrhagie et le chancre se transmettent difficilement par contact ; que l'ichor des ulcères syphilitiques anciens est peu contagieux et que le pus des ulcères consécutifs ne l'est pas (Hunter). C'est pour avoir confondu ces deux états de la maladie que l'opinion de la non-contagion de morve a été soutenue par beaucoup de vétérinaires en France, et l'est encore aujourd'hui par quelques-uns. Le fait de la transmission de la morve à l'homme a été observé en Allemagne et en Angleterre, bien constaté par nous à l'hôpital de la Charité et à l'Hôtel-Dieu, et par plusieurs de nos collégues placés à la tête des hôpitaux et de l'enseignement, par M. Andral, M. Bouillaud, M. Husson, etc.

L'étude comparative de la morve chez les solipèdes et chez l'homme démontre que, suivant les espèces, l'expression symptomatique éprouve quelques modifications qui, sans empêcher de reconnaître l'identité de la maladie, méritent cependant d'être signalées : ainsi, le jettage par les narines ne s'est pas observé en général chez l'homme ; mais cela tient à ce que les matières retombent dans l'arrière-gorge, le malade étant presque toujours dans un état de prostration qui le fait rester couché sur le dos ; l'éruption sur la membrane pituitaire est beaucoup moins apparente que chez le cheval, ce qui n'a pas droit de surprendre, quand on songe à l'énorme différence de développement que présente l'appareil olfactif dans notre espèce et dans celle du cheval.

L'engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires qui existe souvent chez le cheval dans la morve aiguë se rencontre rarement chez l'homme ; mais ce fait trouve (au moins en grande partie) son explication dans une différence de rapport et de voisinage entre les fosses nasales et les ganglions sous-maxillaires chez l'homme. En effet, chez le cheval ces ganglions ont des rapports bien plus directs avec les vaisseaux et ganglions lymphatiques de la partie postérieure des narines. On comprend aussi qu'ils soient plus fréquemment affectés chez le cheval, vu la grande étendue de l'inflammation morveuse des fosses nasales. L'engorgement, qui est un signe auquel on attache une grande importance dans le cas de morve chronique chez le cheval, a manqué chez l'homme, dans les cas d'ailleurs assez rares de morve chronique bien constatée, quoiqu'on l'ait rencontré dans des ozènes et d'autres affections syphilitiques ou scrofuleuses des fosses nasales.

La pneumonie lobulaire, signalée par M. Rayer comme une des lésions de la morve farcineuse chez l'homme, n'a été reconnue qu'assez récemment chez le cheval ; mais aujourd'hui ce trait d'analogie est bien définitivement établi.

Quant aux lésions de la peau dans la morve aiguë, si l'on compare les cas qui ont été observés chez l'homme à ceux qu'on a le plus généralement recueillis chez le cheval, on est frappé d'une première différence. Presque tous les cas de morve aiguë qu'on a observés chez l'homme ont été des cas de morve aiguë farcineuse, c'est-à-dire dans lesquelles une éruption morveuse s'est déclarée non-seulement dans les narines et dans les voies de la respiration, mais encore à la peau avec des abcès farcineux dans le tissu cellulaire sous-cutané. Sans doute on voit chez le cheval aussi des boutons à la peau et des abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire. Mais cela est plus rare, et quand elle apparaît chez les solipèdes, c'est le plus ordinairement sur le fourreau, au pourtour de la bouche, en un mot dans les parties dénuées de poil, tandis que chez l'homme l'éruption apparaît indifféremment sur les différentes parties du corps, sauf à la face où elle est le plus fréquente. Cette différence est d'ailleurs expliquée par celle qui existe entre la structure de la peau chez l'homme et chez les solipèdes.

Les lésions des organes abdominaux sont peu remarquables chez l'homme et chez le cheval, si on excepte celles du foie et surtout celles de la rate, dans laquelle on retrouve des noyaux analogues à ceux qui sont connus sous le nom impropre d'abcès métastatiques et qu'on observe le plus souvent à la suite des phlébites, notamment chez les amputés et dans les infections dites purulentes. On a quelquefois trouvé de semblables dépôts dans les reins chez l'homme et chez le cheval.

Chez l'homme, les abcès, l'éruption pustuleuse et gangréneuse à la peau sont souvent les premiers signes positifs de l'infection morveuse et ils sont bien caractérisés avant que l'éruption des fosse nasales et le *jettage* puissent être constatés ; chez le cheval au contaire la certitude du diagnostic repose surtout sur l'existence du jettage et aussi sur celle d'une éruption pustuleuse et gangréneuse dans les fosses nasales, éruption facile à apercevoir sur la cloison du nez en écartant légèrement les narines.

Les vétérinaires et les médecins ont, jusqu'à ce jour, complètement échoué dans le traitement de la morve. Ce qu'il importe donc dans l'état actuel de la science, c'est de prévenir le développement de la morve chez les solipèdes, en éloignant les causes qui peuvent donner lieu à son développement, ou qui peuvent favoriser sa transmission par contagion, soit aux animaux, soit à l'homme.

Dans le cours du mémoire de MM. Rayer et Breschet, M. Becquerel fils est cité comme ayant observé des cas de contagion, et M. Becquerel père donne lecture d'une note relative à ces observations.

M. Magendie prend ensuite la parole, et dit qu'il se trouve dans l'obligation de déclarer que les opinions émises par son confrère lui semblent pour la plupart complètement inadmissibles.

D'abord, dit-il, la morve aiguë et la morve chronique ne sont point, comme le donne à entendre M. Breschet, deux états différens de la même maladie, mais deux maladies complètement distinctes. En second lieu, quoiqu'il règne beaucoup d'obscurité sur l'une et sur l'autre, on ne peut attribuer à l'affection mal à propos appelée morve chronique, et pour laquelle il serait nécessaire d'avoir un autre nom, la propriété de se transmettre par contagion.

Or, cette remarque, sous le point de vue pratique, est d'une immense importance, puisque c'est la morve chronique et non la morve aiguë qui décime les chevaux de nos armées, et que les fausses idées qu'on se fait de sa nature contagieuse déterminent chaque année le sacrifice inutile de beaucoup de chevaux, entraînant ainsi des dépenses énormes.

Quant à la contagion de la morve aiguë, rien ne prouve que dans les cas où elle a été observée chez des hommes, elle leur ait été transmise par des chevaux malades. Les circonstances extérieures qui l'ont fait naître chez ces animaux, ayant pu agir de la même manière chez des hommes qui respiraient le même air, passaient leur vie dans les mêmes écuries. De ce qu'elle aurait pu être transmise ensuite de l'homme malade à un animal resté sain jusque-là, cela ne prouverait pas qu'elle ne se fût développée spontanément chez l'homme. Je ne nie pas la possibilité de cette transmission par une inoculation de l'homme à un solipède, mais je dois faire remarquer que je l'ai tentée sans succès.

M. Breschet répond qu'un défaut de succès dans une ou plusieurs tentatives qu'a pu faire M. Magendie ne prouve rien, comme il doit en être lui-même parfaitement convaincu, contre des résultats positifs obtenus par divers médecins, et dont l'authenticité ne saurait être douteuse ; que la maladie dans l'espèce humaine n'a jamais été observée chez des femmes, chez des enfans, mais chez des hommes, chez des hommes qui étaient en rapport avec des chevaux et avec des chevaux malades.

A la vérité on vient de nous dire que les hommes qui ont présenté cette affection se trouvaient placés dans les mêmes conditions que les animaux qui ont été atteints comme eux de la morve, et que ces conditions ont agi sur les uns et les autres de la même manière, ont déterminé chez les uns et les autres la maladie en question. Qu'on le dise de deux chevaux, d'un cheval et d'un âne, d'un cheval et d'un mouton, à la bonne heure, mais d'un homme ! N'est-il pas évident que quand le régime est si différent, on ne peut pas dire que les circonstances extérieures soient les mêmes.

Et la preuve que ces circonstances extérieures ne suffisent que chez quelques espèces à donner lieu au développement de la maladie, c'est que jamais bœuf, vache ou mouton n'a eu la morve s'il n'a habité une écurie, quoique son étable eût pu fournir des conditions d'insalubrité tout aussi grandes.

Ajoutons que l'on n'a pas d'exemple que la maladie ait attaqué un palefrenier avant de s'être montrée chez un cheval ; disons enfin qu'un vétérinaire qui s'occupe du traitement d'un cheval morveux ou d'observations sur la morve, habite encore bien moins l'écurie qu'un palefrenier, est encore bien moins soumis par conséquent aux influences des causes générales d'insalubrité et que cependant il s'en faut bien qu'il soit à l'abri de la maladie.

M. Larrey prend la parole à son tour pour faire remarquer que pendant le long séjour qu'il a fait aux armées, il n'est pas venu à sa connaissance un seul fait de transmission de la morve du cheval à l'homme, pas un seul exemple du développement de cette maladie dans notre espèce.

Essai sur la thérapeutique générale des fractures ;

Par Mathias Mayor.

(Suite du n° 16.)

Le fil de fer offre en outre les grands avantages suivans :

1° De réduire en une seule et unique pièce solide les deux ou plus que réclame le traitement ordinaire des fractures, et de donner ainsi plus d'unité, d'uniformité et de simplicité aux agens de contention ;

2° D'être par conséquent appliqué, fixé, enlevé et réappliqué plus facilement, plus rapidement et plus sûrement que tout autre moyen contentif connu ;

3° De presser à volonté sur telle ou telle partie exclusivement, et d'éviter fidèlement telle autre, tout en se conformant toujours à toutes les exigences des membres fracturés ;

4° D'offrir la grande commodité d'une facile association avec les remplissages les plus divers, c'est-à-dire avec l'élément mollesse, partie obligée et condition indispensable de tout bon appareil à fractures ;

5° De servir à préparer d'avance de semblables appareils, et de les combiner de manière à ce qu'ils ne forment qu'un seul et même tout, ou de petites et très supportables machines à contention ;

6° De pouvoir alors placer, enlever et replacer tous ces instrumens contentifs, et d'une seule pièce ; tout aussi facilement et rapidement que le couvercle d'un vase quelconque, ou que la selle d'un cheval, avec lesquels ces machines ont la plus grande analogie ;

7° Enfin de mettre l'opérateur tout aussi à son aise, pour assujétir cette pièce, que l'est le cavalier pour sangler son coursier ; aussi m'arrive-t-il assez souvent de la fixer sur le champ, et très bien, avec deux simples bandelettes agglutinatives placées aux deux bouts de la gouttière métallique.

Mon moyen, sous forme de treillis ou de gouttière en fil de fer, forme une espèce d'univalve, lequel est toujours plus commode à manier que le bivalve de M. Seutin, en supposant même que ce célèbre et habile chirurgien fasse agir son bivalve à l'instar de mon agent métallique.

On pourra juger, maintenant, si cette heureuse union du fil de métal métallique et du coton, va au-devant des modifications que réclame chaque appareil connu, pour le meilleur traitement de toute fracture ; si les conditions de mon programme à ce sujet, et tel qu'il se trouve formulé à

la fin de l'article précédent, sont bien remplies ; et si, en fouillant dans les immenses arsenaux et musées de chirurgie, on y trouvera un moyen mécanique plus convenable et mieux choisi, pour venir au secours des fractures, quelle que soit leur catégorie.

Art. IX. *De l'appareil inamovible.*

Comme le mode de traiter les fractures par l'inamovibilité paraît être en très grande faveur aujourd'hui, à Paris, du moins, j'ajouterai quelques nouvelles réflexions à celles que j'ai déjà présentées occasionnellement dans plusieurs endroits de ce mémoire ; et j'insisterai essentiellement sur les points suivans : que ce moyen ne doit être envisagé que comme contentif pur et simple des fragmens, après toutefois qu'il a eu le temps de se dessécher et de durcir ; que son effet sur les parties molles peut être parfois très dangereux ; qu'il est souvent chanceux, rarement indifférent et toujours irrationnel et inconséquent, puis qu'on n'oserait l'employer dans des circonstances pathologiques et analogues des tissus mous, et qui ne seraient point compliquées de fractures.

Si l'on veut donc bien décidément adopter un pareil mode, tout exceptionnel, de panser les affections traumatiques des os, commençons d'abord par réformer radicalement la thérapeutique tout entière des affections nombreuses des extrémités, tant supérieures qu'inférieures, et convenons par avance qu'elles doivent être traitées, toujours exclusivement et tout simplement, au moyen d'un appareil inamovible quelconque, et que celui-ci suffira amplement à tous les cas pathologiques imaginables de ces mêmes extrémités. Nous aurons, du moins, la logique pour nous ; et si, par-ci, par là, nous avons quelques succès avec cette manière uniforme de procéder, nous ne manquerons pas de nous extasier sur les merveilles du moyen, et de l'envisager comme une véritable conquête chirurgicale. Ainsi va le monde !

Dût-on m'accuser, ce qu'à Dieu ne plaise, d'être un apôtre fougueux du grotesque et du compliqué en chirurgie, je ne puis m'empêcher de manifester mon indignation qu'on ose porter à ce point l'abus funeste de la simplicité clinique, et je proteste hautement contre une doctrine aussi insensée que fatale dans son application. Si l'on veut conserver un semblable moyen, et l'imposer à de nombreux élèves dans tous les cas simples, on en a, certes, bien le droit ; mais si l'on prétend le faire servir également dans quelques complications sérieuses ; eh bien, qu'on cherche au moins à le rendre supportable et à l'adapter tant soit peu aux exigences variées et impérieuses des parties molles. Oui, il est absolument nécessaire de mieux combiner les inamovibles *tutti quanti*, s'il s'agit de leur assigner une place passable parmi les agens mécaniques de contention ; et il importe essentiellement de signaler leurs imperfections et leurs dangers, avant que la trop facile routine ne s'empare de ce procédé, et que l'empirisme ne lui ait donné une valeur absolue et trop exclusive qu'il est loin de mériter.

Quant aux combinaisons dont ce moyen est susceptible, et qui sont plus ou moins indispensables pour constituer, sur le patron des appareils inamovibles ordinaires, un assez bon agent contentif des fragmens, j'en ai déjà indiqué quelques-unes dans le journal *l'Expérience* et dans celui des *Connaissances médico-chirurgicales* (*loc. cit.*) ; mais le hasard m'a fait tomber, dès-lors, sur celle qui suit, et qui pourra trouver plus d'une heureuse application aux yeux, du moins, des amateurs du genre. J'avais à traiter une fracture du péronée accompagnée d'un énorme gonflement inflammatoire vers la malléole externe. Je fis appliquer un large et épais cataplasme de graine de lin autour du pied et de la partie inférieure de la jambe, et par dessus une gouttière en fil de fer pour maintenir l'os et le pied dans une bonne position. Je comptais renouveler ce cataplasme chaque jour, et aussi long-temps qu'il me paraîtrait utile ; et je le pouvais impunément, grâce à la commode gouttière ; mais le malade se trouva si bien, le lendemain, que je ne jugeai pas à propos de rien changer à l'appareil, de sorte que je laissai la gouttière, ainsi que le cataplasme, pendant dix jours en place, et sans y retoucher. On comprend que ce topique ne tarda pas à se dessécher et à se durcir, et qu'il aurait eu par conséquent assez de fermeté pour maintenir au besoin, et à lui tout seul, le pied et l'os cassé dans les rapports exacts que je leur avais donnés. Je le remplaçai cependant par un second, plus épais et plus consistant, qui s'étendait sur toute la jambe et sur une grande partie du pied, et je le recouvris également avec la même gouttière ; il est demeuré en place comme une longue guêtre pendant tout le reste du traitement, qui n'offrit d'ailleurs rien de particulier. Lorsque je l'enlevai, le cataplasme se présenta sous la forme d'une écorce ou d'un moule, d'une ligne environ d'épaisseur, et qui avait l'aspect et la consistance des divers appareils inamovibles au moment où on les sépare du membre qu'ils servaient à emboîter : cela devait être (1).

Il va sans dire que je n'irai pas fonder, sur ce fait, aussi fortuit qu'innocent, une méthode nouvelle de traiter les fractures ; mais je puis bien en prendre acte, et ranger le cataplasme, lorsqu'il est soutenu avec le fil de fer ou avec tout autre moyen résistant, jusqu'à parfaite dessiccation, au nombre des corps nombreux qui semblent plus ou moins propres à figurer dans les soi-disant inamovibles, et qui sont les plus faciles à se procurer partout.

Un cas analogue s'étant présenté peu après celui-là, mon interne, M. le docteur Vublamy, crût devoir recourir au même moyen, et je le laissai dix jours en place sans y toucher. Mais comme le malade accusa à cette époque de la gêne et de la douleur dans le coude-pied, et que le genou se tuméfiait, je substituai une épaisse couche de coton cardé au cataplasme induré, et je l'appliquai avec la même gouttière métallique qui avait servi à soutenir le cataplasme. On ne s'étonnera point du soulagement et du bien-être subits qui suivirent ce nouveau pansement ; car après avoir écarté du pourtour de toute la jambe une croûte inflexible, coriace et sèche qui l'étreignait, immédiatement et sans aucun intermédiaire (comme font tous les inamovibles), et qui avait occasionné quelques ampoules ou phyctènes, je ne recouvris le membre qu'avec un corps mollet, tendre, élastique, léger, et qui sympathise le mieux avec le tégument commun, soit dans l'état physiologique, soit dans la plupart de ses phases pathologiques.

Je n'ai, du reste, jamais trop bien compris quels avantages extraordinaires présentait l'appareil inamovible pour être l'objet d'une prédilection et d'un culte si marqués de la part de tant de praticiens distingués.

Se serait-on laissé illusionner peut-être par le clinquant de l'épithète *inamovible*, et par l'idée qu'elle impliquait également cette autre expression presque isophonique, l'*immobilité* des fragmens ?

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Je dois peut-être rappeler ici que tous les cataplasmes qu'on applique à l'hôpital sont recouverts d'une claire mousseline, et qu'ils ne s'attachent jamais par conséquent au tégument commun.

NOUVELLES DIVERSES.

On n'a pas oublié la réclamation que M. Devergie (Alphonse) avait élevée au sujet du compte-rendu de l'affaire de Dijon, et dans laquelle il mettait en doute une assertion de M. Raspail, au sujet de la disparition de certaine soucoupe contenant des taches arsenicales. Cette réclamation fut victorieusement réfutée, et personne, depuis la réponse qu'elle attira, n'a pu nier le fait de la soustraction constatée à l'audience.

Le dévouement de M. Devergie (Alphonse) à la cause de M. Orfila était sans doute désintéressé, et il n'entrait dans sa démarche aucun calcul de complaisance. On pourrait cependant faire un curieux rapprochement entre ce fait et ce que nous lisons dans les journaux :

« Le conseil général des hôpitaux vient de nommer médecin de l'hôpital Saint-Antoine M. Alphonse Devergie, agrégé de la Faculté, en remplacement de M. le professeur Trousseau, actuellement attaché à l'hôpital Necker. »

— M. Guersant fils, chirurgien des hôpitaux, vient d'être nommé chirurgien de l'hôpital des Enfans, en remplacement de M. Baffos, nommé à l'hospice de Larochefoucauld.

— L'état sanitaire de Vienne est très affligeant ; le typhus et les fièvres gastriques deviennent plus nombreuses, et prennent un caractère plus alarmant ; le nombre des malades est tellement grand à Vienne, qu'il n'y a plus de place dans les hôpitaux, et qu'il faut les transporter ailleurs.

Monsieur le rédacteur,

Je ne puis me refuser à publier un fait choisi entre un grand nombre d'autres, que j'ai observés dans les Instituts orthopédiques et gymnastiques de madame Masson de la Malmaison.

La jeune Et... fut confiée aux soins de madame Masson dans l'état suivant : gibbosité à la région dorsale de la colonne vertébrale, avec ramollissement très notable du corps de deux vertèbres dorsales. Malgré des soins administrés par des médecins fort éclairés, cette pauvre petite fille devenait de plus en plus malade. Plusieurs mois d'un traitement rationnel, où l'hygiène, les médications topiques et les ressources de l'orthopédie furent également fondus ensemble, rétablirent cette petite fille et effacèrent sa triste difformité.

C'est dans l'Institut de Paris, rue de Cléry, n° 9, que j'ai observé cette cure.

Le Dr Pichon.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 18 FEVRIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 21, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies; par M. MALGAIGNE.

(Suite de la sixième leçon.)

En effet, la digestion ainsi troublée tous les jours entraîne bientôt un défaut de nutrition, et la maigreur s'ensuit. Aussi les hernieux des classes ouvrières, qui ne peuvent choisir leur nourriture, ont-ils tous des ventres plats; tandis que les hernieux des classes riches sont très ventrus pour la plupart. La statistique nous a appris d'ailleurs que mettant à part les maladies spéciales et agissant sur la masse de la population, il meurt 1 individu sur 32 dans les quartiers de la Cité et du faubourg St-Marceau; tandis que dans les quartiers les plus riches la mortalité est bornée à 1 sur 64. Jugez par ces chiffres effrayans de combien une hernie mal contenue doit encore abréger les jours des indigens soumis d'ailleurs à tant de chances de mort; et étonnez-vous si, à un certain âge, la multitude des hernieux ne peut plus combler le vide que la mort a fait parmi les anciens.

Troisième série de faits. — L'influence d'une hernie mal contenue ne se borne pas aux viscères abdominaux; elle ne permet plus à l'homme qui la porte de rassembler toute sa puissance musculaire. Pour faire un effort, il perd haleine et se trouve arrêté dans ses tentatives, absolument comme l'homme atteint d'une fistule de la trachée-artère. Tout le monde doit comprendre qu'il en soit ainsi; il suffit de connaître la théorie de l'effort et tout ce qu'il nécessite. Ainsi une hernie jette souvent l'ouvrier dans la pénible obligation de quitter ses occupations habituelles et de chercher un autre genre de travail souvent moins lucratif. Les tourneurs, les serruriers ne peuvent plus travailler debout; les forts de la halle ne peuvent plus porter que les deux tiers ou même moitié des fardeaux qu'il portaient auparavant.

Maintenant est-il vrai, comme l'ont écrit quelques auteurs, que ces troubles soient momentanés et qu'ils cessent lors que la hernie, déjà ancienne, s'est habituée dans ses nouveaux rapports? C'est là une théorie spécieuse, mais démentie complètement par les faits; car les hommes qui d'abord n'ont pas voulu employer de bandages finissent par en venir chercher, incommodés de plus en plus par leur hernie toujours croissante.

Les nausées et les vomissemens ne sont pas chose commune chez les hernieux, comme certains écrivains le laisseraient à penser, et je n'en ai vu que très peu d'exemples.

Les accidens se calment ordinairement pendant la nuit, car les hernies rentrent d'elles-mêmes par le seul effet du décubitus dorsal. Cependant, dans quelques cas rares, elles sortent davantage et font plus souffrir. J'ai même vu un sujet à qui sa hernie, pendant la nuit, causait plus d'accidens rentrée que sortie; pendant le jour il en était tout autrement, et il avait besoin du bandage pour la contenir et se soulager. Enfin, il est des hernies qui ne peuvent plus du tout rentrer dans le ventre parce que les organes y ont perdu leur *droit de domicile*, suivant l'expression de J.-L. Petit.

Quatrième série de faits. — Mais, Messieurs, il est un sujet plus important peut-être: je veux parler des effets des hernies sur leurs propres élémens; notez qu'il s'agit toujours dans cette leçon de hernies inguinales chez l'homme. Est-ce un épiplocèle? L'épiploon se comporte de diverses manières: il se durcit par épaississement ou devient graisseux, ou bien adhère au sac herniaire. De là la difficulté et souvent l'impossibilité de la réduction.

Les intestins peuvent contracter eux-mêmes des adhérences semblables, et si elles sont très étendues, il en résulte que la hernie n'a plus de sac péritonéal.

Quant à ce sac lui-même, une première question à vider est celle-ci: rentre-t-il avec la hernie dans le taxis ordinaire ou reste-t-il au dehors? J'ai fait tous mes efforts pour m'assurer sur le vivant de cette rentrée du sac, et je n'ai trouvé aucun signe suffisant pour porter ce diagnostic. Il est probable qu'il peut rentrer quand la hernie est récente; et que plus tard il a contracté de trop fortes adhérences, soit avec les anneaux, soit avec les fascias du scrotum, pour être réduit aussi facilement. Toutefois, dans les cas d'étranglement, on a de nombreux exemples de hernies réduites en masse, avec leur sac dont le collet formait l'étranglement; mais ce sont des cas particuliers, et où le taxis a été opéré avec une plus grande force que pour les hernies simples et réductibles.

Je laisse de côté les épaississemens, les cartilaginifications, que le sac peut subir comme toutes les autres séreuses; mais un point d'une importance capitale, est celui des rétrécissemens de son collet.

J'entends par *collet du sac* cette portion rétrécie, cette sorte de goulot qui s'étend d'un anneau à l'autre dans tout le canal inguinal. Quand les deux anneaux se confondent, le collet est fort rétréci, et se trouve au niveau de l'anneau rénique, quand la hernie a commencé par dilater le canal avant d'en sortir, on comprend qu'il y a un premier collet vers l'anneau interne, et un second vers l'anneau externe.

Or, ce collet, simple ou multiple, si étroit ou si étendu, est sujet à se resserrer et resserre, en effet, dans presque toutes les hernies un peu anciennes. Soit que le sac herniaire entraîne une large portion de péritoine, qui ne peut traverser les anneaux qu'en se plissant comme l'orifice d'une bourse, et que ces plis finissent par s'agglutiner entre eux; soit que la pression de la hernie à l'anneau interne, celle du bandage mal appliqué à l'anneau externe y déterminent une irritation sourde et par suite une induration; quelle que soit enfin la théorie que l'on adopte à cet égard, toujours est-il que le collet du sac est susceptible de rétrécissement supérieurement en inférieurement, et que la hernie peut s'y étrangler. Les anneaux participent-ils à ces rétrécissemens? D'abord, il faut le noter, ce sont des ouvertures naturelles, leurs formes et leurs dimensions sont déterminées avec une invariabilité positive. L'anneau externe, particulièrement, est exactement circonscrit et ne change point, en raison de l'immobilité du tissu qui le forme; et en conséquence la hernie peut bien les dilater, mais elle ne saurait les rétrécir; et, sur plus de deux mille hernies que j'ai examinées, je n'ai pas vu une seule fois les anneaux rétrécis; et, presque constamment, au contraire, ils sont plus ou moins dilatés; aussi je nie de la manière la plus formelle l'étranglement des hernies par l'anneau externe, et j'ajoute qu'il n'en existe pas une seule observation bien constatée. Quant à l'étranglement par l'anneau interne, mon opinion est la même. Cet anneau, oublié par Scarpa et découvert par Astley Cooper, est l'orifice du doigt de gant représenté par la dépression canaliculaire du *fascia transversalis*, et il se présente à l'anatomiste moins bien dessiné que l'anneau externe, et composé d'un tissu plus faible et moins aponévrotique. Aussi, dans les hernies anciennes, est-il le premier à céder, à se dilater outre mesure, et jusqu'à se confondre avec l'anneau externe. Sans doute, à une époque moins avancée, il peut faire corps avec le collet du sac, et ainsi concourir à l'étranglement, mais toujours d'une façon secondaire et en même temps que le collet du sac herniaire, lequel, le plus souvent, en est la cause unique. Je répète donc que l'on s'est trompé en accusant les anneaux de produire l'étranglement; ou du moins l'on s'est beaucoup hâté d'établir une pareille doctrine sans avoir un seul fait valable à l'appui.

J'ai long-temps partagé cette erreur; et comment en eût-il été autrement, quand pas une voix ne s'élevait contre? Mais enfin, en étudiant de plus près les écrits des chirurgiens, j'ai d'abord été frappé des contradictions qui séparent, même à notre époque, les partisans de la doctrine ancienne. Dupuytren admettait, par exemple, que 6 fois sur 10 l'étranglement se faisait par le collet du sac; sir A. Cooper pense que les anneaux y jouent un rôle beaucoup plus étendu; M. Velpeau regarde l'étranglement par le collet comme une chose rare et exceptionnelle. Et en remontant à l'origine de la doctrine, par qui a-t-elle été fondée? Par des chirurgiens qui ne connaissaient ni la possibilité du rétrécissement du sac à son collet, ni même le canal inguinal. Pour eux, il n'y avait qu'un anneau; quoi de plus simple que de tout attribuer à cet anneau?

La tradition nous a transmis ces idées qui ont été acceptées comme fondées sur l'expérience de trois siècles, tandis qu'elles ne représentaient que l'ignorance des siècles antérieurs. Mais du moins, dans l'âge moderne, a-t-on essayé d'éclairer cette question par des autopsies? Jamais; et quand des autopsies ont été faites par hasard, toujours elles ont montré l'étranglement au collet du sac. Sur des sujets morts avec de vieilles hernies, mais sans étranglement, on a trouvé toujours les anneaux dilatés, presque toujours le collet rétréci. Sur le vivant, depuis que ces idées nouvelles se sont présentées à mon esprit, j'ai vu plusieurs cas d'étranglement; et toujours par un collet et non par les anneaux. Alléguera-t-on les opérations faites tous les jours par nos chirurgiens! Et qui ne sait comment ces opérations sont faites? On ouvre le sac, on cherche le point où l'étranglement existe, cela suffit; on débride comme on peut, sans savoir et sans s'inquiéter seulement du siége réel de cet étranglement. Bien plus, par une préoccupation étrange, quand la mort a suivi l'opération, et cela n'est pas rare, on fait l'autopsie, on regarde dans tous les coins du cadavre, excepté précisément dans ce point si important où l'étranglement existait; et je pourrais vous citer quarante observations toutes modernes, dans lesquelles cette recherche a toujours été négligée.

Je reviendrai sur ce sujet avec plus de détails quand nous traiterons la question de l'étranglement; j'ajouterai seulement ceci: c'est qu'il serait bien étrange, si l'étranglement était causé en effet par les anneaux, de voir la hernie assez étroitement serrée pour arriver à la gangrène, tandis que le cordon spermatique compris dans le même anneau, soumis à la même striction, ne donne pas le moin-

FEUILLETON.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Violentes palpitations; menace d'asphyxie par écume bronchique; danger imminent; effets très avantageux de la saignée générale; guérison.

Il est un épiphénomène qui se montre dans un grand nombre de maladies graves ou légères, et qui n'a pas suffisamment fixé l'attention des observateurs; je veux parler de l'accumulation de sérosité dans les bronches, qui fait périr tant d'individus qui sans elle auraient pu échapper à la maladie principale. M. Piorry a le mérite d'avoir signalé les dangers qui accompagnent ce symptôme, et d'avoir indiqué les moyens d'y remédier. Il n'est pas de praticien tant soit peu exercé qui n'ait eu l'occasion de voir des individus, affectés d'une indisposition peu grave en apparence, être pris tout-à-coup d'un râle d'abord léger, mais qui bientôt se prononce jusqu'à ce que l'accumulation de sérosité dans les bronches les fasse succomber à une véritable asphyxie. Malheur au malade si le médecin arrive trop tard, ou si, arrivé à temps, et peu soucieux de ce râle, il ne s'empresse de tirer du sang. C'est ce qui arriva à l'illustre Broussais: chez un homme affecté d'hypertrophie du cœur, il observa une toux profonde, bouillonnante ou sibilante, avec rougeur, lividité et gonflement de la face; respiration élevée, accélérée, râlante, convulsive, peau brûlante, pouls raide et fréquent. Broussais, jeune encore, n'osa faire saigner ce malade, qu'il aurait peut-être sauvé (1), car malgré que le cœur fût volumineux et contînt du sang coagulé et à moitié organisé, cependant on ne peut se dissimuler qu'une saignée eût prolongé l'existence du malade.

Moi-même, n'étant encore qu'élève de première année, j'eus la douleur de voir périr sous mes yeux une parente tendrement aimée qui, à la suite d'une indigestion, fut prise d'un râle très bruyant. J'envoyai chercher un médecin; mais à son arrivée, l'asphyxie avait fait de tels progrès qu'il n'y avait plus d'espoir. Si, à cette époque, j'avais été plus avancé dans mes études, j'aurais infailliblement sauvé la malade en lui ouvrant la veine. Plus instruit par le temps, le travail et l'expérience, ayant surtout médité les écrits de Bichat et le Mémoire sur l'asphyxie par écume bronchique qu'a publié M. Piorry, j'ai pu tout récemment sauver la vie à ma mère adoptive, fille de la dame dont je viens de signaler la triste fin. Voici le fait:

Madame ***, née aux Antilles, âgée de cinquante-deux ans, en France depuis vingt ans, s'était toujours bien portée, lorsqu'elle eut, il y a deux mois, un érysipèle de la face, pour lequel je la saignai et lui appliquai des sangsues aux apophyses mastoïdes. L'érysipèle céda à l'emploi de ces moyens, et madame *** continua de se bien porter; mais elle fut prise, il y a trois semaines, de palpitations légères qui apparaissaient à de longs intervalles, et surtout après le dîner. Je conseillai à la malade le sirop de digitale; mais elle ne considérait son mal que comme une indisposition passagère, et ne crut pas devoir recourir à l'emploi de ce médicament. Je n'insistai pas davantage, mais je proposai une saignée; la malade ne l'accepta pas, disant que ses palpitations ne tarderaient probablement pas à se dissiper. Je dois prévenir que dans les momens de calme les battemens du cœur étaient tranquilles, et qu'aucun bruit anormal ne se faisait entendre; mais lorsque les palpitations se montraient, l'auscultation ne faisait découvrir qu'une irrégularité dans les contractions de cet organe. Les choses étaient dans cet état, lorsque, le 23 du mois dernier, je fus éveillé à quatre heures et demie du matin par madame ***, qui se plaignait de violentes palpitations. Je lui fis préparer de l'eau sucrée avec addition d'eau de fleur d'oranger, et ne conçus aucune inquiétude, pensant que ces palpitations n'étaient pas plus à craindre que celles qu'elle avait éprouvées précédemment; mais je m'abusais cruellement, car je ne tardai point à entendre cet horrible râle que j'avais appris à redouter. Je m'habillai donc à la hâte, et entrai dans la chambre de la malade: je la trouvai debout; la face était cramoisie; les battemens des carotides se voyaient à distance; le cœur présentait des battemens tumultueux, et soulevait la main appliquée sur la région précordiale; la respiration était laborieuse, et ce qui m'effrayait le plus c'était ce râle semblable à celui des agonisans, et qui en moins d'une minute avait augmenté d'une manière notable.

Il n'y avait pas de temps à perdre: c'était là une question de vie ou de mort; je me hâtai d'ouvrir une veine du bras: à l'instant un sang noir et épais s'échappa avec force par une large ouverture; à mesure que ce liquide s'écoulait la face devenait plus pâle, les contractions du cœur diminuaient de force et de fréquence, la respiration se faisait avec plus de facilité et le râle diminuait à vue d'œil. Je vis avec joie que la malade était sauvée. J'évalue la quantité de sang à 10 palettes. Il y eut une syncope qui ne dura que quelques minutes. Je fis prendre immédiatement un pédiluve très chaud et j'appliquai des sinapismes aux mollets; puis une cuillerée de sirop de digitale fut administrée. Au bout d'une demi-heure, tout danger avait disparu, les bronches étaient complètement débarrassées et la respiration était devenue ample et facile. Je mis la malade à une diète complète pendant 24 heures et j'eus soin de lui défendre toute boisson, excepté trois cuillerées à bouche d'infusion de tilleul édulcorées avec une cuillerée de sirop de digitale, que j'administrai quatre fois par

(1) Histoire des phlegm. chron., XIVe obs., t. I.

dre signe de trouble dans sa circulation, ni d'inflammation ni de douleur.

(Septième leçon.)

DIGRESSION SUR L'ÉTRANGLEMENT DES HERNIES. — CONDITIONS DE LA CURE RADICALE. — HISTOIRE DES BANDAGES HERNIAIRES.

Dans notre dernière séance, j'ai avancé qu'il n'existait pas actuellement dans la science un seul fait bien constaté d'étranglement par les anneaux inguinaux, et que toutes les fois qu'on s'était livré, à cet égard, à des recherches exactes, on avait toujours trouvé l'étranglement au collet du sac herniaire. Presqu'aussitôt il s'est présenté une occasion de vérifier ma doctrine. Permettez-moi de vous raconter le fait en peu de mots. Nous aurons soin, plus tard, d'insister avec tous les détails nécessaires sur cette question capitale de l'étranglement dans les hernies.

Il s'agissait d'un homme d'une cinquantaine d'années, entré à la Pitié pour une hernie inguinale gauche qu'il portait depuis trente-cinq ans, et qui n'avait jamais été contenue. Les symptômes de l'étranglement s'étaient déclarés; M. Sanson, dont tout le monde connaît l'esprit sévère, et le coup-d'œil sagace, pensa avoir affaire à un étranglement par l'anneau inguinal; il opéra avec tout le soin désirable, mit cet anneau à nu, le divisa, et l'étranglement cessa à l'instant même. Que pouvait-il y avoir à objecter? Et cependant le malade ayant succombé, nous avons pu recourir à l'autopsie, et nous avons reconnu que le bistouri avait divisé le col du sac en même temps que l'anneau externe; que ce collet du sac formait une valvule épaisse d'une demi-ligne, faisant saillie d'une ligne et demie environ à l'intérieur, et régnant dans plus de la moitié de la circonférence du collet; cette valvule avait été coupée par l'instrument. M. Sanson admit, en conséquence, qu'il y avait un étranglement mixte, déterminé à la fois par l'anneau et par le collet; cela pourrait nous suffire, mais nous ne nous arrêtons pas à cette simple concession, et cette observation méritera d'être analysée sous diverses faces quand nous nous occuperons spécialement de cette question. Souvenez-vous seulement que ce soi-disant étranglement par l'anneau, si bien prouvé en apparence avant l'autopsie, a changé de nature à la dissection. J'arrête ici cette digression; et, reprenant notre sujet, je commencerai d'abord par rechercher si les hernies sont susceptibles d'une cure radicale.

La cure radicale des hernies a exercé beaucoup la sagacité des chirurgiens, et a enfanté, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, une foule de procédés opératoires dont quelques-uns sont au moins très ingénieux. Je ne veux pas, pour le moment, en aborder l'histoire ni la critique, cela viendra en temps et lieu. On peut d'abord poser en fait que ce que produisent les meilleurs procédés opératoires, peut être aussi bien produit par un bandage rationnel; et dès-lors nous avons à rechercher si, par l'un ou l'autre de ces moyens, la cure radicale est réellement possible?

Je pense d'abord qu'il faut renoncer à cette espérance pour les hernies inguinales directes, et qu'il n'y a de chances de réussite que pour les hernies qui parcourent la longueur du canal. Pour celles-là même, il est encore des différences très importantes à établir.

S'agit-il d'une hernie de l'enfance? La cure radicale pourra être obtenue dans tous les cas. En effet, quel est le rôle de l'art en cette circonstance? Il doit tendre, oblitérer la tunique vaginale que la nature a oublié de fermer. Ce résultat obtenu, la hernie et sa cause ont disparu en même temps; l'enfant est replacé dans le même état que ceux qui n'ont jamais eu de hernie. Car la nature vient alors tellement à notre aide que les bandagistes eux-mêmes, malgré la vicieuse application de leurs appareils, obtiennent un certain nombre de cures radicales chez les enfans. Mais il s'en faut de beaucoup qu'ils les guérissent tous; et, je vous le répète, si le bandage est bien appliqué, c'est à tous que le bienfait de la guérison doit s'étendre.

La cure radicale peut compter un aussi grand nombre de succès chez les hernieux de 13 à 35 ans. En effet, à cet âge se montrent les hernies de force, c'est-à-dire qui résultent d'un effort disproportionné fait par l'individu; la cause est toute accidentelle, et cesse aussitôt qu'elle agi. Nous n'avons donc à combattre que le résultat: cherchez à l'aide du bandage, à obtenir l'oblitération du sac herniaire dans son passage à travers le canal; recollez, si je puis ainsi dire, les deux parois de ce canal et les bords écartés de l'anneau inguinal externe; toutes choses seront alors réunies dans l'état où elles étaient auparavant, et la cure sera complète.

Mais il n'en est plus ainsi au-delà de trente-cinq ans; époque des hernies de faiblesse. Alors en effet les aponévroses sont affaiblies, il y a une prédisposition notable aux hernies qui subsiste toujours après que vous avez détruit les effets. Vous obtiendrez bien encore la disparition de la hernie, mais il ne faut pas vous y fier: le bandage ôté, elle ne tarderait pas à revenir. J'ai vu de ces guérisons apparentes: j'ai vu disparaître en un an une hernie inguinale chez un vieillard de soixante-huit ans; et j'avais pensé que la cure radicale serait donc alors toujours possible. Les récidives ont dû changer mon opinion à cet égard. Bien plus, je vous montrerai qu'il n'est pas sûr d'employer chez les vieillards les mêmes bandages que chez les jeunes gens. Sans doute vous trouverez quelques exceptions à la règle; il y a des hommes qui sont jeunes et vigoureux à cinquante ans, comme il y en a qui sont usés à trente, et ceux-ci ne sauraient obtenir une cure radicale que les autres peuvent encore espérer. Enfin même de vingt à trente-cinq ans, il y a moins de chances pour ceux qui ont une prédisposition héréditaire, ce qu'il ne faut pas oublier.

Abordons maintenant l'histoire des bandages herniaires.

Il y a deux mille ans qu'on parle de hernies et il y a à peine quarante ans que l'on connaît véritablement le canal inguinal. M. J. Cloquet, qui l'a le premier bien décrit parmi nous, n'a pas été conduit par cette étude à l'idée de changer les anciens préceptes d'application des bandages d'après les nouvelles données anatomiques; or vous tous qui avez vu le canal inguinal le plus souvent rempli par les hernies, vous savez maintenant combien il importe d'appliquer les bandages comme nous l'avons indiqué, c'est-à-dire de manière à comprimer toute la longueur du conduit de la hernie, en lui fermant tout à la fois la porte du dehors, ou l'anneau inguinal externe, et la porte du dedans, ou l'anneau inguinal interne.

Il faut donc vous attendre, en suivant de siècle en siècle les progrès de l'art du bandagiste, à rencontrer de longs tatonnemens et des erreurs lentes à se dissiper. Cet historique a été tenté récemment par deux auteurs recommandables, mais je n'ai pas trouvé que ni l'un ni l'autre l'aient fait d'une manière bien complète. Ainsi, M. Dezeimeris ne fait remonter les ressorts d'acier qu'à Blégny; et Nicolas Lequin, avant Blégny, en faisait depuis long-temps usage. M. Belmas attribue la première mention du ressort métallique à Marc Gatenaria, et il a eu le malheur de prendre la date d'une édition bien postérieure à la mort de Gatenaria, pour l'époque où vivait l'auteur même. Mais d'ailleurs, Gaténaria était du quinzième siècle, et dès les premières années du quatorzième, Bernard Gordon, professeur à Montpellier, recommandait le brayer à ceinture métallique. On peut donc présumer que ce brayer est d'origine française; et comme c'est en France qu'il a été retrouvé et perfectionné plus tard, cela vous expliquera pourquoi j'en parlerai toujours sous le titre de bandage français. Mais il est essentiel de remonter un peu plus loin.

Jusqu'à Galien, les anciens attribuant la hernie à la rupture du péritoine, pensaient que la réunion n'était possible que chez les enfans; aussi ne proposaient-ils de bandage que pour les hernies des enfans.

Plus tard un bandage fut conseillé également chez les adultes par suite de l'opinion qui commençait à s'établir que la rupture du péritoine n'avait pas lieu dans tous les cas. On lit, en effet, dans Aétius que la hernie est curative par le repos et au moyen d'un bandage mou qui maintiendrait sur le lieu de la hernie une pelotte formée de papier mouillé et colorée avec de l'encre. Ici on pourrait élever une discussion touchant la nature de ce papier dont parle Aétius? La traduction latine dit *charta*. Ce n'est pas du papier de chiffon, puisque celui-ci ne date que du quatorzième siècle et Aétius vivait dans le sixième; est-ce du papier de soie, du papyrus ou du parchemin. Ce ne peut être l'un des deux derniers, ils ne sont pas susceptibles de se ramollir assez pour former une pelotte. Reste le papier de soie dont la première origine est fort obscure; mais avant de rien décider il faudrait connaître le mot grec qui correspond au mot *charta* de la traduction latine: c'est une recherche que nous laisserons aux érudits.

Les Arabes n'offrent rien de bien nouveau sur le bandage. Ali-Abbas propose seulement de substituer la ceinture de cuir à la ceinture de toile ou de laine; mais il est probable que d'autres avaient été plus loin, car on trouve dans le livre de Constantin l'Africain, livre qui n'est qu'une compilation de ce qu'ont écrit les Arabes, l'indication pour les hernies d'une pelotte de plomb concave. Constantin vivait au onzième siècle; c'est donc au onzième siècle qu'il faut arriver pour trouver la première mention des pelottes dures et d'une matière métallique employée à la confection des bandages. Deux siècles plus tard nous assistons aux premiers progrès de la chirurgie moderne en Italie; on fabrique des pelottes en bois et en fer; mais la ceinture demeure toujours faite avec du cuir ou des tissus.

Au commencement du quatorzième siècle, en 1306, c'est-à-dire cent soixante ans avant Gatenaria, Gordon recommanda le bandage en fer. Il fut bientôt oublié au point que Guy de Chaulieu lui-même ne le connaissait pas. On le trouve reproduit en Angleterre par un certain Gaddesden, charlatan qui l'indique sans donner le nom de l'auteur. Cette reproduction du bandage en fer n'attira pas davantage sur lui l'attention des chirurgiens; il fut de nouveau oublié jusqu'au commencement du quinzième siècle où Arculanus, en Italie, essaya de le faire revivre. Il y eut une sorte de lutte à cet égard; Barthélemi de Montagnana, rival d'Arculanus, le traitait d'imagination fantastique et lui préférait le bandage de toile. Il convient d'ajouter, qu'à part la raison de rivalité, Montagnana avait un remède secret pour la cure radicale des hernies. Enfin, vers 1480, Marc Gatenaria le reproduisit et le donna comme l'ouvrage d'un serrurier de Pavie. Après Gatenaria, nouveau silence sur le bandage de Gordon. Franco n'en parle pas; Ambroise Paré l'oublie, et Fabrice d'Aquapendente propose un brayer à ceinture molle, avec pelotte demi-métallique ou en bois.

Enfin, vers le commencement du dix-septième siècle, Fabrice de Hilden, qui fabriquait lui-même ses bandages, en décrivit un en fer mou, très flexible; il en donna de différentes formes, qui nous sont représentés dans l'ouvrage spécial que publia en 1630 Malachias Geiger. On trouve, dans cet ouvrage de Geiger, que pour rendre le bandage de Fabrice plus compressif, on se servait d'une pelotte mobile qui obéissait à une vis de pression. Mais avant la publication du livre de Geiger, en 1628, il existait en France un bandagiste qui pourrait, à bon droit, être appelé le père des bandagistes modernes; artiste d'un véritable talent, qui, après trente-sept ans de pratique, publia, en 1665, c'est-à-dire onze ans avant Blégny, un petit livre admirable pour le temps, et qui, dans certains points, est encore un chef-d'œuvre de nos jours. L'auteur est resté presque complètement inconnu; son nom, qui manque dans nos meilleures biographies médicales modernes, n'est cité ni par M. Dezeimeris, ni par M. Belmas: c'est Nicolas Lequin. Il avait parcouru la France, l'Italie, l'Allemagne; il avait examiné et apprécié les divers bandages employés dans ces différens pays, et c'est lui, le premier, qui proposa et fabriqua les bandages en acier. On trouve aussi dans son livre l'indication du bandage en fil de fer que M. Mathias Mayor a cru avoir in-

---

jour. Sous l'influence de ces différens moyens, j'eus la satisfaction de voir la malade tout-à-fait bien, à l'exception de quelques légères palpitations qui se montraient de loin en loin. Le cinquième jour après la scène que je viens de décrire, la malade fut prise d'une angine tonsillaire avec mouvemens fébriles; pendant la fièvre qui dura deux jours, les mouvemens fébriles devinrent tout-à-fait réguliers, mais la fièvre ayant cessé, de légères palpitations se montrèrent de nouveau plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Aujourd'hui, quatorzième jour depuis l'accident, la malade va parfaitement bien et prend deux potages et deux bouillies d'arrow-root par jour. Il ne lui reste qu'une grande faiblesse que les analeptiques ne tarderont pas à dissiper.

A l'exemple des Bichat et des Broussais, analysons en médecins physiologistes les causes, les symptômes et le traitement consignés dans l'observation précédente: âge critique, pléthore, par conséquent plénitude du système circulatoire; le cœur s'irrite et redouble d'efforts contre une masse considérable de sang qu'il ne peut facilement lancer dans les vaisseaux, d'où palpitations qui se montrent surtout après le repas, parce qu'alors l'estomac distendu refoule en haut le diaphragme qui, à son tour, gène les mouvemens du cœur. Enfin, la plénitude du système sanguin arrive à ce point que le cœur se livre aux plus grands efforts pour chasser le sang qui semble vouloir mettre obstacle à ses mouvemens; alors, il précipite ses contractions, les vaisseaux pulmonaires s'engorgent de sang, il y a défaut d'équilibre entre l'exhalation et l'absorption de la sérosité qui, à l'état normal, est versée à la surface des vésicules et des ramuscules bronchiques; cette sérosité, au lieu d'être versée en petite quantité, s'épanche en abondance et ne peut être résorbée, parce que les vaisseaux pulmonaires sont largement distendus, et qu'au lieu de pomper des fluides ils en laissent dégorger; cette partie séreuse du sang s'accumule de plus en plus, d'abord elle n'obstrue que les rameaux les plus déliés des tuyaux aérifères, puis les tuyaux plus larges et toujours ainsi, jusqu'à ce que les gros troncs bronchiques soient pleins; alors la mort est consommée, le malade a péri de la même manière qu'un animal vivant dans les poumons duquel on injecte de l'eau. Si dès le début de ce râle redoutable vous saignez le malade, vous agissez mécaniquement en désemplissant le système circulatoire, l'effet cesse avec la cause, les palpitations disparaissent ou diminuent, les poumons se dégorgent comme par enchantement, l'absorption devient plus active dans tous les tissus, la sérosité accumulée dans les bronches est résorbée, et tout rentre dans le calme. A-moins que le sujet ne soit atteint d'une affection mortelle, comme un phthisique au dernier degré, ne désespérez pas du malade qui présente le râle dont je viens de parler, saignez-le vite et largement, car vous avez quelque espoir, tandis que si vous l'abandonnez à lui-même, ou si vous bornez aux expectorans, il périra infailliblement.

Dans le cas qui nous occupe, j'ai eu recours aux pédiluves chauds et aux sinapismes placés aux extrémités inférieures dans le but d'obtenir une dérivation qui devait faire affluer vers elle une certaine quantité de sang, moyen précieux qu'il ne faut pas négliger dans des cas semblables. Le sirop de digitale a été donné dans l'intention de diminuer la fréquence de contraction du cœur. L'abstinence d'alimens solides laisse l'estomac dans un état de vacuité qui permet aux poumons de se dilater librement, qui ne s'oppose point aux mouvemens du cœur, en même temps que que la circulation abdominale devient plus facile. L'abstinence de boissons diminue la partie séreuse du sang et n'offre plus aux bronches qu'une faible quantité de ce liquide, précautions qu'on ne doit pas négliger chez les personnes disposées aux engorgemens séreux des poumons.

Il m'a fallu du courage pour décrire et analyser ainsi le mal qui a failli me ravir une parente si chère; mais j'ai pensé que cette observation était trop précieuse pour n'être pas livrée aux méditations des hommes de l'art.

Médecins, vous qui croyez à la grandeur de votre mission, et à la toute-puissance de la médecine, montrez ces lignes aux ignorans qui l'accusent d'être chimérique, et qu'ils apprennent à connaître son pouvoir.

Le Dr M.

NOUVELLES DIVERSES.

— M. le docteur Brault, pharmacien en chef, premier professeur du Val-de-Grâce, vient d'être nommé inspecteur, membre du conseil de santé des armées, en remplacement de M. Fauché, décédé. Cette nomination complète ce conseil, qui se compose comme suit:

Médecine: MM. Moizin et Gasc.
Chirurgie: MM. Larrey et Pasquier père.
Pharmacie: M. Brault.

— Il y a long-temps que l'on a signalé l'insuffisance du local la bibliothèque Ste-Geneviève pour les nombreux jeunes gens qui la fréquentent. On sait que par suite des plaintes réitérées qui lui étaient parvenues, l'administration s'est décidée à nommer une commission pour examiner ces diverses réclamations. Il paraît que cette commission, après un examen approfondi, a reconnu l'insuffisance et constaté le délabrement dans lequel se trouve le bâtiment actuel. Un projet de reconstruction a été immédiatement soumis au conseil des bâtimens civils, et l'on pense que le ministre des travaux publics ne tardera pas à demander aux chambres le crédit nécessaire pour la reconstruction de la bibliothèque Sainte-Geneviève, d'après le nouveau plan qui a été dressé à ce sujet.

(*Les Ecoles.*)

venté de notre temps.

Nicolas Lequin eut pour successeur Antoine Lequin, son neveu ; mais lui-même il se trouva en lutte avec le chevalier de Blégny, qui voulut s'approprier la découverte des ressorts d'acier. Quoique traité de charlatan par Dionis, ce Blégny ne manquait pas de mérite. Il avait vu la hernie inguinale, chez la femme, tomber au bas de la grande lèvre ; il avait reconnu que dans l'exomphale il n'y a pas rupture du péritoine ; et enfin il avait reconnu sur le vivant une hernie inguinale formée par la vessie.

Après Blégny, on trouve encore d'autres bandagistes qui appliquèrent diverses modifications aux bandages connus ; ainsi, je vous présente, parmi les bandages que j'ai choisis dans les collections de la Faculté ou qui m'appartiennent :

1° Un bandage sans ressort avec la ceinture en cuir et des pelotes en buis ;

2° Un bandage à ceinture de fer absolument flexible comme du plomb ;

3° Un bandage dont la pelote est montée sur une double laque ; la plaque intérieure recourbée à sa pointe pour mieux s'appliquer sur le pubis, ou, pour employer le mot technique, pour mieux *pincer*.

4° Un bandage dont la plaque est montée à vis sur le ressort, et peut s'en écarter ou s'en rapprocher à volonté à l'aide de cette vis ;

5° Un autre monté sur deux plaques qui sont écartées par un ressort, en sorte qu'à part l'élasticité de la ceinture d'acier, il y a encore l'élasticité de la pelote ; c'est ce que l'on nomme *bandages à soufflet* ;

6° Deux bandages dont la pelotte est mobile sur le ressort à l'aide de deux mécanisme différens, mais concourant au même but ; savoir, de faire varier l'inclinaison de la pelote selon le besoin ;

7° Des bandages doubles à deux pelotes montées sur le même ressort ;

8° Divers bandages à pelotes de diverses formes, parmi lesquelles se trouve la pelote triangulaire dite *à bec de corbin* ;

9° Des bandages à ressort de diverses longueurs, embrassant la moitié, les deux tiers ou la totalité de la circonférence du corps.

Cette collection est loin d'être complète ; vous n'y voyez pas le ressort en fil de fer, le ressort brisé et bien d'autres dont vous trouverez la mention dans les écrits d'Arnaud et des bandagistes du temps.

(La suite à un prochain numéro.)

RAPPORT DE M. GERDY SUR UN RHUMATISME INFLAMMATOIRE AIGU QUI A PROFONDÉMENT ALTÉRÉ LES PARTIES MOLLES ET LES OS, QUI A CAUSÉ LA MORT, ET DONT L'OBSERVATION A ÉTÉ PRÉSENTÉE PAR M. le docteur Ballot, de Gyen.

(suite et fin.)

Les sillons, les ouvertures et les canaux vasculaires se montrent augmentés et multipliés dans une foule de points, mais surtout aux environs des sécrétions périostales, sur les surfaces rugueuses où s'est accomplie l'élimination d'un séquestre où se sont développées une inflammation et une ulcération éliminatoires. Partout où il y a eu ostéite s'observent ces caractères matériels dans les ouvertures, les sillons et les canaux vasculaires dont les os sont criblés et creusés, comme nous l'avons démontré ces années passées, en 1835 et 1336. L'os que nous a envoyé M. Ballot fournit une nouvelle démonstration de ces vérités, comme il a prouvé l'exactitude de ce que nous avions avancé au sujet des caractères de la nécrose et des sécrétions périostales.

Les ouvertures vasculaires du tissu compacte, les seules dont il s'agisse ici, sont évidemment plus nombreuses et plus sensibles sur presque tous les points du corps de l'os ; mais il faut se servir d'une lentille peu forte pour les bien apercevoir et les bien distinguer. C'est bien évident pour les sillons vasculaires; ils abondent vers les sécrétions périostales et sont d'autant plus profonds et plus manifestes qu'ils sont plus près de ces sécrétions. Ils dégénèrent même en canal en y parvenant. On les voit arriver en lignes droites, de bas en haut, vers les sécrétions périostales supérieures qui forment un V en ascendant l'une vers l'autre, depuis les deux trochanters. Ils affluent de haut en bas au contraire vers les sécrétions osseuses inférieures.

Les sillons vasculaires sont rendus plus manifestes par les sécrétions périostales versées et ossifiées sur les côtés et au dessous des vaisseaux qu'ils renfermaient. Les ouvertures vasculaires sont plus apparentes et plus nombreuses dans ces sécrétions, parce que tous les os nouvellement formés contiennent plus de vaisseaux qu'ils n'en auront par la suite.

Il suffit de regarder à la loupe toutes ces dispositions pour reconnaître qu'elles sont telles que je les décris, et lorsqu'une fois on les a bien vus à la loupe on les reconnaît facilement à l'œil nu. Il en est de ces choses comme des personnes. On ne les distingue à de grandes distances et sans beaucoup d'attention que lorsqu'on les a vues de près et qu'on les connaît bien.

Les canalicules vasculaires sont visibles, dans l'intérieur du tissu compacte du fémur que nous décrivons, partout où la surface du tissu compacte a été nécrosée et ulcérée par une ostéite éliminatoire. Ils ne sont pas aussi manifestes sans doute que dans le tissu spongieux ou canaliculeux, d'un os sain, comme l'extrémité supérieure du tibia sciée longitudinalement et en travers ; mais ils sont très distincts à la loupe pour les personnes auxquelles on les montre, sur la surface antérieure du col de l'os, soit dans l'angle en V des sécrétions sous-trochantériennes. Ils le sont encore pour des yeux habitués a les reconnaître sur les surfaces creusées par la nécrose au dessus des condyles et derrière le fémur. Enfin, comme le Dr Ballot a scié le fémur en travers dans le milieu de sa longueur, on peut reconnaître que profondément, et même dans toute son épaisseur, le tissu compacte est parsemé de canalicules qui le raréfient. Cette disposition des canalicules coupés en travers, étant peu développées sur le fémur que nous décrivons, pourrait échapper encore à des yeux ou mieux à des esprits qui ne la connaîtraient pas. Mais les pièces que nous possédons, et dont nous présentons quelques pièces à l'Académie, montrant les mêmes faits dans un développement très considérable, ne laisseront de doutes à personne.

Tous ces canalicules agrandis sont autant de témoignages matériels de l'inflammatién profonde du tissu compacte. Ce sont si l'on veut des caractères anatomiques de cette inflammation, et ils sont dus eux-mêmes au développement des vaisseaux et des fluides graisseux qui les environnent. Dans l'état sain, les canalicules du tissu compacte sont invisibles, même à la loupe. On ne les observe que dans le tissu dit spongieux, qui n'est lui-même qu'un amas de canalicules, ainsi que nous croyons l'avoir démontré, en 1835, dans un mémoire sur la structure des os dans l'état sain.

Voyons maintenant comment se sont développées les altérations dont nous venons de donner l'analyse et de déterminer l'espèce ou la nature. Bien que cette question soit difficile et fort délicate, j'en tenterai la solution ; au reste, mes explications ne sauraient nuire à l'exactitude des faits précédens, tout anatomiques. Voici donc comment je crois que les choses se sont passées.

Je pense que sous l'influence du froid humide auquel Jolly était exposé depuis un an par sa profession, le périoste du fémur et de l'os iliaque, et peut-être les parties molles articulaires de la jointure de la hanche, et les muscles de la cuisse ont été pris d'un rhumatisme inflammatoire dès le moment où le malade a éprouvé de la douleur au genou ; que le périoste s'est décollé, soit par suite de son affection, soit par suite de fluides sécrétés à la surface de l'os par cette membrane ; que le périoste étant décollé la surface de l'os s'est nécrosée dans plusieurs endroits ; mais qu'alors le périoste a sécrété des fluides organisables et ossifiables qui se sont peu à peu consolidés sous forme de stalactites mamelonnées et de réseaux déchirés fort irréguliers. Mais il paraît que ces fluides qui s'organisent et qui s'ossifient sont ceux qui touchent au périoste, car les sécrétions ossifiées se trouvent autour des portions nécrosées et par dessus, mais éloignées du séquestre, là où le périoste devait être refoulé par l'épanchement sous-jacent. C'est pourquoi l'on croyait autrefois que les ossifications dont nous parlons étaient produites par l'ossification du périoste lui-même. C'était une erreur. Aussi elles sont souvent fort épaisses, styliformes, bien que le périoste soit une membrane très mince. Mais les séquestres de la surface des os ne sont pas ordinairement et ne sont peut-être jamais recouverts d'une manière étroite par les ossifications nouvelles.

Quoi qu'il en soit au reste de la formation des ossifications nouvelles désignées ici sous le nom de sécrétions périostales, la nécrose ne peut être que la suite du décollement et de l'affection du périoste quel que soit d'ailleurs le mécanisme de ce décollement.

La nécrose comprise, il n'est pas plus difficile de concevoir l'inflammation éliminatoire qui a circonscrit et séparé les séquestres : c'est une inflammation analogue à celle qui se développe dans les parties molles autour de la plupart des corps étrangers, c'est une inflammation ulcérante et suppurante qui sépare, isole, détache par une sécrétion circonférentielle, et entraîne par la suppuration qu'elle produit le séquestre qui irrite les parties vivantes par sa présence.

Le développement des canaux vasculaires du tissu compacte érodé et comme rongé par l'inflammation ulcérante, est lui-même le produit de l'afflux et de la congestion du sang dans les vaisseaux des tissus enflammés. Il arrive alors dans les os ce que l'on voit arriver dans les parties enflammées où les vaisseaux se multiplient et prennent plus de développement. C'est en partie par la même raison que les sillons et les ouvertures vasculaires de la surface des os sont plus évidens.

La durée de cette affection est remarquable par sa brièveté. C'est que la maladie a marché rapidement pour une affection inflammatoire des os et du périoste. Ordinairement ces maladies sont beaucoup plus longues et diffèrent beaucoup de celles du malheureux Jolly. Mais, je ne sais pas si un os, qui a été réellement enflammé, revient jamais à son état primitif et jouit de la plénitude de la santé.

Ordinairement, l'os reste toujours sillonné de vaisseaux et criblé de trous vasculaires, quelquefois couverts de sécrétions périostales, raréfié et canaliculaire, ou, au contraire, plus dense.

Quelquefois il est le siége d'une sensibilité obscure, qui est parfois la source de douleurs profondes nocturnes ; plus souvent l'os ne souffre pas, mais les parties molles circonvoisines, devenues par le fait de l'inflammation de l'os le siége d'une congestion sanguine et d'une susceptibilité habituelle plus ou moins prononcée, souffrent spontanément ou à la moindre pression. — D'ailleurs, de temps en temps, tous les hivers, par les froids humides, ou de loin en loin, au bout de plusieurs ou d'un grand nombre d'années, sous l'influence de l'humidité et du froid, d'un coup, d'un ébranlement général, par suite d'une chute, d'une secousse violente, quelquefois sans cause connue, il se développe un travail inflammatoire, tantôt dans le tissu cellulaire voisin de l'os malade, tantôt dans l'os lui-même. Quelquefois, c'est autour d'une portion nécrosée que l'os s'enflamme, quelquefois se carie, et il en résulte un abcès circonvoisin ou symptômatique, qui finit par s'ouvrir au dehors, tout près ou loin de sa source. Et, puis, quand la portion d'os nécrosée et éliminée, rejetée, quand la carie ou toute autre affection de l'os s'est guérie, si elle est susceptible de guérison, quand l'abcès lui-même a suppuré un certain temps, la suppuration se tarit et la guérison de l'abcès s'accomplit.

La guérison de l'abcès achevée, tous les symptômes inflammatoires disparus, les mêmes phénomènes peuvent se rencontrer plus tôt ou plus tard, au bout de plusieurs mois, d'un an, de vingt et trente ans, comme j'en ai de nombreux exemples, en sorte que si la maladie est longue, opiniâtre et probablement interminable, du moins elle n'a point la gravité d'une inflammation vive et aiguë du périoste et de l'os ; la gravité de l'inflammation rhumatismale à laquelle a succombé le malade du docteur Ballot, malgré le traitement le mieux indiqué. M. Ballot, en effet, a bien saisi les indications à remplir, mais le mal, comme il arrive trop souvent, a été plus puissant que son art.

Je n'ai pas envisagé sous le point de vue historique le sujet qui vient de nous occuper ; je le ferai dans les mémoires que je présenterai bientôt à l'Académie sur les maladies des os.

Messieurs, je ne terminerai pas ce rapport sans vous proposer d'adresser au docteur Ballot les remercîmens de l'Académie pour le zèle qu'il met à lui transmettre ses observations, dont celle-ci n'est ni la première ni la dernière, et sans vous proposer de le porter sur la liste des candidats à la place de membre correspondant. Récompenser les étrangers laborieux et instruits est tout à la fois un acte de prévoyance et d'équité.

GERDY.

CHRONIQUE.

COUR ROYALE DE PARIS, 13 février.

Condamnation de M. Orfila.

Nous avons parlé d'un procès intenté à M. Orfila par les héritiers naturels de mademoiselle de Walckiers qui a institué à leur détriment le fils de M. le doyen pour son légataire universel.

Un incident est survenu dans cette affaire, et en attendant que le tribunal décide si le fils d'un médecin est héritier d'un client de son père, par une espèce de fidéi-commis, la Cour royale vient de condamner M. Orfila à restituer une forte somme à ces parens. Voici les faits que nous empruntons au journal *le Droit* :

« Mademoiselle de Walckiers s'était chargée du recouvrement d'une créance, à la charge par elle de payer une somme de 50 ou de 100 mille francs à ses cohéritiers, selon la valeur du recouvrement opéré. Elle avait pour cela signé un billet en présence de deux témoins, sans y insérer l'approbation de la somme.

Les affaires de 1815 avaient remis la maison Boyd Ker, débitrice, à la tête de ses affaires, et par suite mademoiselle de Walckiers fit des rentrées assez considérables pour qu'elle restât débitrice de 100,000 livres envers les héritiers de Boullongue, aux termes du billet sus-énoncé. Les héritiers de Boullongue ne firent aucune diligence pour obtenir le paiement de cette somme ; mademoiselle de Walckiers mourut après avoir institué le fils du docteur Orfila pour légataire universel.

Les héritiers de Boullongue ont actionné M. Orfila, doyen de la Faculté de médecine, au nom et comme tuteur de son fils, en paiement des 100,000 livres que leur tante s'était engagée à leur compter, dans la prévision d'un événement réalisé. M. Orfila repoussa la demande, en *invoquant la déclaration de* 1733, sous l'empire de laquelle le billet a été souscrit. Cette déclaration prononce, comme on sait, *la nullité des billets non écrits en entier de la main du signataire, ou ne portant pas l'approbation de la somme en toutes lettres*. Les demandeurs répondirent que cette disposition n'était pas applicable aux négocians et aux banquiers, et que mademoiselle de Walckiers était commerçante à la souscription du billet. Ils ajoutaient que la nullité prononcée par la déclaration de 1733 n'était pas absolue; que, dans tous les cas, le billet pouvait servir de commencement de preuve par écrit, etc.

Après avoir entendu Me Dupin pour l'appelant, Me Paillet pour l'intimé, et les conclusions de Me Berville, premier avocat-général, la Cour, infirmant la sentence des premiers juges, a condamné M. Orfila, comme tuteur de son fils, à payer aux héritiers de Boullongue la somme de 98,755 fr. 48 c., représentant 100,000 livres tournois.

LIBERTÉ D'ENSEIGNEMENT.

Monsieur le rédacteur,

La *Gazette des Hôpitaux* signala le mois dernier à la justice publique un de ces exemples d'arbitraire que prodigue l'autorité ministérielle. Défense fut faite, ainsi qu'à moi, à un de mes compatriotes de Caen, de continuer son cours de physiologie. J'espère que la *Gazette* ne me refusera pas d'insérer ma dénonciation.

J'avais ouvert, dans le mois de décembre dernier, après déclaration préalable, un cours de physiologie du cerveau (1). Le 24 du même mois, je reçus *le faisons défense*, c'est-à-dire un ordre de M. le préfet de police, ce qui ne laissa pas de m'étonner ; car j'avouerai que, jusqu'alors, il ne m'était pas du tout prouvé qu'en matière de science, l'honorable préfet fût compétent. Plusieurs docteurs de mes amis m'engagèrent à écrire à M. le doyen de la Faculté, ce que je me gardai de faire, sachant d'abord qu'il ne répondrait pas ou craignant qu'il me répondît, non comme en chimie criminelle, c'est-à-dire par une négation.

Je m'adressai directement à M. le ministre de l'instruction, ci-devant professeur lui-même, et, plus de trois semaines après, je reçus la visite d'un inspecteur qui me promit de faire son rapport, puis, s'en retourna, comme il était venu, chargé de papiers et de latin, non comme un savant. Hier, enfin, après trois semaines de patience, j'apprends « qu'il n'y avait pas lieu de » m'accorder l'autorisation de faire un cours à Paris, que M. le » ministre avait décidé cela en conseil royal », ce qui ne me prouva pas que sa décision fût plus juste.

C'est peut-être parce que mon cours était gratuit, que l'Université, qui fait tout payer, a jugé qu'il était bon de l'interrompre.

Agréez, etc., Stanislas MELDON,

Directeur d'une fabrique de produits chimiques, rue de la Montagne-Sainte-Geneviève, n. 52.

Paris, 16 février 1840.

PRIX DE VACCINE DÉCERNÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le premier prix, de la valeur de 1,500 fr., sera partagé entre MM. Boisson, d.-m. à Lure (Haute-Saône) ; Clermont, d.-m. à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ; Thomas, à Saint-Étienne (Loire).

Des médailles d'or ont été décernées à MM. Bonfils, d.-m. à Haroué (Meurthe) ; Cayrel, à Toulouse (Haute-Garonne) ; Couraux, à Villé (Bas-Rhin) ; Fontan, à Chazelles-sur-Lyon (Loire).

Des médailles d'argent ont été décernées aux médecins dont les noms suivent : MM. Adam, d.-m. à Montcornet (Aisne) ; Auger, à Pithiviers (Loiret) ; Barrey, à Besançon (Doubs) ; madame Barthélemy, s.-f. à Vierzon (Cher) ; MM. Baudry, à Evreux (Eure) ; Bavay père, à Crozon (Finistère) ; Benezech, à Conques (Aveyron) ; Bert, à Moutiers (Côte-d'Or) ; Bloudiot, à Orbaix (Marne) ; Bonafous, ch. aide-m. à Constantine (Algérie) ; Bonnet, méd. à Coutances (Manche) ; madame Bory, s.-f. à Lachapelle (Creuse) ; MM. Boubon, à Saint-Chély (Lozère) ; Bouignes, à Aurillac (Cantal) ; Bourrée, à Montigny (Côte d'Or) ; Bourzac, à Charras (Charente) ; Jean Buès, à Valonne (Basses-Alpes) ; Buisson, à Terrasson (Dordogne) ; Carilian, à Château-Ville-Vieille (Hautes-Alpes) ; Cayre Mirabel, à Reuilly (Indre) ; Cazes, à Aspet (Haute-Garonne) ; Chabanon, à Uzès (Gard) ; Charoppin, à Pons

(1) Rue de la Montagne-Sainte-Geneviève, n. 52.

(Charente-Inférieure); Chrétien, à Thann (Haut-Rhin); Cruveilhet, à Alassac (Corrèze); Damiac, à Lodève (Hérault); Daniel, à Saint-Julien (Jura); Dautour, à Estampes (Gers); Defresnoy, à Elincourt-Sainte-Marguerite (Oise); madame Delabrosse, à Toutry (Côte-d'Or) ; MM. Delemar, à Lille (Nord) ; Demenench, à Bourbourg (Nord); Madame Dessalles, s.-f. à Villandraut (Gironde); M. Drouet, à Saint-Philibert (Loire-Inférieure) ; Madame Duchatel-Coquet, s.-f. à Ardes (Pas-de-Calais); MM. Dupourqué, à Salies (Basses Pyrénées); Eudes, à Bayeux (Calvados); Fallières, à Cuq-Toulza (Tarn); Formier, à .... (Aude); Forest, à Martingnes (Bouches-du-Rhône) ; Fourcy, à Doutilly (Seine-et-Marne); Gaffé, à Saint-Valery (Somme); A. Galpin, à Ponvallain (Sarthe); Galtier, à Requista (Aveyron); Genin, à Charmes (Vosges); Madame Géraud, s.-f. à Curvale (Tarn); MM. Gonon-Dallary, à Sury (Haute-Loire); Jules-Aug. Goupil, à Nemours (Seine-et-Marne); Guillo, à Prades (Pyrénées-Orientales) ; Homet, à Sasselot (Seine-Inférieure); Houeix, à Ploermel (Morbihan); Jean, à Aups (Var); Lafage, à Mont-de-Marsan (Landes); Laumont, à Bourmont (Haute-Marne) ; Ledeschante, à Paris (Seine); Leseigneur, à Valéry (Seine-Inférieure); Madame Limosin, s.-f. à Romorantin (Loir-et-Cher) ; MM. Lombal, à Dombasle (Meuse); Luroth, à Bischwiller (Bas-Rhin) ; Maréchal, à Wassigny (Aisne) ; Martin, à Avignon (Vaucluse) ; Martin, à Tessé-la-Madeleine (Orne); Maupetit, à Chaunoy (Vienne); Mélier, à Saint-Arnoult (Seine-et-Oise); Mercier, à Saint-Lupicin (Jura); Merland, à.... (Vendée); Millet, à Cusset (Allier) ; Miresse, à Guérande (Loire-Inférieure) ; Miroille, à Venderesse (Ardennes); Moussier, à Saint-Vallier (Drôme); Nichet, à Lyon (Rhône); Ollet fils, à Boule-d'Amont (Pyrénées-Orientales); Orlowski, à Saint-Etienne-Lovarence (Rhône) ; Pagès, à Saugues (Haute-Loire) ; Pasquier, à Saint-Cirq (Lot) ; Péronnier, à Romans (Drôme); Peyroux, à Bourbon-l'Archambaud (Allier); Pézerat, à Charolles (Saône-et-Loire); Plissard, à Guériguy (Nièvre); Polinière, à Lyon (Rhône); Ponpard-Dujaunay, à Segcré (Maine-et-Loire); Pourcelot, à Pierrefond (Oise); Prévost, à Rédon (Ille-et-Vilaine); Rach, à Benfeld (Bas-Rhin) ; Camille Renaud, à Loches (Indre-et-Loire) ; Robbe, à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir); Roche, à Caraman (Haute-Garonne); Rosec-Maisonneuve, à Ploudalmezeau (Finistère); Rousset, à Sarreguemines (Moselle); Roussilhe, à.... (Aude); Soum, à Oust (Arriége); Sulpici, à Saint-Yrieix (Haute-Vienne); Testu, à Saint-Jean-de-Bournay (Isère); Thélu, à Dunkerque (Nord) ; Thiaudière, à Gençai (Vienne); Trichard, à Chaufailles (Saône-et-Loire); Tripier, à Pont-Rémy (Somme); Félix Vernhes, à Niort (Deux-Sèvres); Villeneuve, à Tréguier (Côtes-du-Nord); Winter, à Nancy (Meurthe).

EMPOISONNEMENT PAR L'ACONIT.

On sait que l'aconit napel est un violent poison. Mathiole, Pallas et d'autres auteurs ont fait connaître des cas d'empoisonnement par ce végétal, qui est répandu dans nos jardins comme plante d'ornement. Voici un nouvel exemple du danger que présente cette plante.

A Suippes (Marne), un jeune enfant de vingt-un mois, plein de vie, fut conduit dans un jardin par sa mère ; il s'arrêta à [illegible] d'un pied d'*aconit napel*, plante très vénéneuse, connue [illegible]gairement sous le nom de *capuchon de moine* ; il en cueillit [illegible] tige, de laquelle il détacha quelques feuilles et deux ou trois fl[illegible] qu'il avala. Sa mère, occupée d'un autre côté, s'en aperçut [illegible]sitôt, et bien qu'elle ignorât complètement les propriétés mal[illegible]santes de cette plante, elle la lui retira des mains et la jeta [illegible] loin. Malheureusement il était trop tard ; au bout d'une de[illegible] heure, l'enfant commença à chanceler sur ses pieds, son visa[illegible] s'anima, et bientôt la station devint impossible. Dans le p[illegible]mier moment, ses parens crurent qu'on lui avait fait boire du [illegible] chez quelque voisin ; ils s'inquiétèrent peu de son état.

Cependant, comme les accidens s'aggravaient de plus en pl[illegible] et que le petit malade se plaignait continuellement de souffrir [illegible] ventre, on fit appeler un médecin, deux heures environ après [illegible] manifestation des premières douleurs. Celui-ci reconnut aussi[illegible] chez cet enfant tous les symptômes d'un empoisonnement, [illegible] s'empressa de lui administrer, comme antidote, quelques cuill[illegible]rées d'une potion émétisée, dont l'effet fut de provoquer imm[illegible]diatement un vomissement. Mais les secours avaient été malheu[illegible]reusement trop tardifs ; au moment de faire prendre à l'enfan[illegible] quelques cuillerées de la même potion, le médecin vit ses yeu[illegible] se convulser, ses mâchoires se resserrer, le tronc se raidir et [illegible] courber en arrière, les membres céder à des mouvemens convul[illegible]sifs. Cinq minutes plus tard, l'enfant avait cessé de vivre.

(*Journal de Chimie méd.*)

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 20 FEVRIER 1840. (15e ANNÉE.) N° 22, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX DE LONDRES.

Trois faits remarquables d'intoxication lente par le plomb ; par M. Alderson, médecin à l'Infirmerie générale (*Hal general infirmery*).

Première observation. Elisabeth Claytan, âgée de vingt-cinq ans, travaillait depuis sept à huit ans dans un fabrique de blanc de plomb; elle n'avait jamais été atteinte de paralysie. Depuis six semaines elle a commencé à sentir de la faiblesse dans les mains, laquelle s'est petit à petit convertie en paralysie complète. Plus tard, sa vue s'est obscurcie et elle a fini par s'éteindre complètement. Les pieds et les jambes se sont paralysés à leur tour. Ainsi, paralysie des mains et des pieds, amaurose complète, telles sont les lésions qui se sont manifestées chez elle dans l'espace de six semaines.

La malade a déclaré que cet état s'est manifesté depuis qu'elle avait été employée à déboucher les pots dans lesquels les lames de plomb étaient mises à macérer avec du vinaigre et à racler le carbonate de plomb dont ces lames étaient couvertes.

M. Alderson prescrivit le traitement suivant :

Pr. Magnésie calcinée, 4 gramm. (1 gros).
Laudanum, 2 gouttes.
Infusion de roses, *Q. S.*

A prendre par la bouche de quatre heures en quatre heures.

Dix grains d'ipécacuanha le soir ; frictions au cou et à l'épine dorsale avec un liniment stimulant.

On couvre jour et nuit les yeux de la malade avec un bandeau, afin de soustraire la rétine à la stimulation de la lumière. Alimentation fortifiante.

Après trois semaines de ce traitement, l'amélioration est manifeste, le malade commence à reprendre l'usage des mains et des pieds ; elle distingue les objets, puis elle parvient à lire.

On continue le même traitement. Guérison parfaite au bout de deux mois.

Deuxième observation. Elisabeth Dysan, âgée de dix-huit ans, ouvrière dans une fabrique de blanc de plomb, depuis neuf mois. Sa vue a commencé à s'obscurcir depuis quelque temps, puis elle s'est éteinte complètement; la pupille était dilatée. Par la suite, ses mains se sont paralysées. Elle avait eu plusieurs fois des coliques qui s'étaient dissipées à l'aide de quelques doses d'huile de ricin.

Traitement *ut suprà* ; bandeau jour et nuit.

Quatorze jours après ce traitement, la malade est beaucoup mieux : elle voit et peut lire surtout de l'œil droit. Les mains commencent à reprendre leur activité normale. Guérison en un mois.

Troisième observation. Je fus appelé, dit l'auteur, en consultation par M. Crauen pour voir M. Thackrey, âgé de soixante-trois, qui se trouvait dans l'état suivant.

Paralysie générale des extrémités supérieures ; paralysie partielle des extrémités inférieures. Les mains étaient tournées en dedans et en bas, et dans une impuissance complète ; elles étaient boursouflées et livides. Le malade ne pouvait bouger l'avant-bras, ni s'élever de sa chaise. Il ne pouvait marcher dans sa chambre qu'en s'appuyant sur le bras d'un domestique ; ses genoux fléchissaient sous lui. Le timbre de sa voix était singulièrement altéré. Sa figure était blanche, mais sans teinte jaune. L'intelligence était nette. Il se plaignait de douleurs à la partie inférieure du tronc, de constipation opiniâtre, d'élancemens aux jambes et aux bras ; il pleurait à la moindre occasion. Il éprouvait de temps en temps des attaques épileptiformes ; une fois il est tombé dans un accès et s'est luxé le bras gauche ; dès-lors, les attaques n'ont plus reparu.

Des traitemens divers avaient été essayés inutilement. M. Alderson lui-même n'avait pas été plus heureux que ses prédécesseurs ; il cherchait en vain les véritables causes de la maladie, lorsque son attention a été appelée sur l'état pareil de la belle-sœur du malade, qui avait vécu avec lui et qui était morte des suites de la même affection paralytique. Le mal avait été précédé d'une grande faiblesse générale.

Cette circonstance fit penser que des causes de même espèce avaient dû agir sur leur organisme. M. Alderson a cherché dans les élémens de l'alimentation et de l'air la cause du mal : il a trouvé que l'eau dont la famille se servait était conservée dans une citerne doublée de lames de plomb, laquelle communiquait avec un tuyau également en plomb qui recevait l'eau pluviale du toit ; cette eau était filtrée ensuite, et employée dans le ménage. Le malade, et sa belle-sœur décédée, avaient de leur chef organisé ce mécanisme depuis qu'ils avaient appris que l'eau pluviale était beaucoup plus pure que celle qu'on tirait des fontaines de la ville. Cette eau avait une légère saveur douçâtre qui avait été remarquée par les domestiques.

M. Alderson a cru trouver là la cause de la maladie, il a fait analyser l'eau par M. Pearsall, habile chimiste de Londres, qui y a trouvé une énorme proportion de carbonate de plomb. La lame de plomb de la citerne et du tuyau conducteur était d'ailleurs couverte d'efflorescences blanches qu'on pouvait enlever par croûtes avec l'ongle. Dès lors, M. Alderson n'a plus hésité à regarder la maladie comme une affection saturnine.

Il a mis le malade à l'usage de l'infusion de roses laudanisée et magnésiée, d'une alimentation stimulante, et de frictions dorsales de même nature. L'amélioration n'a pas tardé à se rendre évidente ; on y a joint l'usage du galvanisme. Le malade est allé de mieux en mieux, et il a fini par guérir comme les malades précédens.

Depuis neuf ans, dit l'auteur, que je suis attaché à l'Infirmerie, j'ai eu l'occasion de recevoir et de traiter un grand nombre d'affections saturnines ; j'ai vu des paralysies sans ou avec amaurose, mais le plus grand nombre avaient des coliques. La paralysie sans coliques a toujours cédé à l'usage de l'infusion de roses laudanisée et aiguisée d'un peu de magnésie. Les coliques aiguës seules ont été toujours dissipées par les purgatifs drastiques et les lavemens purgatifs. Les cas légers ont été attaqués constamment avec succès à l'aide d'un mélange d'opium, de calomel et de coloquinte ; dans les cas violens nous avons donné l'huile de croton d'après cette formule :

Pr. Huile de croton, 2 gouttes.
Magnésie, 50 centig. (10 grains.)
Mucilages, 4 gramm. (1 gros.)
Eau de cinnamome, 30 gramm. (1 once.)

A répéter toutes les deux ou trois heures.

(*Medic. chirurg. Trans.*, t. IV, 1839, et *Med. chirurg. Review*, janvier 1840.)

— Plusieurs circonstances rendent ces trois observations dignes de méditation, bien que sous certains rapports elles laissent à désirer beaucoup de détails. Les deux premières se recommandent principalement par la circonstance de l'amaurose complète, qui a été parfaitement guérie ; la troisième par la forme insolite de la cause saturnine qui a été dévoilée par la sagace investigation de M. Alderson, et par le triomphe complet de la médication employée malgré l'âge avancé et l'état grave de la maladie.

La médication suivie par ce praticien a pour elle la sanction favorable de l'expérience ; on ne peut, par conséquent, trouver rien à redire sous le point de vue pratique. Le principe dominant de sa médication paraît être l'opium, l'eau de cannelle, et l'alimentation fortifiante, jointe à quelques purgatifs et à des frictions excitantes. C'est, comme on le voit, un traitement tonique, et c'est précisément sur ce sujet que nous voulons appeler l'attention.

Selon notre habitude d'analyse, nous cherchons toujours et avant tout la condition pathologique de l'affection avant de fixer les données du traitement. Nos lecteurs savent ce que nous entendons par ce mot condition pathologique ; c'est le fond d'excitation ou d'asthénie de l'affection. L'on parvient à cette détermination par l'analyse des symptômes dominans, par l'anatomie pathologique et par les effets de la médication de nature connue. Or, qu'avons-nous dans l'amaurose, dans la paralysie saturnine ? Pupille dilatée, pas de photophobie, globe oculaire un peu mollasse, pas de céphalalgie, pas de fièvre, visage pâle, pouls petit ou mou, langue blanche, faiblesse générale, pas de dérangement ou de congestion encéphalique ; rien en un mot qui indique l'excitation, l'élévation du rythme des fonctions ; au contraire, ce rythme se trouve manifestement au-dessous du type normal.

L'anatomie pathologique n'offre de phlogose nulle part ; les tissus de l'économie sont mous et atoniques. Tout indique en un mot que l'affection saturnine, quelle que soit la forme qu'elle affecte, offre une condition pathologique de nature asthénique. Il nous serait facile de démontrer cette thèse en détail par l'appréciation rigoureuse de tous les faits existant dans la science concernant ces affections. Dans notre opinion, les phénomènes de l'intoxication saturnine présentent une très grande analogie avec ceux de l'intoxication arsénicale.

Nous le demandons maintenant, à quoi sert de couvrir les yeux des malades jour et nuit dans le but de soustraire la rétine amaurotique à la stimulation de la lumière, puisqu'il s'agit au fond d'une amaurose asthénique ? Il est utile au contraire de stimuler cet organe localement par la lumière du jour et par des fomentations de laudanum alcoolisé, en même temps que l'organisme entier est stimulé, excité à son tour par une alimentation fortifiante, par du vin, et surtout par l'eau de cannelle et l'opium à haute dose. Ce dernier remède est reconnu comme le meilleur des antidotes des affections saturnines, à cause de sa vertu stimulante permanente. Les purgatifs sont certainement utiles, mais ils ne peuvent à eux seuls que pallier la maladie. On s'est fait d'étranges illusions à ce sujet, faute d'avoir d'une part bien compris la nature de la maladie, et l'action des remèdes employés de l'autre. Il y a loin de certaines guérisons illusoires ou non concluantes à l'établissement d'un principe ou d'une formule nette sur la nature de la maladie et sur ses véritables indications. Qu'avez-vous appris quand on vous a dit que la colique saturnine se traite, à la Charité, par les purgatifs, par exemple ? Est-ce qu'il n'y a d'autre indication, pour guérir, que de purger ? Quelle différence y a-t-il entre la simple colique saturnine, qui guérit généralement par le seul éloignement de la cause, et la paralysie, l'amaurose, les convulsions épileptiformes produites par la même cause ? Evidemment, aucune autre que dans le degré ; le mal est toujours le même, il a toujours pour siége les centres nerveux de la moelle, et ses phénomènes sont toujours les mêmes au fond : l'asthénie. Pourquoi n'attaquez-vous donc pas les convulsions, l'amaurose, par les seuls purgatifs ? Vous aurez beau purger, le mal persiste et le malade finit souvent par succomber. Le sujet de la troisième observation ci-dessus avait été purgé continuellement long-temps, avec tous les drastiques connus, inutilement, et sa belle-sœur, traitée de la même manière, succomba. Il a fallu faire intervenir une alimentation tonique, l'eau de cannelle et le laudanum répétés toutes les quatre heures pendant deux mois, pour dissiper la maladie. Ce qui doit étonner les personnes qui envisagent autrement la maladie, c'est que dans certains cas le seul opium, donné à dose très élevée, ait non-seulement dissipé promptement le mal, mais encore déterminé des garderobes. (Giacomini.) Précisément parce qu'ayant combattu la condition morbide, le remède a rétabli la fonction naturelle, et l'intestin a agi spontanément. Dira-t-on que c'est là de la théorie ?

Nous en parlons d'après notre propre expérience et d'après des recherches pratiques incontestables. On pourrait se demander, à présent, pourquoi chez le malade de la troisième observation les domestiques n'ont pas été atteints comme les maîtres de l'affection saturnine, puisqu'ils faisaient usage de la même eau ? C'est que tout poison asthénique ou froid comme le plomb agit d'autant plus énergiquement que le sujet est faible et sobre : les domestiques ayant peut-être une constitution plus robuste que les maîtres, et étant habitués à une vie plus active, à des mets et boissons plus excitans, buvant peut-être d'ailleurs moins d'eau, ont pu esquiver les effets du poison.

Dans les localités où les ouvriers sont exposés à l'absorption des vapeurs de plomb par la voie pulmonaire, ce sont en général les femmes et les hommes faibles qui sont atteints les premiers de la maladie, et cet état s'observerait, selon nous, beaucoup plus souvent encore si les ouvriers n'avaient l'habitude de boire du vin et de l'eau-de-vie, dont l'action neutralise jusqu'à un certain point celle du plomb. Il est connu, d'ailleurs, que même les animaux, surtout les herbivores, tels que les vaches, les chevaux, les brebis, etc., sont saisis à la longue de l'affection saturnine dans les lieux où il s'exhale continuellement des vapeurs de plomb. Ces animaux guérissent parfaitement par l'émigration et par l'administration de l'opium à haute dose.

On nous pardonnera cette excursion sur le domaine de la toxicologie médicale, vu la gravité et la fréquence du sujet, et les idées erronées qu'on professe communément.

Rognetta.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. Poirson.

Conjonctive blépharo-oculaire aiguë entée sur une chronique.

Au n° 11 de la salle 2 des blessés est entré, le 7 janvier dernier, le nommé François Palatre, âgé de vingt-deux ans, soldat au 14e léger, d'une bonne constitution, tempérament sanguin, habituellement bien portant, n'ayant jamais eu de rhumatismes. Depuis son enfance, il a eu de fréquens maux d'yeux semblables à celui qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, et qu'il qualifie, dans son langage vulgaire, de *coups de sang.*

Le 5 janvier dernier, son œil droit s'est trouvé exposé à un courant d'air froid, à la suite de quoi il l'a vu s'affecter, comme d'ordinaire. Au moment de son entrée, il était dans l'état suivant :

Rougeur périphérique de la conjonctive palpébro-oculaire droite, diminuant au voisinage de la cornée ; vascularité très développée, excentrique, variqueuse ; les vaisseaux sont dilatés d'une manière sensible, et leurs embranchemens, très flexueux, rampent sur la sclérotique jusqu'au voisinage du cercle cornéal en diminuant de volume. Cet état télangiectasique, qui est beaucoup plus prononcé en dehors, met hors de doute l'existence antérieure

d'inflammations répétées, ayant laissé comme reliquat un état phlegmasique chronique de la muqueuse oculaire, avec dilatation sensible de ses plus gros vaisseaux, due apparemment au ramollissement de leurs parois. Epiphora abondante, incommode; clignotement fréquent; intolérance pour la lumière, sensation incommode semblable à celle qui résulterait de la présence de corps étrangers insinués entre la paupière et l'œil. Apyrexie. Six sangsues à la tempe; collyre anodin belladoné; bains de pieds savonneux soir et matin; l'œil est mis à l'abri de la lumière au moyen d'un bandeau. Soupe maigre, pruneaux.

Amélioration suivie d'une récrudescence au bout de huit jours; alors, nouvelle application de 12 sangsues, le reste *ut suprà*. Etat stationnaire pendant deux jours, ce qui provoque l'ouverture de la veine (4 palettes), et une purgation avec l'huile de ricin; on continue les autres moyens ainsi que le même régime. Au mieux qui résulte de cette médication succède une nouvelle récrudescence au bout de huit jours. Nouvelle saignée du bras; pas de mieux; tous les autres moyens sont d'ailleurs continués. Deux jours après 12 sangsues, et le surlendemain application de deux ventouses scarifiées; nouvelle purgation. L'inflammation ne cède qu'avec peine à à cette médication active, et deux jours plus tard on est obligé de revenir aux sangsues, que l'on applique au nombre de 10, et auxquelles on fait succéder, le lendemain et le surlendemain, l'application de deux vésicatoires, le premier à la nuque, le second au bras. A partir de ce moment, l'amélioration continue sans se démentir un seul instant; on augmente progressivement l'alimentation.

— Si l'on jugeait ce fait d'après les simples phénomènes locaux, et sans avoir égard à la constitution, au tempérament, à la santé habituelle du malade, à ses habitudes et à son genre de vie, on pourrait croire qu'il s'agit ici d'une conjonctivite dyscrasique, entretenue, en d'autres termes, par un vice constitutionnel; rien toutefois n'est plus éloigné de la vérité, et nous devons ajouter ici, afin d'éloigner toute sorte de doute à cet égard, que Palatre a échappé jusqu'à présent aux atteintes syphilitiques. Nul doute que cette affection de la conjonctive, qui date de l'enfance, n'ait été primitivement irritative, toute locale, en d'autres termes; mais que, par défaut de soins convenables, elle n'ait ensuite laissé dans le système sanguin de l'œil une fâcheuse prédisposition aux récidives. On sait, en effet, quelles sont les modifications que la phlogose imprime aux vaisseaux, aux artères surtout; le ramollissement de leurs parois en est un des effets constans, et dès-lors leur résistance étant plus en rapport avec la force de la colonne de sang qu'elle renferme, elles doivent graduellement céder aux efforts de cette force excentrique, progressivement se dilater, et perdre de plus en plus leur faculté contractile. C'est dans cette faiblesse vasculaire que, d'après Rasori, consiste la prédisposition à de nouvelles phlogoses; c'est aussi de cette manièae que Thomasini expliqua l'aptitude d'un organe déjà enflammé à contracter par la suite de nouvelles inflammations; la succession des maux de gorge aux maux de gorge, de l'ophthalmie à l'ophthalmie; manière de voir d'ailleurs qui est adoptée par M. Rognetta en ce qui concerne au moins les conjonctivites irritatives. Cette théorie explique suffisamment les nombreuses récrudescences éprouvées par le malade dans son court séjour à l'hôpital; ainsi, que l'amendement trop précaire procuré par les évacuations sanguines, les générales surtout, et par les autres moyens employés par le chirurgien en chef du Gros-Caillou.

Ainsi, il n'est pas toujours nécessaire d'invoquer le concours d'une cause constitutionnelle pour expliquer l'opiniâtreté de certaines affections locales qui, à l'œil comme partout ailleurs, peuvent être entretenues par un stimulus local sous l'influence duquel elles finissent, pour ainsi dire, par se créer un droit de domicile et acquérir une apparence dyscrasique. Il est à regretter que, chez Palatre, l'absence de rideaux au lit, ainsi qu'aux fenêtres, ait nécessité l'emploi d'un bandeau très sujet à se déplacer et à froisser l'œil, comme l'on sait, pour modérer les effets de la lumière. Nous croyons que telle a surtout été une des sources des nombreuses récrudescences que le malade a éprouvées dans l'espace de cinq à six semaines.

Tumeur au grand angle de l'œil; épiphora par compression des points et conduits lacrymaux; fonte purulente de la tumeur; guérison.

Au n° 2 de la salle 4 des blessés est entré, le 2 février dernier, Michel Richard, âgé de vingt-trois ans, soldat au 53ᵉ de ligne, natif de Lignière, près de Bourges (Nièvre). Cet homme est d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, et a toujours joui d'une bonne santé, n'ayant jamais essuyé d'autres maladies que des éruptions répétées à la face étant enfant; éruptions très communes dans son pays, et que, nous a-t-il dit, l'on appelle *la roche*.

Il y a deux ans que Richard vit, sans cause appréciable, une petite tumeur très dure se former entre le grand angle de l'œil gauche et la racine du nez. Cette tumeur acquit bientôt le volume d'une noisette, conserva sa dureté, ne donna lieu à aucune espèce de douleur et n'entraîna aucun changement de couleur à la peau. Là ne s'arrêtèrent pas ses progrès, et par suite de l'augmentation toujours croissante de son volume, la tumeur détermina bientôt un degré de compression sur les points lacrymaux, capable d'entraîner un dérangement dans le cours des larmes, et de donner lieu à l'épiphora. La tumeur qui, primitivement, occupait une étendue assez limitée sur le point qui sépare le grand angle de l'œil du milieu de la racine du nez, finit par envahir tout cet espace et empiéter même, d'une part sur le nez, d'autre part en devant de l'orbite, en tiraillant en haut et en dedans l'angle même et les points lacrymaux, par conséquent. Il est utile d'ajouter ici qu'elle conservait sa dureté, et qu'il n'y avait ni exorbitisme, ni strabisme; l'œil, en d'autres termes, n'avait subi aucune modification ni dans sa situation, ni dans ses fonctions. En outre, la narine gauche était libre, la respiration s'y faisait bien.

Le choses en étaient à ce point, lorsque, sans cause connue, la tumeur s'enflamma et perdit un peu de sa dureté; la peau devint rouge, la douleur était sourde, pulsatile, progressive.

Le malade étant entré à l'hôpital, M. Poirson reconnut qu'il s'opérait un travail de suppuration dans la tumeur qui en entraînerait apparemment la fonte; en conséquence, on en retarda l'ouverture, qui ne fut pratiquée que le neuvième jour après l'invasion des symptômes ci-dessus indiqués. La ponction de la tumeur procura l'issue d'une grande quantité de pus assez mal lié, mêlé à du sang. La tumeur ne tarda pas à se vider, et la petite plaie à se cicatriser; nous devons ajouter qu'à partir du moment de l'opération, la compression et le tiraillement des canaux lacrymaux ayant cessé, l'épiphora cessa aussi spontanément.

— Il est à regretter, dans ce fait, que la nature primitive de la tumeur n'ait pu être constatée, le tout ayant été par la suite confondu en un foyer purulent lorsque le malade est entré à l'hôpital. Il n'est point douteux qu'à une époque moins avancée, son diagnostic n'eût éprouvé quelque difficulté; il aurait importé d'établir d'abord qu'elle était indépendante de toute sorte d'altération de l'appareil lacrymal, du sac surtout, dans le voisinage duquel elle avait pris son origine; restait ensuite à déterminer sa nature intime. Etait-ce une périorbitocèle osseuse, athéromateuse, stéatomateuse, méliçenique, hydatique, pileuse, etc.? Ou bien, sans tenir compte des renseignemens fournis par le malade, devait-on la soupçonner de nature purulente, soit idiopathique chronique, soit symptomatique d'une affection osseuse? Il est certain que cette tumeur était de nature à mettre à l'épreuve la sagacité du praticien.

Il n'en était plus de même lorsque Richard est entré à l'hôpital; à cette époque un travail inflammatoire s'effectuait depuis quelques jours dans la tumeur, qui évidemment devait bientôt se terminer par abcédation et son ouverture. Les indications ont été bien appréciées, et la ponction a procuré l'issue d'un pus sanguinolent: bientôt les traces de la tumeur ont disparu entièrement; les os n'étaient point malades.

Académie de Médecine. — Séance du 18 février.

M. Guéneau de Mussy fait un rapport officiel sur un baume prétendu anti-rhumatismal de l'invention d'une personne étrangère à la médecine. (Conclusion défavorable.)

— *M. Capuron* commence la lecture d'un rapport sur un cas de manie attribuée à un excès des eaux de l'amnios.

Un membre fait observer que ce fait se trouve déjà publié. En conséquence, il n'y a pas lieu à lire le rapport.

— *Apoplexie chez les enfans nouveau-nés. M. Capuron* lit un rapport sur un cas d'apoplexie chez un enfant nouveau né. Les eaux de l'amnios s'étaient écoulées depuis long-temps lorsque l'accouchement s'est accompli avec difficulté; l'enfant a été saisi de gangrène. L'auteur attribue la gangrène à l'écoulement prématuré des eaux.

M. Rochoux demande ce qu'on doit entendre par apoplexie chez les enfans nouveau-nés.

M. Capuron définit l'apoplexie des nouveau-nés un état particulier de congestion dans les organes supérieurs, et qui étrangle leurs fonctions. A l'autopsie, on trouve une injection générale des membranes et de la substance de l'encéphale.

M. Moreau ne pense pas que la rupture prématurée des eaux de l'amnios puisse être regardée comme cause de la gangrène dont on a parlé dans le rapport. Quant à l'apoplexie des nouveau-nés, il a eu l'occasion d'en voir souvent des exemples. Il distingue l'état apoplectique, que M. Capuron a parfaitement défini, de l'apoplexie véritable qui consiste dans un épanchement général ou partiel du sang dans le cerveau.

M. Capuron ne pense pas que la gangrène puisse être attribuée à l'écoulement prématuré des eaux: mais il a eu occasion de l'observer deux fois aux pieds et aux mains chez des enfans nouveau-nés dont les mères avaient pris de très fortes doses de seigle ergoté durant le travail.

— *M. Bouvier* lit quelques remarques sur le nouveau système des poids et mesures appliqué à la médecine.

Polarité cérébrale et génitale. — *M. Virey* lit un mémoire intitulé: Du Contraste entre le pôle cérébral et le pôle génital chez l'homme et les animaux. Tous les animaux doués d'une tête offrent, dit l'auteur, une protubérance génitale à l'extrémité opposée du tronc. Les acéphales manquent de cette protubérance, par cela même qu'ils manquent de tête. Chez les animaux qui en sont pourvus on observe, d'après M. Virey, une correspondance constante entre ces deux extrémités; de telle sorte que si l'une acquiert de l'empire ou s'affaiblit, l'autre répond en moins ou en plus d'autant. C'est là ce qui constitue l'antagonisme que l'auteur regarde comme une loi constante de physiologie.

Ainsi, chez le fœtus acéphale, par exemple, on trouve un grand développement des organes génitaux par suite de cet antagonisme. Chez les nègres et idiots, dont le cerveau n'a qu'un faible développement, le pôle génital (expression de l'auteur) remplace par son excès le défaut du pôle cérébral. Les grands hommes, les hommes à vaste capacité offrent des conditions opposées; le pôle cérébral chez eux l'emporte sur le pôle génital; aussi leurs parties génitales sont peu actives: on sait en effet que Newton et quelques autres hommes supérieurs exerçaient si peu ces organes, qu'au dire des historiens ils sont morts vierges (expression de l'auteur). Il y a donc contraste entre les deux pôles, l'un pouvant épuiser l'autre, etc.

M. Londe conteste quelques-unes des propositions de M. Virey; il croit qu'il y a exagération dans l'application que l'auteur voudrait faire de la loi de l'antagonisme qu'il a cherché à développer. On n'ignore pas, en effet, que des hommes d'une intelligence supérieure ont associé à une grande énergie cérébrale un grand développement et une activité remarquable de l'appareil génital; de ce nombre sont, entre autres, Mirabeau, Buffon, Bichat, etc. On sait que ces hommes ont avoué et écrit leur degré remarquable de ce penchant auquel ils ont fait honneur (Hilarité). Je ne crois pas non plus qu'il soit exact de dire, avec M. Virey, que chez les femmes et chez les femelles des animaux en général, le penchant au coït soit plus prononcé que chez les mâles. Il n'est pas plus exact de soutenir que le café excite le pôle cérébral tandis que l'opium exciterait le pôle opposé, etc.

M. Rochoux regarde la loi de l'antagonisme comme hypothétique. Il est de fait, dit-il, que les hommes d'une intelligence vigoureuse ont offert une très grande activité des organes générateurs. On sait, par exemple, que César était le mari de toutes les femmes et la femme de tous les maris (on rit), et que Napoléon lui-même, à qui quelques personnes attribuaient la vertu de la chasteté, était aussi habile auprès des dames que tout autre. Je vais même plus loin et je dis, contrairement aux assertions de M. Virey, que l'homme n'est complet qu'autant qu'il jouit d'une grande énergie dans chacun des deux pôles. Quant à la plus grande prédisposition procréatrice de la femme, c'est là une question déjà ancienne, et qui est loin d'être décidée jusqu'à ce jour.

M. Gerdy distingue le volume de l'activité des deux appareils en question. Le volume est assez généralement dans le rapport de réciprocité qu'a annoncé M. Virey; mais quant à l'activité, elle est plutôt dans le rapport opposé, c'est-à-dire qu'elle est très grande chez les hommes d'une grande capacité. On vous a déjà cité l'exemple de César et de Napoléon; on pourrait en dire autant de la plupart des grands hommes de l'antiquité, qui tous ont excédé dans les actes de libertinage et de pédérastie. Socrate lui-même ne fait point exception. Il suffit de lire Plutarque pour se convaincre de cette vérité. Newton, qui était regardé comme un homme chaste, écrivait pourtant des lettres amoureuses, et il avait des maîtresses. (Hilarité.) Sans doute que quand Newton s'occupait de la solution de grands problèmes, il oubliait en quelque sorte la fonction générative; mais les grands hommes ont du temps pour tout. Vous voyez en effet que César trouvait bien le temps pour tracer et exécuter ses grands plans de campagne et satisfaire également ses grands penchants de libertinage. (On rit.) D'un autre côté, nous voyons que chez les animaux cette activité n'est guère dans le rapport que vient d'établir M. Virey. Voyez en effet le moineau, par exemple, qui exerce la fonction génératrice au mois cinquante fois dans une heure. (On rit.) En conséquence, on ne peut dire que l'activité fonctionnelle de l'appareil génital est en raison inverse de celle de l'appareil cérébral, mais on pourrait bien soutenir que le contraire existe quant au volume des deux appareils.

M. Lepelletier ne pense pas que la comparaison que M. Virey a faite de sa loi d'antagonisme avec les pôles d'une pile soit exacte, car dans la pile les deux pôles jouissent d'une égale activité.

M. Virey répond à ces différentes objections; il invoque en faveur de son opinion un principe de physiologie qu'il croit incontestable, savoir, qu'un organe ne peut acquérir un surplus d'activité sans léser plus ou moins l'énergie d'autres organes. Si César, dit-il, a également excellé par l'intelligence et par le libertinage, il est devenu épileptique par suite de ces excès; *il s'est en un mot brûlé par les deux bouts!!* (Rires prolongés.) Buffon a moins brillé par l'énergie excessive de l'appareil génital que par les occasions favorables qu'il a eues dans sa position de se procurer de belles concubines! (Rires prolongés). En conséquence, ces exemples et autres analogues qu'on a cités, n'infirment point la règle que je viens de poser.

M. le Président: Le travail de M. Virey sera envoyé au comité de publication.

— *M. Séchaud* lit quelques remarques pratiques sur les fièvres intermittentes. (Commission). Nous en rendrons compte lorsqu'un rapport sera fait à l'Académie.

— *M. Malgaigne* présente un malade atteint de hernie inguinale directe, qu'il n'a pu parvenir à retenir qu'à l'aide d'une pelote de forme particulière adaptée à un bandage ordinaire.

— Séance levée à cinq heures.

Note sur une monstruosité nouvelle; portion de fœtus vivant aux dépens du testicule; présentée à l'Académie des sciences, le 10 janvier 1840, par M. le docteur Velpeau.

Le cas dont j'ai l'intention d'entretenir aujourd'hui l'Académie est un des plus étranges dont les sciences d'observation aient eu à s'occuper jusqu'ici; ce cas, qui intéresse tout à la fois la chirurgie, l'anatomie pathologique, la génération et la physiologie en général, paraît, en effet, n'avoir pas d'analogue dans les faits connus. Il s'agit d'une portion vivante de fœtus fixée dans le testicule d'un homme adulte où elle semble s'être développée et avoir vécu depuis la naissance. C'est une particularité si contraire à ce que l'on sait, si incompréhensible au premier abord, qu'on serait autorisé à en contester la réalité, si je n'en avais la preuve matérielle dans les pièces ici présentes, si le malade et la tumeur n'avaient pas été observés par plusieurs centaines de médecins et d'étudians, si l'opération n'avait pas été pratiquée en plein amphithéâtre, sous les yeux de cinq cents personnes. Voici le fait en peu de mots:

Le nommé Gallochat, d'Esternay, jeune homme de vingt-sept ans, bien constitué, n'ayant jamais éprouvé de maladie grave, fut adressé, vers le milieu de janvier au professeur Andral, qui le fit aussitôt passer dans ma division, à l'hôpital de la Charité.

Examinant le malade, je vis qu'il portait au côté droit des bourses une tumeur du volume du poing à peu près, et dont je montre le dessin pris d'après nature, avant et après l'opération, par les soins de MM. Daveil, Macé et Bordier, étudians en médecine. Cette tumeur, qui paraissait étrangère à la substance du testicule et dont la peau n'offrait aucune analogie avec celle du scrotum, ne me sembla point appartenir à la classe des tumeurs connues. Bien que plusieurs chirurgiens crussent pouvoir la rapporter, les uns aux tumeurs cancéreuses, d'autres aux tumeurs fibreuses, quelques-uns à la dégénérescence tuberculeuse, je ne jugeai pas qu'il fût possible d'adopter leur avis. Remarquant, en outre, que son origine remontait à la naissance du jeune homme, qu'on ne s'était pas aperçu de son commencement, qu'elle n'avait jamais causé de douleurs, qu'aucun travail pathologique ne s'y était établi, qu'elle était insensible à la pression, qu'il était possible de l'inciser, de la piquer, de la traverser de part en part sans causer la moindre souffrance; tenant compte de l'aspect du tissu cutané qui en constituait la surface extérieure, de son

élasticité, des duretés qui se présentaient à son intérieur, d'une mèche de poils qui sortaient par une sorte d'ulcère de sa partie postérieure, d'un tubercule rougeâtre qui existait en avant au fond d'une autre ouverture, et de matières glaireuses ou grumeleuses que le malade en avait quelquefois expulsé, je m'arrêtai à l'idée d'une *tumeur fœtale*, d'un *produit de conception*.

Voulant obtenir des renseignemens précis sur les premiers temps d'une aussi singulière production, je fis écrire au médecin d'Esternay, à M. Senoble, qui me répondit avec empressement en ces termes : « A l'âge d'environ quatre mois, la mère du jeune Gallochat vint me montrer son enfant ; il portait alors une tumeur ou seulement un gonflement des bourses, que je reconnus n'être qu'un pneumatocèle ; à quelques mois de là, je remarquai, en examinant une seconde fois le malade, une légère tumeur enflammée qui me parut n'être qu'un léger phlegmon et qui céda aux simples topiques émolliens ; je n'en avais plus entendu parler, lorsque au bout de trois ou quatre ans on m'apprit que la tumeur de cet enfant grossissait toujours. » Bien que ces détails soient fort incomplets et que M. Senoble, qui a depuis si long-temps perdu de vue le jeune Gallochat, soit dans l'impossibilité de m'en fournir de beaucoup plus précis, ils me fortifièrent pourtant dans ma première opinion, qui parut tellement singulière aux personnes auxquelles j'en fis part, que je restai seul de mon avis. Je conçus dès-lors le projet d'extirper la tumeur dont il s'agit sans enlever le testicule, de pratiquer en quelque sorte une opération césarienne sur l'homme. Les détails de l'opération, appartenant en entier à la chirurgie, ne m'occuperont point en ce moment ; il me suffira de dire qu'elle a été terminée comme je le désirais.

L'examen de la tumeur a permis de constater dans la masse l'existence de presque tous les élémens anatomiques du corps des mammifères. Ainsi, sa couche extérieure est évidemment de nature cutanée ; sa substance principale est un mélange de lamelles et de fibres qui donnent l'idée des tissus celluleux, adipeux, fibreux et musculaire. Dans son intérieur, nous avons trouvé deux petits kystes remplis de matière analogue à l'albumen ou à l'humeur vitrée ; un autre kyste, large comme un œuf de perdrix, contenait une matière d'un jaune verdâtre et demi-liquide comme le méconium ; dans un quatrième sac, dont les dessins ci-joints donnent la figure exacte, il existe une masse grumeleuse, d'un jaune sale, concret et entouré de poils ; cette matière analysée, examinée au microscope par M. d'Arcet, s'est montrée avec tous les caractères de la matière sébacée, et des écailles épidermiques. Etudiés par M. Mendl, les poils de ce kyste ont paru ne pas avoir de capsules à leur extrémité. De l'un de ces kystes, celui qui était plein de matière verdâtre, sortait la mèche de poils qu'on voyait à l'extérieur, si bien qu'il existe là une ouverture ayant quelque analogie avec l'anus.

Enfin, au milieu de tous ces élémens, nous avons trouvé de nombreuses portions de squelette parfaitement organisées, appartenant incontestablement, comme on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur la pièce, à de véritables os et non à des productions accidentelles ; ces os, qui étaient partout enveloppés d'une sorte de périoste, dont les pièces diverses, mobiles les unes sur les autres, offrent des articulations réelles, peuvent être divisés en trois catégories. Le premier groupe est essentiellement composé de trois pièces dans lesquelles j'ai cru reconnaître la clavicule, le scapulum et une partie de l'humérus. Le deuxième groupe, beaucoup plus volumineux que le premier, semble appartenir au bassin, ou bien à la base du crâne ; c'est le corps du sphénoïde ou bien le sacrum qui en constituerait la partie centrale. La troisième série enfin, paraît comprendre des portions de vertèbres ou des fragmens d'os indéterminés.

Quoi qu'il en soit du nom que doivent porter les différentes pièces que je viens d'indiquer, toujours est-il qu'elles appartiennent à un produit de fécondation, à un fœtus déjà fort avancé dans son développement. Ayant en ce moment les objets mêmes à mettre sous les yeux de l'Académie, je ne crois pas avoir besoin d'insister sur les preuves qu'il serait possible d'invoquer à l'appui de mes assertions. L'existence du fait est absolument sans réplique. Resterait maintenant à en donner l'explication; or, je n'ai point trouvé que ce genre de monstruosités eût encore occupé les tératologistes. Dans la monstruosité dite par inclusion qu'ont établie Dupuytren, MM. Geoffroy et Olivier, l'un des fœtus, absorbé par l'autre, s'est toujours montré entouré d'un kyste, et à l'état de corps étranger dans les tissus du fœtus qui a continué de vivre. Dans les exemples relatés par Saint-Donat, Prochaska, Dietrisch, Eckl, etc., de débris de fœtus trouvés dans les bourses, il est toujours question de tumeurs enkystées, d'os nécrosés, de parties organiques dénaturées par la suppuration en état de décomposition. Chez le sujet dont je parle, tout, au contraire, avait continué de vivre. La tumeur anormale avait sa couleur, sa consistance, sa sensibilité propre, tout à fait indépendantes de l'individu qui la supportait ; une ligne nette, bien tranchée, en séparait les tégumens de la peau du scrotum. Je l'ai pincée avec toute la force possible ; je l'ai piquée au moyen de divers instrumens ; le jeune homme y avait lui-même enfoncé plusieurs fois un couteau sans faire naître la moindre sensation douloureuse ; et cependant toutes les plaies qu'on y établissait saignaient abondamment, s'enflammaient, se cicatrisaient comme celles de toute autre région du corps ; rien d'ailleurs n'indiquait chez elle le plus léger état maladif. Les corps et tous les élémens qu'on y a trouvés ont donné l'idée de tissus ou produits normaux, sans qu'on ait pu y constater l'existence de la petite gouttelette de pus, d'aucun os carié ou nécrosé, d'aucun cartilage altéré, de la moindre production fongueuse.

Quand, d'un autre côté, on remarque que la tumeur avait le volume du poing, que le chirurgien qui la vit à l'âge de quatre mois y fit à peine attention, qu'on la prit d'abord pour un pneumatocèle, puis plus tard pour un petit phlegmon, qui se termina par résolution, il est difficile de croire que son volume fût aussi considérable à la naissance du sujet qu'au moment où je l'ai vue. Une masse pareille, chez un enfant de quelques mois, eût certainement attiré à un haut degré l'attention et du médecin et de la famille ; il faut se rappeler en outre qu'au dire de M. Senoble, cette tumeur a continué de croître au moins jusqu'à l'âge de six ou sept ans, et que le jeune homme, qui prétend l'avoir toujours portée avec les mêmes caractères, ne peut guère faire remonter ses souvenirs qu'à cette même période de sa vie ; il faudrait donc en conclure que les portions du fœtus dont je viens de parler ont vécu et se sont développées en même temps que l'individu qui les portait, qu'il y avait là deux êtres accolés l'un à l'autre.

Maintenant, comment le fait a-t-il pu s'établir ? Est-ce que pendant la vie intra-utérine une partie d'un fœtus, dont le reste aurait disparu, se serait collée au scrotum de manière à y rester sous forme de bourgeon ou de greffe, ou bien seraient-ce les restes d'un fœtus d'abord entré dans le ventre de l'autre, puis descendu par la tunique vaginale qui aurait à la fin usé de dedans en dehors les enveloppes du scrotum pour s'épanouir à l'intérieur ? ou bien enfin aurions-nous affaire à une création de toute pièce de la part du testicule ? Mais je m'arrête, ce sont là des questions délicates de haute physiologie et d'anatomie transcendante que je ne puis ni ne veux aborder avant que les pièces qui me permettront de les soulever aient été soumises au jugement de l'Académie.

CHRONIQUE.

Le docteur Ryan, de Londres, vient de publier un ouvrage intitulé : *De la prostitution à Londres comparée à celle de Paris et de New-York* (Prostitution in London with a comparative view of that of Paris and New-York). Il est assez remarquable qu'à Paris comme à Londres ce sujet n'ait été traité que par des médecins. C'est là cependant un travail qui n'est pas facile à contrôler par la généralité des médecins.

— *Statistique des sujets traités à l'hôpital des Varioleux, à Londres* (Small-pox hospital), durant l'année 1838, par M. Gregory, médecin de cet hôpital.

Le nombre des sujets reçus a été de 712, dont 416 du sexe masculin et 296 du sexe féminin.

De ce nombre, il faut en ôter 17 qui offraient des éruptions diverses (lichen, rougeole bâtarde); reste un total de 695 varioleux.

Les registres donnent une mortalité de 187, c'est-à-dire de 17 pour 100, ce qui est une proportion effrayante, et pourtant elle est moindre que celle de l'année 1781, où sur 646 sujets reçus dans le même hôpital, on en perdit 257 (40 pour 100).

Sur le chiffre total des sujets reçus en 1838, on en trouve 393 (plus de la moitié) qui n'avaient point été vaccinés. Cela est étonnant, car la vaccine est tout aussi accréditée à Londres qu'à Paris, et tous les médecins conseillent et pratiquent l'inoculation. On se l'explique cependant en se rappelant la misère extrême, la négligence et l'abandon de la vie qui règnent dans la classe inférieure de la ville de Londres.

Parmi les 393 non vaccinés la mortalité a été de 157 (40 pour 100). Le nombre des autres, qui avaient été vaccinés dans l'enfance, est de 302 ; mortalité, 30 (10 pour 100).

Il résulte de ces relevés que la mortalité des sujets non vaccinés a été à celle des vaccinés, comme 40 est à 10 ; c'est-à-dire trois fois plus considérable chez les premiers.

ESSAI SUR LA THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES FRACTURES ;

Par Mathias Mayor.

(Suite du n° 20.)

Ce moyen appuie-t-il, par hasard, les fragmens mieux que tel autre agent contentif ? Trop bien, sans doute, si le gonflement n'est pas arrêté ; assez mal, si ce même gonflement, de considérable qu'il était au moment de l'application, vient à s'affaisser de plus en plus, par la chute de l'état inflammatoire et fluxionnaire.

Il évite, dit-on, des pansemens ultérieurs. — Mais en supposant que nous ayons toujours bien la certitude d'une coaptation primitive, très exacte, et qu'aucun dérangement accidentel ne puisse plus, dès-lors, avoir eu lieu, sommes-nous donc tellement affairés que nous n'ayons pas le temps de consacrer quelques minutes à la surveillance d'un mal grave ?

Ces pansemens, de loin en loin, et, si vous voulez, de pure précaution, seraient-ils, peut-être, si pénibles pour l'homme de l'art, si douloureux pour le blessé, ou si hostiles à la consolidation, qu'il fallût s'en abstenir à tout prix? Je n'ai pas besoin de répondre à ces questions pour en faire sentir la futilité.

Mais, dans cette supposition même, et s'il fallait, à toute force éviter les prétendus graves inconvéniens de quelques pansemens isolés, n'y aurait-il, décidément, aucun moyen de transformer un agent contentif et amovible, en un inamovible véritable, et de première qualité? Eh, mon Dieu ! rien n'est plus facile que cette métamorphose ; car l'appareil le plus amovible peut devenir un inamovible parfait, par la simple volonté de son auteur; et tout son secret consistera à n'y plus toucher du tout. Tudieu ! quel rare et sublime effort de génie, de science et d'imagination ! Allons, allons ! montons au Capitole, et rendons grâces aux dieux immortels pour une découverte aussi brillante, aussi glorieuse qu'inattendue !

Ah ! vous croyez sans doute que les inamovibles ont l'heureux privilége, ni de se salir, ni de se gâter, ni de s'imprégner de sang, de pus et de sanie, ni de devenir insupportables par l'odeur infecte qu'ils répandront, ni de se déranger pendant les cinq ou huit semaines qu'ils seront en place? A la bonne heure! Dans ce cas donc, et pour vous donner au moins une garantie contre les dérangemens éventuels de tous les amovibles, j'indiquerai chacune des substances dont vous avez besoin pour solidifier vos agens, et dont il suffira de barbouiller les nôtres à l'extérieur seulement, après qu'on viendra de les appliquer. Ces blancs d'œufs donc, cet amidon, cette dextrine, cette colle-forte, le plâtre coulé même, leurs mélanges divers, etc., etc., si vous en étendez une couche convenable sur la surface et dans les anfractuosités extérieures de tout appareil amovible, lieront si bien ensemble les pièces de ce dernier, qu'elles ne feront plus qu'un seul et même tout, aussi compacte que la plupart de vos sublimes moyens.

Oh, oh! direz-vous enfin, et là... *déambulation ?*

Mais elle peut avoir lieu avec nos procédés divers tout comme avec votre appareil. Ne suffit-il pas, de notre part, de recourir tout bonnement à un peu plus de simplicité, à un peu moins de grotesque pesanteur, pour que nos fractures puissent, à la course, faire assaut avec les vôtres?

Ou bien oserez-vous aussi prétendre qu'il y a, dans la composition de vos merveilleux inamovibles, quelqu'heureux talisman qui fait marcher sur-le-champ tout individu qui vient de se casser la cuisse ou la jambe? D'honneur, on serait tenté d'admettre tant de jactance et de sottise en entendant et lisant vous et vos superbes prôneurs?

Art. X. *De l'amputation dans les fractures.*

Faut-il amputer dans les fractures compliquées des membres? Quand doit-on procéder à cette opération? Dans quelles circonstances est-il permis de temporiser? Quels sont les cas où il y a barbarie dans la mutilation de son semblable, avant d'avoir tenté les meilleurs moyens de conservation? Ces questions graves, vitales, si souvent controversées et *toujours pendantes*, doivent être résolues par la règle commune, en s'appuyant tout simplement sur les principes généraux et immuables de la science, sans trop prendre en considération les lésions particulières de l'os, et sans s'en laisser trop imposer par ces dernières. Ainsi donc : là où les désordres des parties molles ne seront pas portés trop loin pour ôter tout espoir de conservation, on ne devra pas amputer, quel que soit d'ailleurs l'état de l'os ; et il faudra, au contraire, retrancher le membre, lors même que l'os n'offrirait rien de fâcheux, si les autres parties sont bien évidemment trop désorganisées ! !

Du reste, nous nous retrouvons ici encore dans la position où nous avons supposé et laissé le praticien lors d'une fracture du crâne, et nous comprenons fort bien avec lui que ce n'est pas pour une simple fêlure ou pour un enfoncement de cette boîte osseuse qu'il faut trembler et agir ; mais uniquement à raison de la commotion du cerveau, de l'épanchement sanguin et des désordres variés qui sont la suite immédiate de la violence exercée. C'est si bien cela, qu'un accident, identique par sa cause, pourra produire sur le cerveau ces mêmes effets fâcheux et exiger les mêmes soins, quoique cependant le crâne soit demeuré plus ou moins intact. Et c'est ainsi également qu'une chute causera, dans tel cas donné, la fracture de l'humérus avec peu ou point d'altération dans les parties environnantes, et par conséquent avec peu de gravité ; tandis que dans telle autre circonstance, la même chute, sans porter la moindre atteinte à l'os du bras, déploiera des effets si pernicieux sur les principaux tissus mous de ce dernier, qu'elle compromettra par-là, non-seulement son existence propre, mais peut-être aussi celle de l'individu tout entier.

Si dans certaines fractures comminutives on éprouve le besoin d'amputer sur-le-champ, croit-on bonnement que ce soit à raison de l'état de l'os? N'est-ce pas plutôt parce que ce même os n'aura pu être atteint si gravement sans que les parties bien plus essentielles à la vie et qui l'environnent, n'aient été broyées par la même cause qui a produit tous les désordres osseux? Il est cependant permis de supposer, d'autre part, que tel os aura pu être brisé en esquilles (par une balle, par exemple) sans que l'ensemble des parties molles ait éprouvé un trop funeste choc, et que par conséquent on pourra compter encore sur une guérison exempte de mutilation. Le succès, dans ce dernier cas, sera dû évidemment à cette seule et bonne raison : que les tissus mous seront disposés à recevoir des secours suffisans, malgré l'affreux état où se trouve l'os qu'ils recouvrent et dont ils sont plus ou moins indépendans.

Me voilà amené, par ces considérations, à traiter la question des fractures qui sont produites par les coups de feu, et sous les rapports que ce genre de blessures peut avoir avec l'amputation. Mais je les envisagerai sous un tout autre point de vue qu'on ne le fait ordinairement ; puisque je suis porté à soutenir, contre l'opinion très généralement admise, qu'elles peuvent revêtir un caractère moins dangereux que celles qui sont la suite d'autres violences : je vais m'expliquer.

Supposons, d'un côté, qu'une balle ait mis le fémur en éclat et traversé la cuisse dans toute son épaisseur, mais sans intéresser les gros troncs vasculaires et nerveux ; et admettons, d'autre part, qu'une roue de voiture pesamment chargée n'ait produit qu'une fracture nette et en rave de l'os de la cuisse, mais avec des désordres très graves du reste du membre. Dans lequel de ces deux cas apercevrez-vous le plus de danger, et quel est celui qui donnera le plus de gages d'une guérison exempte de mutilation?

La gangrène, une épouvantable suppuration, une fièvre traumatique excessive, une redoutable phlébite, des symptômes nerveux, etc., seront le partage assuré de l'individu tombé sous la voiture ; tandis qu'on peut mettre l'autre blessé à l'abri de la plupart de ces accidens, en incisant la plaie largement pour extraire toutes les esquilles, et en plaçant le membre sur un appareil hyponarthécique convenable.

Ne serait-ce pas le cas de rappeler ici, afin d'éclairer le sujet, les opérations longues et douloureuses qu'on est obligé de faire pour fouiller profondément dans les principaux os des membres, afin d'en extraire des séquestres volumineux, ou de faire de graves résections osseuses ? Et cependant on agit sur des os malades, sur des tissus souvent désorganisés, sur des individus affaiblis par des maladies de longue durée. Et cependant encore, on ne redoute pas trop ces recherches à coups de gouge et de maillet, ni même l'action des cautères qu'on fait suivre immédiatement ! Si l'on objecte que les opérations propres à l'extraction des esquilles dans les fractures et à la suite des coups de feu, doivent nécessiter des plaies trop considérables, et qu'elles traînent après elles le contact de l'air, celui d'autres corps étrangers, une suppuration énorme, etc., je mettrai en regard les épouvantables dénudations ou pertes de substances qui suivent certaines extirpations de seins, quelques brûlures et gangrènes, et celles

qui accompagnaient jadis les amputations elles-mêmes avant qu'on ne s'avisât de les réunir par première intention.

Avouons plutôt que si les fractures comminutives, et en particulier celles produites par les armes à feu, ont été envisagées presque généralement comme cas d'amputation, c'est qu'on manquait de guide assuré et de moyens convenables pour les traiter conjointement avec les principales exigences des parties molles, et qu'on était comme forcé de brutaliser ouvertement et outre mesure ces dernières. En sera-t-il encore de même maintenant.

Je conviendrai cependant qu'en campagne, les lésions traumatiques des os sont bien plus fâcheuses, toutes choses égales d'ailleurs, que celles qui se présentent dans la pratique et les hôpitaux civils; mais, est-ce dire par là qu'il faille nécessairement accuser de ce surcroît de dangers le projectile lancé par la poudre à canon?

N'est-on pas d'accord, au contraire, qu'il existe une foule de circonstances qui peuvent rendre mieux raison de cette gravité, en apparence plus prononcée, des plaies d'armes à feu? Eh quoi! un vigoureux coup de pied de cheval, la lourde chute d'une grosse pierre ou d'un tronc d'arbre, en écrasant un bras ou une jambe auraient un résultat plus doux, plus bénin qu'une petite balle qui, en brisant un os, ne marquerait son passage au travers du membre que par un simple trajet d'un demi-pouce de largeur? C'est impossible!

Si l'on pouvait consulter les chirurgiens des armées d'Alexandre, d'Annibal et de César, ils ne manqueraient pas de nous affirmer, eux aussi, que les fractures étaient bien plus chanceuses au milieu des combats, que lorsqu'elles avaient lieu en pleine paix ou dans quelque bonne garnison. Mais ils auraient probablement le bon esprit d'apercevoir ailleurs que dans les machines meurtrières de la guerre les causes de cette grande différence, et ils nous citeraient peut-être parmi celles-ci, les marches précipitées, les intempéries, la pénurie de moyens, les affections morales de tous genres, etc., etc. Ils diraient bien aussi que la gravité plus considérable des fractures, chez les militaires en campagne, dépend de ce qu'elles sont, en général, l'effet de violences qui agissent directement sur le membre et qui, par conséquent, affectent les parties molles plus rudement que lorsque l'action vulnérante est indirecte et qu'elle ne tend qu'à courber outre mesure l'os en question. Dans le premier cas, en effet, ajouteraient-ils, les tissus qui environnent ce dernier sont respectivement plus maltraités que l'os lui-même, au lieu que c'est précisément le contraire dans les fractures par cause indirecte.

Ces anciens confrères, en faisant ainsi la part des deux ordres de tissus qui sont en cause, nous mettraient donc aussi sur la voie des deux genres de désordres qui existent dans les fractures, et sur celle des deux modes de médications qu'ils réclament. Il est douteux qu'en présence des lésions graves qui accompagnent les fractures par cause directe, ils voulussent donner les mains à leur traitement par des moyens identiques et aussi rudes que s'il s'agissait des simples fractures indirectes et où les tissus mous sont d'ordinaire beaucoup moins désorganisés.

La terreur des fractures causées par la mitraille ne serait-elle pas purement traditionnelle? et aurait-elle une origine différente de celle qu'inspiraient jadis aux chirurgiens les simples plaies d'arme à feu?

Il est un grand nombre de cas qui réclament l'amputation malgré leur état de simplicité primitive, et parce que les premiers soins ont été ou totalement négligés, ou, ce qui est bien pire encore, parce qu'ils ont été donnés au rebours du bon sens. C'est, par exemple, un malheureux chez lequel les fragmens sont profondément enfoncés et croisés dans les tissus mous, et qu'on transporte au loin de la manière la plus brutale, sans qu'il ait été pourvu ni à la réduction, ni à la coaptation, et qui est pendant un ou plusieurs jours exposé aux désordres inévitables d'un pareil abandon, d'une situation aussi cruelle. Ou bien, ce même fracturé aura eu le malheur de tomber entre les mains d'un de ces imprudens qui ne doutent de rien en présence d'une lésion osseuse quelconque, et qui en s'empressant de l'enlacer dans un de leurs hermétiques, immuables et impitoyables appareils, donnent lieu aux symptômes les plus fâcheux et les plus urgens.

(La fin à un prochain numéro.)

NOUVELLES DIVERSES.

— MM. les docteurs Tourdes, Dumas, Trainquier et Malle viennent d'être admis à prendre part au concours qui doit s'ouvrir le 2 mars prochain devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la chaire de médecine légale.

On a placé aujourd'hui 17, dans la salle des séances des professeurs, le buste en marbre de Broussais donné par M. le ministre de l'intérieur.

La commission du monument qui doit être érigé au Val-de-Grâce à ce célèbre médecin, a arrêté que le modèle de la statue serait exécuté en bronze.

Le buste et la statue sont dus au ciseau de M. Bra.

— M. le docteur Flourens se présente comme candidat à la place vacante à *l'Académie française*.

— L'Académie des sciences a procédé à l'élection d'un nouveau membre dans la section de physique générale, en remplacement de M. Dulong. M. Robinet, professeur au collége royal de Saint-Louis, ayant obtenu la majorité des suffrages, a été proclamé membre de l'Académie; ce choix sera soumis à l'approbation du roi.

— M. Guyot, professeur d'accouchement à l'Ecole secondaire de médecine de Rennes, est nommé professeur de clinique externe à cette école, en remplacement de M. Pinault, qui a été appelé à une autre chaire.

— Le 29 janvier dernier, M. Thuillier, nommé professeur d'accouchement à l'école secondaire médicale d'Amiens, a été installé dans ses fonctions. M. le recteur de l'Académie, dans une brillante improvisation, a fait l'éloge de M. le docteur Routier, qui occupait précédemment cette chaire; il a exposé en même temps les titres du nouveau professeur, si digne de lui succéder.

— M. le docteur H. Bouvier, membre de l'Académie de médecine, passe en qualité de médecin de l'hospice de Larochefoucault à l'hospice de la Salpêtrière, en remplacement de M. Cruveilhier, médecin à l'hôpital de la Charité.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 22 FEVRIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 23, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Fausse ankylose; ténotomie. Traitement par rupture de M. Louvrier; mort du dernier opéré; nouvelle opération.

Dans le numéro du 8 février courant, nous avions annoncé l'arrivée, dans le service de M. Velpeau, d'un jeune homme placé au n° 32 de la salle Sainte-Vierge, pour y être traité d'une fausse ankylose du genou droit datant seulement de six mois, et résultant d'une tumeur blanche dont le commencement remontait à environ deux années. Comme nous l'avions déjà dit, il n'y avait que simple rétraction des muscles postérieurs de la cuisse entraînant la jambe dans une flexion à angle presque droit, mais sans aucune soudure des os, et par conséquent avec quelques mouvemens dans l'articulation; c'était un cas très favorable pour l'application de la ténotomie, suivant les idées de M. Velpeau; c'est pourquoi, peu disposé d'ailleurs à essayer de nouveau la méthode de M. Louvrier, il a pratiqué, un des jours de l'autre semaine, la section sous-cutanée des tendons des muscles biceps, demi-tendineux, couturier, grèle interne, à leur insertion inférieure. La jambe a, dès le moment, gagné un redressement d'environ un quart de sa flexion; puis on a placé le membre dans l'extension continue, qu'on accroît progressivement au moyen de lacs resserrés chaque jour, et dont l'action augmente sensiblement la tendance à la rectitude parfaite.

Aucun accident local ni général n'a suivi l'opération; le petit malade, quoique fort susceptible, ne se plaint un peu vivement que quand on augmente l'extension, et tout fait espérer sa guérison au moyen de ce traitement qui sera peut-être un peu long et fatigant, mais dont nous suivrons toutes les phases, ne fût-ce que pour le comparer avec celui de M. Louvrier pratiqué presqu'en même temps sur un individu récemment opéré, comme nous allons le dire plus bas.

— Ceci nous amène à parler de la jeune fille dont il avait été question à la fin du même article, et qui avait été retirée de l'hôpital par M. Louvrier, pour qu'elle reçût en ville des soins plus favorables à sa position. Malgré tout le zèle et l'assiduité des médecins auxquels elle a été confiée, malgré la confiance et quelque peu de courage que lui avaient redonnés l'espoir et les encouragemens de sa famille qui l'entourait, la fatale terminaison que nous avions prévue ne s'est pas fait long-temps attendre. Sa constitution était en effet déjà trop altérée, lorsqu'elle quitta l'hôpital, pour qu'on pût espérer de la sauver; on aurait pu, dès lors, assurer qu'elle ne tarderait pas à succomber aux terribles accidens de la résorption purulente; c'est, du reste, ce qui est arrivé, autant que les derniers symptômes de sa maladie ont pu le faire juger: fièvre presque continue, quelquefois redoublant avec délire; frissons intermittens, soif intense, haleine fétide, douleurs violentes dans la poitrine et au côté du foie, suppression de la suppuration à la plaie du genou; et sur les derniers jours de la vie, mouvemens de la poitrine presque impossibles; respiration horriblement difficile, et indiquant que les poumons devaient être criblés d'abcès métastatiques; tout cela, disons-nous, justifiant assez la cause que nous donnons à la mort, car l'autopsie n'a été faite ni pour la démontrer, ni pour laisser constater l'état de l'articulation; nous ne savons à qui en attribuer la faute. Mais si elle est due à la négligence, calculée ou non, de M. Louvrier, il a eu tort de croire que son amour-propre ou sa réputation en serait mieux servi: car il est malheureusement certain pour tout le monde que l'opération a seule occasionné la mort de cette femme.

Indubitablement, la contusion qui s'est manifestée au-devant du genou quelques jours après a été l'effet d'une étreinte trop forte des pièces supérieures de l'appareil qui a même été jusqu'à briser comme par écrasement une portion du condyle interne du fémur; car au lit de la malade, deux jours avant sa mort, nous avons eu entre les mains trois fragmens d'os chassés depuis quelques jours par la suppuration de la plaie, qui se raccordaient exactement et présentaient partout des surfaces saines, mais inégales, éraillées, sauf la portion supérieure marquée sur chacun de ces os par une altération de substance et une couleur noirâtre, comme on l'avait remarqué avant leur détachement, lors de la dénudation de cette partie produite par la mortification des tissus qui la recouvraient. Il est donc absolument impossible de ne pas croire que la mort soit due aux conséquences immédiates de l'opération. Mais d'un autre côté, à cause de ce *premier et unique* résultat aussi déplorable, faut-il proscrire entièrement la méthode de M. Louvrier? Nous ne le pensons pas: car, sans parler des cas d'ankyloses plus favorables qui laisseraient un pronostic plus encourageant et plus certain, est-il permis de dire que tous les cas, même analogues à celui qui nous occupe, devraient se terminer aussi malheureusement? D'abord, un peu plus de précaution, ou une modification dans l'application des pièces de l'appareil, remédieraient sûrement au grand inconvénient qui semble ici avoir été la première cause de tous les accidens; et l'on peut bien penser que sous l'influence d'autres conditions, les conséquences de cette lésion primitivement toute simple seraient modifiées beaucoup plus avantageusement en ce sens que la gangrène des parties molles serait peu profonde ou limitée, et que la rupture d'une petite portion d'os, en supposant qu'elle ait lieu, pourrait bien se consolider sans qu'il survînt d'aussi graves désordres que dans cette circonstance. Quant à la résorption purulente, ce terrible accident contre lequel vient échouer tout espoir de salut, il faut en convenir, dans nos salles d'hôpitaux plus que partout ailleurs, chaque malade portant une plaie qui suppure y est trop souvent exposé et en devient la victime. Il est bien certainement des conditions de régime, de lieu, de saison qui y prédisposent: car ces semaines dernières, la clinique de M. Velpeau en a offert plusieurs exemples, et, en ce moment même, chaque opéré ne laisse-t-il pas à chaque instant craindre cette redoutable affection? On peut se souvenir encore d'une année malheureuse pendant laquelle Dupuytren, sur 24 amputations qu'il fit, perdit 21 opérés, emportés par cette fatale complication.

Rien encore, ce nous semble, ne doit donc empêcher positivement M. Louvrier de poursuivre le cours de ses expérimentations pour faire valoir les avantages de sa méthode, dont il est convaincu, en choisissant mieux toutefois, et opérant avec plus de réserve parmi ceux qui se présenteront.

Nous avons même à annoncer déjà que vendredi dernier, quai des Célestins, 10, M. Louvrier a opéré M. W..., âgé de trente-six ans et qui depuis plus de dix ans portait au genou gauche une ankylose lui ayant fait fléchir sa jambe à angle presque droit à la suite d'une violente arthrite avec suppuration causée par une chute sur la glace, qu'il avait faite à l'âge de quatorze ans. L'articulation était encore un peu mobile, mais la rotule seulement adhérait fortement au fémur. Le redressement complet de sa jambe s'est fait, comme de coutume, en moins d'une minute et le patient a supporté l'opération, non pas avec courage, c'est trop peu dire, mais avec joie et gaîté. L'appareil étant enlevé, on a imprimé au membre tous les mouvemens possibles, sans occasionner la moindre douleur: on n'a vu trace d'aucune contusion au genou; on s'est assuré du battement de l'artère pédieuse et tout a été trouvé dans l'état le plus satisfaisant. La rotule, il est vrai, n'a pas été décollée, mais elle se trouve fixée sur un point du condyle assez élevé sur la portion antérieure de cette extrémité du fémur, pour ne pas renvoyer le tibia de sa position naturelle; c'est du moins ce qu'on peut espérer. Jusqu'ici il n'y a pas apparence du moindre commencement de luxation.

Bref, cette opération se présente sous la prévision des résultats les plus avantageux; nous tiendrons plus que jamais à être au courant de tout ce qui arrivera et à en faire part à nos lecteurs, car il faut maintenant que chacun attende, sache et connaisse tout ce qui dépendra de la question, pour pouvoir l'examiner et la juger sainement quand il en sera temps.

Tumeur renfermant un amas considérable d'hydatides. Extraction.

La femme N..., couchée au n° 15 de la salle Sainte-Catherine, tomba, il y a plus de deux ans, dans un escalier, à la renverse. Cette chute ne fut suivie d'aucun accident qui méritât la moindre attention, et la malade ne s'en souvient que pour pouvoir expliquer la formation d'une tumeur qu'elle porte à la partie supérieure et externe de la fesse. Il y a seulement sept mois que cette tumeur commença à se manifester; depuis ce temps elle a considérablement augmenté, au point qu'aujourd'hui elle est devenue fort gênante par son volume, et surtout à cause de sa forme, qui affecte la figure d'un cône, dont la large base occupe toute l'étendue de la fosse iliaque externe, et dont la pointe, dirigée tout-à-fait horizontalement, est continuellement soumise au choc des corps extérieurs et au frottement des vêtemens. L'examen de cette tumeur offre les caractères négatifs suivans: la coloration normale de la peau qui la recouvre n'a subi aucune modification; elle n'est pas non plus fort tendue. Au toucher, on ne trouve ni chaleur, ni pulsation; à l'état ordinaire comme sous la pression, cette tumeur n'a jamais été le siége d'aucune espèce de douleur, et elle est toujours complètement indolente; quoique peu résistante, elle ne laisse pas constater une fluctuation manifeste; on y reconnaît plutôt de l'élasticité et une espèce de *crepitus* comme celui de deux cuirs frottés l'un sur l'autre; en un mot, son état apparent ne donne aucun éclaircissement pour le diagnostic.

Une ponction d'exploration fut donc pratiquée ces jours derniers; à travers la petite incision s'écoula très peu d'un liquide mélangé de sérosité, de sang et de matière limpide analogue à l'eau chargée d'un peu d'albumine. Le stylet introduit fit sentir plusieurs corps mous séparés les uns des autres; mais la sortie d'une portion de membrane tout à fait semblable à l'enveloppe vésiculeuse des hydatides laissa supposer que la pointe du bistouri en avait ouvert une, et par conséquent l'on dut croire à l'existence d'au moins quelques-uns de ces corps dans l'intérieur de cette tumeur, dont on ne connaissait pas encore la nature.

Le lendemain, elle fut largement ouverte, et ce ne fut pas sans surprise qu'on trouva toute sa capacité entièrement remplie par un amas d'hydatides bien distinctes, régulièrement conformées, les unes avec un pédicule, d'autres n'en ayant pas, mais en nombre si considérable qu'on en recueillit plus de soixante, et d'un volume tel que quelques-unes avaient la grosseur d'un bel œuf de dinde privé de sa coque; toutes les autres, de plus en plus petites, pouvaient offrir, quant aux dimensions, l'idée d'une collection d'œufs pondus par beaucoup d'espèces d'oiseaux.

Cette couche d'hydatides se produisant en nombre si considérable et si rapidement dans une tumeur sous-cutanée au milieu des muscles qu'elle avait séparés, nous a paru un fait peut-être unique, mais du moins trop rare pour n'être pas signalé à nos lecteurs; car, du reste, ce n'est ni l'opération ni ses conséquences qui ont présenté quelque chose digne de remarque. Les bords de la solution de continuité ont été simplement rapprochés; on a mis sur toute la partie un cataplasme émollient, et la suppuration s'est établie franchement et modérément.

Seulement, mardi matin, la malade s'est plaint d'un point de côté qu'elle aurait gagné, dit-elle, en faisant un effort pour se remettre dans son lit étant levée. On a plus sérieusement pensé à l'existence d'un commencement de pleurésie, ou d'abcès métastatiques par suite d'une résorption purulente; mais aucun autre symptôme rationnel n'étant venu faire craindre cet accident, il y a lieu de croire que ce n'est que l'effet d'une douleur passagère et peu inquiétante qui se dissipera bientôt.

Revue des dernières opérations.

L'enfant calculeux, opéré par la taille, et dont l'observation est rapportée au n° du 19 janvier, a succombé le 31 du même mois aux suites de cette opération; les premiers résultats, heureux et simples, nous avaient fait espérer un succès satisfaisant, car il n'y avait pas eu de réaction vive ni de douleurs intenses. A peine la fièvre s'était-elle établie au bout de quelques jours. Le ventre seulement était devenu un peu ballonné, mais l'application de quelques cataplasmes laudanisés avait suffi pour faire disparaître ce léger gonflement. La langue était restée nette, mais un peu pâle; il y avait de l'inappétence, l'état de la plaie périnéale a toujours été pour le mieux; les urines déjà commençaient à prendre leur cours par la verge et aucun symptôme alarmant ne semblait devoir faire craindre une entrave à sa guérison, quand le petit malade sentit sa fièvre redoubler; du malaise, sans douleurs, survint; sa faiblesse empêcha qu'on le saignât. Bientôt, il perdit l'enjouement naturel à son âge; sa voix s'affaiblit, des vomissemens vinrent, puis des frissons, et il s'éteignit sans se plaindre ni souffrir beaucoup.

A l'autopsie, on trouva une suppuration profonde, remplissant le bassin et qui provenait de la désorganisation complète des reins et des uretères. Ceux-ci avaient acquis une extension qui leur donnait le diamètre d'un petit intestin et étaient altérés dans leur étendue jusqu'à la vessie, qui était seulement racornie et revenue sur elle-même, comme il arrive presque toujours dans ces circonstances.

Il a donc été reconnu que cet enfant avait succombé aux conséquences de lésions organiques causées par l'existence de sa maladie primitive, mais indépendantes des suites de l'opération qu'il a subie, et qu'il a été impossible de reconnaître avant sa mort par le défaut des symptômes douloureux et autres que son état d'anémie a empêché de se manifester.

— L'individu dont il est parlé au n° du 28 janvier, sur lequel on a pratiqué l'ablation de toute la mâchoire supérieure gauche, par suite d'affection cancéreuse, continue à donner l'espoir d'une guérison parfaite.

Quelques points de la suture faite le long du nez, s'étant détachés, avaient laissé se former une excavation et à côté, au-dessous du globe oculaire, un boursouflement assez considérable. Deux ou trois mouchetures ont fait aussitôt disparaître celui-ci, et le lambeau de peau détaché a été repris et fixé par de nouveaux points de suture qui promettent aujourd'hui une cicatrisation aussi prompte et aussi belle que pour toutes les autres solutions de continuité. Aucun accident local ni général n'est survenu, en sorte que, les choses ne changeant pas, cet individu pourra bientôt sortir sans trop de difformité et semblant être à l'abri d'une fâcheuse récidive.

—L'homme qui portait dans la région parotidienne gauche une énorme tumeur lymphatique qui lui a été extirpée, ainsi que nous l'avons rapporté au nº du 1er de ce mois, a quitté l'hôpital dimanche dernier, parfaitement débarrassé de son infirmité, et sans aucun désavantage ; car sa cicatrice, tout-à-fait linéaire, est bien déguisée sous le relief du bord inférieur de l'os maxillaire, où la barbe, qui pourra y pousser, la cachera encore mieux. C'est un résultat fort heureux pour cet individu, et d'autant plus satisfaisant à ses yeux, que depuis cinq mois il avait inutilement cherché des chirurgiens qui voulussent entreprendre sa guérison. L..... E.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. Cloquet.

Pourriture d'hôpital; forme pulpeuse.

Première observation. — Au nº 7 de la salle des hommes est couché le nommé Breteau (Louis), âgé de quarante-neuf ans, charretier, entré le 12 janvier. Cet homme, d'une constitution sèche, très nerveux, est entré à la clinique à la suite de l'écrasement du petit orteil du pied droit, occasionné par le passage d'une des roues de sa voiture. Une application de 20 sangsues, des cataplasmes fréquemment renouvelés, le repos le plus absolu du membre et un régime convenable n'amenèrent qu'une amélioration douteuse; plusieurs abcès se formèrent successivement, et au bout de trois semaines l'on comprit l'impossibilité de conserver l'orteil. L'amputation dans l'articulation tarso-métatarsienne fut décidée et pratiquée le 2 février; elle ne fut suivie d'aucun accident, si l'on en excepte une légère hémorrhagie en nappe qui survint dans la nuit, et qui fut arrêtée par le tamponnement de la plaie au moyen de la charpie.

Du cinquième au sixième jour, la plaie devint le siége d'une douleur vive accompagnée de quelques élancemens, et la suppuration déjà établie se présenta moins homogène et moins liée. Sur plusieurs points de la surface de la plaie il y a formation d'une pseudo-membrane blanchâtre, très mince; les bords de la plaie sont rouges et légèrement tuméfiés. Malaise, lassitude; langue recouverte d'un enduit blanchâtre, rouge à ses bords et à sa pointe; soif assez vive, inappétence, bouche pâteuse, peau chaude, légère douleur à l'épigastre à la pression, traits grippés, tristesse, pouls fréquent.

Septième jour. La fausse membrane s'étend en surface, diminution de la douleur locale, les bords de la plaie sont rouges, boursouflés et renversés: sécrétion d'un liquide sanieux, fétide: symptômes généraux *ut suprà*. On exprime du jus de citron sur tous les points de la surface de la plaie, sans que cette opération détermine la moindre douleur: limonade, tilleul et orange, bouillon.

Huitième et neuvième jours. Même état; on répète l'application du jus de citron: à la dernière application, le malade accuse un picotement assez gênant que l'on considère comme un phénomène de bon augure: des détritus de fausse membrane se détachent de la surface de la plaie: diminution légère des symptômes gastriques et généraux: tristesse extrême, pleurs.

Dixième et onzième jours. Élimination totale de la production pseudomembraneuse; la plaie prend un aspect rosé, ses bords se détuméfient, le pus s'épaissit et perd de sa fétidité.

Douzième jour. Pus bien lié et de bonne nature, plaie belle; le lambeau commence à se recoller; rémission des symptômes gastriques, l'appétit se fait sentir, langue légèrement blanchâtre, moins rouge; plus de malaise ni de tristesse: apyrexie complète.

Cette amélioration, loin de se démentir, continue les jours suivants.

Deuxième observation. — Au numéro 8 de la salle des hommes est couché le nommé Cossu Eloy, âgé de 23 ans, entré à la clinique le 5 février. Il y a dix-huit mois que, sans cause connue, la première phalange du doigt médius de la main gauche commença à augmenter de volume; cette augmentation continue à progresser pendant six mois, sans déterminer de bien vives douleurs, et n'occasionnant que quelques picotements.

Au moment de son entrée à la Clinique, le doigt médius était triplé de volume dans toute l'étendue de la première phalange qui était assez régulièrement puriforme; la peau était rouge et sans solution de continuité; absence presque complète de douleurs spontanées. On diagnostique un *spina ventosa* de la première phalange du médius, et le 8 février on pratique la désarticulation métacarpo-phalangienne. Pas d'accidens consécutifs.

Au troisième jour, malaise, lassitude; symptômes gastriques et réaction fébrile comme dans le fait qui précède, mais avec moins d'intensité. A la levée du premier appareil on découvre les premières traces d'une production pseudo-membraneuse; sur les points où cette production n'existe pas, la surface de la peau est grisâtre; sécrétion peu abondante d'un fluide sanieux fétide; la plaie est douloureuse, élançante; ses bords sont rouges, tuméfiés, légèrement renversés.

La première application de citron ne détermina aucune douleur, non plus que la seconde; la troisième seulement (au cinquième jour) détermina des picottemens très vifs. Au reste, ces trois applications ont suffi pour dissiper les symptômes de la pourriture et donner à la plaie un bel aspect. Les symptômes généraux et gastriques n'ont pas tardé à se dissiper. Toutefois, au sixième jour, la langue était encore un peu blanchâtre, mais la marche de la plaie vers la cicatrisation n'a pas été autrement entravée depuis.

— Voilà deux faits qui prouvent, contrairement à l'opinion de certains praticiens, que la pourriture d'hôpital n'est pas tout-à-fait bannie des hôpitaux de Paris. Un cas s'est encore présenté naguère dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, et nous en avons déjà fait mention. Il faut reconnaître cependant que, depuis les améliorations que ces établissemens ont subies, cette funeste complication des plaies et des blessures se montre à beaucoup près, bien moins souvent qu'autrefois.

La pourriture d'hôpital affecte principalement deux formes, l'une et l'autre également graves: ce sont la forme ulcéreuse et la forme pulpeuse. La première, ainsi que son nom l'indique, s'annonce principalement par une ulcération qui détruit, avec une rapidité désespérante, les bourgeons charnus, la cicatrice, et moins rapidement les parties saines qui environnent la plaie: de cette ulcération gangréneuse résulte la formation d'une matière ichoreuse grisâtre ou brunâtre, d'une odeur fétide; l'ulcération commence par un ou plusieurs points. La seconde commence, comme dans les deux cas que nous venons de relater, par la formation d'une pellicule blanchâtre ou grisâtre, très mince, qui s'étend rapidement en surface et en profondeur, transformant en sa propre substance les tissus voisins; la suppuration se tarit et est remplacée par un détritus ichoreux résultant de la décomposition de la surface libre de la production pultacée; les tissus voisins sont enflammés et quelquefois boursouflés comme s'ils étaient infiltrés de gaz. Dans l'une et l'autre forme il existe du malaise, de la lassitude, un grand abattement des forces physiques et morales, des symptômes gastriques et une réaction fébrile plus ou moins intense. Tous les symptômes, soit locaux, soit généraux, peuvent augmenter au point d'amener la mort, qui est précédée de l'apparition de la plupart des symptômes du typhus nosocomial.

Avis à M. Orfila. — Parmi les circonstances propres à faire naître la pourriture d'hôpital, les plus efficaces sont le séjour des blessés dans des établissemens resserrés, mal aérés, situés dans des lieux humides, bas, privés de l'influence solaire, dans des salles souterraines, peu élevées, mal percées, difficiles à ventiler. Les pansemens pratiqués avec des matériaux avariés, infects, tels que du linge imparfaitement blanchi, de la charpie qui a fermenté et dans laquelle existent des miasmes putrides; une mauvaise nourriture, etc.

Que l'on compte parmi toutes ces causes celles qui ne se rencontrent pas dans l'hôpital de M. Orfila, car c'est le plus petit nombre, et l'on comprendra ensuite que si la pourriture d'hôpital, qui s'est présentée deux fois en quinze jours, ne s'y montre cependant pas plus souvent, cela ne tient qu'à la vigilance et à l'habileté du chirurgien à qui le service des blessés est confié.

Ainsi, cette complication des solutions de continuité qui, à juste titre, est considérée comme la plus grave et la plus fréquemment funeste, et qui est si rare dans les autres hôpitaux de Paris, que quelques chirurgiens se plaisent à en révoquer en doute la possibilité, est, au contraire, à l'hôpital de l'Ecole, le partage fréquent des malheureux blessés, comme la péritonite puerpérale celui des femmes en couche. Quelle était la plaie qui rongeait le service de médecine? Il fallait qu'elle fût bien grave, puisqu'on s'est décidé à commencer le grand déménagement par ce dernier service.

Nouvel appareil pour contenir les hernies inguinales directes,

Présenté à l'Académie de médecine par M. Malgaigne.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie un malade affecté d'une hernie inguinale directe du côté gauche, qui n'avait pu être soulagé par aucun des bandages ordinaires, et dont la hernie est parfaitement contenue par un appareil tout à fait spécial. Voici d'abord l'histoire de cet homme.

C'est un peintre en bâtimens, âgé de quarante-trois ans, attaché à l'hospice de la Salpêtrière. Il ne connaît personne dans sa famille qui ait été affecté de hernie, à part sa grand'mère, qui mourut à l'Hôtel-Dieu d'une hernie étranglée. A l'âge de vingt ans, en voulant arracher un cuvier pris dans la glace, et exerçant surtout des efforts de traction de la main droite, les mains glissèrent et lâchèrent prise, le corps fut violemment plié en arrière, et il n'évita la chute que par un énergique effort de redressement. A l'instant il sentit à l'aine gauche une douleur légère qui se dissipa immédiatement, et ce ne fut que trois ou quatre jours après, qu'en se levant de table il ressentit une nouvelle douleur à l'aine, accompagnée, cette fois, d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. M. Lallement, chirurgien de la Salpêtrière, reconnut une hernie inguinale, pour laquelle le malade alla réclamer un bandage au Bureau central. Ce premier bandage tenait bien, et il en porta ainsi plusieurs autres; mais, il y a quatre à cinq ans, comme il travaillait au dôme de la Salpêtrière, il trouva que les sous-cuisses le coupaient et ôta le bandage. Il demeura ainsi un an entier, pendant lequel la hernie grossit beaucoup, et il se déclara du côté droit une petite hernie secondaire. Au bout de ce temps il ne put travailler sans bandage; mais désormais aucun bandage ne contint la hernie d'une manière efficace.

Cet homme est revenu le 27 novembre dernier au Bureau central, où je faisais alors mon cours clinique sur les hernies. La hernie gauche était dans l'état où vous la voyez, offrant 13 centimètres de hauteur verticale, 25 centimètres de circonférence; soit qu'elle ait été directe d'abord ou qu'elle le soit devenue depuis, il n'y a aucun vestige du canal inguinal, et la hernie sort et rentre par un trou qui admet l'extrémité de trois doigts réunis, et qui mène directement dans l'abdomen.

M. Blin essaya d'abord plusieurs de ses bandages, dont aucun ne put contenir la hernie. M. Jalade-Lafont l'entreprit à son tour et ne réussit pas mieux. Comme je comptais parmi mes auditeurs plusieurs bandagistes, l'un d'eux, M. le docteur Peturet, désira essayer des bandages sur cet homme; il s'y reprit à trois fois différentes, et enfin y renonça. Voici le dernier bandage appliqué par M. Peturet; la pelote est à bec de corbin, mais montée sur un ressort français; et malgré la force du ressort, il était à présumer qu'il échouerait.

Je fis alors fabriquer par M. Cresson un bandage à ressort anglais avec pelote à bec de corbin, et dès le second essai la hernie fut maintenue. Au bout de huit jours notre homme revint; son bandage tenait encore, mais il déterminait dans l'abdomen une pression si forte, qu'elle étouffait le malade et l'empêchait de manger. Il avait des coliques tellement vives qu'une fois il en avait perdu connaissance. Il accusait aussi une boule qui remontait jusqu'à la gorge et qui l'étranglait; tout cela augmentait quand il avait mangé, en sorte qu'il résolut de se passer de manger pendant deux jours, afin de s'accoutumer au bandage; mais les douleurs continuèrent, et il se décida à laisser sa hernie libre. Voici le bandage de M. Cresson; il n'a qu'une force égale à celle du bandage de M. Peturet, équivalant à deux kilogrammes, mais toute cette force est employée.

En présence d'un cas aussi difficile, je revins à une idée qui m'avait occupé depuis quatre ans, et que j'avais même alors communiquée déjà à l'Académie. Elle était fondée sur ce principe lumineux de M. Mayor, qu'en fait de bandages ou d'appareils, les meilleurs sont ceux qui imitent le mieux l'action de la main. Or, pour maintenir ces hernies directes, le moyen le plus simple est de refouler la peau dans l'anneau en y enfonçant le doigt. J'avais donc essayé de fixer sur les plaques des pelotes ordinaires, une saillie digitale en bois, en caoutchouc, etc.; et quand le bandage était appliqué, il maintenait parfaitement tant que l'individu était immobile, mais au moindre mouvement du tronc, la pelote soumise aux mouvemens du ressort allait heurter contre la circonférence de l'anneau, et de là des douleurs, ou même en sortait tout à fait, ce qui était plus fâcheux encore.

Enfin j'eus l'idée de faire une pelote, si je puis lui donner ce nom, indépendante du ressort. Je fis donc faire en buis, par un tourneur, une espèce de champignon dont la tête, arrondie, présente 22 millimètres de diamètre, supportée par une tige un peu plus mince, fixée elle-même au centre d'une plaque circulaire de 57 millimètres, et la hauteur du champignon monté sur la plaque était de 40 millimètres. Le champignon, introduit dans l'anneau et soutenu par un bandage très faible, la contention fut parfaite; mais une demi-heure ne s'était pas passée que la circonférence de la plaque contondait les chairs de la partie interne et supérieure de la cuisse; le champignon semblait aussi pénétrer un peu trop profondément. Je transformai ma plaque circulaire en ovalaire, ne lui laissant, dans la plus grande largeur, que 42 millimètres. Je la fis légèrement remborrer du côté du champignon, ce qui rendit la pression plus douce et diminuait la hauteur de la portion pénétrante; et de cette façon il remplit exactement tout ce que j'en attendais.

Vous le voyez en place sur le malade; il est maintenu par un bandage que j'avais sous ma main, bandage français à deux pelotes sur un seul ressort, bandage si mauvais que, sur mes représentations, l'administration des hôpitaux a décidé qu'on ne s'en servirait plus pour les indigens. La pression de celui-ci n'équivaut pas à un kilogramme.

Du reste, comme l'expérience a mille fois appris qu'on ne saurait juger à l'instant même de la bonté d'un bandage, je voulus que mon malade eût porté le sien pendant dix jours avant de le montrer à mon cours, et j'ai laissé écouler trois semaines avant de le présenter à l'Académie. La hernie est parfaitement contenue dans toutes les positions et dans tous les efforts; le malade mange avec appétit, digère bien, va bien à la selle; la peau, refoulée par le champignon, n'a pas donné le moindre signe d'irritation, et enfin, il y a disparition complète des coliques qui, auparavant, tourmentaient quelquefois le malade des journées entières.

Je n'ajouterai que peu de mots à cette communication. Sous le rapport de la contention par les bandages, les hernies inguinales se classent naturellement en trois catégories: celles qui traversent le canal dans toute sa longueur, ce sont les plus faciles; celles où le canal est dilaté et déjà détruit en partie par le rapprochement des anneaux; et enfin les hernies directes, les plus difficiles de toutes et contre lesquelles j'ai vu échouer plus d'une fois toutes les ressources des bandagistes. Le nouvel appareil que je viens de présenter à l'Académie modifie singulièrement cet état de choses; en effet, les hernies directes deviennent désormais aussi faciles à contenir que les hernies qui traversent tout le canal, et ce sont les hernies de la deuxième catégorie qui passent au troisième rang sous le rapport de la difficulté.

Enfin je dirai que j'ai aussi appliqué des champignons de cette espèce à la contention des hernies ombilicales et spécialement à la cure radicale de ces hernies chez les jeunes enfans. J'en ai plusieurs en traitement actuellement, et j'aurai l'honneur de communiquer les résultats à l'Académie.

Ligature des tumeurs hémorrhoïdales.

Opération pratiquée par M. Amussat, assisté de M. Levaillant, et en présence de M. Duplan; observation recueillie par M. Troussel.

Dans le courant du mois de mai 1830, M. D..., âgé de vingt et quelques années, fut tout-à-coup pris de violentes coliques qui durèrent trois jours. Plusieurs moyens ayant été employés sans succès par son médecin ordinaire, M. Chomel fut appelé en consultation, et conseilla les lavemens à l'eau à la glace, l'application de la glace sur le ventre, et les drastiques à haute dose, déclarant qu'il pensait qu'il s'agissait d'une invagination d'intestin. Ces prescriptions, restées sans effet pendant quatorze heures, amenèrent enfin d'abondantes évacuations alvines, et le malade revint rapidement à la santé.

Vers le mois d'août ou septembre de la même année, M. D.... commença à s'apercevoir qu'il avait des hémorrhoïdes. Un jour, se promenant à cheval dans la forêt de Fontainebleau, il fut pris d'une envie pressante d'aller à la garderobe, et ayant mis pied à terre, il rendit une assez grande quantité de sang; après quoi il remonta à cheval, et ne fut plus dérangé de toute la journée.

Pendant un voyage en Amérique, vers la fin de 1830 et dans les six premiers mois de 1831, ces pertes de sang, sans douleur notable, se renouvelèrent bien des fois, sans qu'il s'en inquiétât autrement. Ce ne fut qu'au commencement de 1832 qu'il ressentit des douleurs assez vives, d'abord seulement immédiatement après la défécation, ensuite toutes les fois qu'il était obligé de rester debout pendant long-temps. Souvent alors, au lieu d'écoulement sanguin, il s'échappait involontairement par l'anus des matières blanchâtres, gluantes, tâchant le linge. Cependant les tumeurs hémorrhoïdalesc, ontinuant d'augmenter de volume, dépassaient les sphincters, et ce prolapsus persistait jusqu'à ce qu'il lui fût possible de prendre un repos d'une certaine durée. Cette expulsion de tumeurs était accompagnée de douleurs vers le siége, de malaises dans la région lombaire, et d'une sensation pénible de lassitude générale. Les traits du visage s'altéraient; l'appétit se perdait; les jambes devenaient de plus en plus faibles; lorsque la station était prolongée, il survenait de la fièvre accompagnée souvent d'une irritation nerveuse générale. Cet état de choses fut supporté pendant plusieurs années, mais la constitution de M. D.... en était altérée d'une manière remarquable: il ne pouvait que très difficilement se tenir debout pendant une demi-heure, marcher et vaquer à ses occupations: c'est alors qu'il se décida enfin à me consulter sérieusement sur ce qu'il convenait de faire pour être, si ce n'est guéri, au moins soulagé de cette terrible infirmité.

Ayant désiré prendre l'avis de mon digne confrère M. Amussat, nous constatâmes la présence de plusieurs tumeurs hémorrhoïdales internes, volumineuses, développées à quelques lignes au-dessus des sphyncters, et sortant de l'intestin toutes les fois que le malade allait à la selle, ou lorsqu'il restait quelque temps debout. Ces tumeurs étaient au nombre de trois: il y en avait deux du volume d'une grosse cerise ou d'un petit marron, et une troisième beaucoup plus petite; elles étaient superficiellement ulcérées. M. Amussat proposa de lier les deux plus grosses; ce à quoi le malade consentit avec joie, espérant qu'enfin il allait être délivré d'un mal qui lui rendait la vie insupportable.

Instruit par une longue expérience de l'utilité du traitement préparatoire imposé aux malades qui doivent subir une opération de quelque importance, et pour laquelle le chirurgien peut jusqu'à un certain point prendre son temps, M. Amussat me proposa de disposer notre malade en lui faisant garder le repos pendant au moins une huitaine de jours; en lui pratiquant une saignée du bras, suivie d'un ou deux laxatifs, sans oublier les bains, les lavemens, les boissons délayantes et rafraîchissantes, aidés par un régime alimentaire peu excitant: tout cela fut scrupuleusement exécuté.

Le 24 octobre 1838, à deux heures, M. D... ayant pris et rendu un lavement entier d'eau tiède, autant dans l'intention de débarrasser entièrement l'intestin que pour solliciter la sortie des tumeurs hémorrhoïdales, comme cela arrivait constamment depuis long-temps à la suite d'une selle spontanée ou sollicitée, nous l'engageâmes à se coucher sur le côté droit, lui faisant fléchir les cuisses sur le ventre et les jambes sur les cuisses, et de manière à porter le siége tout à fait sur le bord du lit convenablement garni. Les fesses étant maintenues écartées par les aides de manière à mettre l'anus bien en évidence, M. Amussat dit au malade de faire des efforts comme pour aller à la selle, afin de faire sortir autant que possible les tumeurs qui étaient, comme je l'ai déjà dit, au nombre de trois, d'inégal volume; la plus grosse, celle qui était implantée sur le côté droit de l'anus, fut immédiatement entourée à sa base, et le plus exactement possible, par une anse de fil de soie simple préalablement ciré (soie torse très solide, dite cordonnet). Ce premier temps de l'opération fut assez difficile; le fil fut serré avec une certaine force pendant qu'un aide éloignait autant que possible avec le bout de ses doigts les bords de l'anus et les autres tumeurs; le fil fut serré peu à peu, sans secousse, assez pour intercepter la circulation, mais pas assez pour couper les parties comprises dans la ligature. Cette partie de l'opération exige beaucoup d'attention et d'habitude. Au moment où le fil a été serré, le malade a paru éprouver une très vive douleur qui s'est manifestée par des plaintes et des cris. Dès que le pédicule, ou plutôt la base de cette tumeur a été étranglée par le fil, elle est tout à coup diminuée de volume, au point de perdre plus de la moitié de sa grosseur. En la pressant avec le bout du doigt pour l'éloigner des autres tumeurs, et empêcher qu'elle ne gênât la seconde opération, elle a donné un peu de sang par une espèce d'exhalation ou plutôt de transsudation.

La seconde tumeur, moitié moins grosse que celle qui venait d'être liée, a encore été plus difficile à entourer par l'anse du fil; cette difficulté m'a paru dépendre de ce que ces tumeurs étaient à large base, et de ce que M. Amussat évitait avec intention de se servir de pinces ou d'érignes, dans la crainte de déchirer les tumeurs, de les vider en partie, et de rendre ensuite l'opération encore plus difficile, et surtout incomplète dans son résultat.

Au moment du serrement du fil autour de cette seconde tumeur, la même douleur se fit sentir avec la même intensité et se prolongea; le malade déclara que cette douleur s'étendait au périnée, au scrotum et à la verge; il la comparait à une envie très pressante, douloureuse et prolongée d'aller à la garderobe.

Les fils ayant été convenablement serrés, M. Amussat a fait un second nœud, puis il les a coupés de manière à laisser une longueur de trois à quatre pouces.

Après la ligature, on est parvenu, en exerçant de légères pressions sur les deux tumeurs, à les faire rentrer dans l'intestin, après avoir franchi l'anneau des sphincters. Mais la plus grosse est aussitôt sortie, et l'on n'a pas autrement insisté pour la faire rentrer.

Le malade, qui continuait à beaucoup souffrir, et qui éprouvait un spasme général avec tremblement, ce qui était facilement expliqué et par la douleur de l'opération et surtout par l'irritabilité nerveuse constitutionnelle et habituelle, fut mis sur-le-champ dans un bain de fauteuil rempli d'eau de son, tiède. Il y demeura deux heures, ce qui calma un peu les souffrances. On le plaça alors dans un bain entier où il resta trois heures. La violence de la douleur se calma graduellement, mais ne cessa pas entièrement, malgré l'emploi d'une potion antispasmodique opiacée. L'irritation nerveuse générale persistait. A la suite du bain, il y eut un tremblement général prolongé et très pénible. Un cataplasme émollient tiède, arrosé de laudanum fut appliqué sur la marge de l'anus; mais il parût augmenter la douleur, soit par la pression qu'il exerçait, soit à cause du laudanum dont on s'était servi (laudanum de Sydenham). On le remplaça par l'application souvent renouvelée de petits linges fins enduits d'une couche épaisse de pommade belladonée (cold-cream, une once; extrait de belladone, douze grains).

Nous prescrivimes le repos le plus absolu, la diète la plus sévère, et pour boisson une légère infusion de fleurs de tilleul.

La nuit suivante fut très pénible, à cause de la continuation de l'agitation nerveuse, de la persistance de la douleur et d'un besoin pressant et incessant d'uriner, besoin que le malade ne pouvait satisfaire. Cette difficulté d'uriner dura plusieurs heures, et ce ne fut qu'en changeant plusieurs fois de position et en faisant beaucoup d'efforts, que le malade parvint à vider sa vessie. On eut de nouveau recours au bain de siége prolongé.

Pendant trois jours, M. D. s'est plaint d'agitation et de contractions nerveuses générales, de douleurs lancinantes et de pesanteur au siège, d'engourdissement au périnée et dans les deux testicules, et de difficulté d'uriner sans toutefois éprouver de douleur dans le canal.

Les bains ont été continués. On en faisait prendre plusieurs chaque jour et prolongés autant que possible. Quoiqu'il n'y ait pas eu de fièvre et qu'aucune douleur ne se soit manifestée du côté du ventre, on a, par prudence et en raison de la constitution sanguine du malade, pratiqué une saignée du bras, le troisième jour après l'opération. Chaque jour un lavement d'eau de guimauve a été administré à l'aide d'une seringue garnie d'une canule de gomme élastique terminée en olive, et introduite avec beaucoup de précaution. Les évacuations n'ont été accompagnées que d'une très légère douleur et d'une sensation d'engourdissement à l'anus.

Les fils sont tombés dans la deuxième et la troisième nuit qui ont suivi le jour de l'opération.

En examinant l'anus, nous trouvâmes deux petites plaies allongées, suppurantes, à bords rouges un peu élevés et douloureux au toucher. Mais peu à peu la cicatrisation s'en opéra sous l'influence du repos au lit, des bains, des lotions émollientes et des applications de pommade calmante ou de cérat simple. La troisième tumeur, beaucoup plus petite que les deux autres, et qui avait été négligée avec intention, avait presque entièrerment disparu.

Par cette opération M. D. fut totalement débarrassé d'une infirmité douloureuse, excessivement gênante et déjà ancienne. Il put marcher autant qu'il le désirait, se tenir debout plusieurs heures de suite sans éprouver le moindre malaise. Ses évacuations se régularisèrent, et cessèrent d'être accompagnées ou suivies de douleur; toute espèce de suintement sanguinolent ou autre n'eut plus lieu. En un mot, il recouvra une santé tout-à-fait satisfaisante, et qui le rendit d'autant plus heureux qu'il en avait été long-temps privé.

Il n'est pas inutile de dire que deux ans avant de se soumettre à cette opération, M. D..., éprouvant de la difficulté à uriner, consulta M. Amussat qui explora l'urètre, et constata l'existence d'un rétrécissement qui fut traité avec succès par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par la dilatation graduée, et quelques légères cautérisations. Ne serait-il pas possible d'admettre une certaine corrélation entre la maladie du rectum et celle de l'urètre; et ne serait-ce pas une raison de plus pour engager les malades qui se trouvent dans le même cas, à se faire débarrasser de tumeurs hémorrhoïdales, dont la présence pourrait entretenir ou faire reparaître la congestion des parois de l'urètre et leur gonflement plus ou moins inflammatoire, suivis inévitablement de coarctations, Je possède plusieurs observations qui tendraient à faire penser que cette opinion est assez fondée.

Les renseignements fournis par ce malade pourraient, jusqu'à un certain point, expliquer chez lui le développement de tumeurs hémorrhoïdales: peut-être, en effet, cette maladie a-t-elle été occasionnée par l'emploi des drastiques à hautes doses, dans l'intention de combattre des accidents attribués à une invagination intestinale.

Quoi qu'il en soit, cette observation est un fait de plus en faveur du moyen de traitement employé de préférence à tout autre, par notre honorable et habile confrère, qui, à ma connaissance, a traité de cette manière, et avec le même succès, plusieurs personnes que d'autres notabilités chirurgicales n'avaient pas osé espérer, dans la crainte d'accidents très-graves arrivés en employant d'autres méthodes.

Variole confluente; emploi des feuilles d'or, par M. Burguet. *Discussion.*

Une variole confluente se déclare sur une jeune personne de dix-huit ans, fort jolie, et chez laquelle on voulut obvier aux cicatrices cruelles que laisse trop souvent cette éruption sur le visage. Pour cela, notre confrère, qui avait à choisir entre deux moyens, à savoir, l'emplâtre de *Vigo* dernièrement préconisé et les feuilles d'or, a préféré celui-ci comme moins dangereux; car il n'avait pas oublié les accidents graves rapportés par un des derniers numéros de la *Gazette Médicale*. Les feuilles d'or ont donc été étendues sur le visage, au sixième jour de l'éruption; à cette époque, le gonflement de la tête était encore énorme, la fièvre forte, la figure animée. Peu d'heures après l'application du moyen, la face avait perdu considérablement de son volume: la fièvre de suppuration a eu peu d'intensité et la maladie a parcouru rapidement ses périodes sans accidens notables. Les croûtes du visage, beaucoup plus dures que celles des autres parties du corps, sont tombées plus difficilement et comme en bloc, car les pustules s'étaient réunies en assez grand nombre sur presque tous les points recouverts. M. Burguet ajoute que la desquammation a lieu actuellement (septembre) et qu'il lui reste encore à savoir si les cicatrices seront profondes. Il n'a cité ce fait que pour faire mention de la chute subite de l'inflammation par suite de l'application des feuilles d'or.

M. Pereyra demande comment M. Burguet a fait tenir ce topique.

M. Burguet avoue que cette opération lui a donné assez de peine; avec des pinces à disséquer, il étendait les feuilles pélucides d'or, puis avec un linge sec il tamponnait légèrement sur elles; plusieurs couches ont été ainsi superposées et ont bien tenu. Avec l'eau de gomme dont un confrère a récemment parlé, la tentative n'a pas si bien réussi.

M. Pereyra, à l'instar de M. Piorry, se sert d'un mélange d'albumine et d'amidon. Quant au temps où il convient de faire cette application, notre collègue affirme que les praticiens qui l'ont conseillée la font dès le commencement de l'éruption. Le gonflement de la face au douzième jour de la maladie est, au dire de M. Pereyra, un fait naturel qu'on ne peut attribuer aux feuilles d'or; cette opinion est soutenue par M. Costes.

M. Burguet fait observer que c'est vers le huitième, et non au douzième jour, que la turgescence de la figure a diminué. Ordinairement, elle dure plus long-temps. S'il n'a pas appliqué les feuilles d'or plus tôt, c'est qu'il n'a pas osé se fier, dans une première épreuve, aux faits déjà rapportés, et qu'il aurait craint d'exposer la malade à quelque répercussion.

Depuis que ce procès-verbal a été rédigé, la malade de M. Burguet a parcouru toutes les phases d'une heureuse convalescence: elle n'a sur la figure que des cicatrices petites, peu profondes, et qui n'ont presque pas altéré la régularité de ses traits

Observation de pneumatose; par M. E. Pujos.

Une jeune fille, qui déjà avait été reçue dans plusieurs salles de l'hôpital, arriva ces jours derniers dans celle où notre confrère fait son service. Elle avait toutes les apparences symptomatologiques de la phthisie arrivée à sa troisième période. A ces signes se joignait un état d'orthopnée extrême; les ailes du nez s'abaissaient et se soulevaient avec difficulté; la respiration était bruyante et provoquait des cris chez la malade; la face était gonflée et laissait deviner la présence de gaz sous les tégumens. Des sinapismes furent appliqués sur les membres abdominaux, des frictions et une potion fortifiante furent administrés, mais en vain; le troisième jour, la tuméfaction devint si considérable, l'infiltration aérienne se généralisa d'une manière si absolue, qu'à part les jambes, qui en étaient préservées, cette sorte d'emphysème était devenu effrayant et mortel. La malade succomba en effet le soir de ce troisième jour.

A l'autopsie, des gaz se sont échappés par les incisions faites au moyen du scalpel; leur quantité était surtout considérable vers le col; le thorax ouvert, on a trouvé le poumon gauche adhérent et parsemé de tubercules à l'état cru; le poumon droit, aussi tuberculeux, adhérait par sa partie supérieure, et là se remarquait un fragment de la plèvre pariétale, flottant et comme séparé par l'air de la respiration. Cette portion de membrane correspondait à une cavité tuberculeuse qui semblait comme perforée, et s'ouvrait dans un intervalle intercostal. Ces curieux détails de pneumo-thorax expliquent l'infiltration aérienne générale. (*Journ. de méd. prat. de Bord.*, ext. des *Prima mensis.*)

Scarificateur de l'urètre. (Académie de médecine, 18 février 1840.)

Bien des instrumens de cette nature ont été imaginés; si je viens en accroître le nombre, c'est que plusieurs années de pratique m'ont convaincu de l'imperfection, de l'insuffisance et même du danger de ceux que possède notre art.

En effet, avec aucun d'eux on ne reconnaît d'une manière précise les points rétrécis.

Dans les cas d'hémorrhagie, aucun ne préserve la vessie de l'accès du sang.

On ne les fait manœuvrer qu'avec beaucoup d'habitude; entre les mains les plus habiles, ils parviennent rarement à ménager les parties qu'il faudrait laisser intactes.

Ils agissent lentement, ils grattent, ils déchirent plutôt qu'ils ne coupent; ce qui rend leur action incertaine, douloureuse, agaçante et fort désagréable.

Ces instrumens consistent, pour la plupart, en une lame renfermée dans un tube qui n'offre d'ouverture qu'à ses deux extrémités; il s'ensuit qu'on ne peut les maintenir propres qu'avec une difficulté extrême, et qu'ils peuvent recéler et transmettre un virus.

Pour entrer en action, ils exigent le concours des deux mains; leur lame sort de son étui par un mouvement brusque qui peut causer des désordres.

Ils sont presque tous d'un calibre fort grêle; de sorte que quand on les plonge dans un urètre dont la dilatation est déjà avancée, ce n'est plus guère que par hasard qu'ils divisent les points malades.

Ce sont ces imperfections, sans doute, qui ont motivé l'opinion assez généralement répandue que les rétrécissemens calleux de l'urètre sont incurables.

Enfin, ces instrumens ne peuvent, dans aucun cas, servir à constater que le traitement est achevé et la cure radicale.

L'instrument que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie lui paraîtra, je pense, exempt de ces défauts. Il se compose:

1° D'un tube largement ouvert dans toute sa longueur, terminé par un dé auquel il se soude par un tiers de sa circonférence environ.

2° D'une tige mobile reçue dans le tube, à l'extrémité de laquelle est une lame convexe qui, à l'état de repos, se cache dans le dé.

3° D'un ressort qui lors du mouvement de la tige précède la lame dans sa course, s'élève au moyen d'un plan incliné intérieur au-dessus des bords du tube, écarte la muqueuse urétrale au moment où l'incision s'opère, et préserve ainsi de toute atteinte le voisinage du rétrécissement.

Les avantages de cet instrument sur ses devanciers sont donc:

1° De servir à déterminer le lieu précis du rétrécissement.

2° D'agir sans tâtonnemens sur le point rétréci et surtout *uniquement* sur ce point.

3° De prévenir l'introduction du sang dans la vessie, en débarrassant le canal des caillots formés pendant l'opération.

4° D'agir rapidement, sûrement et presque sans douleur.

5° De n'exiger, pour son emploi, ni une longue habitude, ni une grande dextérité.

6° De pouvoir être complètement et facilement nettoyé, et ainsi de ne point exposer les sujets à une inoculation virulente.

7° D'être applicable à tous les degrés de rétrécissement.

8° De ne l'être pas moins aux rétrécissemens calleux dits *incurables*.

9° Enfin, d'être un explorateur excellent qui permet de constater que le canal ne présente plus de dispositions vicieuses et que la cure est radicale.

— Je me fais un devoir de dire à l'Académie que mes instrumens ont été exécutés par M. Charrière, qu'on trouve toujours disposé à accueillir les innovations qu'il croit utiles à l'avancement de l'art chirurgical. DELCROIX.

Haricot dans les voies aériennes. Mort.

Dans le n. 13 de votre journal, daté du 30 janvier, j'ai lu qu'un haricot, après être resté quarante jours dans la trachée-artère d'un enfant de trois ans, en avait été expulsé *dans un accès de toux.*

En regard de ce fait, je vais en mettre un de nature semblable et qui a eu des conséquences tout-à-fait opposées. Il s'agit d'un enfant de deux ans qui, jouant seul, fut menacé tout-à-coup de suffocation. Un médecin appelé soupçonna l'introduction d'un corps étranger dans la trachée-artère. Deux jours se passèrent dans cette incertitude, et, la mort de l'enfant étant devenue imminente, l'on provoqua une consultation. La trachéotomie, proposée par l'un des consultans, ayant été rejetée, l'enfant mourut deux jours après. A l'autopsie, l'on trouva un haricot engagé dans l'origine des bronches.

Ce fait m'a paru d'autant plus important à signaler que les observations de MM. Lasserre, Rochoux et Renauldin ne tendent à rien moins qu'à faire abandonner à eux-mêmes les corps étrangers engagés dans les voies de la respiration, tandis que si l'enfant dont je rapporte l'exemple avait subi la trachéotomie, il aurait probablement été sauvé.

— Dans votre n° du 1er février, M. le docteur Rousse, article *ongle incarné*, indique, pour le traitement de cette affection, l'emploi de la potasse caustique comme un moyen nouveau à lui appartenant.

Je regrette que ce confrère n'ait pas eu occasion de lire le n° 4 du Bulletin clinique, année 1836, 1er août, pag. 108, 109 et 110; il y aurait vu qu'après avoir signalé les divers procédés opératoires jusqu'alors mis en usage et les causes matérielles de tant d'insuccès, la potasse caustique me paraissait mériter la préférence par suite de l'emploi que j'en avais fait plusieurs fois; de plus, il y aurait trouvé la description détaillée de l'application du caustique.

Je vous prie, M. le rédacteur, de publier cette lettre dans un de vos prochains numéros.

Recevez, etc., GAIRAL,
Aide-major au 12e dragons.

Verdun, 15 février 1840.

P.-S. Dans le n° 12, *Compression de la membrane du tympan*, au lieu de lire Goiral, aide-major au 12e dragons; *il faut lire :* Gairal; et à la 1re ligne du 5e alinéa, au lieu du mors perforateur, *lisez :* de mon perforateur.

— On nous assure que M. Orfila est nommé pair de France et ministre de l'Instruction publique. Nous croyons cette nouvelle prématurée : que M. le doyen se mette sur les rangs, c'est possible; mais de là à une nomination, il y a encore assez loin.

Il y a long-temps du reste que M. Orfila a dit qu'il était *du bois* dont on fait les ministres. Si M. Orfila a des ennemis, ils ne peuvent que lui souhaiter une pareille position qui mettrait en évidence toute sa présomptueuse incapacité.

Académie des Sciences, 17 février. — L'Académie procède par voie de scrutin à l'élection d'un membre qui remplira, dans la section de physique, la place laissée vacante par le décès de M. Dulong. La liste présentée par la section portait les noms suivans: 1° M. Despretz; 2° M. Babinet; 3° MM. Peltier et Peclet (ex æquo).

Le nombre des votans est de 57; majorité, 29. Au premier tour de scrutin, M. Babinet obtient 35 suffrages, M. Despretz, 19, M. Peclet, 2, il y a un billet blanc.

M. Babinet, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu; sa nomination sera soumise à l'approbation du Roi.

— Le reste de la séance a été consacré à des objets étrangers à la médecine.

Monsieur le rédacteur,

Je ne puis me refuser à publier un fait choisi entre un grand nombre d'autres, que j'ai observés dans les Instituts orthopédiques et gymnastique de madame Masson de la Malmaison.

La jeune Et... fut confiée aux soins de madame Masson dans l'état suivant : gibbosité à la région dorsale de la colonne vertébrale, avec ramollissement très-notable du corps des deux vertèbres dorsaler. Malgré des soins administrés par des médecins fort éclairés, cette pauvre petite fille devenait de plus en plus malade. Plusieurs mois d'un traitement rationnel, où l'hygiène, les médications topiques et les ressources de l'orthopédie furent également fondus ensemble, rétablirent cette petite fille et effacèrent sa triste difformité.

C'est dans l'Institut de Paris, rue de Cléry, n° 9, que j'ai observé cette cure. Le Dr PICHON.

Nous avons déjà parlé avec avantage des produits de M. LEPERDRIEL, Pharmacien à Paris; nous les recommandons de nouveau d'une manière toute spéciale aux médecins et aux malades. (*Voir* les numéros des 18 et 26 décembre 1838.)

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 25 FEVRIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 24, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ. M. Lisfranc.

Tumeur carcinomateuse avec ulcération phagédénique de la largeur de la paume de la main existant depuis quinze ans au côté gauche du front; propositions d'ablation dans deux hôpitaux; refus du malade; emploi, à la Pitié, d'une méthode de traitement mixte, la cautérisation associée aux évacuations sanguines; guérison.

Un grand nombre de malades, dit le professeur, se présentent tous les ans à la Pitié pour réclamer les secours de la chirurgie contre des ulcérations phagédéniques qui affectent indistinctement toutes les parties du corps. Des ulcérations sont produites par les vices cancéreux, vénériens, scrofuleux, seuls ou réunis, qui en font des maladies simples ou composées.

Ces affections sont souvent très embarrassantes pour beaucoup de praticiens par l'inefficacité de la plupart des traitemens employés contre elles.

Le malade qui est couché au n° 17 de la salle Saint-Louis vous offre un exemple de ce genre.

Charles Dechelles, âgé de cinquante ans, d'une forte constitution, d'un tempérament nerveux-sanguin, né à Château-Thierry, où il est cultivateur, vint à la Pitié le 17 décembre 1839, pour y être traité d'une large ulcération phagédénique qu'il portait au côté gauche du front.

Cette ulcération de l'étendue de la paume de la main, à bords échancrés, piquetée sur toute sa surface, était formée aux dépens de la peau, du tissu cellulaire sous-jacent, et reposait sur une base indurée.

La maladie de cet homme datait de quinze ans, et avait été causée par une violente contusion avec déchirure des tissus; sa tête avait rencontré l'angle d'une porte à demi fermée et s'y était heurtée violemment; à la suite de ce coup, les tégumens ayant été décollés et dépouillés de tissu cellulaire, la plaie dégénéra en ulcère cutané, ulcère dont les bords et les environs étaient très durs et dans un état habituel d'inflammation chronique. Le tissu cellulaire environnant était devenu le siége d'indurations et de véritables callosités. La peau s'était épaissie à la circonférence de la plaie, des tumeurs dures, inégales, développées jusque dans la paupière supérieure, faisaient paraître la surface de la solution de continuité enfoncée.

Cet homme, comme la plupart des gens de campagne, fit d'abord peu d'attention à son mal, et resta plusieurs années sans employer d'autre traitement que des topiques émolliens, cataplasmes, onguens, corps gras, etc. L'usage prolongé de ces moyens relâcha les chairs et les rendit fongueuses. Au bout de quelques années les douleurs et les hémorrhagies le contraignirent à réclamer les secours de la médecine.

Il alla trouver le chirurgien de l'hospice de Château-Thierry, qui diagnostiqua un cancer avec altération des os du crâne. Ce praticien proposa au malade l'ablation de la tumeur, et celui-ci y consentit en premier lieu; mais lorsqu'il vit que l'on faisait rougir des cautères et que l'on préparait des rugines pour enlever les portions de la table externe du crâne que l'on croyait nécrosées, il refusa de se soumettre à l'opération. Il se décida à venir consulter à Paris et se présenta à la Charité. Le chirurgien de cet hôpital partageau l'opinion du médecin de Château-Thierry, et engagea le malade à se laisser opérer; c'est alors que Dechelles vint en dernier recours à la Pitié.

Après l'avoir examiné avec attention, M. Lisfranc pensa que l'on pouvait guérir cet homme sans en venir à une opération grave par la difficulté d'obtenir une réunion rapide et non difforme; car il y avait une déperdition de tissus considérables. Partant de ce principe, que la nature ne parvient à opérer la cicatrisation de ce genre de plaie que par le moyen de l'inflammation, et que si cette inflammation est au-dessous du degré convenable, il n'y a point de cicatrisation, il a mis en usage une méthode mixte de traitement qui a été couronnée du plus éclatant succès. En supposant, a-t-il dit, que nous ayons tenté d'enlever cette tumeur, nous aurions dû exciser les callosités qui abondaient autour de cet ulcère, et cette opération eût agrandi encore la solution de continuité de toute la surface à laquelle s'étendait l'altération cutanée.

En second lieu, cet ulcère, occupant une partie où la peau était garnie de peu de tissu cellulaire, et dans un état habituel de tension, eût été extrêmement difficile à cicatriser, à cause du peu d'avantages que nous eussent procuré l'affaissement et le dégorgement des bords. Toutes ces raisons devaient nous engager à employer la méthode de traitement mixte que nous mettons en usage depuis quinze ans. Les antiphlogistiques généraux, les sangsues appliquées derrière l'apophyse mastoïde, ont détruit l'inflammation et ont fondu les callosités; puis ces moyens ont fait place à la cautérisation, qui a stimulé la surface de l'ulcère. Nous n'avons donné que peu de relâche à la solution de continuité, aussi, vous l'avez vu, la cicatrisation a été prompte. La première cautérisation détermina une légère excitation, et à la chute de l'eschare nous avons trouvé la surface de l'ulcère avantageusement modifiée. Une seconde application de caustique fut suivie de quelques accidens inflammatoires; mais comme nous étions en garde contre eux, nous les avons combattus avantageusement à l'aide d'une application de sangsues faites sur l'apophyse mastoïde. Une complication grave a éloigné la terminaison heureuse de cette maladie. Un érysipèle qui régnait épidémiquement dans la salle, et qui était dû à la constitution atmosphérique, se manifesta dans l'endroit où les dernières sangsues avaient été appliquées, et s'étendit rapidement à toute la face; les membranes du cerveau participèrent bientôt à l'inflammation, et le malade éprouva pendant trois jours un délire tel, qu'on fut obligé de le maintenir à l'aide d'une camisole. Grâce à un traitement énergique, à de la glace sur la tête, des onctions d'axonge, des lavemens purgatifs et des potions antispasmodiques où il entrait dix grains de camphre, on a triomphé de ces nouveaux accidens; la cautérisation a été employée jusqu'à la guérison de la surface ulcérée, et les traces du mal ont complètement disparu.

Phlébite suite de deux coups de lancette; formation d'abcès sur le trajet des veines; application de 60 sangsues entre les vaisseaux enflammés et le cœur; guérison.

Le 11 janvier 1840 est entré au n° 30 de la salle Saint-Louis le nommé Paul Richet, âgé de vingt-cinq ans, né à Melle, doué d'une assez bonne constitution, menuisier à Paris, rue Mouffetard. Cet homme était évacué d'un service de médecine où il avait été traité pour un embarras gastrique avec fièvre, et pour lequel on avait prescrit une saignée, l'emploi des antiphlogistiques généraux et des purgatifs.

Soit que ce malade se trouvât dans une mauvaise disposition, soit que la lancette employée ne fût pas bien nette, ou enfin que la saignée ait été pratiquée avec difficulté, puisqu'elle nécessita deux coups de lancette, toujours est-il que le malade fut atteint le même soir de phlébite.

Vers six heures, un picottement qui devint bientôt douloureux commença d'abord à se faire sentir dans la piqûre: cette douleur ne tarda pas à augmenter et à s'étendre, la petite plaie devint béante; il s'en échappa le troisième jour du sang altéré, de la sanie et enfin du pus. Au bout de ce temps, les douleurs se sont développées dans le trajet de la veine piquée; elles devinrent tensives, et augmentaient par le toucher; le tissu cellulaire voisin s'était gonflé et enflammé, et le membre entier participait en quelques jours à l'état inflammatoire. La peau de l'avant-bras rougit, devint sensible et rénitente tout le long du trajet de la veine; les autres veines sous-cutanées se dessinèrent peu après à l'extérieur par un réseau rouge. La veine enflammée formait une corde noueuse, et enfin il se développa des abcès tout le long du trajet des veines, et un érysipèle superficiel envahit tout le membre.

A son entrée dans la salle St-Louis, le malade avait de la fréquence et de la dureté dans le pouls, de la rougeur à la face, de la céphalalgie; le soir il survint des frissons assez violens, et enfin la phlébite a eu la terminaison la plus grave et la plus ordinaire, la suppuration. M. Lisfranc pratiqua immédiatement une ouverture sur l'abcès développé au pli du coude, et cette ouverture donna issue à une grande quantité de pus, en même temps qu'elle sauva la vie au malade.

L'expérience ayant appris que l'inflammation se propa-

FEUILLETON.

PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES;

P. Baumès, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon. — Première partie. — Chez Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

hose étrange! nous savons en combien de minutes et de se-les la lumière du soleil nous parvient, nous calculons la dis-e de cet astre à la terre; nous dressons des cartes de la lune; in mot nous avons sondé les profondeurs du *macrocosme*, is que le *microcosme* seul échappe à notre sagacité, et aux erches dont il est incessamment l'objet; en sorte que le *gnoti uton* n'est véritablement qu'une amère dérision, que quelque uvais plaisant s'avisa de graver sur le fronton du temple de lphes. En effet, à quoi servent la rate, la glande thyroïde, le ymus? Qu'est ce que la fibre musculaire? Comment un mus- se contracte-t-il sous l'influence de la volonté? Qu'est-ce que chorée, le tétanos, l'épilepsie? Là, tout est mystérieux ou con-ctural; cependant, quelques-unes de ces choses sont tangibles, sibles, pondérables, et pourtant elles se jouent de nos médita-ons et de nos recherches.

Parmi ces *X* scientifiques, on doit placer au premier rang ce l honteux que nous apportèrent, dit-on, les vaisseaux de Co-mb; la syphilis est son nom. Ce n'était pas assez d'avoir in-fecté les sources de la vie, il fallait encore que ce fléau vînt exercer cette disposition naturelle à l'homme, qui le porte à scruter le *pourquoi* et le *comment* des choses; en effet, sur ce sujet comme sur beaucoup d'autres, on rencontre à chaque instant des négations et des affirmations, à ce point que l'existence d'un virus spécifique dans cette maladie est mise en doute et même niée par quelques-uns; il n'est pas jusqu'au traitement qui n'ait soulevé des discussions.

M. Baumès, par la position qu'il occupe, était à même de résoudre plusieurs graves questions qui se rattachent à ce sujet. Après avoir long temps observé et medité les maladies syphilitiques, il a fait tout exprès le voyage de Paris et de Londres pour augmenter la somme de ses connaissances; c'est le résultat de ses recherches que l'auteur vient offrir au public médical.

La première partie que nous avons sous les yeux forme un volume de 406 pages, divisé en trois chapitres. Le premier a pour titre: *Du virus syphilitique et du principe contagieux de la blennorrhagie*; le deuxième traite *de leurs effets primitifs et constitutionnels*; le troisième contient les *principes généraux de traitement*.

C'est la substance de cet ouvrage que nous allons présenter à nos lecteurs; nous nous attacherons aux points principaux qu'il contient, et nous les réduirons en propositions.

1° Il existe un virus syphilitique, et ce virus n'est autre chose que le pus lui-même sécrété à la surface d'un chancre ou d'un bubon chancreux.

2° Ce pus est inoculable et produit alors une pustule et un chancre. (Proposition déjà émise par M. Ricord.)

3° Le pus appartenant aux symptômes de la vérole constitutionnelle ne produit aucun résultat par l'inoculation lorsque celle-ci est pratiquée sur l'individu même qui offre les symptômes constitutionnels.

4° Quant à la question de savoir si cette inoculation réussirait si elle était pratiquée sur un autre individu, il faudrait pour y répondre tenter l'expérience, ce qui serait imprudent.

5° Le virus, pendant le coït, peut être absorbé et porter son action plus ou moins loin avant l'apparition de tout symptôme local (le chancre, par exemple).

6° L'existence des bubons d'emblée prouve la vérité de la proposition précédente; car ces bubons se montrent plus ou moins long temps après un coït impur, sans qu'il y ait rien à la verge.

7° Le pus du bubon d'emblée (surtout le pus profond) s'inocule et produit un chancre.

8° Hunter partage cette manière de voir, qui est en opposition avec celle de M. Ricord, d'après lequel le pus du bubon d'emblée ne produit jamais de chancre par l'inoculation.

9° Que le bubon se montre d'emblée, ou bien qu'il succède au chancre d'un point quelconque de la verge, on peut établir que ce bubon provient du transport de la matière virulente qui, portée par les absorbans, pénètre dans les ganglions lymphatiques de l'aine. On a peine à croire qu'une semblable proposition ait pu être niée en invoquant un *effet sympathique!* Presque toujours les ganglions superficiels en sont le siége.

10° L'expérience semble d'accord avec l'opinion populaire, d'après laquelle les symptômes constitutionnels sont moins fréquens lorsque le bubon a suppuré, que dans le cas contraire.

11° L'induration qui accompagne le chancre peut rendre celui-ci plus rebelle; mais cette induration n'est pas la preuve que l'infusion générale existe ou va se faire, comme l'a dit M. Ricord.

12° L'analyse chimique, l'examen microscopique, ne font rien découvrir de particulier dans le sang et les humeurs d'un individu infecté de vérole constitutionnelle.

13° Il existe un principe contagieux blennorrhagique à *qualité spéciale*, et qui ne doit pas être confondu avec toute autre qualité âcre, irritante, d'un autre écoulement quelconque.

14° Le pus dans la blennorrhagie qui ne s'accompagne pas de chancre, ne produit de chancre ni par le coït, ni par l'inoculation; mais la matière secrétée à la surface d'un chancre primitif peut produire par le coït, ou même quelquefois en la déposant simplement sur la muqueuse urétrale, une véritable blennorrhagie.

15° Il n'y a pas identité entre le muco-pus blennorrhagique et celui qui provient du chancre; car sur un grand nombre d'expériences faites par l'auteur, M. Ricord, et plusieurs autres médecins, jamais on n'a réussi à obtenir un chancre en inoculant le virus blennorrhagique.

16° La blennorrhagie peut produire par l'absorption de véritables bubons, lors-même que cette blennorrhagie est légère.

17° Cependant on peut admettre des bubons sympathiques provenant de blennorrhagie.

18° Des symptômes constitutionnels se montrent quelquefois à la suite de la blennorrhagie, et cela sans qu'il y ait eu de chancre (l'auteur en cite cinq cas), ce qui est en désaccord avec l'opinion de M. Ricord.

19° Dans quelques circonstances, rares à la vérité, la simple blennorrhagie bâtarde peut être suivie de symptômes constitutionnels (l'auteur en cite deux cas).

20° Les symptômes constitutionnels qui succèdent à la blennorrhagie diffèrent de ceux qui se montrent à la suite du chancre, non pas par leur nature, mais par leur degré d'intensité, leur gravité et leur siége.

21° Ainsi, les tissus osseux et fibreux, quand ils s'affectent après la blennorrhagie, ne montrent que des symptômes peu graves. Ces symptômes, quand ils ont leur siége dans le tissu cellulaire, sont presque nuls, comparés à ceux qui succèdent au chancre.

Le système lymphatique est moins fréquemment atteint après la blennorrhagie qu'après le chancre.

Le systeme pileux et le système épidermoïde sont aussi moins rarement atteints à la suite de la blennorrhagie qu'à la suite du chancre.

geait presque constamment dans la direction du cœur, le professeur a fait avorter cette inflammation en appliquant 50 sangsues *au-dessus* de l'endroit enflammé et le cœur, et non pas *au-dessous*, comme on l'avait fait précédemment dans la salle de médecine où était couché ce malade. On a pu constater en cette occasion comme en beaucoup d'autres que ces applications de sangsues étaient toujours des moyens sûrs d'empêcher l'inflammation de s'étendre. A dater du moment où les saignées locales ont été pratiquées, la phlébite a été bornée, et on l'a empêchée ainsi de se propager à la poitrine ; mais alors, et comme il arrive toujours, elle a exercé ses ravages sur l'avant-bras, et principalement sur les parties où elle s'était d'abord déclarée.

Un nouvel abcès s'étant formé à la partie supérieure et interne de l'avant-bras, il a été ouvert avec toutes les précautions que commandait la prudence, les tissus étant très tuméfiés et les vaisseaux se trouvant par cela même déplacés.

A cette occasion, le professeur a présenté quelques considérations très importantes sur l'ouverture de ces abcès.

Toutes les fois, a-t-il dit, qu'un abcès siége sur le trajet des grands vaisseaux ou des grands nerfs, comme il y a dans la plupart des cas déplacement, déformation des tissus causés par l'état pathologique, vous devez ouvrir les abcès avec la même précaution que vous prenez lorsque vous ouvrez des tumeurs herniaires. Vous divisez d'abord couches par couches, puis vous introduisez une sonde canelée pour arriver au foyer purulent.

De cette manière, si vous rencontrez un vaisseau important ou un gros nerf vous l'éloignez et l'évitez toujours. Il suffira de vous citer un exemple à l'appui de ce fait. M. Gensoul, de Lyon, rencontra il y a quelques années sur un homme affecté d'abcès à la cuisse, une telle déviation de l'artère fémorale qu'on sentait ses battemens vers le grand trochanter, anomalie due à l'état pathologique.

Chez notre malade de la salle Saint-Louis, un troisième abcès s'étant développé dans le creux de l'aisselle, le long du bord externe du grand pectoral a été ouvert, et il en est sorti un pus abondant et de bonne nature. Nous avons eu le soin d'ailleurs d'imprimer chaque jour des mouvemens à l'articulation huméro-cubitale pour prévenir une ankylose qui se serait formée sans aucun doute.

Le 24 février, une légère rougeur érysipélateuse s'étant manifestée la partie postérieure de l'avant-bras, cette inflammation a été combattue efficacement par les frictions d'axonge renouvelées toutes les deux heures, et la phlébite de ce malade est aujourd'hui entièrement guérie.

Dans un prochain numéro nous rapporterons l'histoire de deux malades importans, couchés dans la salle Sain-Antoine : l'un est un homme de quarante-trois ans, qui portait une tumeur cancéreuse dans le rectum, et qui en a été opéré avec succès par la ligature ; l'autre est un enfant de treize ans qui, à la suite d'une chute par la fenêtre s'est brisé le radius ; puis la tête, ayant supporté le contre-coup, a été toute déformée ; une hémorrhagie par l'oreille gauche a été suivie de l'écoulement d'une énorme quantité de pus, et, malgré cela, grâce au traitement énergique mis en usage, ce malade est presque complètement rétabli.

AUSSANDON.

M. Flourens a été nommé membre de l'Académie française en remplacement de M. Michaud.

HOPITAL DES INVALIDES. — M. PASQUIER.

Conjonctivite, iritis chroniques à la suite d'une cataracte opérée.

Au nº 8 de la salle de la Valeur, est couché le lieutenant honoraire Bisson (Charles), âgé de soixante-huit ans, entré à l'infirmerie le 20 septembre 1839, pour une conjonctivite de l'œil gauche. Affecté d'une double cataracte depuis huit mois, ce malade s'était confié aux soins d'un chirurgien de la ville, qui lui proposa l'opération. Celle-ci ayant été acceptée par le malade, la cataracte fut opérée par broiement à droite ; mais ce procédé ayant échoué à gauche, après des essais répétés, on se décida à pratiquer l'extraction du cristallin. Au dire du malade, la cataracte était molle des deux côtés.

Par suite de cette double opération pratiquée le même jour, la vue fut rendue à Bisson pendant trois mois. Mais au bout de ce temps, des accidens inflammatoires se manifestèrent à l'œil gauche ; la vue en fut altérée, et le malade entra à l'infirmerie, où des soins bien dirigés triomphèrent de la conjonctivite palpébro-oculaire intense qui existait à son arrivée dans le service. Mais de nouveaux accidens se préparaient déjà du côté de l'œil droit, qui à son tour devint le siége d'une inflammation opiniâtre dans plusieurs de ses parties. La conjonctive tant de la paupière que de l'œil s'enflamma vivement, ainsi que l'iris. On recommença la série des moyens antiphlogistiques : cinquante sangsues furent appliquées en plusieurs reprises différentes, auxquelles on fit succéder en temps convenable les vésicatoires, les purgatifs, les collyres rendus astringens par le sulfate de zinc et le nitrate d'argent, et enfin la pommade d'oxide rouge de mercure.

Malgré l'emploi de tous ces moyens, le mal a persisté avec une opiniâtreté désespérante. Aujourd'hui, toute inflammation a cessé à l'œil gauche ; mais la vue est considérablement affaiblie et même presque entièrement perdue. A l'œil droit, il existe un certain degré de blépharite ; les conjonctives palpébrale et oculaire sont le siége d'une injection sanguine très prononcée ; la conjonctive de l'œil se fait remarquer par le nombre et le volume de ses vaisseaux qui ont affecté une disposition variqueuse, et qui recouvrent en entier la sclérotique dont la surface est entièrement rouge. Sur la limite de la cornée transparente, cette coloration rouge est séparée de la cornée par un cercle sénile très prononcé. L'iris présente les caractères les plus manifestes d'une inflammation chronique : grisâtre à gauche, ici elle offre une coloration fauve très prononcée ; si elle n'a pas entièrement perdu sa contractilité, ses mouvemens sont néanmoins si peu marqués, s'ils existent, que nous n'oserions affirmer de les avoir appréciés ; la pupille est extrêmement resserrée ; ajoutons enfin qu'il existe un léger degré d'épiphora et de photophobie.

— Ce n'est pas la première fois qu'un militaire invalide cataracté est soustrait à ses médecins naturels par ceux de la ville, qu'un intérêt qui ne doit pas nous occuper ici pousse à la recherche de ces malades complaisans, qui se laissent opérer par extraction après avoir vainement subi les essais du broiement. Il n'y a pas plus de deux ans que nous avons rapporté l'histoire d'un malheureux officier invalide qui avait entièrement perdu la vue de cette manière et n'a jamais pu la rattraper depuis. Il est impossible de se figurer les souffrances que l'ophthalmie, consécutive aux manœuvres répétées que l'on avait pratiquées, a déterminées chez ce malade. Ces quelques lignes arriveront sans doute à leur adresse, et nous espérons qu'on saura les interprêter.

Névralgie sciatique.

Première observation. Jean Plonfet, soldat invalide, âgé de trente ans, d'une forte constitution, tempérament bilieux, est entré au nº 4 de la salle de la Valeur pour une névralgie sciatique. Il est atteint d'une double hernie inguinale, et n'a jamais eu de rhumatismes ; c'est pour la première fois qu'il ressent des douleurs névralgiques de cette espèce, qui se sont déclarées à la suite d'une fatigue.

La maladie a débuté sans frisson, mais par une fièvre d'intensité médiocre qui a persisté pendant cinq jours ; une douleur légère s'est ensuite manifestée à l'aine droite, qui a bientôt fait place à une douleur plus forte de la fesse droite, se prolongeant en descendant le long du grand nerf sciatique et de ses divisions.

Plonfet reste chez lui jusqu'au huitième jour, et entre alors à l'infirmerie : la douleur conservait toute son intensité ; il y avait accélération du pouls pendant deux jours, On se borne à l'emploi de cataplasmes et de bains entiers ; mais au treizième jour, la douleur restant la même, on se décide à appliquer cinq ventouses scarifiées sur le trajet douloureux.

A partir de ce moment, l'amélioration survient rapidement ; la douleur vive qui se faisait sentir à la région poplitée par suite des plus légers mouvemens se dissipe, et ainsi du reste. On termine le traitement par quelques frictions avec un liniment d'huile de camomille camphré et laudanisé.

Deuxième observation. Le sieur Lamiron (Jean), capitaine honoraire, âgé de soixante-onze ans, est entré le 14 janvier au nº 72 de la salle de la Valeur, pour une névralgie sciatique. Il n'a jamais eu de rhumatismes, soit articulaires, soit musculaires. Cet homme est cacochyme, excessivement faible et dans un état qui touche à l'imbécillité. En 1821 ; il a eu une première attaque sciatique qui, n'ayant été soignée en aucune manière, s'est prolongée tantôt avec des exacerbations, tantôt avec des rémissions pendant toute une année, sans toutefois laisser aucune incommodité derrière elle.

Depuis lors, M. Lamiron n'avait plus rien ressenti de son ancienne douleur ; mais au mois de novembre dernier, elle se réveilla à la jambe gauche, c'est-à-dire toujours sur le côté d'autrefois, à sa partie antérieure, parallèlement à l'espace inter-osseux. Une douleur pareille ne tarda pas à se manifester à la région sciatique, s'irradiant inférieurement sur le trajet du nerf de ce nom, cessant près du genou et ne se continuant pas avec la douleur de la jambe.

L'une et l'autre douleur n'ont fait que s'accroître depuis, et conservaient les caractères que nous venons d'indiquer au moment de l'entrée du malade à l'infirmerie. Il était très faible et sans fièvre.

Nous ne détaillerons pas le traitement qui a été employé dans ce cas ; nous nous bornerons à le signaler sommairement. Ainsi, vu la constitution cacochymique et très débile du sujet, eu égard à l'absence de réaction fébrile et à la chronicité de la maladie, les saignées locales ont dû être éloignées pour être remplacées par les vésicatoires sur le trajet du grand nerf sciatique et de ses divisions, pansés soir et matin avec un demi-grain d'acétate de morphine. L'amélioration procurée par ce moyen a été aussi prompte que marquée. Le traitement a été terminé

22º La matière qui se forme à la surface de la pustule humide ne produit pas de chancre par l'inoculation, mais elle peut être suivie de symptômes constitutionnels.

23º Il y a quelque chose de commun entre la matière blennorrhagique, la matière sécrétée à la surface des pustules humides, et le pus chancreux.

24º La *goutte militaire* (ou suintement) qui succède à la blennorrhagie ne sera pas contagieuse (en général), si le matière de ce suintement est limpide, incolore, transparente, plus ou moins filante ou gluante.

25º Chez les gens qui jouissent d'une bonne santé et qui ne commettent pas d'excès, un traitement adoucissant et antiphlogistique peut faire disparaître la syphilis locale, sans qu'il se présente plus tard de symptôme constitutionnel ; cependant le traitement antiphlogistique est plus souvent suivi de récidive que celui par les préparations mercurielles ; mais la gravité des symptômes constitutionnels, quand ils se montrent, est moins grande après le traitement antiphlogistique qu'après celui par les mercuriaux.

26º Ce n'est que quand on a la certitude qu'un individu affecté de syphilis primitive ne présente aucune lésion organique et qu'il peut suivre un traitement antiphlogistique régulier, qu'on doit se décider à le traiter de cette manière.

27º La cautérisation du chancre à son début offre de grands avantages, à moins que la surface de ce chancre ne présente une abondante suppuration, qu'elle n'offre une violente inflammation ou que ce chancre ne soit induré à sa base.

28º L'emploi des mercuriaux doit être cessé dès que les symptômes primitifs ont disparu sous son influence.

29º On doit diriger certaines préparations mercurielles contre certaines formes de la syphilis ; ainsi le deuto-chlorure de mercure employé à l'intérieur ou à l'extérieur (en bains généraux) sera avantageux contre les syphilides maculeuses et pustuleuses ; le mercure uni à l'iode combattra avec avantage les syphilides papuleuses, tuberculeuses, squammeuses ; le mercure, uni à l'iode et à la poudre de feuilles de ciguë, sera utile contre les engorgemens des ganglions lymphatiques, du tissu cellulaire du tissu fibreux et du tissu osseux ; le cyanure de mercure aura de l'efficacité contre les affections syphilitiques invétérées, quelle que soit leur forme.

Tels sont en raccourci, quelques-uns des points les plus importans que contient l'ouvrage de M. Baumès ; l'auteur nous promet la publication prochaine du second volume, dans lequel il examinera en détail chacun des symptômes de la syphilis et en indiquera le traitement. Hâtons-nous de dire que l'auteur a traité la première partie de son travail de manière à faire vivement désirer la seconde.

Nous terminerons ce court aperçu par deux faits consignés dans cet ouvrage et qui sont trop importans pour être passés sous silence.

Il est assez rare, comme on le sait, que les médecins aient l'occasion d'étudier l'anatomie pathologique du bubon. Voici un cas de cette nature : (Page 39.)

Chez un jeune homme de vingt ans, affecté de bubon et qui mourut subitement à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, M. Baumès observa ces particularités suivantes :

Le bubon était de la grosseur d'un gros œuf de poule ; il était formé par un ganglion superficiel hypertrophié et le tissu cellulaire qui l'environnait était le siége d'un engorgement inflammatoire. Ce ganglion présentait dans son intérieur un grand nombre de petits foyers d'un pus homogène, lié, blanchâtre ; le tissu cellulaire ambiant présentait des foyers analogues. On voyait autour du bubon trois ou quatre ganglions superficiels et profonds un peu augmentés de volume, légèrement ramollis et gorgés d'un fluide rougeâtre. Quelques vaisseaux afférens n'offrirent rien de particulier à la dissection.

On lit dans la Revue Médicale du mois de décembre dernier, un article sur la chlorose, dans lequel l'auteur, M. Jolly, s'efforce de démontrer que si les préparations de fer combattent avantageusement cette maladie, « ce n'est point en portant leur action directement sur le sang, mais en agissant par l'intermédiaire du système nerveux ganglionnaire. » L'auteur s'appuie sur cette considération, que les préparations de fer sont rendues par les malades en quantité égale à celle qu'on leur a administrée ; mais ceci n'est point exact en ce qui touche les préparations solubles.

Or, voici un fait consigné dans l'ouvrage de M. Baumès (p. 157), qui renverse cette hypothèse ; il ne s'agit point, il est vrai, de chlorose ou d'anémie, mais d'ulcères vénériens qu'un malade portait sur toute la jambe gauche. Dans le but de combattre ces ulcères à forme atonique qui duraient depuis cinq ans, M. Baumès pensa qu'il était nécessaire de modifier la composition du sang, et administra à cet effet jusqu'à seize pilules de proto-iodure de fer par jour ; en un mois les ulcères furent complètement cicatrisés. L'usage de ces pilules ayant été suivi de céphalalgie, on combattit celle-ci à l'aide d'une petite saignée ; le sang qui s'écoula était riche en matière colorante et en fibrine, et ce liquide « répandait une telle odeur de fer en sortant de la veine, que non-seulement le chirurgien, mais les malades voisins en furent frappés. »

Répertoire des travaux de la Société de statistique de Marseille, publié sous la direction de M. P.-M. Roux, secrétaire-perpétuel.

Il est de l'essence de certaines choses, d'acquérir d'autant plus de force qu'on leur oppose plus d'obstacles : telle est la vapeur ; tel est l'opium que le souverain de la Chine, l'empereur Yoo-Hi (ou quelque nom semblable) veut proscrire de ses états. Tel est aussi le tabac. Le pape eut beau excommunier les priseurs ; les Turcs eurent beau les punir par où ils avaient péché, en leur faisant couper le nez ; le sultan Amurat IV eut beau les faire mourir les priseurs, les fumeurs et les chiqueurs fumèrent, prisèrent et chiquèrent à qui mieux mieux, et s'accrurent dans une proportion géométrique. La preuve, c'est qu'en 1836, ces messieurs et ces dames (sans compter les enfans) ont consommé, dans le premier arrondissement du département des Bouches-du-Rhône, pour 1 million 779,947 francs 40 c. de *nicotiana tabacum* tant en *regalia, roses menus filés* et *scaferlati*, qu'en carottes et autres préparations généralement quelconques. Cette somme est répartie de la manière suivante :

Fumeurs.	1,202,568 fr.
Priseurs.	544,167
Chiqueurs.	32,740

Quoique les fumeurs soient moins nombreux que leurs co-consommateurs, on voit par cette table qu'ils dépensent davantage, ce qui tient à ce que certains fumeurs consomment un hectogramme (trois onces un quart) de tabac, ou de 20 à 25 cigares par jour ; tandis que la consommation d'un très fort priseur ne s'élève jamais à un demi-hectogramme (une once et demie) dans le même laps de temps. Dans le chiffre que nous avons indiqué plus haut ne se trouvent point compris les tabacs de contrebande. Ajoutons que cette consommation doit être répartie entre 178,866 habitans qui forment la population du premier arrondissement des Bouches-du-Rhône.

— Le même ouvrage, entre autres faits curieux, rapporte qu'en 1755, un Russe fut père de 57 enfans, qu'il eut d'une même femme : celle-ci eut quatre couches quadruples, sept couches triples et dix couches doubles.

par des frictions comme dans le cas précédent, mais il a été impossible d'extirper entièrement la douleur conséquence inévitable de la chronicité du mal.

Nous avons rapproché ces deux faits à dessein, parce que quoiqu'ils soient de même nature quant au fond de la maladie, qui consiste dans un cas comme dans l'autre dans un état hypérémique, soit de la pulpe nerveuse du grand nerf sciatique, soit de son névrilême, la thérapeutique néanmoins a été et devait être différente. En effet, dans le premier fait la maladie existait chez un jeune homme fort, d'un tempérament bilieux, et se manifestait pour la première fois à la suite d'un excès de travail dans un lieu froid et humide; ajoutons qu'elle se compliquait de réaction fébrile. Evidemment une saignée déplétive était indiquée et elle a bientôt enlevé l'état inflammatoire aigu; ensuite il a été facile de détruire le peu de sub-inflammation qui restait par des frictions volatiles et narcotiques en même temps; c'était la conduite qu'il fallait suivre.

Dans le second cas, au contraire, le sujet était tellement appauvri par l'âge et d'une constitution si défavorable, que l'on n'eût pu impunément lui ôter la moindre quantité de sang; ajoutons que la maladie était chronique et qu'il y avait apyrexie. Nous savons bien que l'état chronique n'exclut pas l'emploi des anti-phlogistiques; loin de là, nous avons vu maintes fois M. Lisfranc, dans des cas de cette espèce, enlever promptement la douleur par des sangsues employées en grand nombre sur le trajet du nerf sciatique; mais lorsqu'on ne saurait trop s'abstenir de tirer du sang, comme dans ce cas, le vésicatoire réussit aussi bien que les saignées locales, mais peut-être avec plus de lenteur. On peut, au besoin, les combiner aux pansemens pratiqués avec les sels de morphine, ou bien on a recours à une traînée de petits vésicatoires volans appliqués successivement de la partie supérieure du mal vers l'inférieure, à mesure que la douleur descend et qu'elle se concentre vers les dernières ramifications du nerf. Cette méthode (le vésicatoire combiné aux pansemens) a réussi autant qu'elle le pouvait chez le malade de la seconde observation; mais son âge, sa mauvaise constitution, sa faiblesse extrême, ayant limité les moyens de traitement, enfin la chronicité du mal, se sont opposés à l'extirpation complète de la douleur.

ESSAI SUR LA THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES FRACTURES;

Par MATHIAS MAYOR.

(Suite et fin du n° 22.)

Pour éviter les dangers inséparables du premier cas, il serait à désirer que les préceptes de chirurgie populaire que j'ai indiqués ailleurs fussent plus répandus, et j'aime à croire que mon essai actuel ne sera pas sans quelque influence sous le rapport de la seconde de mes suppositions. S'il en est ainsi, la chirurgie civile et la chirurgie militaire auront à regretter et moins de victimes, par suite de coupable incurie, et moins de *coupes réglées*, à raison des moyens irrationnels et inconsidérés qu'on met encore trop souvent en œuvre. Personne n'ignore, en effet, et le chirurgien d'hôpital moins que tout autre, à quel état désolant certains blessés sont réduits au moment où ils viennent réclamer du secours : c'est lorsque déjà les germes d'une horrible phlébite ou ceux de désordres tout aussi effrayans sont si nettement posés que l'homme de l'art ne sait trop quel parti prendre, ni ce qu'il peut espérer ou craindre en suivant telle ou telle détermination.

Au reste, et indépendamment de ces considérations purement pathologiques, il en est d'un ordre différent qui doivent ou peuvent intervenir lorsqu'il est question d'amputer. Certes, l'opérateur le plus habile et le plus consciencieux ne mettra pas ses inspirations exactement sur la même ligne en présence :

1° D'un jeune homme fort et vigoureux, ou d'un individu faible, délicat et âgé.

2° D'un célibataire qui ne tient à rien, ou d'un père nécessaire à une nombreuse famille.

3° D'un malheureux qui a besoin de tous ses membres pour se procurer une chétive existence, ou d'un opulent sybarite que la perte d'un bras ou d'une jambe n'empêchera pas de vivre en véritable épicurien.

4° D'un poltron qui préfère courir les chances les plus fâcheuses plutôt que de se résigner à une opération qui paraît plus ou moins indispensable; ou d'un de ces êtres décidés qui s'accommodent mieux d'une prompte extirpation que de la perspective d'une guérison, plus désirable, sans doute, mais qu'il faut acheter au prix de trop longues souffrances.

5° D'un artiste distingué dont la vie est tout entière dans la partie menacée de destruction, ou d'un obscur artisan qui peut perdre impunément l'une ou l'autre de ses extrémités.

6° D'un idiot inutile, inconnu peut-être à la société, ou d'un grand citoyen, l'espoir et le salut de l'état ou de l'armée.

7° D'un pauvre hère qui perd tout en perdant ses membres, ou de l'homme de génie qui concentre toutes ses facultés dans sa seule et forte tête.

Les motifs pour ou contre l'amputation, tirés de ces positions diverses, et ceux d'ailleurs qui appartiennent à quelques autres considérations bien connues, militent donc, dans les mêmes circonstances pathologiques, tantôt en faveur de l'amputation, et tantôt pour la conservation à tout prix d'un membre fracturé.

Quant à la question de savoir s'il convient d'amputer le plus tôt possible ou de temporiser, elle est entièrement subordonnée aux nombreuses considérations que je viens d'énumérer. Ainsi donc, lorsque l'opération est clairement indiquée, plus vite on la fera, et plus aussi on aura de chances de succès; mais quand on a des motifs valables de chercher à conserver à tout prix le membre qui est menacé d'une destruction prochaine, on renverra celle-ci le plus tard possible, comme si de jour en jour elle pouvait être de moins en moins à redouter.

Si l'admission d'un *juste milieu* quelconque est possible, c'est dans les deux circonstances suivantes : l'amputation est nettement indiquée; mais l'état général du blessé est si déplorable, que toute opération sera évidemment le *coup de grâce*. Il faut donc s'appliquer, avant tout, à réchauffer, à ranimer l'homme exténué, exsangue, etc., et à le mettre en état de supporter les instrumens de résection; ou bien la gangrène s'est établie et chemine encore, et il est douteux qu'elle s'arrête précisément vers la solution de continuité osseuse, ou au-dessous d'une articulation qu'on serait heureux de pouvoir conserver. On est bien forcé d'attendre, dans ce cas-là, à moins de s'exposer à l'une de ces deux alternatives : ou bien à faire une opération à pure perte, ou à sacrifier des parties précieuses que la nature aurait voulu respecter.

Toutefois, l'homme de l'art ne perdra jamais de vue, lorsqu'il s'agira pour lui de prendre une détermination, que si l'amputation est en général plus favorable à la conservation de la vie, elle a bien aussi ses dangers éminens, et qui s'ajoutent à ceux de la situation actuelle; elle place d'ailleurs, tous ceux qui l'ont subie, dans des conditions telles, qu'ils doivent regretter amèrement et à chaque instant qu'on se soit trop pressé peut-être de les priver pour toujours d'un organe précieux, indispensable. Aussi, le chirurgien le plus expérimenté et le mieux en réputation ne manquera pas, dans les cas douteux (et il s'en présentera toujours, même aux plus habiles), de s'étayer de l'avis d'un ou de plusieurs confrères, et de mettre par-là sa responsabilité à couvert. On peut déjà prévoir, toutefois, que la nécessité de retrancher un membre s'offrira d'autant moins souvent, qu'on mettra plus de soins à connaître, à perfectionner les moyens de conservation que l'art possède, et à en faire un judicieux usage. Le sujet en vaut certes bien la peine.

Il n'aura pas échappé, du reste, à mes lecteurs, que dans toutes ces déductions il n'y a absolument rien de spécial aux fractures, et que tout rentre ici et de droit dans la règle commune.

ART. XI. — *Résumé et observation.*

Il résulte de ce mémoire :

1° Que la partie scientifique et théorique du traitement des fractures est encore à créer.

2° Que ce traitement doit être scindé en deux : *a* en celui du système osseux, et *b* en celui des parties molles environnantes.

3° Que le premier relève entièrement des lois de la mécanique, et le second des secours divers de la médecine et de la chirurgie, en dehors des machines et des appareils.

4° Que ces deux modes thérapeutiques doivent toujours marcher de front et être en rapport avec la gravité respective de l'un et de l'autre état pathologiques.

5° Que le danger, pour la conservation du membre brisé et du blessé lui-même, vient presque toujours du côté des parties molles.

6° Que lorsque celles-ci ne sont pas trop affectées, on peut n'y pas faire trop attention, et se contenter par conséquent de maintenir les fragmens en rapport et le membre dans une bonne position.

7° Qu'on peut, dans ce but, se servir d'une foule de moyens mécaniques simples ou composés, naturels ou artificiels.

8° Que le meilleur cependant sera celui qui se présente à la fois avec le plus de simplicité, de légèreté, de commodité, de sécurité, de facilité et de rapidité d'application, avec le plus de garantie en faveur d'une meilleure surveillance du mal et d'une plus facile locomotion, ainsi que d'une moindre gêne des parties molles.

9° Que si ces dernières sont ou paraissent dans un état plus ou moins fâcheux, le moyen mécanique et contentif de l'os doit être tel qu'il permette tous les soins désirables que réclament des tissus et des organes si importans et si dangereusement lésés.

10° Que les flexions judicieuses, aidées de quelques légères tractions directes et d'une bonne position, sont les auxiliaires les plus parfaits de tous les agens contentifs, et les meilleures garanties d'une heureuse thérapeutique.

11° Que l'amputation, dans les fractures, est déterminée par les préceptes communs et n'est guère indiquée par l'état où se trouve l'os, mais presque toujours par celui des tissus qui lui sont étrangers, et par les chances de guérison qu'ils présentent.

12° Que l'amputation sera faite le plus tôt possible, si elle est indiquée ou jugée nécessaire, et le plus tard possible si l'on croit pouvoir ou devoir conserver le membre.

13° Que les fractures par coups de feu ne font pas exception à cette règle générale.

14° Que l'appareil dit inamovible tel qu'il est généralement constitué partout, s'offre évidemment comme le moins apte à remplir les indications que présentent les fractures, et qu'il n'a décidément aucun avantage sur tous les autres connus.

Je terminerai ce faible travail par le fait clinique suivant, qui résume assez bien ce que je viens d'établir.

Observation. Jenny Josserans, âgée de quinze ans, s'est laissée prendre par ses vêtemens dans l'engrenage d'une machine à battre le grain, qui a déterminé la fracture comminutive des deux jambes, vers la réunion du tiers moyen avec l'inférieur. Elle était accompagnée de tous les désordres des parties molles qui sont inséparables d'une cause vulnérante si horriblement directe. Cette malheureuse demeurait à six lieues de Lausanne, et fut conduite à l'hospice le 10 octobre 1838, quelque temps après l'accident.

Après avoir enlevé les moyens contentifs ordinaires dont on avait fait usage, qui étaient baignés de sanie et exhalaient une odeur infecte, je plaçai les deux jambes à côté l'une de l'autre, sur le même appareil hyponarthécique en suspension, et je les fixai très légèrement, mais de manière cependant à n'avoir plus aucune inquiétude tant sur le rapport favorable que sur l'immobilité des fragmens.

Mon treillis en fil de fer était garni d'un coussin rempli de coton cardé et recouvert de taffetas gommé; le coton, afin d'offrir une couche tendre et molle aux membres broyés; et le taffetas, dans le but : 1° de protéger le coussin contre la suppuration que fournissait en abondance une quantité de plaies plus ou moins hideuses, et 2° de servir en même temps d'emplâtre ou de simple topique à celles de ces plaies qui siégeaient à la surface postérieure de ces extrémités.

Dès que ce premier pansement fut terminé, l'office du chirurgien se trouva réduit à des termes bien simples, du moins pour tout ce qui pouvait concerner l'élément osseux de cette affection; car il se trouva, dès ce moment, parfaitement en mesure d'attendre paisiblement et du temps seul la consolidation des fragmens, et cela dans les conditions favorables où ils venaient d'être placés. Toute l'attention de l'homme de l'art put donc se diriger dès-lors sur l'état déplorable des parties molles et sur les soins variés qu'elles réclamaient.

Aussi les eschares et les points gangréneux, les dépôts sans cesse renaissans, les vastes ulcérations aux talons, aux orteils, aux coude-pied; la sortie des esquilles et des séquestres, etc., tout put être surveillé et pansé avec autant et même plus de facilité, de précision et d'exactitude que si l'os eût été parfaitement intact. Ce mot plus pourra surprendre et être taxé de ridicule exagération; mais on le trouvera à sa place quand on saura que les cataplasmes, le cérat, le coton, en un mot tous les topiques, n'avaient besoin que d'être posés sur les membres et nullement d'y être assujétis par des compresses ou des liens, et que les soins de propreté étaient dirigés presque entièrement vers l'appareil seul, sur lequel étaient étendues parallèlement les deux jambes.

Ces soins consistaient en lavages à grande eau, en injections simples et chlorurées, là où elles étaient jugées convenables pour délayer et entraîner le pus, et on finissait par essuyer doucement le taffetas qui recouvrait l'appareil avec une fine éponge et du coton cardé; souvent aussi on insinuait ce dernier vers les endroits qui devaient être mieux soutenus. Si toutes ces opérations avaient lieu sans remuer en aucune manière les jambes, et, pour ainsi dire, sans les toucher, c'est que l'appareil hyponarthécique ne faisait qu'un seul et même tout avec les membres qu'il était appelé à soutenir, et qu'on pouvait, en quelque sorte, faire abstraction de ces derniers pour ne s'occuper que du premier.

Plus tard, et lorsqu'il parut important d'exercer un certain degré de pression, on l'obtient avec quelques pièces de linge pliées en carrés longs, qu'on plaçait et imbri-

---

Un autre eût 69 enfans d'une même femme, qui accoucha 27 fois.

— Nous empruntons au même travail les remarques suivantes. Le poids ordinaire du cerveau humain est de 1250 grammes (2 livres 1/4); celui du cheval est de 600 gr. (environ 1 liv. 1/3); celui du bœuf n'a que le quart du poids du cerveau humain. Le cerveau de lord Byron pesait 2250 gr. (4 liv. 1/2); celui de Cromwell, 2 kilogr.; celui de Cuvier, 2 kilogr. On estime que celui de Napoléon devait peser de 2 kilogr. à 2 kilogr. 1/2. Celui de Gall pesait, dit-on, 1300 gr. (2 liv. 10 onces).

Le répertoire de la société de statistique de Marseille renferme un grand nombre d'autres faits curieux et instructifs, que le manque d'espace nous empêche de reproduire.

Formulaire des médecins praticiens, par le docteur F. Foy, pharmacien en chef de l'hôpital des Vénériens de Paris.

Cet ouvrage se recommande par trois éditions. L'auteur a suivi à peu près le même ordre que dans les éditions précédentes. Ainsi il indique les doses et les formes sous lesquelles on administre les médicamens simples et le mode de préparation des médicamens composés. Au lieu de classer les substances médicamenteuses d'après leur action sur l'économie, et de décrire successivement, par exemple, ceux dont l'action est calmante, excitante, etc., M. Foy a préféré l'ordre alphabétique, qui a l'avantage d'offrir du premier coup au praticien la prescription qu'il désire appliquer à telle ou telle maladie. Pour ne citer que le camphre, l'auteur, après avoir indiqué la forme sous laquelle on doit l'employer (bols, pilules, juleps) indique les doses auxquelles on doit l'administrer, suivant qu'on désire en obtenir un effet antinévralgique ou antiseptique; puis il examine ses effets sur l'économie, les maladies dans lesquelles on doit le prescrire et son mode d'administration *intùs et extrà*. En somme, ce formulaire est un véritable dictionnaire où les médicamens sont étudiés depuis *A* jusqu'à *Z*; il est précédé de quelques considérations sur l'examen et l'interrogation des malades; d'un mémorial thérapeutique, d'une classification des agens thérapeutiques d'après leurs effets; d'un précis sur l'art de formuler, d'un tableau des poids et mesures, et terminé par un exemple de rapport médico-légal dans un cas d'empoisonnement. Il suffira de dire que ce Formulaire est très bon et très utile, pour qu'on y ajoute foi.

M. DE S.-L.

quait, chaque matin, comme les bandelettes de Scultet. Plus tard encore, et après l'extraction de volumineux sequestres, on substitua à l'appareil hyponarthécique une simple gouttière en fil de fer.

Mais, au milieu de toutes ces phases, et pendant les six longs mois qu'a duré ce traitement, comment se trouvait la jeune Josserans! Elle pouvait se coucher et se tourner en tous sens dans son lit, porter ses jambes, je veux dire l'appareil, à droite et à gauche; tirerle tout davantage vers la tête du lit ou le pousser en sens opposé; se placer assez facilement pour ses évacuations alvines et urinaires; avoir son lit arrangé chaque jour; recevoir tous les soins de propreté; être portée hors du lit et être placée dans un fauteuil, etc., etc. C'est que l'appareil mobile qui supportait les extrémités malades peut être assimilé à un plat ou cabaret sur lequel reposeraient des objets fragiles.

Or, on sait assez avec quelle facilité et impunité on peut transporter partout ces derniers lorsqu'ils sont placés convenablement, et lorsqu'on met quelqu'attention à éviter tout mouvement saccadé.

Il suffisait donc de remuer l'appareil pour faire mouvoir également, paisiblement, et dans le même sens, les jambes de la jeune fille; car, comme elles ne cessaient de conserver les mêmes rapports entr'elles et avec l'appareil sous-jacent, malgré les mouvemens les plus divers, ceux-ci restaient comme inaperçus et n'avaient aucun retentissement vers les fragmens. Ces derniers, en effet, ne bougeaient pas plus que si la malade eût été sur un bateau qui descendrait lentement le cours paisible d'une rivière. C'est qu'ils obéissaient aux mouvemens de totalité d'un corps qui emportait, à la vérité, toutes les parties superposées, mais qui, en même temps, les laissait toujours, et bien exactement, dans la position respective qu'elles occupaient.

Le péroné et le tibia de la jambe droite étaient à découvert ou nécrosés en entier, et chacun dans l'étendue de près de trois pouces. J'ai attendu, pour enlever ces pièces mortifiées, qu'elles eussent donné le temps aux nouveaux os de se reconstituer et solidifier; et j'ai obtenu, par là, que les deux membres conservassent la même longueur, leur direction régulière, leur aspect normal, et qu'ils n'offrissent pas de difformité.

La santé de cette jeune fille s'est, du reste, bien soutenue, et elle a commencé, vers la fin d'avril, à s'exercer à la station, et à réapprendre à marcher à l'aide de béquilles.

Qu'elle serait digne d'envie, la carrière du chirurgien, s'il pouvait compter toujours sur d'aussi beaux résultats!

Faculté de médecine de Strasbourg. — Sont nommés juges titulaires du concours qui doit s'ouvrir le 2 mars 1840, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la chaire de médecine légale : MM. Coze, Forget, Boyer, Stoltz, Begin, professeurs à la Faculté de médecine.

Sont nommés juges titulaires adjoints : MM. Caillot et Rameaux, professeurs à la même Faculté, et M. Bach, agrégé et chef des travaux anatomiques.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 27 FEVRIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 25, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 f.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX D'EDIMBOURG.

Cas d'anévrisme de l'aorte rompu dans l'artère pulmonaire; par M. Reid.

J. H., âgé de trente-six ans, adonné à l'intempérance, entre à l'infirmerie royale d'Edimbourg le 22 mai 1839 pour être traité de palpitations de cœur dont il souffrait depuis six mois. A l'examen, il offrait l'état suivant : lèvres et face pâles, toux intense, dyspnée, abdomen gonflé. La percussion donne un son mat vers la région du cœur et aux parties latérales de la poitrine, et sur l'omoplate gauche. Les battemens du cœur sont irréguliers ; un son particulier accompagne les deux bruits naturels de cet organe ; le second bruit est plus prolongé qu'à l'état normal. A la partie inférieure des deux côtés du thorax, il y a absence de bruit respiratoire ; dans le reste on sent un râle subcrépitant. Le pouls est petit et faible. Vomissemens de temps en temps ; sentiment de constriction épigastrique ; urines rares, coagulables par la chaleur et l'acide nitrique ; constipation habituelle. On avait administré en ville des remèdes diurétiques et antispasmodiques inutilement.

Le 5 juin, le malade se sent souvent évanouir; malaise à l'épigastre ; il rend 5 à 600 grammes (19 à 20 onces) d'urine par jour.

Le 19, la dyspnée augmente ; œdème au scrotum, urines rares. On prescrit : huile de croton une goutte, jusquiame 10 centigrammes (2 grains), à répéter.

Le 24, on administre un nouveau purgatif ; selles aqueuses, diminution de l'œdème.

Le 25, la dyspnée augmente tout-à-coup, le malade a les lèvres livides; le pouls filiforme ; mort presque subite.

Nécropsie. La cavité péritonéale contient 540 grammes (18 onces) de sérum ; la cavité thoracique en offre 1500 grammes (52 onces) ; la cavité du péricarde 240 grammes (8 onces). Le cœur est hypertrophié, le côté droit de cet organe est plein de sang fluide ; son oreillette droite est très vaste sans amincissemens de ses parois ; le ventricule droit est plus ample qu'à l'état normal ; ses parois sont épaissies. Le ventricule gauche est très dilaté sans augmentation de l'épaisseur de ses parois. Deux des valvules mitrales sont fort allongées et descendent dans le ventricule. Sur la partie postérieure et inférieure gauche de l'aorte, immédiatement au-dessus de la valvule sémi-lunaire existe un anévrisme du volume d'une orange, qui fait saillie en arrière, comprime l'oreillette gauche en descend en partie sur le côté droit de l'aorte ; il appuie sur l'artère pulmonaire et son sac communique avec elle moyennant une ouverture frangée. Le sang de la poche anévrismale se trouvait par là en communication avec la cavité de l'artère pulmonaire. Les parois de l'aorte sont épaissies irrégulièrement dans le voisinage de la tumeur.

Le foie est hypertrophié ; sa surface est granulée, son tissu mou. Les reins sont ramollis. L'estomac est congestionné dans sa portion splénique. L'encéphale est sain. L'examen de l'artère pulmonaire a démontré que la rupture de ce vaisseau, et le passage du sang de l'anévrisme dans l'artère, n'avait eu lieu que quelques heures avant la mort. C'est à cette circonstance que l'auteur attribue la dyspnée extrême et la lividité de la face que le malade a offerte subitement dans les dernières heures.

Dans un second cas rapporté par M. Reid, il s'agit d'un homme de soixante ans, qui est arrivé mourant à l'infirmerie ; on l'avait traité pour une hypertrophie au cœur. A l'autopsie, on a trouvé un anévrisme de l'arc de l'aorte, dont le foyer communiquait avec une grosse branche de l'artère pulmonaire dont la paroi avait été perforée par l'action compressive de l'anévrisme.

(*The Edimburgh medical and surgical Journal*, janvier 1840.)

— Deux considérations se rattachent à l'observation précédente, l'une relative à l'espèce de rupture insolite de l'anévrisme de l'aorte, l'autre à son diagnostic.

La rupture de ces sortes de tumeurs offre de si nombreuses variétés, que les pathologistes n'ont pas encore fait un travail qui les embrassât d'une manière complète. Indépendamment de leur rupture dans le péricarde, dans les médiastins, dans les bronches, dans la trachée, dans l'œsophage, dans une oreillette du cœur, dans le canal vertébral, les anévrismes de la poitrine se rompent aussi quelquefois dans la veine cave et donnent naissance à une varice anévrismale spontanée, ou bien dans l'artère pulmonaire et occasionnent des symptômes insolites qui n'ont pas encore été suffisamment étudiés. Nous ne connaissions de cette dernière espèce qu'un seul exemple avant celui de M. Reid ; c'est celui que le docteur Wells avait consigné, en 1808, dans le vol. III des *Transactions of a Society for the improvement of medical and surgical Knowledge*, p. 81. Nous nous étonnons que ce fait important ait échappé aux recherches de Hodgson qui écrivait en 1815, et aux auteurs postérieurs. Dans ce cas, la mort a eu lieu subitement avec des symptômes de suffocation. A l'autopsie, on a trouvé toutes les diramations de l'artère pulmonaire distendues et remplies de sang, ainsi que les cellules pulmonaires. L'anévrisme appartenait à l'aorte ascendante ; il avait le volume d'une orange, adhérait fortement au tronc de l'artère pulmonaire ; sa poche offrait un trou de communication avec cette artère. L'auteur pense que la mort a eu lieu par l'interruption de la circulation causée par cette rupture. La tumeur avait fait d'abord saillie au-devant du sternum, ensuite elle s'était affaissée dans l'intérieur, de sorte que son diagnostic n'avait pas offert de difficulté ; mais sa terminaison n'a pu être reconnue que par l'autopsie.

Il faut en convenir, le diagnostic général des anévrismes peu volumineux de la poitrine, non saillantes à l'extérieur, est extrêmement obscur. Laënnec, lui-même, le regardait comme fort difficile, et M. Bouillaud, qui a tant illustré la science de cet auteur, avoue que la chose est souvent fort équivoque, malgré les progrès récens de l'auscultation. (*Dict. de Méd. et chirurg. prat.*; art. *Anévrisme de l'aorte.*) C'est qu'effectivement la dyspnée, la toux, les douleurs vagues de forme rhumatismale qui accompagnent fréquemment cette maladie, peuvent appartenir à une foule d'affections diverses de la poitrine. Dernièrement un monsieur du Hâvre est venu à Paris consulter pour des douleurs d'apparence rhumatismale au côté gauche du thorax, accompagnées d'accès d'asthme ; MM. B., G., R., l'ont ausculté et percuté attentivement. L'un d'eux est à la tête d'un service dans un hôpital et fait autorité en matière de maladies de poitrine ; ils ont rédigé une consultation dans la présomption d'une névropathie des parois thoraciques. Arrivé chez lui le malade est mort subitement. A l'autopsie on a trouvé un anévrisme de l'aorte rompu dans les bronches. On pourrait citer un grand nombre de faits analogues observés dans la pratique des hommes qui ont le mieux approfondi la science et la pratique des anévrismes, tels que Scarpa, sir Astley Cooper, M. Hodgson, etc. Dans ces dernières années, deux médecins anglais, MM. Green et Stokes, ont fait quelques remarques importantes sur ce point de pratique. Ils assurent être parvenus plusieurs fois à diagnostiquer avec précision l'existence d'un anévrisme commençant, soit de l'aorte ascendante, soit de la crosse de l'aorte, aux caractères suivans : douleur rétro-sternale, fixe, augmentant par la pression et par l'inspiration, et répondant aussi à l'épine dorsale, vers l'espace interscapulaire ; bruit de soufflet sur les deux points de la douleur, dif[illegible] celui du cœur ; dysphagie progressive vers la hauteur du sternum ; le cathétérisme cependant de l'œsophage ne rencontre pas d'obstacle organique, comme dans le cancer de cet organe ; dyspnée plus ou moins prononcée, plus ou moins intermittente, et respiration trachéale ; tuméfaction de la peau du côté droit du cou et des jugulaires du même côté ; absence d'œdème des membres, comme dans les maladies du cœur ; toux et crachement abondant d'une matière liquide et écumeuse comme du blanc d'œuf légèrement battu ; hoquet quelquefois ; percussion claire partout, excepté sur la région sternale ; le stéthoscope, appliqué sur le sternum et sur l'espace interscapulaire, endroits de la douleur, est légèrement soulevé par un petit mouvement presque imperceptible, isochrone avec celui du

FEUILLETON.

RECHERCHES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE SUR LES BOUTONS VARIOLIQUES.

Dans la variole, l'inflammation de la peau ne paraît pas s'étendre au-delà du corps muqueux. Les glandes cutanées enflammées ne seraient-elles pas le siége primitif de l'inflammation cutanée ; comme, dans les intestins, les glandes de Peyer, sont le siége primitif de l'inflammation intestinale ? Le petit nombre de boutons pustuleux qui apparaissent à la paume des mains et à la plante des pieds dans les varioles les plus confluentes, ne viendrait-il pas à l'appui de cette théorie, puisque l'anatomie nous démontre la non-existence des glandes cutanées ou du moins leur dissémination dans ces régions ? L'immunité dont jouissent ceux qui une première fois ont été atteints de la variole, ne tiendrait-elle pas à ce que les glandes cutanées ont été détruites, du moins en partie, par une première inflammation ? Nouveau point de rapport avec la fièvre typhoïde, laquelle attaque rarement les mêmes individus, par la raison, disent MM. Bouillaud, Bretonneau et autres, que les glandes de Peyer, qui sont le siége primitif de la maladie, sont détruites par une première atteinte de fièvre typhoïde.

Nous avons été conduit à ces données en cherchant à vérifier les recherches du docteur Petzholdt, de Leipzig, sur les pustules varioliques.

Nous croyons nous être assuré par la dissection que partout où il y a une pustule, il y a toujours au-dessous d'elle une glande cutanée, quand bien même la pustule ne serait pas ombiliquée. On sait en effet que dans la première période de l'éruption variolique il se forme une petite cavité remplie de liquide qui, en s'accumulant, soulève par degrés l'épiderme ; mais l'épiderme ne peut pas s'élever sans entraîner avec lui le conduit excréteur de la glande située immédiatement au-dessous ; or, dans ce cas, il arrivera de deux choses l'une : ou bien le conduit excréteur de la glande cédera, et alors le bouton ne sera point ombiliqué ; ou bien, son tissu étant plus ferme, il tirera à lui la partie d'épiderme à laquelle il est uni, il formera cette dépression que l'on rencontre sur la plupart des pustules varioliques, et *toujours à leur centre*, et que l'on nomme ombilic. J'ai examiné avec soin un grand nombre de boutons non ombiliqués après avoir enlevé l'épiderme, et j'ai toujours remarqué d'une manière très évidente, et avec une loupe, à la surface concave de celui-ci, un point central qui semblait indiquer en ce lieu le point d'attache ou de passage du conduit de la glande cutanée.

Les poils percent la peau obliquement, et l'épiderme, se réfléchissant autour d'eux, leur forme un petit canal. Ils sortent, non des éminences papillaires, mais plutôt des sillons qui séparent ces éminences. Leurs bulbes paraissent situées dans cette partie du corps muqueux réticulaire que M. Gaultier a appelé *couche albide profonde*. Ces bulbes ne sont pas altérées dans la variole. En examinant à la loupe celles qui sont contenues dans le cercle de la pustule, elles semblent augmentées de volume. Remarquons en passant que le poil ne vient presque jamais percer l'épiderme pustuleux à son centre. Il en est autrement du canal de la glande cutanée dont la direction est toujours *centrale*. Si, comme paraît le penser M. Petzholdt, la présence de la glande cutanée sous le bouton varioleux est soumise au hazard, qu'il explique pourquoi le point d'attache ou de passage à travers l'épiderme du canal de la glande cutanée est toujours le même, toujours central, ainsi qu'a pu le remarquer tout médecin qui, une fois seulement, a observé la variole ? Dans l'hypothèse généralement admise, il devrait se passer pour le canal de la glande cutanée ce qui se passe pour les poils ; de même que nous voyons ceux-ci sortir de la vésicule par un point indéterminé de sa surface, de même aussi nous verrions le conduit glandulaire percer l'épiderme pustuleux tantôt au centre, tantôt dans un point quelconque de sa circonférence. Comment donc expliquer un semblable état de choses, si nous ne supposons pas que la glande cutanée est le point central et peut-être le point de *départ* de l'inflammation.

M. Petzholdt, après avoir séparé l'épiderme d'un bouton *ombiliqué*, a aperçu au centre de la surface mise à nu une petite cavité. Si M. Petzholdt veut se donner la peine d'examiner attentivement des pustules *non ombiliquées*, je lui réponds qu'il verra dans toutes, sans exception aucune, la petite cavité qu'il a cru n'appartenir qu'aux boutons ombiliqués ; il verra de même, et toujours, un point central sur la face concave de la calotte épidermique, qu'elle soit ou non ombiliquée. Au reste, si on examine avec soin la pustule avec un instrument grossissant, voici ce qu'on remarque :

La face interne et concave de la calotte épidermique est recouverte d'un liquide, dont l'aspect et la nature varient suivant l'ancienneté de l'éruption ; le liquide enlevé avec soin, cette surface paraît avoir subi une longue macération ; on enlève par lambeaux avec facilité une membrane plus épaisse à la circonférence qu'au centre, et qui paraît être *la couche albide superficielle* de M. Gaultier, ramollie par le travail inflammatoire ; enfin, un point central, qui est la marque du passage, en ce point du conduit excréteur de la glande cutanée. On conçoit, du reste, que ce point n'est pas également visible dans toutes les pustules non ombiliquées ; il le sera d'autant plus que le conduit excréteur aura résisté plus long-temps aux tractions exercées sur lui par le soulèvement de l'épiderme, et qu'il aura cédé plus long-temps après la période de suppuration.

A la surface du bouton, après avoir enlevé avec précaution le liquide qui la recouvre, on trouve le corps gemmulaire tuméfié, mamelonné ; chaque mamelon ou gemmule présente un ou deux points rouges qui sont l'orifice de vaisseaux sanguins fortement engorgés. Sur une peau saine, ces vaisseaux ne s'aperçoivent point à l'œil nu ; ils sont d'autant plus apparens que l'évolution pustuleuse est plus rapprochée de la période inflammatoire, et il n'est pas besoin, pour bien les distinguer alors, d'injecter la peau avec une matière colorante. Au centre, on remarque tantôt une cavité, tantôt un petit tubercule rougeâtre ; la cavité se rencontre particulièrement dans les pustules non ombiliquées ; le tubercule, au contraire, dans celles qui le sont.

Dans le premier cas, le conduit glandulaire ramolli et offrant peu de résistance, puisqu'il a cédé au premier soulèvement de l'épiderme, s'est trouvé transformé, dès le début de l'éruption, en un corps inerte qui a été détruit par la suppuration ; tandis qu'au contraire, dans le second cas, ce même conduit plus dense, plus ferme, a résisté plus long-temps aux tractions de l'épiderme, a conservé plus long-temps avec lui ses rapports, a continué à exercer ses fonctions, en un mot à jouir de la vie, et à résister par-là au travail destructeur de la suppuration. Il se présente alors sous l'apparence d'un filet rougeâtre, qui est un guide certain pour arriver à la glande. Or, voici ce que celle ci présente de remarquable aux différentes époques de l'éruption variolique:

Dans la première période il est facile de l'apercevoir, car elle est gonflée, tuméfiée et paraît comme étranglée à son sommet, c'est-à-dire à la portion qui correspond à l'épiderme ; elle a un volume trois fois plus considérable qu'à l'état normal ; elle a déjà subi un certain degré de ramollissement ; il est difficile de la séparer des tissus qui l'environnent. Pressée entre les doigts, elle laisse suinter un liquide onctueux limpide qui paraît, quant aux propriétés physiques du moins, avoir une grande analogie avec

cœur (ce soulèvement est différent et distinct de celui du cœur) ; enfin tous ces symptômes augmentent par la marche et diminuent par le repos au lit.

Ces caractères se trouvent parfaitement confirmés dans les faits que les auteurs ont annexés à leurs remarques ; mais s'en suit-il qu'ils existent dans tous les anévrismes en question ? C'est ce que l'expérience n'a pas encore décidé, et il serait à désirer que les praticiens cherchassent à les vérifier au lit du malade. Il s'agit, comme on le conçoit, non d'une simple question de science, mais bien d'une question d'application pratique très importante.

Quant aux signes propres à faire connaître *à priori* la rupture de l'anévrisme de l'aorte dans l'artère pulmonaire, il serait difficile de les déterminer dans l'état actuel de la science, les faits manquans jusqu'à ce jour. Nous avons vu chez le malade de M. Reid qu'il y avait des symptômes de dyspnée intense, et coloration bleue de la face au moment de la rupture, tandis qne chez celui de M. Well, il y a eu mort instantanée, et il n'est pas fait mention de la coloration violette du visage. Or, l'on sait que ni l'un ni l'autre symptôme ne sont pas par eux-mêmes suffisans pour décider la question.

Blessure diaphragmatique ancienne. Hernie chronique du colon transverse dans la poitrine ; étranglement ; par le même.

W. R., âgé de quarante-cinq ans, cordonnier a été reçu à l'Infirmerie le 13 septembre 1838, dans le service de M. Short, pour être traité d'un vomissement existant dès la veille et d'une dyspnée progressive. Depuis un an il se plaignait de douleurs intenses dans l'hypochondre gauche et de toux sans expectoration. A son entrée, il accuse la même douleur et une grande difficulté de respirer ; sa physionomie exprime la souffrance profonde, le pouls est intermittent et filiforme. Extrémités froides, lèvres livides, percussion matte sur le côté gauche de la poitrine, murmure respiratoire du même côté, respiration puérile à droite, cœnr déplacé à droite, ses battemens s'entendent sous les cartilages des 4e, 5e et 6e côtes du côté droit.

On prescrit des sinapismes à la poitrine et aux pieds. Mort quatre jours après.

Autopsie. Cœur sain, déplacé à droite. Poumon droit sain. Le thorax gauche contient plus de trois kylogrammes (six livres) de liquide roussâtre, mais pas de lymphe plastique. Le poumon gauche est comprimé et affaissé sur la colonne vertébrale et sur le tendon cordiforme du diaphragme où il adhère. Le côté gauche du diaphragme est poussé en bas dans l'abdomen. Le poumon est vide d'air. Une masse noire et molle se voit à la partie inférieure gauche de la poitrine, liée avec la face supérieure du dia- [illegible] partie supérieure de l'abdomen et la face inférieure du diaphragme on voit que la masse noire, existant dans la poitrine, est composée d'une partie de l'arc transverse du colon et d'une quantité considérable d'épiploon passant à travers une ouverture calleuse du diaphragme, qui l'étrangle très fortement.

L'examen attentif du cadavre fait découvrir une cicatrice d'un demi-pouce à la peau de la partie inférieure de la poitrine gauche dans un espace intercostal (entre la huitième et la neuvième côte); cette cicatrice se continue dans les tissus profonds, et l'on arrive ainsi jusqu'à l'ouverture diaphragmatique et à l'arc hernié du colon qui adhère avec l'espace intercostal indiqué.

L'ouverture du diaohragme peut admettre le passage de trois doigts ; elle est placée à deux ou trois pouces de l'origine des fibres musculaires du diaphragme à gauche. En poussant le diaphragme en bas comme dans l'expiration, l'ouverture du diaphragme se trouve parfaitement au niveau de la cicatrice et s'en approche. La portion du colon qui est dans la poitrine offre un pied de long ; elle est très dilatée, épaissie ; ses parois sont noires par l'effet de l'étranglemcnt, molles dans quelques endroits, rompues sur un point. Le cœcum se trouve dans l'abdomen très près de l'étranglement. Le colon adhère d'ailleurs dans l'ouverture calleuse du diaphragme, ce qui fait présumer que la hernie est ancienne.

Les renseignemens reçus sur cet homme ont appris qu'il avait essuyé à la poitrine, quinze mois auparavant, un coup de tranchet par sa maîtresse, laquelle avait été jugée et acquittée aussitôt après qu'il avait été congédié de l'hôpital, apparemment guéri. Il s'était cependant toujours plaint de dyspnée depuis, et il avait été plusieurs fois ensuite traité et guéri d'étranglement intestinal interne (iléus).

Sans nul doute, dit l'auteur avec raison, que cette hernie n'ait été la conséquence de la blessure première, et la mort de l'individu la suite de l'étranglement de cette hernie (ibid.).

— L'espèce de blessure mentionnée dans cette observation est digne de remarque. On voit que l'instrument était entré dans la poitrine et avait blessé le diaphragme de haut en bas. Cette espèce de lésion n'avait pas eu de faits graves primitivement, et sa nature n'avait probablement pas été reconnue dès l'abord. On pourrait se demander si la science possède des données certaines pour la diagnostiquer alors que les choses se présentent dans l'état ci-dessus ; elle n'offre à la vérité que des conjectures plus ou moins probables, à ce que nous croyons. Un fait important à noter, c'est que la perforation du diaphragme n'a point donné lieu aux accidens formidables immédiats dont parlent plusieurs auteurs, qu'elle a permis la formation d'une hernie ascendante qui a bouché l'ouververture, et que le malade aurait pu vivre beaucoup plus longtemps encore sans l'accident de l'étranglement. Cet étranglement est lui-même remarquable : il s'est préparé de longue main par l'épaississement successif de l'ouverture herniaire et l'engouement habituel du colon déplacé, qui était lui-même dans un état morbide, ainsi qu'on vient de le voir. Cette hernie était sans sac et en même temps irréductible à cause de ses adhérences. Elle constitue donc une sorte d'éventration intra-thoracique ; elle est au nombre des cas rares, comme hernie accidentelle étranglée ; elle cesse de l'être cependant si on veut l'assimiler aux hernies de même espèce, mais congénitales. On pourrait en citer une trentaine d'exemples de cette dernière catégorie constatés par l'autopsie. Le diagnostic des [illegible] en question n'offre de vraisemblance qu'autant qu'on connaisse d'avance l'ouverture diaphragmatique, ce qui est souvent fort incertain. Ces sortes de lésions offrent un grand intérêt sous le point de vue de la médecine légale ; malheureusement, tout est encore à faire à cet égard.

HOPITAL DE LA PITIÉ. M. Gendrin.

Pleurésie, péricardite, affection organique du cœur.

Au no 3 de la salle Sainte-Sophie, est entrée une femme âgée de soixante ans, qui nous a dit avoir éprouvé des palpitations depuis l'époque de la ménopause. Elle dit être malade depuis trois semaines, et voici ce qu'elle assure avoir éprouvé : douleur au côté de la poitrine, fièvre, oppression. Un médecin de la ville lui a fait poser des sangsues et un vésicatoire. Nonobstant ce traitement, l'oppression est allée en augmentant, et aujourd'hui elle est portée au point d'obliger la malade de rester assise sur son lit pour respirer. L'orthopnée existe depuis cinq à six jours. L'examen de la poitrine nous a fait reconnaître de la matité en arrière et en partie en avant ; avec cela il y a absence du bruit respiratoire dans toute l'étendue où le son obscur existe. Ajoutons enfin qu'il y a égophonie, que la douleur de côté persiste et qu'il existe un certain degré de réaction fébrile.

Voilà bien tous les signes immédiats d'un épanchement pleurétique en voie de résorption. Toutefois, nous avons cru ne pas trouver en eux la raison suffisante du degré extrême d'oppression qui existe, qui n'est pas en rapport avec l'affection de la plèvre, lors même que celle-ci s'accompagnerait d'un épanchement remplissant complètement sa cavité.

Dès lors notre attention a dû se porter du côté des organes respiratoires, qui ont été, de notre part, l'objet d'un examen attentif. La percussion, en effet, n'a pas tardé à nous faire connaître que la matité de la région précordiale existe dans une grande étendue ; que les battemens du cœur ne sont pas nets et qu'il existe un bruit de frottement. Ajoutez à cela la douleur que la malade accuse dans cette région, et vous aurez les symptômes d'une péricardite.

La poitrine examinée à gauche ne nous a fait reconnaître rien d'anormal, si ce n'est une augmentation du bruit respiratoire, qui existe toutes les fois que les fonctions d'un des deux poumons sont gênées, phénomène que l'on nomme respiration supplémentaire.

La coexistence d'une pleurésie et d'une péricardite n'est pas un événement très rare. Dans le cas de pleurésie siégeant à gauche, on conçoit même l'extension de l'inflammation, car le péricarde ne se trouve séparé de la plèvre que par sa couche fibreuse et du tissu cellulaire qui peut même servir de moyen de propagation de l'inflammation de la séreuse pulmonaire à la séreuse cardiaque ; l'explication toutefois devient plus difficile lorsque, la pleurésie siégeant à droite, le péricarde vient à s'enflammer : aussi cette coïncidence est-elle rare, et quand elle existe, il importe d'en trouver la cause ailleurs que dans l'extension de la phlegmasie, de son siége primitif vers la séreuse du cœur.

C'est pour cette raison que, le commémoratif de cette malade nous ayant fait connaître que depuis l'âge critique elle a été sujette aux palpitations, cette circonstance nous a fait craindre l'existence d'une affection organique du cœur. Mais de quelle nature est-elle, si elle existe réellement ? Le diagnostic des maladies du cœur présente de grandes difficultés lorsqu'il y a absence d'œdème d'une part, et que, d'autre part, l'altération ne portant pas sur ses orifices, et cet état se compliquant d'épanchement ou de productions morbides dans le péricarde, la perception des bruits anormaux.

Au demeurant, nous avons chez cette femme deux phlegmasies thorachiques, et le traitement ne saurait être douteux. Un large vésicatoire a été appliqué entre les deux épaules ; car l'état général et même local de la malade n'indique pas l'emploi des évacuations sanguines.

Le pronostic doit être porté avec réserve ; car, si anté-

---

le virus vaccinal, ou le liquide que l'on rencontre dans le bouton variolique sitôt après son éruption.

Dans la période de suppuration, le ramollissement de la glande a augmenté, elle est moins tuméfiée, et l'étranglement que nous croyons avoir constaté dans la première période a complètement disparu. Ses adhérences aux tissus voisins sont moins intimes ; aussi est-il facile de l'enlever avec une petite pince à dents de souris. Le liquide qu'elle laisse suinter par la pression des doigts est moins limpide, plus ténu ; nous n'avons pas vu cependant qu'il eût l'apparence du pus.

Enfin, dans la troisième période, ou de déssiccation, la glande est complètement détachée des parties qui l'environnent ; elle est dure, friable, et se déplace par un mouvement d'énucléation.

Voilà certes trois états bien distincts ; gonflement d'abord, ramollissement ensuite, puis induration. L'inflammation ne se comporte pas différemment dans les autres tissus.

Dans tous les cas la glande est détruite et il nous paraît impossible qu'elle puisse reprendre ses fonctions, c'est à tort, selon nous, que M. Petzholdt suppose que si la glande n'a pas été détruite en totalité, le conduit excréteur peut se reformer. Une semblable régénération n'a jamais été observée, que je sache, sur aucun point du système glandulaire.

Dans les points de la peau qui ne sont pas recouverts de boutons varioliques, en faisant pénétrer entre le corps muqueux et l'épiderme la pointe d'un scalpel, celle-ci, lorsqu'on la retire avec précaution, se trouve recouverte d'un liquide tout-à-fait semblable, pour les caractères physiques, à celui que contient la pustule à la première période de l'éruption.

Maintenant, si de la peau nous passons aux lésions particulières à la variole que présentent les organes intérieurs, voici ce que l'on remarque : (Je ne produirai point ici le résultat de mes recherches, elles n'ont encore pu être poussées jusque-là ; tout ce que je dirai sera emprunté aux observations des auteurs et surtout à l'excellent mémoire du médecin de Leipsick.)

« Au début de l'éruption variolique on aperçoit le plus souvent à la face interne des yeux et des lèvres et sur la pointe de la langue de petites vésicules dont il est impossible de suivre le développement ultérieur, parce qu'elles se recouvrent d'une mucosité visqueuse ; mais à l'autopsie on remarque toujours au centre de chacune d'elles un petit point noirâtre qui finit par disparaître à une période un peu plus avancée de l'éruption. A la base de l'ombilic on trouve presque toujours le conduit excréteur de la glande. Quant aux glandes muqueuses de la base de la langue, de l'arrière-gorge ; de la voute palatine à sa partie postérieure du voile du palais et de la luette ; elles sont constamment gonflées, distendues et leurs orifices tellement béants que l'on peut aisément y introduire un gros stylet.

Les glandes du pharynx offrent la même disposition ; elles sont aplaties à leur sommet et ressemblent aux boutons de la peau ; en sorte qu'un observateur inattentif, dit M. Petzholdt, s'y tromperait aisément.

A l'œsophage on rencontre des pustules comme à la peau, et à la base de beaucoup de boutons on trouve le plus souvent un corps blanchâtre qui n'est autre chose qu'une glande œsophagienne.

Celles de l'estomac présentent un développement anormal.

Dans le reste du canal intestinal et surtout dans l'intestin grêle, les papilles muqueuses semblent comme usées par le frottement, dit le même observateur ; les glandes sont très développées, avec commencement d'ulcération ; celles de Brunner pourraient être prises pour des boutons varioliques.

On a rencontré dans les fosses nasales des ulcérations variables de forme, d'étendue et de profondeur.

Mais c'est surtout sur la muqueuse des voies aériennes que l'on rencontre le plus de lésions. Le docteur Petzholdt a trouvé entre l'épithélium et la muqueuse un épanchement de liquide que nous avons vu exister à la peau entre l'épiderme et le corps muqueux dans les parties restées saines. La surface de l'épithélium est criblée de petits points noirs qui sont les orifices des glandes. A une certaine période de la maladie, en passant légèrement le doigt sur la muqueuse, on sent une foule de saillies de forme lenticulaire produites par l'exsudation d'une matière muqueuse ou purulente entre les deux membranes. En enlevant avec précaution cette matière, on aperçoit la muqueuse parsemée d'ulcérations.

Aucune séreuse n'a présenté de lésions particulières à la variole ; car, avec le traducteur du mémoire du médecin de Leipsick, nous croyons reconnaître dans les boutons blancs et denses que ce dernier a rencontrés dans le péritoine à la suite de la variole, une disposition ordinaire de la matière tuberculeuse après la péritonite tuberculeuse des enfans.

On a donc rencontré sur toutes les muqueuses et dans tous les organes qui contiennent des glandes dont les glandes cutanées sont les analogues, des lésions entièrement semblables à celles que nous avons remarquées sur l'enveloppe extérieure. A la base et au centre de presque tous les boutons on a trouvé la glande tantôt seule, tantôt accompagnée de son conduit excréteur, et nous sommes porté à croire, en procédant par analogie, que, si les recherches eussent été dirigées dans le même sens que les nôtres, on eût trouvé dans tous la glande ayant subi des altérations semblables à celles que nous avons rencontrées dans les glandes de la peau.

La base de la langue, l'arrière-gorge, la voûte palatine à sa partie postérieure, le voile du palais et la luette, n'ont présenté pour lésion particulière à la variole que le gonflement de leurs glandes ; sans doute la chaleur humide et toujours uniforme de ces parties, et surtout les mouvemens répétés de déglutition, favorisant le dégorgement de leurs glandes, arrêtent dans sa première période le développement inflammatoire.

Si donc des recherches ultérieures donnent les mêmes résultats que les nôtres, nous pourrons établir les propositions suivantes :

1o Au centre de chaque pustule variolique, se trouve une glande cutanée.

2o L'ombilic est toujours au centre.

3o Si, parmi les pustules, les unes sont ombiliquées et les autres ne le sont pas, cela tient au degré de résistance du conduit excréteur.

4o La glande cutanée est détruite par le travail inflammatoire.

5o Tout organe qui ne contient point de glandes ne présente pas de lésion particulière à la variole.

Nous laissons à d'autres d'établir les corollaires que nous n'avons fait qu'indiquer en passant.

Le Dr Ferry, de Metz.

— On nous donne comme certain les scrutins suivans pour la nomination du professeur de clinique interne.

Premier scrutin. — M. Broussais, 5 voix ; MM. Piorry et Dubois (d'Amiens), 3 ; M. Gibert, 1.

Deuxième scrutin. — MM. Piorry et Dubois, 5 voix ; M. Broussais, 2.

Troisième scrutin ; ballotage. — MM. Dubois et Piorry, 6 voix.

La voix prépondérante du président a décidé la nomination.

Erratum. — Numéro du 22 février, Observation de ligature de tumeurs hémorrhoïdales, à l'avant-dernière ligne, *au lieu de* n'avaient pas osé espérer, *lisez* opérer.

rieurement à l'apparition de la pleurésie une affection du cœur existait déjà, elle ne se guérira pas, lors même que les symptômes inflammatoires seront tombés. C'est dans ces cas que l'on voit les épanchemens persister et exposer les malades aux plus fâcheuses terminaisons.

Pneumonie droite; pas d'émissions sanguines.

Au n° 5 de la salle Notre-Dame est couchée une jeune femme âgée de vingt-sept ans, qui a ressenti, il y a six jours, une douleur au côté droit de la poitrine, qui n'a pas tardé à s'accompagner de fièvre. Ces phénomènes ont persisté depuis, et ce matin, à la visite, nous l'avons trouvée dans l'état suivant: matité partant presque de la racine du poumon droit d'une part, et de l'épine de l'omoplate, s'étendant jusqu'à la hauteur du tiers moyen du thorax. Souffle tubaire sur ce dernier point; toux, fièvre modérée, pouls peu développé; pas d'état pléthorique.

C'est surtout en ayant égard à cet état de la circulation que nous n'avons pas commencé le traitement par les émissions sanguines; nous nous sommes contenté de faire appliquer un vésicatoire entre les deux épaules.

Double pneumonie. Remarques.

Au n° 9 de la salle Sainte-Anne, est entrée une blanchisseuse atteinte de double pneumonie. Mardi soir elle a été prise de frisson et de fièvre; aujourd'hui la fièvre est intense; il existe de la toux accompagnée de crachats visqueux, jaunâtres; à cela s'ajoute de l'oppression, de l'anxiété et une soif vive. Hier on lui a pratiqué une saignée.

Ce matin elle présente les symptômes d'une double pneumonie à droite de la poitrine; au-dessous de l'omoplate il existe du souffle tubaire qui s'étend jusqu'à la racine du poumon; en bas, la respiration est crépitante; partout il y a matité, à gauche et en bas la respiration est également crépitante.

Nous avons donc à faire à une double pneumonie; une circonstance peu ordinaire et qui est révélée par l'ouverture des cadavres, c'est que dans les cas de ce genre, la phlegmasie thoracique n'existe pas au même degré des deux côtés, ainsi que cela est indiqué dans certains livres. Toujours, en effet, elle est plus avancée tantôt dans un poumon, tantôt dans l'autre. Ici la maladie est arrivée à l'infiltration puriforme que l'on appelle aussi hépatisation grise, tandis que de l'autre côté l'inflammation n'est arrivée qu'à l'hépatisation rouge. Une conséquence qui résulte de cette observation, c'est que les deux pneumonies ne se développent jamais simultanément: ordinairement, en effet, la seconde ne se déclare qu'alors que la première est déjà arrivée à l'hépatisation grise.

Dans la pneumonie double, les accidens sont plus graves que dans celle qui existe d'un seul côté, car une plus grande étendue des surfaces respiratoires se trouvant compromise, l'hématose n'en est que plus incomplète, et les suites de ce défaut de vivification du sang n'en sont que plus imminentes. On conçoit dès lors que les symptômes de réaction générale ainsi que les symptômes locaux doivent être plus graves, et c'est en effet ce qui s'observe.

Les saignées ont été portées assez loin chez cette malade, et nous en sommes arrivés au moment où il faut agir par les révulsifs appliqués sur la peau. Nous avons prescrit l'emploi d'un vésicatoire entre les deux épaules.

Si sous l'influence de ce nouveau moyen l'amélioration continue, ainsi que tout donne lieu de l'espérer, vous verrez le côté qui est le plus affecté s'amender le premier; mais dès que la maladie en sera au même point des deux côtés, les deux pneumonies disparaîtront simultanément.

Typhus sporadique.

Au n° 18 de la salle Notre-Dame, est entrée une femme qui dit être malade depuis trois semaines. L'invasion de la maladie a eu lieu à l'époque des règles, et celles-ci ne se sont pas montrées comme d'ordinaire. La fièvre ne l'a pas quittée depuis, ainsi que la diarhée, qui diminue cependant depuis quelques jours.

Aujourd'hui la fièvre est intense, le pouls fréquent, il y a de la stupeur et de la toux; du râle sibilant existe au sommet du poumon droit et à la base du poumon gauche c'est du râle muqueux qui s'observe. La pression, exercée sur l'abdomen, nous a permis de constater de la douleur à la fosse iliaque droite où il existe en même temps du gargouillement. Pas de tension du ventre ni de météorisme. La langue est lisse. L'épigastre légèrement douloureux, et sur la peau du ventre il existe quelques pétéchies qui pâlissent sous la pression pour bientôt reparaître; il existe en outre à l'abdomen une tache rouge de quatre à cinq lignes de diamètre.

Une saignée a été pratiquée, qui a fourni un sang légèrement couenneux. Aujourd'hui il n'est pas indiqué de revenir aux émissions sanguines et nous sommes réduits à faire de la médecine expectante, aucune autre médication active n'étant pas non plus indiquée. L'affection typhoïde n'est d'ailleurs pas assez grave jusqu'à présent pour ne point permettre d'espérer une issue favorable.

Je dois ici appeler votre attention sur l'existence de la couenne inflammatoire dans la fièvre typhoïde aussi bien que dans les affections inflammatoires simples; elle en constitue, en effet, l'un des phénomènes constans au début; mais dès que la maladie s'avance elle diminue graduellement d'épaisseur, et finit même par disparaître à mesure que la période adynamique se dessine davantage; ainsi chez notre malade, qui étant au quatorzième jour de la maladie est par conséquent arrivée à la période adynamique, époque d'ailleurs à laquelle apparaissent aussi les *sudamina*, le sang ne présenterait plus de couenne et s'offrirait sous forme d'un caillot brunâtre très diffluent. Rapprochez sous ce rapport les autres maladies inflammatoires du typhus, la péritonite je suppose, et vous observerez les mêmes phénomènes lorsque cette maladie sera à une période avancée: ceci s'applique également aux phlegmasies thoraciques dès qu'elles ont atteint la période adynamique et que les forces commencent à fléchir.

Nous considérons donc la couenne comme un indice de réaction, qui ne se montre pas dans l'état adynamique. En effet, dès que les forces se brisent, le cruor se dissout et ne présente plus ou presque plus de couenne; c'est-à-dire, d'une couche de fibrine dépourvue de matière colorante.

Hémorrhagie cérébrale, mort; examen du cadavre.

Un vieillard frappé d'apoplexie est entré à la salle Saint-Joseph, où il n'a pas tardé à succomber, après avoir présenté une hémiplégie siégeant à gauche. Ce symptôme donnait lieu de croire que l'épanchement sanguin devait avoir son siége dans l'axe de l'hémisphère droit. Voici les lésions anatomiques que l'on a rencontrées.

Les artères cérébrales présentent des plaques jaunes; plusieurs d'entre elles sont ossifiées; les cérébrales moyennes le sont entièrement. L'hémorrhagie a eu lieu à droite, et l'épanchement siége dans l'épaisseur des fibres du pédoncule correspondant; de là le foyer, qui offre les dimensions d'un gros œuf de poule, s'étend vers les circonvolutions profondes de la scissure de Sylvius. La caverne hémorrhagique communique avec le ventricule latéral droit qui est rempli de sang. Le *septum lucidum* est intact; la substance cérébrale est saine autour de l'épanchement qui s'est effectué en dehors de la couche optique et du corps strié, et ne présente pas de ramollissement. Le ventricule gauche est vide; le reste de l'encéphale n'a présenté rien d'anormal, si l'on en excepte une injection générale de ses vaisseaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 25 février.

La séance d'aujourd'hui a été extrêmement froide, elle a été occupée par des lectures peu intéressantes.

M. Dupuy continue la lecture de son mémoire relatif à des vues générales de médecine vétérinaire. Ce travail n'est pas susceptible d'analyse.

M. Hamel lit une quinzaine de rapports sur des remèdes secrets parfaitement insignifians.

M. Lecanu fait un rapport sur un prétendu nouveau corps dans des calculs rénaux. (Rien de neuf.)

M. Piedagnel lit une observation intitulée: Violence exercée sur un enfant pendant l'accouchement et ressentie par la mère. Il s'agit d'une jeune femme en travail depuis 24 heures, et dont l'enfant présentait le pelvis. M. Piedagnel, ayant été appelé par M. Cottereau, a senti au-devant des fesses de l'enfant une sorte de poche résistante qu'il a prise pour une seconde poche amniotique; les premières eaux s'étant écoulées depuis quelques heures, il a essayé de la percer avec ses ongles, mais en vain; cependant à chaque coup d'ongle qu'il imprimait à la tumeur, la femme accusait une vive douleur. Après plusieurs tentatives de cette nature, M. Piedagnel a cru reconnaître que la tumeur n'était autre que le scrotum œdématié de l'enfant; il a achevé l'accouchement en tirant l'enfant par les pieds, et l'on a constaté sur le scrotum les coups d'ongle dont il l'avait frappé dans la matrice.

L'auteur conclut que la violence exercée sur l'enfant était ressentie par la mère. Il présume qu'il doit exister entre la mère et le fœtus d'autres moyens de communication que ceux qu'on enseigne communément; il ne serait pas éloigné d'admettre une communication nerveuse.

— Un médecin allemand lit une notice sur un nouveau cornet acoustique dont il a présenté la figure. (Commission.)

— *M. Bouvier* présente le bassin d'une vieille femme morte à la Salpêtrière offrant une petite hernie obturatrice laquelle avait été inaperçue durant la vie. Elle est entrée à l'infirmerie dans un état voisin de la mort; elle ne vomissait point, mais son ventre était ballonné et constipé. La tumeur offrait le volume et la forme d'un doigt.

— M. Leroy d'Etiolles présente à l'Académie des instrumens dont il s'est servi avec avantage pour extraire de leurs cellules des pierres enchâtonnées dans la vessie. Le mécanisme de ces instrumens est celui de la curette articulée, imaginée par M. Leroy d'Etiolles pour l'extraction des pierres et des fragmens engagés dans l'urètre, des corps étrangers introduits dans l'oreille, etc., curette généralement employée aujourd'hui.

Pour déchâtonner un calcul, il faut que la petite plaque mobile qui termine le tube aplati soit engagée entre la pierre et le bord de la cellule; puis la vis placée à l'extrémité externe, poussant la tige contenue dans le tube, courbe la plaque articulée en lui faisant former un angle droit avec le corps de l'instrument. La pierre, soulevée par ce mouvement, est chassée de la petite cavité qui la retient. Cette manœuvre demande sans doute de la précaution, de la finesse de tact et de l'habitude; mais elle est exécutable, et, pour preuve, M. Leroy cite deux faits récens; le dernier date de quelques semaines. Le malade qui l'a fourni est de Dreux; il avait été lithotritié par un autre chirurgien qui crut l'avoir guéri; pourtant il était resté un fragment de pierre qui s'était engagé dans une cellule. M. Leroy d'Etiolles, après avoir essayé de la déloger, fit la taille hypogastrique, en présence de MM. Laugier, Pasquier, etc. Après dix-huit mois, la pierre s'est reproduite et s'est trouvée fixée dans le même point. Cette fois, au moyen de la curette articulée, elle a pu être déchatonnée, broyée avec le lithotribe à cuiller et extraite.

M. Leroy d'Etiolles pense que la lithotritie doit favoriser l'enchatonnement des calculs, attendu que le morcellement de la pierre a lieu lorsqu'une cause d'excitation, agissant depuis longtemps, a produit le développement inégal des fibres musculaires, leur réunion en faisceaux ou en colonnes saillantes et la disposition à la formation des cellules; mais en fournissant cet argument aux adversaires du broiement, M. Leroy d'Etiolles indique le moyen d'en atténuer les conséquences.

Laryngo-pneumonite chronique traitée par le muriate de soude (méthode de M. Amédée Latour); par M. MENESTREL, D.-M.-P., aide-major au 37e de ligne.

Cordon (Nicolas), grenadier au 9e de ligne, enfant naturel élevé à l'hospice d'Angoulême, âgé de vingt-six ans, assez bien constitué, tempérament bilieux, taille ordinaire, embonpoin médiocre, conformation bonne; il travaillait chez un teinturier où il était occupé à battre la laine avant son entrée au service qu'il effectua à l'âge de dix-huit ans, en qualité d'engagé volontaire.

En 1833, à Orléans, après des excès habituels de boissons alcooliques, il fut pris d'un point de côté très douloureux et d'un rhume violent. Traité à l'hôpital de cette ville par des applications de sangsues sur le point pleurétique et un régime antiphlogistique, il guérit facilement, dans l'espace de onze jours, de cette dernière affection; mais son rhume résista aux moyens employés, et ne fit que s'accroître après sa sortie de l'hôpital.

En 1836, il entra à l'hôpital de Rochefort, atteint d'une fièvre intermittente qui céda à l'emploi du sulfate de quinine. On ne lui prescrivit que des loochs et des potions de gomme pour combattre son rhume, mais il ne s'améliora pas.

Atteint de nouveau, en 1837, de fièvre intermittente, il fut obligé de retourner à l'hôpital de Rochefort; la fièvre guérit en peu de temps, comme la première fois, mais son rhume resta encore dans le même état.

Enfin son régiment vint tenir garnison à Paris.

Le 25 avril 1839, Cordon entra au Val-de-Grâce; à cette époque l'affection pulmonaire qui le tourmentait avait fait de graves progrès et menaçait sérieusement son existence. On le soumit à un traitement antiphlogistique, on lui pratiqua une saignée, on lui mit des ventouses sur le côté, puis enfin un vésicatoire à droite sur la partie antérieure du thorax, et on lui prescrivit des boissons émollientes.

Il obtint peu de soulagement; on le dirigea alors sur l'établissement thermal de Bourbonne pour y faire usage des eaux.

Le trajet de Paris à cette ville le fit tellement souffrir qu'il fut obligé de s'arrêter à l'hôpital de Bar-sur-Aube; il se soutenait à peine et ne pouvait plus respirer. Après quatre jours de repos il se remit en route et arriva à Bourbonne le 3 juin.

Etat du malade:

Face pâle, teint jaunâtre, traits contractés exprimant l'inquiétude; yeux enfoncés, cernés, assez brillans; amaigrissement général, saillie des os; chairs déprimés, flasques; mouvemens assez faciles; marche pénible, suivie aussitôt de fatigue; voix très fortement altérée (cette altération de la voix, qui date de près de neuf mois, s'est opérée graduellement; aujourd'hui elle est très prononcée); enrouement des plus caractérisés; très légère crépitation des cartilages du larynx.

Auscultation. Sonoréité prononcée à la partie antérieure du poumon gauche; matité évidente à la partie antérieure, moyenne et inférieure du poumon droit. Râles sibilant et sonore grave à la partie antérieure du poumon gauche; la respiration se fait à la partie postérieure. Râle muqueux à la partie antérieure et supérieure du poumon droit; la respiration ne se fait plus à la partie inférieure, on y entend un râle sonore qui indique la dilatation des bronches. Retentissement anormal de la voix supérieurement à la partie postérieure du poumon droit. Crachats muqueux, épais, adhérens aux vases, rendus surtout le matin; pouls petit, peu développé, accéléré (85 pulsations). Les organes de la digestion sont sains. Depuis une heure jusqu'à quatre heures et demie du matin, il est couvert d'une sueur abondante.

Prescription. Muriate de soude, 4 grammes; on lui recommande de bien saler ses alimens.

Cette prescription est continuée jusqu'au 10 juillet. Alors l'expectoration est beaucoup plus facile; les crachats sont muqueux, très sales, mais moins adhérens; les urines sont plus abondantes.

Auscultation du 11 juillet. La partie antérieure du poumon gauche présente un peu de souffle bronchique. On perçoit quelques traces de râle muqueux disséminé dans les deux poumons antérieurement; la respiration s'y fait bien. On entend du souffle bronchique assez prononcé à la partie postérieure des poumons; mais la respiration normale existe dans la plus grande partie de ces organes.

La dose du muriate de soude est portée à 6 grammes.

Auscultation du 14 août. On perçoit un peu de râle sonore et de souffle bronchique à la partie supérieure et postérieure du poumon gauche, et quelques traces de râle muqueux à la partie supérieure de ce même poumon; du reste, la respiration se fait bien.

Ce militaire a recouvré ses forces et pris de l'embonpoint; toutes ses fonctions s'opèrent comme à l'état normal; il peut facilement faire la route à pied: il va donc rejoindre son régiment.

Il sort le 15 août 1839.

Menace d'asphyxie par écume bronchique. Efficacité de la saignée. Guérison.

Dans notre numéro du 18 février, nous avons rapporté une observation d'asphyxie par écume bronchique, avantageusement combattue par la saignée générale. Voici un autre cas du même genre qui a été communiqué à la Gaz. des méd. prat. par le docteur Boussat, médecin à Castillonez (Lot-et-Garonne.)

Le nommé Coussaud, cultivateur, âgé de cinquante-deux ans, tempérament nerveux, maigre, robuste et bien portant, ne faisant jamais d'excès, fut pris, à la suite d'une contrariété, dans la nuit du 21 mai 1838, des accidens suivans:

Grands efforts d'expulsion pour débarrasser les bronches d'une quantité effrayante d'écume semblable à celle qui sort des poumons du veau quand on les fait bouillir. Le docteur Boussat fit placer le malade dans son lit. (Pour mieux respirer il s'était mis sur une chaise.) La percussion de la poitrine donnait une sonoréité normale dans tous les points. A l'auscultation, on découvre un râle muqueux à grosses bulles et du gargouillement pendant l'inspiration et l'expiration. Battemens du cœur à peine perceptibles à l'oreille, masqués qu'ils sont par le bouillonnement de la poitrine. Pouls régulier, mais très fréquent (120 à 125 par minute). Obstacle à la circulation veineuse; veines périphériques développées; peau froide et violacée, surtout à la face. La stase du sang veineux et le refroidissement avaient cela de particulier, qu'ils étaient plus marqués à gauche qu'à droite. Peau recouverte d'une sueur froide et abondante. Il y a orthopnée, efforts continuels pour chasser des quantités énormes d'une écume épaisse et blanche qui obstrue les bronches; yeux vitrés, absence de parole; intelligence, mouvement et sentiment à l'état d'inté-

grité. Danger imminent. Large saignée. Ce n'est qu'avec difficulté que le médecin parvient à obtenir un demi-kilogramme de sang ; car il se coagulait à l'ouverture de la veine, et l'on était obligé d'extraire le caillot avec une épingle. Au bout d'une demi-heure, le sang reprit son cours et la respiration devint un peu plus facile. Frictions sèches sur les jambes et les cuisses ; sinapismes aux extrémités ; de temps en temps, une cuillerée de la potion suivante :

Eau de laitue,	96 gramm.	(3 onc.)
Teinture éthérée de digitale,	1 gramm.	(18 gr.)
Sirop de pointes d'asperges,	32 gramm.	(1 onc.)

Peu à peu les accidens se dissipèrent, et trois jours après, le 24 mai, le malade était bien et put sortir.

Le 6 février de l'année suivante, le malade présenta les mêmes symptômes ; le même traitement fut mis en usage et le malade guérit. M. L.

Sur la transformation du calomel en sublimé corrosif ;

Par M. Mialhe, pharmatien en chef de l'hôpital St-Antoine.

La note suivante est le précis de quelques expériences que j'ai faites sur la transformation du calomel en sublimé corrosif : expériences que je suis forcé de suspendre momentanément.

Le point de départ de mes recherches est le fait suivant, rapporté par Vogel :

Un médecin ayant prescrit à un malade douze paquets contenant chacun cinq grains de sel ammoniac, cinq grains de sucre et un grain et demi de calomel, et l'enfant étant mort après avoir pris plusieurs de ces poudres, le pharmacien fut accusé d'avoir commis une erreur dans l'exécution de l'ordonnance. Par bonheur pour notre collègue, l'accusation qui pesait sur lui fut de courte durée, Peten Koffer n'ayant pas tardé à démontrer qu'en présence du sel ammonial et de l'eau, le calomel se change, en partie, en sublimé corrosif.

Ce fait, que j'ai rapporté dans une thèse d'agrégation, après en avoir constaté l'exactitude, m'a toujours paru fort remarquable et tout-à-fait digne de fixer l'attention des médecins et des physiologistes. Il n'en serait point ainsi si l'assertion de l'un des chimistes les plus distingués de notre école était fondée. Ce professeur affirme s'être assuré par la voie de l'expérimentation, que la transformation chimique du proto-chlorure de mercure en deuto-chlorure n'a pas lieu dans les circonstances relatées par le chimiste allemand. Je ne chercherai point à démontrer quelle a pu être la source de l'erreur dans laquelle me semble être tombé notre savant collègue ; je me contenterai pour le moment de publier ici les conclusions qui découlent de mes expériences.

1° Le proto-chlorure de mercure, en présence du chlorhydrate d'ammoniaque, ou des chlorures de sodium et de potassium, et de l'eau distillée pure, se transforme en partie en deuto-chlorure de mercure et en mercure métallique. Cette transformation a lieu à la température du corps humain, et même à la température ordinaire, et ne demande que quelques instans de contact pour être effectuée. Il suffit, par exemple, pour se convaincre de cette vérité, de laisser séjourner du calomel quelques minutes dans la bouche : une saveur mercurielle assez intense ne tarde pas à se faire sentir. Cette saveur est le fruit de la réaction mutuelle des chlorures mercureux et des chlorures alcalins contenus dans la salive.

2° C'est à la transformation du calomel en sublimé corrosif et en mercure métallique, sous l'influence des sels marin et ammoniac, que l'on sait exister dans les liquides du tube digestif, qu'il faut attribuer le phénomène pathologique de la salivation mercurielle lors de l'ingestion du calomel. Ce qui prouve qu'il en est réellement ainsi, c'est qu'il est d'observation clinique que lorsque le proto-chlorure de mercure ne purge pas, mais qu'il est long-temps toléré par les voies digestives, il existe en ce cas une excrétion anormale des glandes salivaires, et cela parce qu'une plus grande quantité de sublimé prend alors naissance. Le même phénomène arrive aussi lorsque l'on continue long-temps l'usage du proto-chlorure de mercure, et par la même cause.

3° Comme il ne peut jamais se former qu'une quantité de sublimé correspondant à la quantité de chlorures alcalins que renferment nos viscères, les grands mangeurs de sel de cuisine, toutes choses étant égales d'ailleurs, doivent être plus sujets à saliver sous l'influence d'une médication *calomélique*.

4° Les propriétés antisyphilitiques du calomel lui sont probablement communiquées, en tout ou en partie, par le sublimé et le mercure, auxquels sa décomposition chimique donne naissance. Il en est sans doute de même de ses vertus anthelmintiques : c'est en produisant l'empoisonnement des ascarides par les deux agens précités, que le chlorure mercureux nous débarrasse de ces hôtes importuns.

5° Tout ce qui vient d'être dit sur l'action médicale du calomel peut être appliqué au proto-iodure de mercure, lequel, dans les mêmes circonstances, se transforme en deuto-iodure.

(*Hygie.*)

Concours pour la chaire de pathologie interne. Nomination.

Aujourd'hui, 26 février, à cinq heures, M. Duméril, président du concours, accompagné des autres juges, est entré dans l'amphithéâtre de l'Ecole et a proclamé professeur M. Piorry.

Des applaudissemens assez nombreux et quelques sifflets ont accueilli cette nomination.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 29 FEVRIER 1840. (13e ANNÉE.) N° 26, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Saignée du bras; lésion d'un filet nerveux; emploi de la potasse caustique; guérison.

Une femme-de-chambre, âgée de trente-quatre ans, est entrée à la clinique pour des accidens survenus au bras droit à la suite d'une saignée pratiquée un mois avant. Ayant eu autrefois une sciatique, elle compare les douleurs qui ont accompagné cette affection à celles qu'elle ressent actuellement dans le bras malade.

Au moment de la saignée, elle ressentit une douleur vive qui a toujours continué depuis; cette douleur n'a pas tardé à se propager inférieurement le long du bras, et a fini par envahir le pouce, l'indicateur et le bord radial du médius; en haut, elle s'est étendue jusqu'à l'aisselle et même au côté externe de la mamelle droite. Cette douleur était continue, accompagnée par moment d'élancemens; dans la nuit qui a suivi la saignée à cette douleur est venu se joindre un engourdissement et des fourmillemens dans les doigts indiqués, que la malade compare à celui que l'on ressent au moment du réveil, quand pendant le sommeil le bras s'est trouvé dans une position gênée et qu'il a été comprimé par le poids du tronc. Cet engourdissement a été porté assez loin pour interdire les mouvemens du membre.

Ces phénomènes ont persisté depuis, et bientôt se sont accompagnés d'un gonflement du membre sans caractères inflammatoires, si l'on en excepte la douleur, résultat immédiat de la blessure du nerf: pas de rougeur, pas de chaleur; au contraire, aussitôt que le bras se trouve exposé à l'action de l'air, la malade ressent un froid glacial dans tout le membre. D'autre part, la chaleur du lit détermine une cuisson insupportable qui donne lieu à de l'agitation et à l'insomnie.

Une circonstance remarquable, c'est qu'à la main il n'y a que les trois doigts qui étaient engourdis qui se sont gonflés; les deux autres ont conservé leur volume normal.

Pendant le temps qui a précédé l'entrée de la malade à la clinique, on s'est borné à l'emploi des frictions faites avec le baume tranquille et le laudanum.

Au moment de son entrée, elle présente tous les symptômes précédemment indiqués. Au gonflement du membre s'ajoutait de la raideur dans toutes les articulations et l'impossibilité d'exécuter le moindre mouvement volontaire. Les mouvemens passifs entraînent une douleur excessivement vive. La saignée a été pratiquée sur la veine médiane céphalique; la piqûre est toujours restée béante depuis, et laisse suinter un peu de pus. La moindre pression sur ce point réveille une douleur très vive. Il y a insomnie, occasionnée surtout par le sentiment de cuisson que détermine la chaleur du lit et le froid glacial que la malade ressent dans le bras lorsqu'elle l'expose à l'air pour calmer la chaleur vive communiquée par les couvertures.

Un grain de potasse caustique est appliqué dans la piqûre même de la veine, qui détermine pendant quatre ou cinq heures une vive souffrance.

Cette souffrance ne se calme qu'au bout de trois jours; mais alors elle est encore assez vive pour déterminer les plaintes de la malade. Toutefois, les douleurs des bras et des doigts sont moindres, ainsi que les fourmillemens de ces derniers, qui ne se font plus sentir que dans les secousses imprimées au membre. La diminution du gonflement est à peine sensible; mais la chaleur du lit est toujours insupportable, et la sensibilité du membre au froid subsiste comme par le passé.

Au dixième jour de l'application du caustique, l'eschare n'est pas encore tombée. La pesanteur du membre est moindre; les douleurs sont allégées; de légers mouvemens de flexion au coude peuvent être exécutés sans donner lieu à beaucoup de douleur; elle peut également porter un peu son bras en arrière.

Amélioration progressive jusqu'au dix-huitième jour; l'eschare tombe ce même jour.

Au vingt-troisième jour, encore quelques fourmillemens; plus d'exaltation de la sensibilité sous l'influence du froid et de la chaleur; les mouvemens sont à peu près libres.

— Avant de passer à quelques réflexions sur le mode de traitement employé dans ce cas, nous croyons devoir le rapprocher du suivant, que nous avons recueilli dernièrement dans le service de M. Malgaigne à la Charité.

Saignée du bras; lésion d'une des ramifications du nerf musculo-cutané. (Hôpital de la Charité. — M. Malgaigne.)

Au n° 18 de la salle Sainte-Rose est entrée, le 3 octobre dernier, la nommée Duriez (Sophie), âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution éminemment lymphatique, couturière. Chez cette femme, qui a d'ailleurs été soumise à l'opération de la phlébotomie un grand nombre de fois (quatorze ou quinze fois) sans que l'on ait jamais vu survenir le moindre accident, une saignée a été pratiquée pour la dernière fois, il y a trois semaines, sur la veine médiane céphalique qui est convenablement développée et qui occupe sa situation ordinaire. La malade assure avoir ressenti sur-le-champ une douleur vive et insolite, mais entièrement locale, et ne s'irradiant ni vers la main ni vers l'épaule. Au lieu de cette douleur ne tarda pas à survenir du gonflement, qui envahit bientôt le tiers supérieur et externe de l'avant-bras; ce gonflement portait d'ailleurs les caractères de l'inflammation, c'est-à-dire qu'il s'accompagnait de chaleur et d'une légère rougeur à la peau.

Les jours suivans, la main et les doigts se gonflèrent; mais ce n'était là qu'un état œdémateux qui paraissait causé par une gêne de la circulation, occasionnée soit par l'immobilité absolue du bras, soit par la position déclive qu'occupait la main par rapport au reste du membre lorsque la malade était debout, le bras en écharpe, mais fléchi à angle très obtus, la douleur et le gonflement empêchant de le fléchir davantage; soit encore qu'étant dans son lit, le bras ne fût pas convenablement soulevé par des oreillers, de manière à favoriser la circulation veineuse de la main vers l'aisselle.

Quoi qu'il en soit, la douleur persista les jours suivans, et avait pour caractères d'être lourde, contuse, s'accompagnant parfois pendant la nuit d'élancemens et d'exacerbations au point d'occasionner l'insomnie. Enfin, toute sorte de travail était interdit à la malade.

Au moment de son entrée à la salle Sainte-Rose, le bras est dans la flexion à angle très obtus, entre la pronation et la supination; il ne peut être porté dans l'extension complète, et les essais pratiqués dans ce but sont suivis de vives douleurs. Même gonflement, soit de l'avant-bras à son tiers supérieur et externe, soit de la main, conservant dans un endroit comme dans l'autre les mêmes caractères d'autrefois. Le moindre mouvement est accompagné de douleurs; mais, indépendamment de cela, des douleurs s'y font sentir de temps en temps dans les mêmes endroits, qui, comme par le passé, sont sujettes à des exacerbations nocturnes. Au niveau de la veine médiane céphalique, vers son milieu environ, on remarque la cicatrice encore violacée de la dernière saignée, qui est complètement fermée. Le siége de la piqûre fait présumer que c'est un des rameaux du nerf musculo-cutané qui a été lésé. Du reste, l'insomnie incomplète à part, toutes les fonctions s'accomplissent parfaitement.

Avant d'en venir à une opération sanglante, M. Malgaigne a pensé qu'il fallait tenter de dissiper la douleur existante par l'emploi d'autres moyens. Ainsi, un vésicatoire de la largeur d'une pièce de cent sous a été appliqué sur le trajet du nerf musculo-cutané, au-dessus du point où il a été lésé, dans l'une de ses ramifications, au moment de la saignée. Ce vésicatoire a été pansé tous les soirs avec un demi-grain d'acétate de morphine.

Sous l'influence de ces deux agens, l'amélioration a été très rapide; au bout de huit jours, la douleur ainsi que la raideur et le gonflement du membre avaient tout à fait cessé, et les mouvemens de celui-ci étaient revenus comme avant l'accident.

— Depuis la saignée blanche jusqu'à la phlébite, quelle série graduée d'accidens entoure une opération généralement si simple que la saignée, sans même tenir compte des difficultés qui l'accompagnent quelquefois chez les personnes replètes et à petites veines. Mais parmi ces accidens il en est quelques-uns qu'il est aussi difficile de prévoir que d'expliquer. Nous nous souvenons avoir vu la phlébite régner une année, en hiver, d'une manière épidémique parmi les femmes de la salle Saint-Augustin, à la Pitié, service de M. Lisfranc. Un des accidens de la saignée, qui à coup sûr peut plus facilement être prévu qu'évité par le chirurgien, c'est la blessure des filets nerveux: trop tard averti par le cri du malade, il ne peut plus songer qu'à réparer le mal qu'il a innocemment commis. Pour atteindre ce but, il peut disposer de plusieurs moyens qui tous ont pour objet l'un des résultats suivans: 1° la section complète; 2° la destruction partielle du nerf blessé; 3° la modification de sa vitalité. Le premier résultat est atteint par le bistouri; le second par celui-ci ou par la potasse caustique ou tout autre escharotique capable de produire une eschare gangreneuse qui comprend dans sa destruction le nerf lésé. Le troisième peut être atteint par les vésicatoires, que l'on combine, au besoin, aux pansemens avec les sels de morphine.

Le premier procédé (section du nerf lésé), est très infidèle dans ses résultats. M. Jobert a dernièrement pratiqué à l'hôpital Saint-Louis la section d'un filet nerveux appartenant au nerf musculo-cutané qui avait été lésé à la suite d'une saignée du bras pratiquée en ville. Le soulagement procuré par cette opération n'a duré que quelques jours, puis la douleur a reparu. (*V.* le n° du 19 janvier.) Nous pourrions, au besoin, multiplier les faits de ce genre.

Le second procédé (section combinée à l'excision), pré-

FEUILLETON.

OEUVRES COMPLÈTES D'AMBROISE PARÉ,

Revues et collationnées sur toutes les éditions, avec les variantes; ornées de 217 planches et du portrait de l'auteur; accompagnées de notes historiques et critiques et précédées d'une introduction sur l'origine et les progrès de la chirurgie; par M. Malgaigne.

Magnifique édition, grand in-8°. — Quatre gros volumes. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Les différentes éditions des œuvres du père de la chirurgie française, dont le nombre s'élève à une trentaine, vingt-deux en français, étaient tellement épuisées de nos jours qu'on n'en trouvait plus d'exemplaires chez les libraires. Pour consulter les faits immortels de ce grand homme on était donc obligé d'avoir recours aux bibliothèques publiques ou à quelque mauvais exemplaire enfoui chez les bouquinistes, maltraité par le temps et plein de fautes d'impression.

MM. Malgaigne et Baillière ont donc eu une excellente idée de faire renaître en quelque sorte avec une nouvelle vigueur de jeunesse les écrits du premier chirurgien du seizième siècle, et de les mettre à la portée de tous les médecins et de tous les yeux, car on sait que les caractères des éditions existantes étaient extrêmement fatigans à lire.

M. Malgaigne a compulsé toutes les éditions pour rendre aussi parfaite que possible celle qu'il publie aujourd'hui. « J'ai pris soin, dit-il, de collationner toutes éditions, de reprendre dans les unes ce qui manquait aux autres, et de donner ainsi un texte bien plus complet qu'on ne saurait le trouver nulle part.

M. Malgaigne ouvre le premier livre de Paré par une introduction de 350 pages. Dans cette introduction il expose l'origine et les progrès de la chirurgie en Occident depuis le sixième jusqu'au seizième siècle et la biographie de Paré. Ce travail arrive d'autant plus à propos qu'on commence à comprendre de nos jours que la science entière n'est pas dans le livre ou l'amphithéâtre de M. un tel ou tel, mais bien dans les travaux des meilleurs observateurs de tous les temps, de toutes les nations. « On a compris, dit M. Malgaigne, combien il était périlleux de se renfermer dans les étroites limites d'une seule école et d'une seule époque, et la nécessité de rallier, de faire concourir vers le but commun les travaux de tous les pays et de tous les siècles, en un mot, d'éclairer la route du passé pour mieux assurer celle de l'avenir. »

Dans un premier paragraphe, M. Malgaigne expose brièvement l'état de la chirurgie en Occident du sixième au onzième siècle. On trouve à peine des documens importans dans une si longue période de barbarie et d'ignorance; les prêtres et les moines étaient alors les dominateurs généraux comme on sait, et l'on ne possédait d'autres monumens de l'art que quelques manuscrits à la portée d'un petit nombre. La science et l'art étaient par conséquent dans une enfance continuelle.

L'école de Salerne paraît au onzième siècle: c'est le sujet d'un second paragraphe. Une réforme heureuse commence par cette école; les ouvrages des Arabes sont traduits et enseignés, des travaux originaux surgissent. Une longue discussion occupe ici M. Malgaigne sur l'ouvrage de Trotula, célèbre sage-femme de Salerne, relatif aux maladies des femmes. (*De mulierum passionibus, ante, in, et post partum.*)

Le troisième paragraphe comprend le douzième siècle. Gérard de Crémone paraît alors et fonde en Lombardie un centre de sciences médico-chirurgicales d'après ses propres traductions des livres arabes; la nouvelle école de Bologne peut y puiser à pleines mains, et Salerne, à l'autre extrémité de l'Italie, commença à soutenir avec peine cette redoutable rivalité.

Au treizième siècle les universités sont fondées, la science acquiert une forme plus imposante et des grades sont établis. « La plupart des grandes universités, dit l'auteur, datent du treizième siècle. En Italie, nous voyons successivement s'élever celles de Bologne, de Padoue, de Naples, de Plaisance, à part les simples écoles de Modène, Ferrare, Parme, Reggio, Milan, Pavie; en France, on comptait surtout celles de Paris, de Montpellier, de Toulouse; en Espagne, celles de Valence et de Tortose.

Il ne faut pas, du reste, s'imaginer que ces universités s'élevaient comme par enchantement, au gré des désirs des papes et des souverains; presque partout il y avait des écoles préexistantes, mais non régularisées, et que l'Eglise enrôlait enfin à son profit. Ainsi, Riolan a cité un vieux registre où il est fait mention d'un legs fait au corps des médecins de Paris en 1090, et en 1209 Rigord semble parler nettement d'une Faculté de médecine dans la même ville. Dès la seconde moitié du douzième siècle, il y avait aussi un enseignement à Montpellier; quelques maîtres s'en étaient même arrogé le monopole; en sorte qu'en 1180 Guillaume, seigneur de Montpellier, abolit cet abus, et donna la liberté d'enseigner la médecine à tous ceux qui en seraient capables, *quels que fussent leur qualité et leur pays.* Montpellier ne commença à conférer des degrés en médecine qu'à partir de 1220, Salerne en 1237, Paris en 1270. »

D'après les recherches de M. Malgaigne, l'étude de la chirurgie en France ne commence que vers les dernières années du

sente plus de sécurité ; mais il ne rassure pas encore contre les craintes d'une récidive.

M. Bérard a vu revenir une névralgie sus-orbitaire chez une femme à qui il avait excisé quatre lignes de nerf affecté. Swan a constaté sur un cheval la réunion des deux bouts d'un nerf dont il avait emporté la longueur d'un pouce. Boyer a préconisé, en conséquence, la cautérisation; opération qu'il ne faudrait appliquer qu'après la section préalable et sur le bout inférieur du nerf ; encore n'est-on nullement assuré contre les récidives.

Après avoir long-temps songé au moyen de les prévenir, je me suis demandé si l'on ne réussirait pas mieux en disséquant la portion inférieure du nerf divisé, ou même les deux bouts, au besoin, et en les repliant chacun de son côté dans les chairs, de manière à leur faire former une sorte d'anse, et opposer les névrilèmes comme un obstacle à la transmission de l'agent nerveux, même après la réunion de la plaie. Peut-être encore pourrait-on détacher un petit lambeau des chairs saignantes et l'interposer entre les deux bouts du nerf pour mieux empêcher sa réunion. Dans tous les cas il faut d'abord songer à mettre les troncs nerveux à découvert par les procédés ordinaires. (Malgaigne, *Manuel de Méd. opér.*, 3e édit., p. 165-166.) Nous ne sachons pas que les modifications proposées par M. Malgaigne aient encore reçu leur exécution, et par conséquent nous nous abstiendrons de les juger, quoiqu'elles nous paraissent très rationnelles.

Le procédé par la potasse expose à des douleurs vives et de longue durée ; ses bienfaits sont sinon incertains, au moins très tardifs, ainsi que l'observation de M. Roux le démontre.

Quant à la dernière méthode, par les vésicatoires combinés ou non aux pansemens pratiqués avec les sels de morphine, s'il n'est pas toujours permis d'en espérer de bons résultats, il est certain au moins qu'elle n'expose pas aux inconvéniens d'une opération douloureuse pratiquée en pure perte ; d'ailleurs le succès est très prompt dans quelques cas, comme il l'a été dans celui de M. Malgaigne, et il nous semble que, eu égard à son innocuité et aux chances de succès qu'elle réunit en sa faveur, c'est toujours par elle qu'il convient de commencer, quitte à l'abandonner ensuite soit pour l'un des procédés conseillés par M. Malgaigne, soit pour la potasse, ainsi que M. Roux l'a fait, ce qui paraît être préférable chez les personnes pusillanimes qui craignent l'instrument tranchant.

K.....

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. Cloquet.

Opération de lithotritie faite avec succès sur une femme de soixante-quinze ans ; par MM. J. Cloquet et Leroy d'Etiolles ; observation recueillie par M. Fauraytier.

Le 8 janvier est entrée à l'hôpital de l'École, dans le service de M. Cloquet, une femme nommée Louwet, âgée de soixante-quinze ans, demeurant à Louvain. Il y a environ vingt mois, cette malade éprouva dans la vessie des douleurs dont elle ne connaissait point la cause : une fois elle urina une petite quantité de sang dont l'écoulement amena un soulagement de vingt-quatre heures seulement. Peu de jours après, une seconde hématurie se manifesta, et fut arrêtée par quelques pilules administrées à l'intérieur. Cette femme a eu cinq enfans ; elle assure qu'aucun d'eux, pas plus qu'aucun de ses ancêtres, n'a jamais ressenti les symptômes d'affection calculeuse. Comme elle ne voyait ni relâche, ni terme à ses souffrances, elle se décida à se laisser sonder par M. Lantenois. Ce médecin constata la présence d'un calcul dans la vessie, et adressa sa malade à M. Leroy d'Etiolles, qui la plaça dans le service de M. Cloquet, avec l'agrément de ce professeur. La sonde exploratrice d'homme à courbure courte et brusque dont M. Leroy fait habituellement usage pour les femmes, fit reconnaître les circonstances suivantes : le calcul, mesuré d'avant en arrière, présenta une forme aplatie et une longueur de 17 lignes ; le son qu'il rendait par la percussion était sec, clair, et indiquait une dureté très grande ; sa mobilité était extrême, et au moindre choc il passait avec facilité d'un côté à l'autre de la vessie, au point de faire croire au premier abord à l'existence de deux pierres. Sans qu'il y eût cystocèle vaginal, la vessie formait du côté du vagin une dépression assez profonde qui, dans l'opération, obligea presque constamment à porter en bas l'extrémité des branches du lithotribe pour saisir le calcul et ses débris.

De plus, elle était très flasque et très ample ; pourtant elle se vidait entièrement. Sa sensibilité était peu développée. Les urines étaient muqueuses et catarrhales. Quant à la santé générale, elle était très satisfaisante, eu égard à l'âge avancé de la malade. Bien que la pierre fût dure et volumineuse, et qu'elle annonçât devoir présenter des difficultés à l'écrasement, néanmoins, on préféra ce mode de traitement à la taille, à cause des conditions favorables que, d'un autre côté, la vessie, par son ampleur et son peu de sensibilité, offrait à la lithotritie. Celle-ci fut faite alternativement par MM. J. Cloquet et Leroy d'Etiolles. La première séance eut lieu le 11 février, et les suivantes de semaine en semaine. Six suffirent pour débarrasser entièrement la malade. Dans la première application des instrumens, il fallut, pour rompre la pierre, employer la percussion : elle fut faite avec le compresseur percuteur de M. Leroy d'Etiolles, espèce de marteau à détente qui agit sans point fixe et donne des chocs égaux et toujours calculés. Il fallut 60 coups avant que la pierre fût mise en morceaux. Plusieurs des plus gros fragmens durent être rompus de la même manière. L'opération dura six minutes environ. La malade ne témoigna presque pas de douleur ; il ne s'écoula point de sang, et des fragmens en assez grand nombre furent expulsés avec les urines dès la première journée. Il n'y eut point de fièvre pendant les jours qui suivirent.

Dans la deuxième séance, qui eut lieu au bout de quatre jours, il fallut encore avoir recours à la percussion pour rompre plusieurs des fragmens sentis. Afin de montrer aux élèves présens à l'opération les divers modes de percussion, l'opérateur se servit, pour maintenir l'instrument, du pignon constricteur qui fit ainsi l'usage d'étau à main, pendant que l'on frappait avec un marteau ordinaire. Le pignon employé fréquemment de la sorte par M. Leroy peut remplacer les étaux à main de MM. Heurteloup, Amussat, etc. ; l'opérateur y trouve même l'avantage de tenir lui-même l'instrument au centre ou réservoir, de pouvoir l'abandonner à temps si le malade venait à faire un mouvement brusque qui produirait peut-être une lésion du col de la vessie, et enfin de modérer, au moyen de l'engrenage du pignon, la violence des coups de marteau, qui ne sont pas toujours administrés par une main habile et exercée.

Dans les autres séances, l'écrasement fut fait par le seule pression du pignon sur l'engrenage de la branche mobile. Dans la dernière, trois petits fragmens de pierre seulement furent rencontrés, et il fut possible d'en faire l'extraction sans les triturer. La malade est sortie de l'hôpital, complètement guérie le 17 février, c'est-à-dire un mois et neuf jours après son entrée.

Les débris de la pierre, qui furent soigneusement recueillis et conservés, formaient une masse assez considérable ; leur aspect montra que la concrétion était composée d'acide urique à couches concentriques très dures. Plusieurs d'entre eux provenant du centre ou de la circonférence, indiquaient manifestement la forme aplatie du calcul, ainsi que le diagnostic l'avait établi.

Je terminerai cette observation par quelques considérations générales qui s'y rattachent et que j'ai puisées dans les leçons que M. Leroy d'Etiolles vient de faire sur la lithotritie à l'Ecole pratique.

Les femmes sont en général dans des conditions favorables à l'opération du broiement à cause du peu de longueur de l'urètre, de sa dilatabilité, qui permet l'issue de fragmens très volumineux et surtout à cause de l'absence de la prostate, dont l'engorgement et les nombreuses variétés de configuration apportent tant de difficultés chez l'homme.

La possibilité d'introduire le doigt dans le vagin, de sentir le calcul et de favoriser son engagement entre les branches du brise-pierre, sont autant de ressources qui ajoutent encore aux chances de succès que présente la lithotritie appliquée à la femme. Au premier abord il semblerait indifférent chez la femme de faire usage d'instrumens droits ou d'instrumens courbes vu l'absence de courbure de l'urètre et le peu de profondeur du bas-fond de la vessie ; toutefois les instrumens courbes sont encore ici préférables, attendu que presque toujours le calcul est situé dans les parties latérales du réservoir et rejeté à droite et à gauche dans le soulèvement de l'utérus. C'est pour cela aussi que la sonde d'homme vaut mieux pour faire le cathétérisme explorateur sur la femme.

Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, le catarrhe de la vessie, qui existait à un haut degré, a diminué dès la deuxième séance ; et avant même que la poche urinaire fût complètement débarrassée des dernières parcelles du détritus, il avait complètement cessé. C'est au reste ce qui se voit presque constamment dans la lithotritie. Toutefois il convient d'ajouter, d'après les leçons de M. Leroy, que si le catarrhe de la vessie disparaît généralement par les opérations de la lithotritie, lorsqu'il existait avant le traitement, il se développe au contraire sous l'influence de ces opérations alors qu'il ne les avait pas précédées ; mais dans un cas comme dans l'autre, il disparaît d'ordinaire aussitôt que la vessie est débarrassée du corps étranger qu'elle contenait.

Pathologie interne. — Cours de M. Andral.

De l'inflammation sous le point de vue anatomique. — Considérations préliminaires.

Toutes les fois qu'une congestion sanguine s'accompagne de certains caractères, comme une chaleur intense, une rougeur vive, de la tuméfaction, une douleur notable, les pathologistes sont convenus de l'appeler *inflammation*. Les traités de chirurgie, en ce point fidèles conservateurs du passé, vous en donnent encore aujourd'hui la même définition. Pour l'apprécier à sa juste valeur, consultons d'abord l'étymologie.

Le mot inflammation renferme évidemment une métaphore. On a vu qu'une partie des corps exposés à l'action du feu s'échauffait, se congestionnait, devenait douloureuse ; dans tous les cas où les mêmes phénomènes se reproduisent, on a cru pouvoir les attribuer à une même cause, c'est-à-dire à une combustion. Seulement, le feu qui agissait visiblement dans le premier cas, on l'a supposé dans le second caché profondément sous la partie malade. Les Latins ont manifestement exprimé cette idée dans leur mot *inflammatio*, qui du reste n'est que la traduction littérale du *phlogoses* des Grecs. Le mot fièvre emporte aussi loin que le mot inflammation un sens métaphorique, mais avec cette différence qu'il s'entend d'un état général. L'analogie de ces deux expressions explique pourquoi il est si commun de dire pourquoi l'inflammation est une fièvre locale, et la fièvre une inflammation générale. Si vous le voulez encore, dans l'inflammation, c'est une partie qui brûle ; dans la fièvre, tout le corps est en feu. En tout cela, vous voyez le langage et les idées ne s'appuyer que sur des similitudes plus ou moins grossières. Mais, de plus, il est incontestable que le travail morbide appelé inflammation peut se développer sans produire les phénomènes de la combustion : ne voit-on pas tous les jours des séreuses enflammées au point de se couvrir de fausses membranes, de distendre leur cavité par des liquides, reconnus comme produits de l'inflammation, et cependant rester pâles ? D'un autre côté, souvent une hypérémie active produit dans la partie qui en est le siége de la chaleur, de la rougeur, de la tuméfaction, de la

---

treizième siècle, lorsque les événemens politiques chassèrent Lanfranc de son pays. « Lanfranc, dit-il, le véritable créateur de la chirurgie en France, était de Milan, et avait étudié sous Guillaume de Salicet, qu'il appelle *son maître de bonne mémoire*. Nous ne savons rien sur les premiers temps de sa vie. Il exerçait la chirurgie à Milan, lorsque des troubles ayant eu lieu dans cette ville, il paraît qu'il s'engagea dans le parti contraire à celui de Mathieu Visconti, seigneur de Milan ; et celui-ci l'ayant emporté, bannit Lanfranc de ses domaines. Lanfranc vint d'abord à Lyon, où il séjourna quelque temps. Après les premiers momens donnés sans doute au chagrin de la défaite, il chercha des consolations dans la religion ; il songea à l'avenir de ses enfans, reprit le cours de ses études ; et dans ceux de ses écrits qui nous restent et qui sont consacrés à la chirurgie, on voit avec un touchant intérêt l'exilé politique donner un dernier regret à son ancienne patrie, en parlant avec dévouement et reconnaissance de sa patrie nouvelle, pardonnant à ceux qui l'ont persécuté, et supportant ses malheurs avec ce ferme courage et cette pieuse résignation dont l'Italie devait encore beaucoup plus tard nous donner de si admirables exemples. Revenu à ses études par sollicitude pour sa famille, il commença à pratiquer à Lyon, et y écrivit sa *Petite Chirurgie* à la prière de son ami Bernard. Mais il avait déjà de plus hautes pensées ; il voulait élever à la science un monument plus riche d'elle, et c'était à Paris surtout qu'il désirait arriver. La pratique le retint toutefois plusieurs années dans les provinces où il était appelé d'une ville à une autre, et ce ne fut qu'en 1295 qu'il vint à Paris, où sa réputation l'avait précédé. A la prière de Jean Passavant, doyen de la Faculté, et des autres docteurs, il fit à l'Ecole de médecine des cours de chirurgie qui furent très suivis, et il écrivit sa *Grande Chirurgie* qu'il acheva en 1296. »

Arrive la décadence des universités italiennes au quatorzième siècle ; l'Ecole de Paris acquiert une célébrité croissante par l'enseignement de Lanfranc ; mais bientôt après, le dégoût pour les opérations chirurgicales devient si grand qu'il n'y a plus de chirurgiens ni de chaire de chirurgie à la Faculté. « Ainsi s'éclipsa, après moins d'un quart de siècle d'existence, cette école qui avait jeté un si vif et si rapide éclat. Heureusement elle avait formé quelques disciples qui allèrent porter ailleurs sa renommée et ses doctrines ; et c'est à l'école de Paris que se rattachent, comme à une mère commune, ces deux autres écoles, qui, comme elle, ne devaient briller qu'un instant : l'école anglaise et celle de Montpellier. »

Paraît alors Guy de Chauliac qui cultive avec ardeur la chirurgie des Arabes à Montpellier, et qui écrit une foule d'ouvrages importans, entr'autres, le Traité connu de sa grande chirurgie. Ackerman a dit que ce livre de Guy de Chauliac pouvait tenir lieu de tout ce qui avait été écrit sur la chirurgie jusqu'à cette époque, mais cela n'est pas suffisamment exact ; au dire de M. Malgaigne, et sans parler des auteurs qu'il ne connaissait pas, Guy est loin d'avoir tiré de ceux qu'il connaissait tout ce qu'ils contenaient de vraiment utile.

Le quinzième siècle offre une récolte plus abondante encore pour l'histoire de la chirurgie.

M. Malgaigne entre ici dans de plus longs détails, et rappelle des faits curieux et importans. L'auteur consacre un paragraphe spécial à l'état de la chirurgie en France au quinzième siècle, et en particulier de la chirurgie parisienne. Ici se rattache l'histoire des fameux barbiers de l'époque qui exerçaient la chirurgie à Paris comme dans le reste de la France. C'est dans le travail même de l'auteur qu'on peut consulter avec profit les documens curieux qu'il a rassemblés avec tant de soins.

Dans une seconde section, M. Malgaigne aborde l'état de la chirurgie durant la première moitié du seizième siècle. Il y a ici des recherches fort étendues et d'un haut intérêt. L'auteur a puisé aux meilleures sources et a pu éviter une foule d'erreurs qui en avaient long-temps imposé à un grand nombre d'écrivains. Une louable impartialité se remarque dans l'appréciation des différens ouvrages soit nationaux, soit étrangers.

Arrive A. Paré dont la vie et les ouvrages forment le sujet de la troisième section du travail de M. Malgaigne. L'auteur s'est livré à des recherches minutieuses et étendues, et ce travail offre un attrait tout particulier. C'est la partie la plus importante du travail de M. Malgaigne.

A. Paré naquit à Laval au Maine en 1517 ; son père était coffretier. Ambroise avait un frère qui exerçait la profession de son père et qui était établi à Paris, rue de la Huchette, et une sœur qui épousa maître Claude Viard, chirurgien à Paris. Les renseignemens précis manquent sur les premières études de Paré. Percy cependant donne les détails suivans, que M. Malgaigne conteste.

« Son père, dit-il, après lui avoir fait apprendre ce que l'on enseignait alors dans les écoles, le mit en pension chez un chapelain nommé Orsoy, lequel, à raison de l'extrême modicité de la somme qu'on lui payait pour enseigner le latin à cet enfant, tâchait de se dédommager en le faisant travailler à son jardin, en lui donnant sa mule à soigner, et en l'employant à d'autres corvées semblables. Le jeune Paré, en sortant de la maison du chapelain, fut placé chez un chirurgien de Laval nommé Vialot, duquel il apprit à phlébotomiser. Le lithotomiste Laurent Colot, fort jeune alors, étant venu opérer de la taille un des confrères du chapelain, Paré assista avec beaucoup d'empressement à l'opération ; et se sentant une vocation décidée pour la chirurgie, il prit la résolution de se rendre à Paris pour suivre les leçons des maîtres qui y brillaient à cette époque, et qui expliquaient les ouvrages de Lanfranc et Guy de Chauliac. Jacques Goupil,

douleur, sans qu'on puisse dire que la partie soit véritablement enflammée. Mais s'il est démontré que l'inflammation peut exister sans les caractères qu'on lui attribue, et ceux-ci se montrer sans que l'inflammation existe, il faut chercher ailleurs des signe à l'aide desquelss nous les puissions distinguer.

Une question préliminaire demande à être éclaircie. Il s'agit de savoir si on peut distinguer la phlegmasie de l'hypérémie active, ou si on ne doit y voir que deux degrés différens de la même affection. C'est là une question difficile, mais dont une nécessité impérieuse me force d'entreprendre la solution.

Souvent, sous ce cortége de symptômes qui ne nous révèle qu'une congestion sanguine active, un travail d'une autre nature se prépare : vous ne pouvez encore que soupçonner l'inflammation ; mais attendez quelque temps, et des produits nouveaux viendront vous attester sa présence. La partie malade subioa des modifications dans sa texture ; elle sécrétera des liquides jusque là inconnus dans l'économie. Alors, sans nul doute pour vous, elle aura été enflammée, vous l'aurez reconnu au trouble que l'inflammation apporte toujours dans la texture et dans la nutrition des parties qui en sont le siége. Une simple hypérémie active ne produit jamais de semblables désordres, et c'est là que se trouve la solution de la question. C'est en se plaçant à ce point de vue que Meckel a défini l'inflammation un état morbide avec tendance à la formation de produits nouveaux ; Burdach, enveloppant la même idée de la terminologie germanique, a dit que l'inflammation était caractérisée par un trouble dans la direction de l'activité plastique. Il me suffira de vous rappeler la facilité merveilleuse avec laquelle s'organisent les fausses membranes, la fréquence de la formation du pus, pour vous montrer sur quelles données s'appuie cette manière d'envisager l'inflammation.

Toutefois, dans le plus grand nombre des cas, le travail phlegmasique prend la place d'une hypérémie active, soit que celle-ci ait long-temps persisté ou qu'elle n'ait pas tardé à disparaître. En général, l'inflammation se compose de deux actes principaux, le premier consiste dans un accroissement de l'excitabilité avec accumulation de sang : ces deux phénomènes sont simultanés ; le second consiste dans une modification de la nutrition, qui s'accompagne bientôt d'une modification correspondante dans la sécrétion.

Il s'en faut de beaucoup que l'inflammation se présente toujours semblable à elle-même ; elle subit de nombreuses modifications dépendant à la fois de la partie qui en est le siège et de l'état général de l'organisme. Ainsi l'inflammation des séreuses est surtout caractérisée par la production de fausses membranes bien organisées, dont elles se recouvrent parfois avec une étonnante rapidité. On ne confondra jamais avec ces fausses membranes les produits d'exsudations si peu organisés, si même ils le sont, qui recouvrent certaines muqueuses enflammées.

Ces conditions générales de l'organisme n'exercent pas une moins grande influence sur les circonstances de l'inflammation. Sans sortir de l'état physiologique, n'est-ce pas un fait vulgaire que la grande facilité avec laquelle les phlegmasies produisent chez les enfans des fausses membranes? Je me borne à citer cet exemple, sans insister sur toutes les autres modifications que peuvent imprimer à l'inflammation l'âge, le sexe, la constitution, le tempérament. Mais c'est surtout dans l'état pathologique que l'inflammation trouve un modificateur puissant. Qui ne sait que la force ou la faiblesse des individus, que l'état différent de leur sang imprime un cachet particulier aux phlegmasies dont ils sont atteints? Dans la majorité des cas vous ne trouvez ni dans l'intensité, ni dans la durée de l'inflammation l'explication de ses effets. En vain chercheriez-vous dans la forme et dans l'intensité de la pneumonie, la condition du développement des tubercules ; en vain voudriez-vous comprendre le croup par les degrés variés d'inflammation dont est frappée la muqueuse laryngée. Dans ces cas, et dans bien d'autres encore, c'est plus haut, à l'état général, à une prédisposition particulière, qu'il faut remonter pour se rendre compte des phénomènes. C'est là, Messieurs, une vérité sérieuse, dont on ne saurait trop méditer toute l'importance. Presque toujours l'affection la plus locale possible porte dans ses symptômes la traduction d'un état général.

Parmi les nombreux produits de l'inflammation, il en est à peine un seul qui se montre constamment. Partout, en effet, où l'inflammation développe librement toutes ses phases, on voit apparaître du pus. Mais encore le pus subit-il quelques modifications dépendant de la partie enflammée, de l'état général de l'organisme, du tempérament et d'une foule d'autres circonstances. L'affection scrofuleuse lui donne un aspect particulier ; une vive émotion morale, une indigestion, en changent aussi les caractères. Le mécanisme de la respiration purulente ne permet-il pas de le trouver au sein d'une partie qui n'a pas été enflammée? N'oubliez pas non plus que quelques observations tendent à prouver la formation spontanée du pus dans le sang lui-même.

Si l'inflammation est variée dans ses effets, elle ne l'est pas moins dans ses causes. Mettez de côté un certain degré de température et l'acide sulfurique convenablement concentré, vous ne possédez plus un seul agent capable de la produire toujours et nécessairement. En outre, il arrive souvent qu'on ne peut saisir aucun rapport entre l'effet produit et la puissance présumée de l'action du stimulus. Pour comperndre une lésion locale, je ne puis trop le répéter, il faut toujours la placer dans le tout vivant et la juger du point de vue général. Tout le monde sait qu'une piqûre d'aiguille, qui le plus souvent passe inaperçue, peut quelquefois occasionner un abcès et par suite des troubles plus ou moins graves. Vous saignez dix, vingt, trente individus avec une lancette, aucun accident ne survient ; avec la même lancette, en prenant tous les soins hygiéniques et prophylactiques possibles, vous saignez un nouveau malade, la veine s'enflamme, sécrète du pus, une résorption purulente survient, la mort arrive.

Plusieurs individus se trouvent à la fois frappés d'un courant d'air froid : celui-ci aura une pneumonie, celui-là une pleurésie, le troisième une bronchite, le quatrième un rhumatisme, le cinquième une névralgie faciale, le sixième, que sais-je enfin, une paralysie de la face, le septième n'aura rien du tout. Le stimulus ne produit donc pas tout seul l'inflammation : il trouve dans l'organisme des conditions plus ou moins facilement appréciables, qui modifient, aident ou contrarient son mode d'action.

Mais d'ailleurs, je ne sais pas jusqu'à quel point la présence d'un stimulus est prouvée dans tous les cas d'inflammation. Sans doute, il est incontestable que l'inflammation se développe par l'action du feu, des caustiques, des instrumens vulnérans, en un mot de tous les stimulans externes. Il s'en trouve aussi au sein de l'organisme, dont on est forcé d'admettre l'existence. Une douleur vive fixée dans une partie l'enflamme. Un organe dont l'activité est exagérée l'enflamme encore. Il en est de même s'il se trouve soumis à des influences sympathiques ou synergiques dont l'intensité d'action dépasse l'état normal. Toutefois, il faut dire qu'une gastrite produit bien plutôt une congestion cérébrale qu'une véritable encéphalite ; il en est de même de l'influence sympathique de toute partie enflammée. Mais dans tous les cas où l'on admet l'existence d'un stimulus, pourrait-on, aussi bien que dans ceux qui précèdent, la démontrer par des faits? Le froid agit sur la peau : la muqueuse pulmonaire s'enflamme ; vous dites que le froid a été le stimulus de cette inflammation, mais qui vous le prouve? La distance qui sépare la peau des poumons est assez grande, et on sait d'ailleurs que le froid n'a pas agi immédiatement sur les poumons. Direz-vous que la peau s'est enflammée, et qu'elle a réagi par sympathie sur la muqueuse pulmonaire? Mais quand avez-vous vu cette inflammation de la peau produite par un froid aussi peu intense que celui que peut occasionner la pneumonie?

Que de fois souvent le malade avait été exposé à un froid beaucoup plus vif et beaucoup plus prolongé que celui qui a enflammé le poumon. On peut encore dire qu'en diminuant l'exhalation cutanée le froid augmente d'autant celle de la muqueuse pulmonaire ; mais, en vérité, qui voudrait expliquer sérieusement par une cause aussi légère, la gravité d'une pneumonie? Vous le voyez, toutes ces explications sont des hypothèses, ingénieuses, peut-être, mais qui ne peuvent soutenir le contrôle des faits. Au lieu de vouloir tout expliquer à l'aide d'une induction hâtive, bornons-nous à reconnaître que le mode d'action du froid dans la production des inflammations, est encore inconnu, et que cette action varie suivant des circonstances purement individuelles.

Dans ce qui précède, je vous ai montré d'abord que l'on avait confondu quelquefois l'inflammation avec différens états morbides qui en diffèrent par leur nature. J'ai ensuite cherché à établir que l'inflammation présente une foule de variétés qui permettent d'en faire un certain nombre de groupes tranchés et distincts. Cette vérité a été sentie de tous les temps ; je n'en veux, pour preuve, que l'immense variété des théories émises sur l'inflammation : chacune d'elles, en effet, s'attache à un des points de vue sous lesquels on peut la considérer.

Ayant posé ces préliminaires, j'aborderai dans la prochaine séance l'histoire de l'inflammation elle-même. Je vous exposerai d'abord les diverses théories qui en ont été données. Ensuite, je vous ferai connaître ce que l'observation, à l'aide des sens seuls ou aidés du microscope, nous montre dans une partie enflammée.

Historique des théories émises sur l'inflammation.

La théorie de l'inflammation la plus anciennement connue est celle que professait Erasistrate à l'école d'Alexandrie. Galien nous a transmis cette théorie, en y ajoutant certaines idées particulières. Suivant Erasistrate, les artères qui, à l'état normal, d'après les idées d'alors, ne contenaient pas de sang, s'en remplissaient dans la partie enflammée. Galien ajoutait que ce sang échauffé ne tardait pas à s'échapper à travers les parois artérielles sous forme d'une rosée sanguine ; alors survenaient la tension, la chaleur, la rougeur, en un mot tous les caractères du phlegmon. Galien admettait, en outre, des variétés de l'inflammation dépendant du mélange du sang avec une ou plusieurs des autres humeurs primitives du corps.

Dans des temps plus rapprochés de nous, les explications de l'inflammation ont été différentes dans les différentes écoles médicales. Boerhaave et ses sectateurs, ne voyant partout que de la mécanique, ont reconnu comme cause de l'inflammation, une obstruction dans la circulation capillaire. Cependant Gerties avait fort bien fait remarquer que les innombrables anastomoses des capillaires renversaient de fond en comble la théorie de l'obstruction. Qu'importe, en effet, qu'un vaisseau capillaire soit oblitéré dans une partie de son étendue, si, comme les injections nous le démontrent, mille autres voies sont ouvertes au cours du sang.

Parmi les écoles vitalistes, les unes ont considéré spécialement l'action locale du stimulus ; les autres s'en prennent surtout à l'état du sang, que cet état soit général ou particulier à la partie enflammée.

Suivant Willis, l'inflammation est due à une fermentation du sang dans la partie malade. Sydenham la fait dépendre d'une altération des humeurs, et surtout de toute la masse du sang ; ce liquide subit une sorte de fermentation qu'il désigne sous les noms de *sanguinis efferventia, accensio*, etc.

Les preuves que Sydenham apporte à l'appui de cette manière de voir, sont toutes hypothétiques. Cependant, l'observation clinique lui fournissait pour point de départ un certain nombre de faits incontestables. Le virus variolique, par sa présence dans le sang, détermine des phénomènes inflammatoires qui aboutissent à une inflammation particulière de la peau. Par analogie avec ce fait, Sydenham reconnaissait dans toute affection locale un état géné-

---

professeur au collége de France, employait Paré auprès de ses malades pour la petite chirurgie, et contribua à développer en lui le goût de l'étude et le talent de l'instruction. »

M. Malgaigne cherche à prouver par des citations très-curieuses qu'arrivé à Paris, A. Paré se mit dans la boutique d'un coiffeur, où il apprit à tout exercer, comme les chirurgiens barbiers de l'époque, c'est-à-dire à raser, à faire des papillotes, à friser les cheveux, à poser les perruques, à panser les plaies, à donner des clystères, et à balayer même la boutique de son maître. Il présume que son véritable guide était la chirurgie de Guy de Chauliac ; il a été trois ans interne à l'Hôtel-Dieu. A cette époque, les études chirurgicales étaient déjà fort avancées à Paris. Il est à présumer, dit M. Malgaigne, que les garçons barbiers, bien plus nombreux que les apprentis des chirurgiens, formaient la majorité de ces élèves externes ; ils pouvaient arriver jusqu'à remplir les fonctions d'internes, puisque Paré nous apprend que, dans un hiver rigoureux, quatre malades ayant eu le bout du nez gelé, ce fut lui-même qui leur en fit l'amputation. Alors donc ils y puisaient une instruction supérieure ; ils traitaient les malades, ouvraient les cadavres, et pouvaient même se livrer aux dissections anatomiques.

Paré parle avec une sorte de complaisance de son séjour à l'Hôtel-Dieu : « Faut savoir, dit-il, dans son avis au lecteur, que par l'espace de trois ans i'ay résidé en l'Hostel-Dieu de Paris, où i'ay eu le moyen de veoir et connoistre (eu esgard à la grande diversité de malades y gisans ordinairement) tout ce qui peut estre d'altération ou maladie au corps humain ; et ensemble y apprendre sur une infinité de corps morts tout ce qui se peut dire et considérer sur l'anatomie, ainsi que souvent i'en ay fait preuve très suffisante, et céla publiquement à Paris aux escholes de médecine. » Et dans Apologie, lorsqu'un médecin de Milan s'émerveille du savoir du jeune homme, il remarque, non sans quelque orgueil : « Mais le bonhomme ne sçavoit pas que j'avois demeuré trois ans à l'Hostel-Dieu de Paris, pour y traiter les malades. »

Les premières campagnes d'A. Paré datent de 1536 à 1545 ; il avait alors dix-neuf ans. Ici se rattachent une foule de détails anecdotiques et scientifiques à la fois, que M. Malgaigne expose avec clarté et méthode. La doctrine surtout et la pratique de Paré sur le traitement des blessures d'armes à feu, servirent à le mettre au premier rang des chirurgiens de l'époque. M. Malgaigne s'efforce de prouver que cette pratique est propre à Paré, et que c'est à tort qu'Andry et plusieurs autres avaient avancé qu'ils l'avaient apprise auprès de Maggi, professeur à Bologne, dont Paré aurait suivi les leçons. (Dupuytren, *Plaies d'armes de guerre.*)

En 1533, fut fondé le collège des chirurgiens de Paris ; Paré y fut reçu l'année suivante. En 1562 il fut nommé premier chirurgien du roi Charles IX. Après la mort de Charles IX, il fut nommé, en 1574, conseiller et premier chirurgien de Henri III. Dans ses voyages avec la cour, il lia connaissance avec Picart, chirurgien du duc de Lorraine, avec Dalechamps, à Lyon, avec Cabrol, à Montpellier. Il fut atteint de la peste dans un de ces voyages ; il mourut le 20 décembre 1590, à Paris, à l'âge de quatre-vingts ans. Son corps fut déposé en l'église Saint-André-des-Arts, au bas de la nef, près du clocher. Le trait le plus saillant de son caractère était une profonde piété, et il n'est pas un seul de ses ouvrages où il ne cherche l'occasion de rendre gloire à son créateur. A cette foi ardente, à cette vive espérance en Dieu, il joignait une charité sincère pour les malades confiés à ses soins; jamais il ne lui serait échappé de dire, comme l'ont imaginé quelques-uns : « Je t'ai pansé, Dieu te guérisse ! » Mais après le pansement il veillait avec soin à tout ce qui pourrait favoriser la cure ; et après le succès obtenu, il disait modestement : Dieu le guérit.

La bibliographie et l'autographe d'A. Paré fournissent à M. Malgaigne l'occasion de remarques non moins intéressantes et terminent cette belle introduction historique. Une superbe gravure représentant A. Paré, copiée de la magnifique statue en bronze de M. David, et un médaillon, par le même, de la tête de Paré, servent comme de tentative irrésistible pour l'acquisition de l'ouvrage dont ils illustrent le frontispice. M. Malgaigne a bien fait de conserver l'orthographe originale de l'auteur. On aime à voir les choses dans leur simplicité naturelle. Les notes qu'il a ajoutées dans le premier volume que nous avons sous les yeux sont purement bibliographiques : cela vaut peut-être mieux que des notes sur l'état actuel de la chirurgie, qui, avec le temps, auraient vieilli elles-mêmes et auraient augmenté considérablement le volume et le prix de l'ouvrage. Il en serait autrement s'il s'agissait d'un ouvrage d'une époque plus rapprochée de nous, comme Sabatier ou Scarpa, par exemple. Nous croyons en avoir assez dit pour faire sentir aux chirurgiens et aux amateurs de belles éditions l'importance de l'impression de MM. Malgaigne et Baillière.

---

ral, une fièvre qui l'avait déterminée.

Pour Boerhaave, au contraire, la maladie étant primitivement locale, les phénomènes généraux n'étaient que l'expression de l'effort que faisait l'économie pour vaincre l'obstacle opposé à la circulation.

Vous dirais-je par avance que mes sympathies sont pour Sydenham ; si on peut dire qu'il a trop généralisé, au moins est-il certain que souvent les faits rendent hommage à sa manière de voir. Je me réserve de vous le prouver dans la suite de ces leçons.

De nos jours, le mot inflammation subit des fortunes bien diverses : les uns ne sont pas éloignés de décorer de ce nom presque tous les états morbides qu'ils rencontrent; les autres, effrayés de la complexité des phénomènes englobés sous ce mot, hésitent à le prononcer, et seraient presque d'avis de le bannir de la science. Quand on se borne à la théorie, quand on fait seulement de l'analyse, on peut, et je dirai même que l'on doit se passer du mot inflammation. Je ne crois pas l'avoir prononcé une seule fois dans mon ouvrage sur l'anatomie pathologique. Mais il est impossible de faire violence aux esprits d'une époque : quand on abandonne la théorie pour la pratique, une force majeure nous oblige à parler comme tout le monde. C'est pourquoi j'adopterai l'étendue généralement accordée aujourd'hui à l'inflammation, et je vous exposerai les caractères anatomiques des phénomènes que ce mot comprend. A. LE F.

Hippocratisme moderne à propos du concours à la Faculté de médecine de Paris.

Quiconque est un peu au courant de ce qui a eu lieu en philosophie lors de la naissance des lettres en Europe, sait que sous le nom d'Aristotélisme, on enseigna alors une doctrine qui, en réalité, répondait beaucoup moins à son titre que les charges de Dantan ne ressemblent à leurs modèles. Pareille chose a lieu de nos jours au sujet de l'hippocratisme, c'est à-dire que les fauteurs de cette nouvelle et ancienne doctrine ont imaginé une théorie dont on ne trouve pas la moindre trace dans Hippocrate. On peut donc mettre hardiment MM. les hippocratistes au défi de citer l'ouvrage du maître où se trouvent les principes qu'ils lui attribuent si, comme je le dis bien haut, il n'y a pas un seul mot de théorie dans les Aphorismes, les Pronostics, le premier et le sixième livre des Epidémies et le Traité des eaux, des airs et des lieux, seuls écrits légitimes d'Hippocrate. C'est, par conséquent, avec les idées de tout autre auteur qu'on a fait de l'hippocratisme.

Voilà ce que devraient dire à M. Gibert ses compétiteurs pour la chaire de pathologie interne, et voilà ce qu'ils ne lui disent pas, par une bonne raison. Ils n'ont pas lu Hippocrate, mais ils croient que lui au moins doit l'avoir lu. De son côté, l'hippocratiste docteur peut bien avoir la même opinion d'eux.

En cela ils se trompent tous, et leur crainte réciproque d'une érudition gratuitement supposée ne ressemble pas mal à la frayeur que, dans *l'Ours et le Pacha*, se causent mutuellement les deux hommes déguisés en ours. Cette remarque vient, avec mille autres, montrer combien les savans de notre époque ont raison de se dire voués aux études sérieuses : à preuve que le professeur actuel de physiologie à la Faculté de médecine me disait, pendant son cours, n'avoir pas encore lu Haller. Il est sans doute à présent plus avancé. HENRY.

Le docteur Carron du Villards commencera un cours de Maladies des Yeux le mercredi 4 mars, à huit heures du soir, dans l'amphythéâtre du docteur Chevé, rue de la Harpe, 90, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 3 MARS 1840. (13e ANNÉE.) N° 27, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ. M. LISFRANC.

Phlébite. Trois cas de guérison. Piqûres anatomiques.

Une heureuse coïncidence nous a permis d'observer dans la même salle (salle Saint-Louis, n. 37, 38, 39), et dans trois lits voisins l'un de l'autre, l'une des affections qui intéressent le plus le chirurgien; saisissons cette occasion pour jeter quelques considérations sur la phlébite. Vous trouverez dans l'heureuse terminaison de ces trois cas la justification des principes thérapeutiques que nous allons développer.

Cette maladie est, vous le savez, rangée par tout le monde parmi les plus graves; elle mérite donc de fixer sérieusement notre attention. Vous trouverez partout sa description pathologique. Je me bornerai à vous rappeler que l'inflammation des veines suit ordinairement la marche que je vais indiquer; elle envahit d'abord le vaisseau dans une étendue de quatre ou cinq pouces, plus ou moins, et pendant un jour ou deux elle semble ne devoir pas gagner au-delà; mais après ce temps elle reprend sa marche envahissante et fait de nouveaux progrès vers le tronc, où elle finit par pénétrer si on ne se hâte de s'y opposer. Comme tout le monde, nous avons commencé par appliquer des sangsues sur le siége de l'inflammation et autour de lui, et voici ce que nous avons observé alors. La guérison a suivi assez souvent l'emploi de ce moyen dans les cas où le mal était récent et peu intense; dans les autres cas, nous n'en avons obtenu, en général, aucun résultat avantageux.

Nous avons eu autrefois, à la Pitié, de nombreuses collections d'ulcères rebelles; maintes fois leur ténacité nous a forcé de recourir à la section des veines; de nombreux succès ont encouragé nos tentatives, mais nous avons eu aussi à déplorer quelques revers. Dans ces cas malheureux que nous avons publiés, car ce ne sont pas seulement les succès qui profitent à la science, nous avions vu la phlébite continuer sa marche malgré l'usage des évacuations sanguines locales. Partant donc de ce fait général que toute inflammation est d'autant moins rebelle qu'elle est plus récente, et de ce fait particulier, que les sangsues opposées aux phlébites n'arrêtaient, en général, que celles qui n'avaient pas encore eu le temps de s'accroître beaucoup, nous pensâmes, avant toute expérience, qu'il fallait en quelque sorte devancer l'inflammation, l'attaquer non sur les points où elle est déjà établie, mais sur ceux où elle va s'établir, et sur lesquels elle a peut-être déjà commencé sans être encore apparente; en un mot, placer les sangsues entre le point enflammé et le cœur, immédiatement au-dessus du siége apparent de la phlegmasie.

La première application que nous fîmes de cette idée fut des plus encourageantes. Un étudiant, habitant la rue des Grès, avait le bras envahi dans presque toute son étendue par une phlébite; nous fîmes mordre quarante sangsues dans le creux de l'aisselle, où ne s'était pas encore montrée l'inflammation.

L'amélioration était manifeste dès le lendemain; beaucoup moins de fièvre; cessation de la marche envahissante de la phlébite; diminution de la phlegmasie vers sa partie supérieure. Une seconde application de sangsues arrêta définitivement les progrès de la phlébite vers le cœur. Comme on l'observe souvent, la phlegmasie veineuse non-seulement persista sur les points qu'elle avait primitivement envahi, mais elle marcha encore jusque sur la main, où elle donna lieu à deux abcès. Le malade guérit d'ailleurs parfaitement.

Depuis plus de quinze ans que nous avons eu ce premier succès, un grand nombre d'autres sont venus consolider notre conviction; elle est maintenant solidement établie sur l'expérience; et puisque, jusqu'aujourd'hui, ajoute M. Lisfranc, notre méthode nous a toujours réussi, pourquoi voudrait-on nous voir mettre en usage des moyens thérapeutiques qui sont même souvent intempestifs, et que dicte presque constamment l'aveugle empirisme de certains illustres de nos jours.

Ne laissons pas échapper l'occasion de jeter quelques considérations sur les blessures produites par les instrumens de dissection ou par ceux qui servent à la manœuvre des opérations sur le cadavre. De nombreuses occasions se sont offertes à moi d'en observer les effets pendant que je faisais mes cours de médecine opératoire.

Vous savez, poursuit M. Lisfranc, combien ces blessures sont dangereuses, et vous n'ignorez pas combien aussi, chaque année, elles ont fait de victimes parmi nous. Examinons attentivement la marche de la maladie, et nous remarquerons bientôt que dans les cas où elle devient grave, on voit, en général, une lymphangite ou une phlébite, et quelquefois ces deux affections en même temps, partir du point blessé et marcher avec plus ou moins de rapidité vers le tronc. Mais, nous ne pouvons pas nous le dissimuler, nous n'avons pas à combattre ici une phlegmasie ordinaire; c'est, au contraire, une phlegmasie par empoisonnement; voilà l'idée qui m'avait long-temps arrêté quand je songeais à l'emploi des évacuations sanguines locales. Cependant, les moyens généralement employés étaient taop souvent impuissans; j'osai tenter les évacuations sanguines locales d'après les principes établis plus haut; je leur associai les bains généraux, les cataplasmes émolliens laudanisés, les bains locaux presque froids et de longue durée, les boissons émollientes et acidules, une alimentation très légère; j'ai obtenu les plus heureux résultats par cette thérapeutique. Les fièvres graves ont été évitées et les malades sont guéris. Je vous ai montré cette année et l'année dernière plusieurs étudians sur lesquels cette méthode avait parfaitement réussi.

Phlébite. (Salle Saint-Louis, n° 37.)

Richer (Paul), âgé de vingt-un ans, menuisier, jeune homme bien constitué et n'ayant jamais été sérieusement malade, fit une longue course le 3 janvier, chargé d'une pièce de bois fort pesante; il sua beaucoup, et s'exposa au froid immédiatement après. A la suite de cette imprudence, il fut pris d'une forte courbature qui d'abord l'empêcha de travailler, et augmenta les jours suivans malgré le repos.

Le 8 janvier, Richer était à l'hôpital, dans un service de médecine, où on ordonna une saignée du bras. L'externe chargé de le saigner donna un coup de lancette sur la céphalique, et n'eut que quelques gouttes de sang; il fut obligé d'ouvrir la médiane-céphalique. L'émission sanguine diminua les douleurs que le malade éprouvait. Mais le 12, il se manifesta de l'inflammation autour des plaies produites par les saignées; des sangsues furent appliquées non au niveau du point affecté comme on l'avait prescrit, mais au-dessous; et le 17, on fit passer le malade dans nos salles, la terminaison par suppuration était imminente.

Etat du malade. — 17 janvier. Face rouge, injectée; peau chaude; pouls vif et plein, 110 pulsations; langue rouge à la pointe et aux bords, jaunâtre et sèche au centre; pas de délire; appétit nul, soif continuelle. On voit sur le bras gauche, sur les veines dont nous avons parlé, deux petites incisions béantes d'où s'écoule un peu de sérosité. Le membre est tuméfié dans toute son étendue depuis l'extrémité des doigts, presque jusqu'au creux de l'aisselle; cette tuméfaction est surtout très marquée sur le bras, dont la circonférence est augmentée d'un tiers; le long de sa face interne, les veines se dessinent sous la forme de cordons noueux. Chaleur intense; couleur violacée uniforme, diminuant un peu à la partie supérieure, à deux pouces environ au-dessus de l'empreinte deltoïdienne; œdème général du bras, surtout à la face interne et au pli du bras, où l'on perçoit cet empâtement du phlegmon diffus annonçant la formation de la suppuration; cette exploration fait éprouver de vives douleurs au malade. L'avant-bras, à peine enflammé, est peu sensible, et son volume est dû plutôt à l'infiltration qu'à toute autre cause. On ne sent pas les ganglions du creux de l'aisselle.

35 sangsues à la partie interne du deltoïde et un peu sur le muscle grand pectoral; 20 sangsues conditionnelles pour le soir; deux bains de bras émolliens pendant la journée, diète, tisane de houblon et cataplasmes.

Les sangsues donnent beaucoup de sang; il y a un peu de soulagement, et le malade peut sans trop souffrir, quelqu'un lui aidant, soulever son bras pour le mettre dans le bain; la chaleur du membre est tellement élevée, qu'au bout d'une heure et demie l'eau a conservé la même température. On applique ensuite un large cataplasme.

Le soir, nouveau bain à l'eau de guimauve; le pouls se soutient, quoique les accidens locaux semblent céder. On pose 20 sangsues dans le même point, entre le lieu enflammé et le cœur; quand elles sont tombées, on met un cataplasme.

18. Toute la teinte violacée a quitté la portion externe et supérieure du bras; elle existe toujours, mais à un degré moins prononcé à la partie antérieure de l'articulation cubito-humérale et le long de la veine basilique, où l'œdème n'a pas sensiblement diminué, si ce n'est supérieurement dans l'étendue de plus d'un pouce. Bains de bras, cataplasmes.

19. Moins de sensibilité que la veille, moins de rougeur, moins d'œdème sur le prolongement des veines. La langue est humide; la fièvre est tombée; l'affection semble arrêtée dans sa marche. Le mieux continue les jours qui suivent; mais la plaque dure qu'on trouve constamment autour de la basilique et jusqu'à la céphalique, à l'endroit où l'on a essayé la première fois d'ouvrir la veine, cette plaque, dis-je, donne dans toute son étendue transversale au pli du bras une fluctuation très manifeste.

Le 25, on fait une incision au-dessus de la médiane céphalique; il s'en échappe un pus bien lié, semblable à celui des abcès chauds, et mêlé d'un peu de sang qui lui donne un aspect rougeâtre. Bouillons depuis le 23; aujourd'hui trois potages.

On continue les cataplasmes et les bains; il ne reste plus que l'engorgement qui accompagne la veine basilique; l'ouverture de l'abcès fournit toujours du pus.

Le 30 janvier, il y a eu un nouveau foyer purulent à la partie interne du bras, à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs sur la veine basilique. La fluctuation, d'abord obscure pour nous, est rendue incontestable pour M. Lisfranc, qui nous fait appliquer une main à la partie moyenne du membre, tandis qu'il refoule la matière purulente de bas en haut; par cette manœuvre, le pus infiltré est ramené dans un petit espace où sa présence se traduit aisément sous la peau amincie. Il n'y a aucun symptôme de réaction générale et l'on donne la demie; viande blanche. Le 9 février, nouvel accès fébrile; érysipèle au bras, le 10.

Axonge sur toute l'étendue du membre thoracique; deux potages.

Le 12, diminution de la rougeur; les ganglions de l'aisselle se tuméfient, et le 13 on trouve un abcès qui, après qu'on l'a ouvert, donne issue à plus d'un demi-verre de liquide. Deux jours après il s'en forme encore un quatrième un peu plus haut. On cesse l'emploi de l'axonge, et jusqu'au 16 le malade prend seulement deux potages féculens.

La santé générale est excellente. Le 18, on ouvre encore un cinquième abcès autour duquel s'est développée pendant la nuit une plaque érysipélateuse: il est situé à deux pouces au-dessous du second, c'est-à-dire environ à la partie moyenne du bras, toujours sur le trajet de la basilique.

Le membre revient peu à peu à son volume normal, l'infiltration de l'avant-bras a complètement disparu; il ne reste plus que les ouvertures des abcès qui sont déjà à demi cicatrisés; depuis huit jours le malade est aux trois-quarts; il porte encore par précaution son bras en écharpe.

Nous publierons les deux observations suivantes dans le prochain numéro.

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. CRUVEILHIER.

Un grand nombre d'élèves, un concours inusité de médecins français et étrangers étaient réunis de bonne heure mercredi dernier, dans la salle Saint-Joseph, à la Charité, dans le service de M. Cruveilhier. Il ne s'agissait cependant pas d'une quasi-solennité médicale comme on en retrouve de loin en loin; ce n'était pas non plus l'attente d'une de ces opérations graves qui ne se pratiquent que bien rarement, même dans les plus grands hôpitaux. Un fait fort simple en apparence, mais qui, déjà plusieurs fois, a soulevé de vives discussions, avait de nouveau éveillé la curiosité du public médical; et cette fois, du moins, la question allait être décidée par les seuls juges capables de la bien apprécier; j'entends parler du public médical.

Ce qui avait excité à un si haut point la curiosité de tous, c'était l'annonce d'un débat sous forme de consultation, qui devait avoir lieu en présence des médecins et chirurgiens de l'hôpital de la Charité, entre M. Cruveilhier et un médecin anglais exerçant à Paris, nommé M. Macloughlin. Des circonstances bizarres seules avaient pu conduire ce dernier à des convictions qui, sans doute, auront été mal interprétées aujourd'hui par beaucoup de ceux qui, voyant la malade pour la première fois, auront trouvé la vérité facile à reconnaître, et la difficulté tranchée avant le jugement.

Quelques mots feront mieux comprendre la source et les causes de toute cette histoire, qui ne laisse pas que de soulever les questions les plus graves et les plus difficiles, peut-être, de la médecine légale, celles qui concernent la simulation des maladies.

M. Macloughlin est le médecin du comité de bienfaisance anglais à Paris; comme tel, il fut appelé, il y a déjà assez long-temps, auprès d'une malade de sa nation nommée miss Harden. Cette femme avait reçu, à plusieurs époques, des secours du comité de bienfaisance anglais; elle en réclamait de nouveaux à cause de l'état de maladie et de misère dans lequel elle se trouvait. Sans doute, dans le but d'obtenir des secours plus considérables, elle accusa plusieurs maladies graves; elle avait, disait-elle, un crachement de sang périodique, une affection cancéreuse de la matrice, une hydropisie ascite et une paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum.

M. Macloughlin fit appeler M. Moreau, qui reconnut l'absence de toute affection des organes génitaux. Voulant constater la nature du crachement de sang, il donna ordre de le faire appeler dès que l'hémoptysie paraîtrait. Ainsi fut fait, et le médecin se crut de nouveau le jouet d'une mystification. Le sang qu'on lui présenta n'offrait, disait-il, aucun des caractères qu'on lui trouve communément. L'examen des membres inférieurs ne lui permit pas de reconnaître la paralysie. L'exploration du ventre lui fit mettre la main sur un paquet de ouate qui, une fois enlevée, débarrassa complètement la malade de son ascite

Trompé, ou se croyant trompé sur tous les points, il fit son rapport en conséquence, et le comité refusa les secours.

Le mari de cette femme, après diverses tentatives, fit appeler M. Cruveilhier, qui n'avait aucune connaissance des faits indiqués précédemment. Ce professeur reconnut une paraplégie; et, jugeant de l'état de dénuement dans lequel se trouvait cette famille, leur délivra un certificat qui attestait les points de son diagnostic. Ce certificat fut alors envoyé au comité de bienfaisance anglais, pour l'opposer à la décision de M. Macloughlin; celui-ci pensant que M. Cruveilhier avait été abusé comme lui-même croyait l'avoir été, lui écrivit pour lui dénoncer la fraude. Nouvelle visite de M. Cruveilhier, qui crût de nouveau reconnaître les symptômes d'une paraplégie, et délivra de nouveau un certificat qui, légèrement modifié, confirmait en partie les faits attestés par le premier.

Malgré ces affirmations positives de M. Cruveilhier, M. Macloughlin ne fut pas convaincu, et son influence l'emportant naturellement dans le jugement de ses compatriotes, la première décision fut maintenue, et la malade ne reçut aucun secours.

M. Macloughlin devint alors le but d'attaques dont il ignorait la source. Selon un usage anglais, des placards furent affichés dans le faubourg Saint-Honoré; les principaux cliens de ce médecin, et les étrangers arrivant à Paris recevaient des lettres dans lesquelles il était violemment attaqué comme homme et comme médecin. Bientôt il eut la preuve que ces tentatives de diffamation partaient du mari de la malade, qui, n'ayant pas l'argent nécessaire pour faire imprimer ses placards, les écrivait ou les faisait écrire. Les faits furent portés à la connaissance du ministère public; l'accusé fut appelé en police correctionnelle.

Cette affaire eut du retentissement, et beaucoup de nos lecteurs ont pu en trouver les détails dans les journaux du Palais. Une enquête avait eu lieu: M. Ollivier (d'Angers) avait été chargé d'examiner la malade; MM. Cruveilhier et Macloughlin furent entendus.

Les avocats, il y en a pour toutes les causes, firent leur curée, et, selon leur habitude, embrouillèrent l'affaire. Ils ne virent pas dans ce procès une discussion sérieuse dans laquelle étaient engagés deux hommes respectables, un débat qui allait décider de l'honneur de malheureux injustement persécutés, ou bien prouver leur imposture; un médecin français et un médecin anglais étaient en cause: voilà les deux *médecines nationales* aux prises, M. Cruveilhier champion pour l'une, M. Macloughlin défenseur pour l'autre. Ce fut un feu roulant de plaisanteries sur Hippocrate, Galien, les médecins, les Anglais, les Français. C'était superbe! les assistans riaient jusqu'aux larmes! L'accusé fut condamné, et les avocats s'en allèrent avec les honneurs de la journée.

Restait la prétendue malade ou plutôt la malade, car elle peut bien avoir exagéré sa maladie; mais toujours est-il qu'elle est malade, sérieusement malade, peut-être morte au moment où nous écrivons ces lignes. Plus que jamais dénuée de secours, car la démarche imprudente du mari avait éloigné tout le monde de ces malheureux, elle s'adressa de nouveau à M. Cruveilhier, qui la fit entrer à la Charité, salle Saint-Joseph, où elle est couchée n° 15.

Soit conviction, soit entêtement, nous ne pouvons nous prononcer, M. Macloughlin persista toujours dans la première opinion; il voulait faire passer sa conviction dans l'esprit des autres, et mercredi, en présence des médecins de la Charité, il devait démontrer que jusqu'à ce jour tout le monde avait été la dupe d'une comédie, et que la maladie de miss Harden était simulée.

Avant d'indiquer les résultats de cette séance, nous allons énumérer rapidement les symptômes que présente la malade.

Cette femme est étendue sur le dos, dans un état de résolution complète; cependant *les parties postérieures du bassin ne sont aucunement rouges, on n'y voit pas de traces d'eschares anciennes ou d'eschares nouvelles menaçant de se produire*. Les membres inférieurs ne sont agités par aucune contraction musculaire, on peut les fléchir, les jeter, les changer de place, sans éprouver la moindre résistance. On peut tordre la peau, chatouiller la plante des pieds sans reconnaître la moindre trace de sensibilité; les piqûres ont le même résultat. Il y a donc là de quoi diagnostiquer une paraplégie complète du mouvement et du sentiment. Cependant la température de ces parties offre peu de changemens. L'amaigrissement n'y est pas plus sensible que dans les autres points du corps. Les poils qui les recouvrent résistent à l'arrachement d'un côté, de l'autre se laissent facilement enlever. La malade, a-t-elle dit, serait dans cet état depuis trois ans.

La vessie participe-t-elle à cette paralysie? oui, selon la malade, car depuis long-temps elle serait obligée de se sonder.

Notons, avant d'aller plus loin, qu'une des grandes causes d'embarras dans cette singulière affaire, c'est l'ignorance complète de la langue française dans laquelle sont et le mari, je crois, et surtout la malade. Ainsi tous les renseignemens et toutes les conversations entre elle et le médecin français, avant son entrée à l'hôpital, ont presque toujours eu lieu par le moyen de signes; de là l'ignorance complète dans laquelle on se trouve sur certains points de cette histoire.

La malade, disons-nous, n'urine qu'avec la sonde; elle pratique elle-même le cathétérisme de la main gauche avec une rare facilité. Sondée en notre présence, l'air aurait pu plusieurs fois s'introduire par l'ouverture de la sonde, et empêcher la vessie de revenir sur elle-même à mesure que l'urine s'écoulait. L'urine est acide (ce qui, au dire de M. Macloughlin, n'a jamais lieu dans la paralysie de la vessie); la malade n'urine pas par regorgement, ce qui se conçoit maintenant qu'elle se sonde très souvent. Selon toutes les apparences, il y a donc paralysie au moins incomplète de la vessie.

Y a-t-il paralysie du rectum? la malade n'a pas été, dit-on à la garderobe depuis son entrée à la Charité (8 février). M. Bouillaud fait observer que le ventre est souple et ne paraît pas contenir de matières fécales. On ne lui a pas, je crois, administré de lavemens. Cette paralysie du rectum serait ancienne, car déjà on la comptait parmi les accidens invoqués lors de la demande de secours. M. Olivier d'Angers, envoyé comme expert par le ministère public, raconte qu'il trouva la malade seule, dans un bouge de la rue Montaigne, sans personne autour d'elle; elle était alors au moins paraplégique, et cependant sous son lit gisait un énorme pot-de-chambre plein de matière fécale. Ce fait avait, dès cette époque, inspiré des soupçons. A cette même époque, le lit de cette malheureuse, si seule, si abandonnée, n'était pas souillé par ses matières fécales ou ses urines, accident cependant bien commun chez les paraplégiques. Aujourd'hui, à la Charité, il en est de même, mais au moins les soins de toute nature qui entourent les malades expliquent cette propreté. Selon toutes les apparences, il y a maintenant paralysie au moins incomplète du rectum.

Depuis son arrivée à l'hôpital, cette femme ne prend que du thé coupé de lait.

A la paraplégie dont nous venons de parler se joindrait une hémiplégie du côté droit du tronc. (Ce fait, sous le point de vue clinique, offre un grand intérêt.) Le membre droit, le côté droit du tronc sont donc entièrement paralysés; la température de ce côté est normale, ou du moins égale à celle de l'autre côté; l'amaigrissement n'y est pas plus sensible. Les essais divers démontrent, comme aux membres inférieurs, la perte de la sensibilité et du mouvement.

Ajoutons que la mâchoire est abaissée, qu'elle offre les signes d'une paralysie des élévateurs, la malade est obligée de la relever avec la main lorsqu'elle veut boire ou avaler. Les muscles élévateurs de cet os sont relâchés, les mouvements de la langue sont abolis, la malade ne parle plus (nous ne savons pas depuis quelle époque). Lorsqu'elle veut montrer la langue, elle la prend avec les doigts et la tire hors de la bouche. Lorsqu'elle boit, après avoir reçu le liquide, elle relève la mâchoire avec la main gauche pour avaler. Dans les divers essais faits en notre présence, la bouche étant ouverte ou fermée, la déglutition du liquide n'a jamais donné lieu au moindre accès de toux. La sensibilité du côté droit de la face est abolie; on peut introduire une plume dans les fosses nasales, la promener sur la conjonctive, et jamais on ne détermine de mouvements qui dénotent la sensibilité de ces régions. L'aspect des yeux est le même, la face n'offre aucune déviation, si ce n'est l'abaissement de la mâchoire. On peut, comme on le voit, admettre si l'on veut l'existence de la paralysie de la cinquième paire, etc.

Comme on le pense bien, cette femme est dans un véritable collapsus physique, rien ne meut chez elle, si ce n'est le membre gauche; la face est calme, impassible au plus haut degré; le pouls est fébrile depuis quelques jours. La malade se sonde de la main gauche, et écrit avec la même main avec rapidité.

Tels sont les points sur lesquels devait s'engager le débat, ou plutôt l'expérimentation. M. Cruveilhier l'a permis parce que, selon lui, l'honneur est plus cher que la vie, et l'honneur de ces malheureux, de cette femme était engagé. Les diverses expériences que nous avons indiquées ont été tentées. M. Macloughlin persistant dans son opinion, la question a été restreinte. M. Cruveilhier a abandonné les questions relatives à la paralysie de la vessie, du rectum, de la langue, de la face, de la mâchoire, etc., etc., faisant ses réserves sur la paraplégie de la partie inférieure du tronc, et l'hémiplégie du côté droit. M. Macloughlin a fait diverses tentatives pour obtenir des preuves de la contractilité volontaire. Il a essayé l'expérience de Leclerc, qui consiste à soulever les membres inférieurs au moyen d'une corde attachée aux deuxièmes orteils, à étendre le bras sur un point d'appui, après avoir fixé du poids au premier et au dernier doigt. On a beaucoup disputé pour savoir si les orteils s'étaient contractés ou non, si la rotule s'était tendue; il paraît que non. M. Bouillaud a cru sentir quelques mouvements dans les muscles de l'avant-bras, il n'a pas osé se prononcer. M. Gerdy a prouvé que la tension des muscles était ici mécanique, et qu'elle avait lieu selon la direction de la traction opérée. Il doutait peut-être, car, en quittant sa place, il a ajouté: *oh oui! mais les femmes sont si fines!!...* M. Cruveilhier, et la plupart des spectateurs, n'ont rien vu qui prouvât absolument la simulation, et les expérimentations barbares ont été abandonnées. M. Macloughlin a persisté dans son opinion et en a appelé au temps; nous en appelons à la nécropsie!

Au résumé, les honneurs de la séance ont été à M. Cruveilhier; il avait le beau rôle, celui de la défense. Il a conduit la discussion avec logique, talent et dignité; nous ne pouvons qu'applaudir à ses généreuses paroles, et dire qu'il a fait passer sa conviction dans le cœur de presque tous les spectateurs.

Quant à M. Macloughlin, il faut le dire, il a été battu ou considéré comme battu. En effet, au désavantage d'une discussion dans notre langue, se joignait le désagrément de sa position exceptionnelle. Les assistans n'ont pas tous assez compris que si M. Macloughlin a paru leur donner des preuves d'un entêtement qu'ils ont cru prendre sa source dans la mauvaise foi et la dureté de cœur, surtout en présence d'une malheureuse à laquelle il doit bien des réparations si elle a été victime de son erreur, qu'il s'agissait aussi, pour lui, d'une question d'honneur à nos yeux et à ceux de ses compatriotes: il avait été accusé, il l'était encore. D'ailleurs, qui de nous, peut-être, trompé comme il l'avait été, n'aurait pas apporté dans l'examen des faits le scepticisme qui a paru déplacé aujourd'hui. Disons encore, et nous en avons le droit, car nous ne connaissons pas M. Macloughlin, qu'il jouit auprès de tous ses compatriotes, d'une estime et d'une considération qu'on dit méritées, et que, loin d'être dur et méchant, c'est un homme dont on cite la douceur et la bonté. L. M.

INTOXICATION ARSENICALE.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux

Monsieur,

Je viens de recevoir un Journal de médecine et de chirurgie, dont j'ignorais l'existence, qui renferme des observations sur la lettre que j'ai envoyée à l'Académie des Sciences. Me trouvant très en retard, je m'empresse de vous adresser quelques mots de réplique, dans l'espérance que vous voudrez bien leur accorder une place dans votre précieux Journal.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération.

Couerbe.

Verteuil (Gironde), le 18 février 1840.

Réponse aux observations de M. Orfila *au sujet de la lettre que j'ai adressée à l'Académie des Sciences.*

Par J.-P. COUERBE,

Depuis le jour où les journaux politiques ont rendu compte des séances de l'Institut des 16 et 23 décembre, je n'avais plus entendu parler des débats qui ont existé entre M. Orfila et moi, touchant la découverte de l'arsenic dans le corps de l'homme. Par le National du 25 décembre, que je devais à l'obligeance du cercle de la ville de Lesparre, j'ai appris que M. Orfila n'avait jamais eu l'intention de s'approprier cette découverte, et qu'il reconnaissait volontiers qu'elle m'appartenait de droit. Je devais donc et j'étais en effet pleinement satisfait, bien que je ne connusse pas dans quels termes était faite sa réplique. Je croyais par conséquent les débats finis, lorsque, tout récemment, il m'est parvenu un numéro, déjà ancien, du Journal médico-chirurgical, *L'Esculape*, qui renferme des notes dont les idées obscures et vagues me paraissent réclamer quelques éclaircissemens de ma part. J'analyserai les observations de M. le doyen dans l'ordre où il les présente dans son journal.

« 1° Cette note, rédigée d'abord par M. Couerbe, avait été modifiée par moi avec son consentement, et il n'est pas exact de dire qu'elle ait jamais renfermé ces mots: *Recherches qui établissent l'existence de l'arsenic dans les cadavres humains*, comme le prétend aujourd'hui M. Couerbe. »

Je suis vraiment affligé de contredire M. Orfila, mais je dois cependant assurer sur mon honneur que j'ai écrit bien positivement cette phrase, et que, ce qui le prouve, c'est la suite de la note même qui en est une conséquence immédiate, ainsi que ces mots: *que l'on peut extraire par des moyens chimiques*, que M. Orfila a conservés. Changer ma rédaction en celle de M. Orfila, c'est en détruire l'esprit et vouloir cesser d'être logique. Un peu plus bas d'ailleurs on verra que mes assertions sont exactes.

« 2° Aujourd'hui tout est changé, M. Couerbe se plaint amèrement, et à tort, de la manière dont je me suis exprimé; il a établi la preuve, dit-il, que le corps de l'homme contient de l'arsenic. Il serait plus vrai de dire qu'il a annoncé le fait sans la preuve; toutefois je suis loin de contester la priorité à ce chimiste puisqu'il est certain qu'avant lui personne n'avait parlé de la présence de ce métal dans nos tissus; mais il n'est pas vrai de dire que je lui ai fourni des cadavres pour faire des expériences dans mon laboratoire. »

Il est évident, d'après cette note, que l'un de nous deux, M. Orfila ou moi, a bu de l'eau du Léthé à pleins bords; car je ne puis croire, malgré les dissentimens qui nous séparent aujourd'hui, M. Orfila capable d'en imposer; pas plus, j'espère, qu'il me suppose assez insensé pour mentir à la science et à mes lecteurs. Non, j'aime à m'imaginer qu'après nos discussions, quel qu'en soit le résultat, nous nous retirerons, M. Orfila dans ses hautes et brillantes fonctions, moi dans mon obscurité, en nous conservant une estime mutuelle. C'est ainsi que je comprends la guerre. « Il serait plus vrai de dire qu'il a annoncé le fait sans le prouver. » Eh bien! que M. Orfila veuille se souvenir qu'il fut ordonné au gardien de l'Ecole pratique de me procurer une certaine quantité d'os humains; que, sur sa recommandation, on en apporta une douzaine de livres qui provenaient d'un vieux squelette incomplet; que M. Guérin Varry, homme avantageusement connu dans la science, les fit réduire en poudre à sa manufacture de produits, et que c'est sur cette poudre d'os que j'opérai pour en extraire grossièrement l'arsenic et pour démontrer que le fait que j'avais avancé n'était pas une rêverie. L'expérience fut faite de deux manières: d'abord dans un creuset avec un peu de nitre, et ensuite dans une immense capsule de porcelaine, par l'acide nitrique, ingrédient que je préférais dans mes expériences. Cette dernière opération produisit même un petit accident, M. Orfila se le rappellera peut-être, la grande capsule, qui avait coûté 15 francs, se brisa par suite de l'inflammation soudaine de la matière qui fut transformée aussitôt en une cendre légère et très volumineuse. Les gaz, en s'élançant dans l'air, avaient soulevé le produit et lui avaient donné l'aspect de blancs d'œufs battus. Il ne fut point perdu, on le traita convenablement, et il donna des taches d'arsenic sur la capsule. On remarquait aussi des taches très distinctes d'orpiment qui s'étaient produites par de l'hydrogène sulfuré, qui se dégageait au commencement de l'expérience. Le métal se trouvait à l'état d'arséniate de chaux dans le produit de l'incinération. Ce sont des circonstances qui font image et qui ne peuvent s'oublier.

Ainsi, j'ai donc *annoncé et démontré que le corps humain contient de l'arsenic ou un composé arsenical*. M. Orfila n'en doute pas, je le sais; en voici la preuve écrite par lui-même:

« Quel est le fait dominant de cette discussion? *la présence de l'arsenic dans le corps de l'homme*. Or, relisez la note, et vous y trouverez non-seulement qu'il en est ainsi, mais encore que vous y discutez l'état où le métal peut se trouver, les idées sur les sources de ce métal, etc. A cet égard, personne ne peut

se méprendre; un fait capital et des plus importans consistait dans l'annonce de la présence de l'arsenic normal; ce fait vous appartient.....» (Lettre du 16 novembre 1839.)

« D'un autre côté, et ceci est fort grave; je fus requis par le tribunal de Dijon pour déterminer si Nicolas Mercier, dont on m'envoie une partie du cadavre, est mort empoisonné par l'arsenic. Je conclus à l'empoisonnement, et l'affaire sera jugée à la fin de ce mois. Or, que doit-il arriver? c'est que l'on m'objectera que l'arsenic trouvé dans le foie et dans les membres n'est autre que l'arsenic normal. « M. Couerbe, dira-t-on, n'a-t-il pas établi » qu'il y a de l'arsenic dans le corps de l'homme? » Je devais préparer une réponse à cette objection capitale : il y avait urgence, et vous êtes trop juste pour ne pas le reconnaître. Or, qu'ai-je fait? j'ai effleuré une des questions posées dans votre note cachetée; et comment l'ai-je effleurée? en me guidant d'après le principe posé par vous. Toutes les autres questions, je les ai laissées intactes dans mon mémoire. » (Même lettre.)

« Vous avez obtenu des torrens d'arsenic du phosphate acide de chaux : soit; peut être penserez-vous que même après ces torrens, les expériences que j'ai imprimées ne nuisent pas au *fait capital*, je le répète, *que vous avez fait connaître*.

« S'agit-il de la question des terres? mais vous savez que c'est toujours en vue du procès de Dijon que je l'ai abordée; obligé de répondre à une question posée par le tribunal, je ne pouvais pas ne pas chercher à la résoudre. » (Même lettre.)

Voila pour ce qui concerne la première partie de la note de M. Orfila; il me semble que le doute est suffisamment éclairci; si le lecteur en demandait davantage, il serait exigeant et injuste. Quant à moi, je me trouve complètement satisfait, et si M. Orfila, en m'adressant cette lettre, m'avait promis de modifier la rédaction de son historique dans la réimpression de sa Médecine légale, qui devait être sous presse à cette époque, tout en serait resté là, nos dissentimens auraient disparu, et nous n'aurions pas le *mal au cœur* aujourd'hui d'avoir mis le public dans nos petites querelles d'amour-propre. Mais il devait sans doute en être ainsi.

« Il n'est pas vrai de dire que je lui ai jamais fourni des cadavres pour faire des expériences dans mon laboratoire. » Pour démontrer l'inexactitude de cette assertion qui m'offense, je manque de preuves authentiques, et pour être cru, j'ai besoin que M. Orfila veuille revenir un instant sur le passé, et qu'il se souvienne qu'il vint me dire un jour : « Demain nous aurons un cadavre : vous l'examinerez, car je veux que vous ne » puissiez en accuser ma volonté si vous ne réussissez dans vos » essais. » Ma réponse fut celle-ci : « Tous les cadavres sont bons, mais donnez-nous en de maigres de préférence, l'arsenic n'étant pas dans la graisse, et la graisse nous retarde dans nos manipulations. Le dernier cadavre que vous nous avez envoyé, vous le savez, a donné une graisse considérable très-embarrassante. » Je dis nous, parce que M. Lesueur, tout occupé qu'il était à ses travaux de cours, a travaillé avec un zèle et un dévouement dignes de tout éloge. Je dirai plus, car je ne veux me parer de rien, une fois que j'eus posé les bases du travail, annoncé et démontré le fait, je ne m'occupai de la question que de loin en loin, M. Lesueur faisait tout avec ses élèves. M. Orfila, de son côté, se donnait beaucoup de mouvement, et n'oubliait jamais de passer au laboratoire dès que ses occupations nombreuses pouvaient le lui permettre. Du reste, nous connaissions ses heures, nous étions prévenu souvent la veille, et tout était disposé pour son arrivée, afin de le rendre témoin aussitôt des résultats de nos expériences, car, il faut lui rendre cette justice, il voulait tout voir. C'est dire en quelques mots que le plus parfait accord régnait entre nous tous.

Que les expériences dont je viens de parler n'aient servi plus tard au mémoire sur l'absorption, oh! c'est ce que je ne contesterai point : car, comme je l'ai fait entrevoir dans mon premier écrit adressé directement à l'illustre M. Arago, cet ouvrage prit plusieurs formes, et ce ne fut guère qu'après un ou deux mois de recherches que nous avons vu éclore ne nouvelles expériences étrangères aux premières, et qui firent baptiser le travail *Mémoire sur l'absorption de l'acide arsénieux*, titre qui n'excluait naturellement de son domaine; comme celui de *Mémoire sur l'arsenic normal considéré sous le rapport médico-légal*, m'a, dans l'opinion de M. Orfila, séparé de ma découverte. Je conserverai donc comme une vérité incontestable la phrase que j'ai écrite dans ma réclame, et que M. Orfila, à tort, repousse comme une chose mensongère : « Des cadavres furent mis à ma disposition, et mes idées, ainsi que mes expériences ont servi pendant plus de quinze mois d'aliment à notre esprit. »

« Les deux sujets sur lesquels j'ai opéré, continue M. Orfila, pendant le séjour de M. Couerbe à Paris, ont uniquement servi à compléter mes recherches sur l'absorption, travail dont M. Couerbe ne peut revendiquer ni une idée ni un fait. »

Il me serait facile d'écrire longuement sur ces quelques lignes un peu hasardées; mais je veux me borner à ne toucher qu'à ce qui se rattache au point de savoir si les cadavres étaient pour ma question, ou pour celle de M. Orfila sur l'absorption; plus tard, si M. Orfila l'exige, j'aborderai le reste. Quelques réflexions suffiront pour faire comprendre que des cadavres étaient inutiles aux recherches sur l'absorption de l'acide arsénieux. D'abord, établissons que cet auteur est vitaliste, et qu'il ne comprend l'absorption que par la circulation du sang; quelques mots glissés dans la conversation par lui, ont suffi pour me convaincre que telle est son opinion sur ce point. Partant de ce principe, l'absorption ne peut se faire que pendant l'acte de la vie; la circulation animale ne s'effectuant que dans cette mystérieuse condition. Or, les expériences pour étudier les phénomènes dont nous parlons doivent se commencer d'abord sur l'individu encore vivant, et se continuer sur le même individu mort de la substance absorbée; parce que pendant la vie le sang charrie dans sa course les corps dont il se sature en les mouillant, et en imprègne tous les tissus. C'est aussi de cette façon qu'a opéré M. Orfila dans ses recherches, et qu'il est parvenu à démontrer que des atomes d'arsenic placés sur la plaie faite à la cuisse d'un chien vivant passaient dans le torrent de la circulation, et apportaient des ravages encore inconnus, et tuaient l'animal au bout de quelques heures. Voilà tout ce que M. Orfila a voulu démontrer, et qu'il a démontré sous mes yeux avec beaucoup d'élégance (1). Mais pour cela, il lui fallait des animaux pleins de vie et non des cadavres chez lesquels la circulation est arrêtée, et par conséquent où l'absorption est impossible dans les idées du toxicologiste.

(1) M. Couerbe se trompe évidemment en attribuant à M. Orfila la découverte de l'absorption de l'arsenic. Nous avons démontré que ce fait était très connu depuis plusieurs siècles, et qu'aucun toxicologue moderne au courant de la science ne le mettait en doute lorsque M. Orfila s'est imaginé l'avoir découvert. (*Note du Réd.*)

Ah! j'aurais compris les expériences que nous avons faites sur les cadavres, si M. le doyen avait : 1° plongé dans une solution d'acide arsénieux l'extrémité coupée d'une jambe ou d'un bras, pour voir si, après plusieurs jours de contact, le liquide arsenical aurait ascensionné par une sorte de travail d'endosmose ou de capillarité; 2° s'il avait injecté une solution d'arsenic dans l'estomac d'un sujet pour savoir encore si, par voie de mouillage ou d'imbibition, les viscères s'en seraient ou non imprégnés; 3° enfin s'il avait au moins opéré comme sur les chiens vivans, c'est-à-dire qu'il eût fait une incision profonde sur la cuisse ou la jambe d'un cadavre, qu'il y eût placé 30 à 40 grains d'acide arsénieux, qu'il eût prolongé le contact plusieurs jours, plusieurs mois même au besoin, et qu'enfin il eût cherché le poison là où il n'aurait pas été appliqué, comme pour se demander si une autre cause que la circulation ne pourrait pas porter le corps toxique dans les muscles ou dans les viscères, et provoquer ainsi une sorte d'absorption mécanique après la mort? Alors j'aurais rattaché les recherches sur les cadavres au mémoire sur l'absorption, parce qu'elles auraient été jusqu'à un certain point rationnelles, et je me plairais à convenir aujourd'hui que les cadavres dont je parle dans ma lettre étaient destinés à compléter les expériences de M. Orfila. Mais ce toxicologiste ne pouvait arriver à ces curieuses recherches sans faire l'abandon de ses idées sur le grand phénomène de la vie; aussi n'y a-t-il pas songé, bien qu'il ait tourmenté long-temps cette intéressante question.

Cependant, si l'absorption n'est qu'une imbibition, comme le suppose, je crois, M. Magendie, selon moi le plus grand physiologiste qui ait paru depuis Haller, rien ne s'opposerait à la manifestation du phénomène que je conçois, l'imbibition n'étant qu'un effet de mouillage ou de capillarité. J'adopte cette manière de voir, parce qu'elle est démontrée par la physique, et qu'elle me débarrasse d'un *être de raison* très problématique que je ne veux point approfondir, n'aimant pas à me lier avec des esprits chimériques.

Les expériences sur les cadavres dont je viens de parler, sont, ce me semble, de la plus grande importance; elles me paraissent devoir intéresser les médecins légistes, les magistrats et la société tout entière; on ne saurait trop fouiller dans ce qu'elles peuvent présenter en conséquences neuves et utiles, car c'est une puissante objection à opposer aux experts toujours trop ardens à conclure à l'empoisonnement par l'arsenic. Je le répète, ces expériences sont capitales, et M. Orfila doit se hâter de les faire, tant dans son propre intérêt que dans celui de la science : négatives ou positives, elles auront toujours une portée, envisagées sous le point de vue médico-légal. Si, en effet, on parvient à démontrer qu'après la mort l'arsenic ou tout autre poison, appliqué sur une plaie ou sur une membrane muqueuse, peut s'infiltrer dans nos tissus par la seule force de capillarité, cette question d'empoisonnement, par l'arsenic surtout, traitée devant les cours d'assises, deviendrait très épineuse attendu qu'on pourrait produire des apparences d'empoisonnement, et qu'il y aurait une légèreté coupable à conclure à la peine capitale sur de simples apparences. Il ne suffirait pas de dire : j'ai trouvé et calculé l'arsenic de l'individu soupçonné empoisonné, et je l'ai trouvé en quantité plus grande que celle qui existe naturellement dans le corps humain; il faudrait d'autres preuves, et malheureusement ces nouvelles preuves se trouvent en dehors de la science du médecin-légiste.

Je ne suivrai pas plus long-temps ces digressions, que je pourrais multiplier à l'infini; ce n'est pas ici le lieu de faire un nouveau travail sur l'arsenic appliqué au phénomène de l'absorption et de la médecine-légale; j'ai eu pour but, en me livrant à ces considérations, de démontrer seulement que les expériences que nous avons faites sur les cadavres, pendant mon séjour à Paris, et qui n'avaient rien absorbé, ne peuvent, sans heurter le bon sens et même la science, se rattacher aux idées de M. Orfila sur l'absorption; et qu'alors *les cadavres sur lesquels nous avons expérimenté étaient bien pour la question de l'arsenic normal*, comme je l'ai écrit.

3° M. Orfila n'approuve pas la forme que j'ai donnée à ma réclamation. « Il eût été plus convenable, dit-il, d'envoyer sa réclamation à l'Académie de médecine, devant laquelle j'avais lu tous mes mémoires, plutôt qu'à l'Académie des sciences qui n'était pas en mesure d'apprécier l'exactitude des faits articulés. »

Je ferai remarquer à M. Orfila : 1° que je n'avais pas à discuter sur des faits articulés, mais bien sur des faits écrits, imprimés et réunis sous forme de livre, dont l'Académie des Sciences de l'Institut pouvait se mettre en mesure d'apprécier l'inexactitude; 2° que plusieurs membres qui siégent à l'Académie des sciences, tels que MM. Magendie, Breschet, Roux, Larrey, Serres, siégent aussi à l'Académie de médecine; 3° que je suis dans l'habitude d'offrir à cette Académie le fruit de mes méditations; 4° que l'Académie des sciences étant la première du monde, tout ce qui se lit dans son sein se propage avec retentissement, et se juge par elle avec conscience, impartialité et talent; 5° enfin, j'ai adressé ma missive à M. Arago directement, parce que cet homme illustre est secrétaire perpétuel de l'Académie, et que j'aime son caractère, son esprit et ses vues. Telles sont les raisons qui m'ont fait adopter la forme que j'ai suivie, et non celle que me suppose bien gratuitement M. Orfila, car je n'ai aucun motif pour appréhender le jugement d'une Académie que je considère et que je crois incapable d'errer. Mais pourquoi cette réflexion, d'ailleurs, de la part de mon critique? Ne serai-je pas en droit à mon tour de lui prêter la crainte qu'il admet en moi avec tant de conviction, et lui demander aussi s'il aurait à redouter, en pareille matière, le jugement de l'Institut?

Quoi qu'il en soit, ma réclamation a paru très peu logique à M. le doyen, car continue-t-il : « Au reste, j'en exprimai mes regrets à M. Couerbe, qui était absent de Paris depuis plusieurs mois; je lui fis sentir la *nécessité* où je m'étais trouvé d'entamer cette partie de la question sans lui, et il partagea tellement mon opinion, qu'il répondit à ma lettre en ces termes :

« Pourquoi éprouvez-vous de la peine, mon cher Orfila, d'avoir » entamé les questions que vous avez si laborieusement pour» suivies : pensez-vous que je puisse être contrarié de cela? Oh! » vous me connaissez bien mal alors; je ne sais quelle forme j'ai » donné à ma lettre; j'écris constamment à la hâte, et aussi tou» jours très mal; mais je ne crois pas avoir laissé paraître rien » qui ait pu vous laisser croire que je fusse blessé de vous voir » élargir une question si importante pour tout le monde et en » particulier si digne de votre intérêt. »

» Que le lecteur explique maintenant, *s'il le peut*, l'injuste récrimination de M. Couerbe. »

Le sens de cette lettre deviendra simple et facile à saisir lorsqu'on saura qu'elle ne s'applique point au mémoire scientifique sur l'arsenic normal publié par M. Orfila, mais bien à un rapport que ce toxicologiste devait présenter à la Cour d'assises de Dijon. En effet, à cette époque, M. Orfila s'occupait de l'empoisonnement de Mercier, de Dijon; il travaillait au mémoire qui concluait à l'empoisonnement, comme il me l'annonce par cette lettre :

« L'affaire judiciaire de Dijon sera jugée aux prochaines assises de novembre, où j'irai déposer. Ollivier d'Angers, Lesueur et moi concluons qu'il y a eu empoisonnement; M. Devergie dit qu'il y a de grandes présomptions. Cette affaire qui nous a occupée cinq mois, m'a forcé à traiter des questions que je n'aurais pas voulu entamer, et vous en jugerez par le court exposé qui suit. » (Lettre du 16 août 1839.)

Ici, M. Orfila entre dans des détails sur les terrains des cimetières, dont je parle dans ma note cachetée et déposée sur le bureau de l'Académie, par lui, le 30 octobre 1838; sur l'influence des exhumations, sur les transformations supposées par moi, et sur bien d'autres considérations qu'il discute à sa façon. Enfin, il ajoute en terminant sa lettre :

« La solution de ces diverses questions m'a mené loin (1), et je suis exténué de fatigue. Eh bien! je sais déjà que la défense s'est adressée à M. Raspail, qui prépare un mémoire, en sorte que les débats seront chauds et très chauds, parce que ce savant naturaliste trouvera des argumens propres à jeter la perturbation dans l'esptit des jurés (2). »

Comme on le voit par cette lettre, il n'est question que d'un mémoire devant la cour d'assises de Dijon, que d'un plaidoyer, que d'une condamnation qui devait annihiler les argumens de l'éloquent Raspail, et rien ne peut faire supposer que ce mémoire, où se trouvent tous les experts requis par le tribunal de Dijon, deviendra plus tard l'œuvre académique que j'avais conçue sur un plan plus vaste, et je puis dire plus en harmonie avec son sujet, qu'on me passe cette prévention. Dès lors je crus devoir écrire la lettre que M. Orfila a insérée dans l'Esculape, et qui me semble s'accorder d'une manière douce et amicale avec les inquiétudes un peu trop scrupuleuses de M. Orfila. Ma lettre est donc sensée et ne contient rien d'équivoque ni d'énigmatique. C'était ce qu'il fallait démontrer.

Pendant que tout cela se passait, je faisais, de loin en loin, quelques observations de mon côté et, autant que pouvait me le permetre ma position nouvelle; car avant mon départ de Paris nous avions décidé que je travaillerais sur les alimens et que M. Orfila continuerait à expérimenter sur les cadavres. Ce qui prouve qu'il en était bien ainsi, c'est qu'à la suite de quelques remarques sur les moyens d'opérer, M. Orfila m'écrivait : « J'ai cru devoir vous donner ces détails pour que vous ne perdiez pas votre temps. »

Quel fut mon étonnement lorsque, par une lettre du mois de septembre, M. Orfila m'annonça la lecture de son mémoire en ces termes :

« Je lit aujourd'hui mon mémoire sur l'arsenic normal, *considéré sous le rapport médico-légal*. . . . . . .

» Je publierai tous mes mémoires ensemble et vous en enverrai un exemplaire. Les journaux de médecine n'ont pas tout dit, et ne l'ont pas dit comme je l'entends (3). . . . . . .

» Quoi qu'il en soit, dans mon mémoire je parle de vous comme je le dois, et j'indique votre absence de Paris, l'espoir de votre retour pour vider bien des questions qui, malgré ce que vous me dites, offrent beaucoup d'itérêt. »

(Lettre du 24 septembre 1839.)

Que faire en pareil cas : le mémoire était lu, puisqu'il est vrai que je ne reçois les lettres de Paris que quatre jours après leur départ. Mais M. Orfila m'écrit « qu'il parlera de moi comme il le doit, » et j'avais mis toute ma confiance en lui. Ceci me rassura, je lui écrivis une lettre qui renfermait ces mots : « J'attends votre brochure : je la lirai avec goût et intérêt. » Au bout de quelques jours, je reçus son ouvrage, je le lus et j'y trouvai ma question lacérée, des expériences sans poids, un historique infidèle, un ensemble incohérent, mon nom jeté avec réserve, et comme fortuitement, enfin des déceptions partout. Dès-lors je ne crus plus à rien, je fus plein de dégoût, et une querelle que je déplore en a été la conséquence.

Verteuil (Gironde), le 18 février 1840.

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies; par M. MALGAIGNE.

(Suite de la septième leçon.)

Dans la dernière moitié du dix-huitième siècle il y eut de nombreux essais de perfectionnement. Tantôt ils portaient sur les pelotes, que Fauvel fabriquait en ivoire, Lechandelier, en noyer; Laval et Mousa, en caoutchouc; tantôt sur le ressort, que Blackay construisait avec des ressorts de pendule, et que Camper fixait aux dix douzièmes de la circonférence du corps. On a signalé tous ces essais et l'on a eu raison sans doute, mais il ne fallait pas oublier le perfectionnement le plus capital des bandages doubles, qui consiste à fixer chaque pelote sur un ressort à part. Cette invention paraît appartenir à Tiphaine, et ne remonte pas plus haut que 1761.

Au total, le bandage français gardait la préférence, et Juville, qui prétendait l'avoir perfectionné, n'était pas plus avancé que ses prédécesseurs. Enfin, une grande innovation nous vint d'Angleterre; Salmon, mécanicien renommé, étant affecté d'une hernie, et ayant vu un de ses convives saisi d'un étranglement devenu rapidement mortel, fixa son attention sur la meilleure forme à donner aux bandages et imagina le bandage anglais, qui embrasse le côté du corps opposé à celui où existe la hernie. A cette première modification, qui rompait en visière avec toutes les idées reçues, il en ajouta d'autres non moins étranges : 1° son bandage ne se collait point contre la peau; 2° il ne suivait aucunement les contours du bassin; 3° il s'appliquait sans courroies ni sous-cuisses; enfin la pelote était mobile daus tous les sens.

Ce bandage fut importé en France par M. Wickam, et

(1) Beaucoup trop loin même!... (*Note du Réd.*)

(2) Est-ce 18 la langage d'un expert? M. Orfila tenait donc beaucoup à faire condamner un homme que les trois experts de Dijon et deux des experts de Paris croient innocent. (Voir la brochure récente de M. Rognetta.) M. Orfila appelle *des perturbations* des faits contraires à ses assertions! (*Note du Réd.*)

(3) Cette phrase est d'autant plus étonnante que l'on prétend que M. Orfila fait lui-même les articles apologétiques qui paraissent dans plusieurs journaux sur ses lectures ou discours académiques. (*N. du R.*)

il y éprouva une singulière destinée. D'abord tous les chirurgiens s'élevèrent contre, et, encore aujourd'hui, il n'est peut-être pas un article de dictionnaire où il ne soit immolé à la plus rigoureuse critique. D'une autre part, la nouveauté avait séduit les malades ; les bons effets du bandage accrurent sa vogue ; tous les bandagistes voulurent en avoir, et alors commencèrent les contrefaçons. Parmi ces contrefaçons, les plus célèbres furent celles de M. Valérius, honoré de l'approbation de la Faculté de médecine, et celle de M. Burat, qui eut l'approbation de l'Académie. Bien que l'heure écoulée ne me permette pas d'aborder la critique de ces bandages, qu'il me soit permis de dire par avance que toutes ces approbations de sociétés savantes, que toutes ces critiques des chirurgiens ne sont fondées sur rien autre chose que de frivoles imaginations, et qu'elles font sourire jusqu'aux bandagistes qui en ont profité. On blâmait dans le ressort anglais ce qu'il avait de bon ; on louait dans les contrefaçons ce qu'elles avaient de pire ; tant l'expérience est venue démentir les prévisions de la théorie ! Il était temps de soumettre enfin ces bandages au seul critérium qui devait régir les sciences médicales, l'observation ; je vous dirai dans la séance prochaine ce que l'observation m'a appris.

Sans doute, j'aurais pu étendre davantage cet historique, énumérer les nombreux bandages brévetés à Londres et à Paris, analyser les mémoires théoriques de Roussilh, Chamsera et d'autres ; mais cela n'en valait pas la peine. Nous retrouverons tous les bandages modernes quand nous aurons à les comparer à leurs types principaux, et à déterminer les conditions les plus favorables à leur efficacité. Quant aux théories, elles se trouveront jugées naturellement par la simple exposition des faits.

CHRONIQUE.

MUSÉE DUPUYTREN.

L'inscription qui suit vient d'être placée à l'entrée du Musée d'anatomie pathologique de l'école de médecine :

MUSÉE
ÉRIGÉ AUX FRAIS DE L'ÉTAT, EN 1839,
PAR LES SOINS DE M. ORFILA,
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
QUI LUI A DONNÉ LE NOM DE
MUSÉE DUPUYTREN,
POUR HONORER LA MÉMOIRE D'UN HOMME CÉLÈBRE,
ET EN RECONNAISSANCE DU LEGS DE
200.000 FRANCS
FAIT A LA FACULTÉ PAR CE PROFESSEUR
POUR LA CRÉATION D'UNE
CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ce n'est point aux frais de l'état, mais aux frais de Dupuytren qu'a été fondé le musée qui porte aujourd'hui son nom. Sur les 200,000 francs légues par cet habile chirurgien à la Faculté, 120,000 francs furent attribués à la chaire d'anatomie pathologique, et 80,000 furent appliqués à l'érection d'un musée. Il était donc tout simple que ce musée portât le nom de son bienfaiteur, surtout quand ce bienfaiteur se trouvait être l'homme qui le premier, en France, rétablit l'enseignement de l'anatomie pathologique.

M. le doyen a été chargé des détails que comportait la création d'un établissement qui devait ajouter à l'éclat des lumières de la Faculté de médecine de Paris ; mais nous ne sachions pas que M. Orfila ait reçu mandat spécial de rédiger et de faire graver l'injuste, immodeste et ingrate inscription qu'on vient de lire. Ceux qui, désormais, seraient tentés de léguer leur fortune à la Faculté pour une fondation quelconque, sont avertis que l'état et M. Orfila se chargent l'un des frais, l'autre des soins de l'érection, heureux si leur nom trouve la troisième place dans une inscription destinée à perpétuer le souvenir de leur bienfait.

—Nous avons reproduit textuellement cet article, dans lequel on a si bien fait ressortir l'inconvenante inscription qu'y a fait placer de son chef M. le doyen. Nous n'ajouterons aucune réflexion, et rappellerons seulement un autre fait que nous avons signalé dans le temps et qui n'a pas été démenti. Il paraît qu'une somme manquant pour faire face à la dépense entraînée par la modification que l'on a pris sur soi de faire subir au projet et au legs de Dupuytren, sa famille a cédé aux sollicitations do M. Orfila, et a comblé le déficit qui était de 15 à 20 mille francs.

On avait mis à cela une seule condition qui avait été acceptée, à ce qu'il paraît ; c'était d'attacher d'une manière honorable au Musée, le neveu de Dupuytren, M. Pigné. L'argent a été donné, et M. Pigné attend encore la réalisation de cette promesse !!!

Monsieur le rédacteur,

Je ne puis me refuser à publier un fait choisi entre un grand nombre d'autres, que j'ai observés dans les Instituts orthopédiques et gymnastique de madame Masson de la Malmaison.

La jeune Et... fut confiée aux soins de madame Masson dans l'état suivane : gibbosité à la région dorsale de la colonne vertébrale, avec ramollisement très-notable du corps des deux vertèbres dorsaler. Malgré des soins administrés par des médecins fort éclairés, cette pauvre petite fille devenait de plus en plus malade. Plusieurs mois d'un traitement rationnel, où l'hygiène, les médications topiques et les ressources de l'orthopédie furent également fondus ensemble, rétablirent cette petite fille et effacèrent sa triste difformité.

C'est dans l'Institut de Paris, rue de Cléry, n° 9, que j'ai observé éette cure.

Le Dr Pichon.

Paris, imprim. de Béthune et Plon, rue Vaugirard, 36.

JEUDI 5 MARS 1840. (13e ANNÉE.) N° 28, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45.

HOPITAL DE LA PITIÉ. M. Lisfranc.

(Suite du n° précédent.)

Phlébite et angéioleucite. (Salle Saint-Louis, n° 39.)

Claude Pinot, âgé de trente-six ans, bonnetier, né à Versailles, n'a jamais eu de maladies sérieuses, et jouit d'une bonne santé: sa constitution néanmoins n'est pas forte, et son tempérament est celui que nous appelons ordinairement lymphatique.

Le 15 octobre 1839, Pinot fit un chute dans un escalier, et son poignet gauche supporta tout le poids de son corps. Le lendemain, engourdissement et un peu de tuméfaction, qui n'empêchent pas cet ouvrier de continuer son travail; mais les jours suivans, le gonflement s'accroît, la main devient douloureuse, et le 1er novembre elle était très rouge et tellement augmentée de volume, que le malade fut obligé de garder le lit; enfin, le 4 novembre, il fut admis dans un service de chirurgie. On lui fit l'ouverture de deux abcès sur la face dorsale de la main; il s'écoula beaucoup de pus; la maladie fit de nouveaux progrès, et le 25 on proposa l'amputation de la main. Pinot sortit pour consulter ses parens; mais quelqu'un lui ayant conseillé de demander avis à M. Lisfranc, il vint à l'hôpital de la Pitié, et il fut reçu au n° 39 de la salle Saint-Louis, le 5 décembre 1839. L'opération ne fut pas jugée nécessaire, et le traitement fut tellement dirigé, que bientôt le malade reçut l'assurance qu'il conserverait son membre. La compression avec des circulaires de bande et des disques d'agaric est le dernier moyen mis en usage pour achever la guérison, et du 1er au 15 janvier, le gonflement diminua de 6 lignes au niveau de la tête des métatarsiens, de 10 à 11 lignes à leur partie moyenne, et de 8 lignes à leur articulation carpienne. Alors la main avait exactement les dimensions de celle qui est saine.

Le 24 janvier, il survint un peu de rougeur au pourtour de la fistule supérieure, résultant d'une des deux ouvertures faites dans le second espace inter-osseux. Le lendemain il en sortit une esquille. Les deux fistules se rétrécirent, donnèrent peu de pus, surtout l'inférieure; de temps en temps on excisait les bourgeons charnus avec des ciseaux courbes. Aucune sensation d'os nécrosé. Etat général excellent. Tels sont, en quelques mots, les commémoratifs de cette observation importante.

Le 4 février, Pinot se promena comme à l'ordinaire dans la cour de l'hôpital, mais il eut froid, et la fièvre le prit pendant la nuit. Le matin l'appétit est aboli, la langue est rouge à sa pointe, le pouls est accéléré; la main gauche est chaude et déjà un peu enflée. Repos, diète, cataplasmes.

Le soir, rougeur intense occupant la partie postérieure du carpe et se dirigeant vers le bord cubital de l'avant-bras, qui offre à sa partie interne des traînées rosées superficielles, avec de petites plaques dans les endroits où elles se croisent. Ces traînées font souffrir le malade surtout quand on les parcourt avec le doigt; la peau est tendue, luisante. Tout le trajet de la veine cubitale, jusqu'au coude, présente une teinte rouge plus uniforme et sans interruption; ce trajet est encore caractérisé à la pression par un cordon dur, moins superficiel que dans la lymphangite, et n'ayant pas de nodosités de place en place.

Le surlendemain, l'inflammation a encore marché. Quoique toute la partie antérieure de l'avant-bras semble également envahie, il est cependant facile, avec un peu d'attention, d'apercevoir des points où l'intensité de la coloration érysipélateuse est moindre, excepté sur le trajet de la veine cubitale, où elle est uniforme, et où le tissu cellulaire voisin donne la sensation de l'œdème. Les frissons ont cessé pendant la nuit, et ont été remplacés par de la chaleur qui persiste encore maintenant, mais à un moindre degré.

Vingt sangsues sur le bras, à sa partie antérieure et moyenne; large cataplasme; repos absolu; diète. On a supprimé dès hier le muriate de baryte que ce malade prenait depuis son entrée dans nos salles.

Le soir, le malade est gai; il se trouve soulagé; le gonflement et la rougeur ont considérablement diminué.

7 février. A la visite du matin, quelques piqûres de sangsues donnent encore un peu de sang. A l'exception d'un peu de rougeur et d'empâtement, il ne reste plus rien de ce que nous avons vu la veille; toute la face antérieure de l'avant-bras est débarrassée, ainsi que la partie interne, mais l'inflammation a envahi les doigts de la main affectée, surtout le pouce et l'indicateur.

Supprimer le cataplasme; axonge sur toute l'étendue du membre thoracique gauche; diète, etc.

Le 8, l'inflammation est éteinte; il n'y a plus de tuméfaction qu'aux doigts; plus rien à l'avant-bras. Le malade demande à manger; la fièvre n'est pas revenue.

On continue l'axonge; deux potages.

9 février. Il n'est survenu aucun accident; l'œdème est à peine marqué. Appétit.

Axonge: le quart de viande blanche. On donne les trois-quarts le 12 février, et le 15, on cesse l'emploi de l'axonge. On fait un pansement simple sur les fistules, qui ne donnent que quelques gouttelettes de pus. Les ganglions axillaires n'ont jamais été pris, et tout nous porte à penser que dans ce cas la phlébite a joué le principal rôle, quoique les vaisseaux lymphatiques y aient participé.

Phlébite. (Salle Saint-Louis)

N° 28. Un courtier en librairie, âgé de trente-six ans, Malherbe François, homme fort, à barbe et à cheveux bruns, se fit à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras, au niveau du carpe, une excoriation superficielle. Cette plaie fut produite par un clou qui était au dessous d'une table dont ce malade voulait abaisser un des côtés. Il s'écoula fort peu de sang; on mit une simple compresse, et quelques jours après il s'y était formé une croûte de la largeur d'une pièce d'un franc environ. Près de deux semaines se passèrent et néanmoins cette croûte ne tombait pas, probablement parce que les vêtemens produisaient en ce point un frottement qui entretenait une irritation nuisible à la cicatrisation parfaite. Depuis long-temps on ne pansait plus cette blessure si insignifiante; le membre n'avait pas été tenu immobile même un seul moment. La circonférence de la croûte se détacha ou fut détachée, mais le lendemain il se manifesta au pourtour une rougeur érysipélateuse, douloureuse, de la largeur d'une pièce de 5 fr.; on appliqua un cataplasme émollient qui n'empêcha pas le mal d'augmenter, et deux jours après le malade vint réclamer nos soins.

30 janvier 1840. Il existe sur la face antérieure du carpe, au bras droit, une plaie peu profonde et qui semble récente; elle a huit lignes de diamètre; son siège précis est sur le tendon du fléchisseur sublime; cette plaie est entourée d'une auréole rouge foncé, s'étendant surtout au côté de la partie interne du carpe, et cessant brusquement sans remonter sur l'avant-bras, qui n'offre aucune plaque d'érysipèle; mais on voit, à partir de la blessure, deux traînées violacées qui correspondent, l'une, c'est l'externe, au trajet de la veine médiane; l'autre, interne, au trajet de la veine cubitale. La médiane basilique a la même teinte, dont l'intensité diminue au moment de la réunion avec la cubitale pour former la basilique; toute trace cesse à quatre travers de doigt au-dessus du pli du coude.

La radiale et la médiane céphalique se traduisent sous la peau à l'état normal. La rectitude des lignes, qui ne présentent pas l'entrecroisement que l'on remarque dans l'angioleucite; l'intensité de la coloration, qui n'a pas l'aspect rosé superficiel de cette dernière affection; l'absence de taches rougeâtres, de symptômes généraux précurseurs si fréquens dans l'angioleucite, et rares dans la phlébite; la profondeur d'un cordon dur et large, qui suit d'ailleurs le trajet des veines, tout ici indique que nous avons sous les yeux une inflammation de ces vaisseaux. La douleur est âcre, mordicante, augmentée par la plus légère pression.

Il y a un peu de fièvre depuis neuf jours; insomnie; perte d'appétit, soif; la langue est un peu rouge et sèche; pas d'engorgement des ganglions axillaires.

Trente sangsues sur la partie moyenne du bras; cataplasmes émolliens sur toute l'étendue du membre; diète.

Les sangsues coulent abondamment; on met pendant la journée plusieurs grands cataplasmes, et le soir les bandes rouges ne dépassent pas le milieu de l'avant-bras, leur intensité a beaucoup diminué dans le reste de leur étendue; la plaie suppure un peu; le pouls est normal; la face n'est pas rouge, la langue est humide; moins de douleurs. Julep diacode.

31. La nuit a été fort bonne; le malade éprouve un grand soulagement; à peine si le toucher fait naître de la sensibilité sur les lignes qu'on aperçoit faiblement ce matin; le tissu cellulaire environnant les veines est devenu moins dur, et ne donne plus la sensation d'un cordon. Le membre peut déjà exercer quelques mouvemens sans trop de difficulté.

Cataplasmes; examiner souvent si les accidens ne reparaissent point.

Le soir, le malade est très bien; la phlébite n'existe plus, et la plaque érysipélateuse qui s'était montrée autour de la plaie a disparu.

1er février. Il n'y a presque plus de traces de l'inflammation des veines. L'état général du malade est excellent; il demande à manger.

Deux cuillerées de potage féculent; bouillon de poulet; cataplasmes.

2. Plus de rougeur, plus de cordon sur le trajet des veines; le palper est indolent; la plaie a un bon aspect, et suppure comme la veille.

Les jours suivans, la guérison se soutient; on augmente peu à peu la quantité des alimens, l'état général étant toujours très satisfaisant. Il n'y a plus à l'avant-bras que la petite solution de continuité qui ne se cicatrise pas; elle a un aspect blafard, qui tient probablement à l'emploi des émolliens qu'on a toujours appliqués sur toute l'étendue du bras.

Cesser les cataplasmes; panser simplement la plaie, et mettre sur la compresse cératée une couche de charpie trempée dans le chlorure d'oxyde de sodium à 3°.

Dès le lendemain la plaie est vermeille, et semble s'être déjà rétrécie un peu; on continue, et le 8 février la cicatrisation est complète.

Le malade sort le 12 février; depuis quelques jours il est au trois-quarts, et sa santé est excellente.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. Cloquet.

Catarrhe vésical; traitement par les irrigations continues; accidens inflammatoires du côté des uretères.

Le 15 janvier dernier, est entré à la salle des hommes, lit n° 12, le nommé Dupuis (Nicolas), jardinier de Reims, âgé de vingt-six ans, n'ayant jamais eu ni blennorrhagies, ni hémorrhoïdes.

Il y a trois ans qu'il fut pris graduellement d'envies fréquentes d'uriner, accompagnées de picottemens de la vierge et de ténesmes vésicaux. Plus tard survinrent des pissemens sanguins, et parfois l'hématurie s'est répétée jusqu'à trois fois par jour; ensuite elle disparaissait pendant quelque temps, pour reparaître plus tard.

Ayant à cette époque invoqué le secours de la chirurgie, on le présuma atteint de calcul vésical; présomptions, toutefois, qui furent démontrées erronées par le cathétérisme.

Entré à l'hôpital de Reims, il fut bien constaté que Dupuis était affecté d'un catarrhe vésical; il fut soumis en conséquence à un traitement antiphlogistique. Il eut une application de 30 sangsues aux reins, et deux fois on lui appliqua quatre ventouses scarifiées à la même région, qui plus tard fut couverte d'un vésicatoire cantharidé.

Sa maladie datait alors d'un an, et les besoins d'uriner se faisaient sentir au moins toutes les heures.

Sorti de l'hôpital de Reims avec quelque soulagement, Dupuis s'en retourna auprès de ses parens, où il demeura pendant deux ans; mais le mal ne tarda pas à empirer, les envies d'uriner devinrent de plus en plus fréquentes, et son état s'altérant à tout égard davantage de jour en jour, il se décida à entreprendre le voyage de Paris dans l'espoir d'y recouvrer sa santé.

Lorsqu'il arriva à la Clinique, affaibli par les souffrances d'un voyage pénible, les besoins d'uriner se faisaient sentir à des intervalles très rapprochés qui variaient de cinq minutes à un quart d'heure. Il eut une application de 30 sangsues, et fut presqu'aussitôt soumis à l'usage des injections à double courant. Nous devons entrer dans quelques détails, pour faire comprendre comment on procède à cette opération.

Instrumens. Les instrumens nécessaires se bornent à une sonde à double compartiment longitudinal et à deux conduits en gomme élastique par lesquels l'eau arrive à la sonde et en sort après avoir traversé la vessie.

La sonde. A l'extérieur elle présente la forme des algalies ordinaires, avec cette différence que, près de son pavillon, elle se bifurque en deux tubes secondaires destinés à recevoir les conduits en gomme élastique. A sa courbure et dans le sens de sa concavité, elle présente deux orifices arrondis, superposés, éloignés l'un de l'autre de 8 à 10 lignes, le supérieur étant éloigné de 3 lignes environ du bec de la sonde. Le canal de la sonde est séparé en deux canaux secondaires par une cloison horizontale, d'où il résulte que l'un est supérieur et l'autre inférieur. Le canal supérieur correspond d'une part à la bifurcation qui lorsque la sonde est introduite dans l'urètre et dans la vessie, correspond au côté droit du malade; elle aboutit supérieurement à l'ouverture inférieure qui est nécessairement la plus éloignée du bec de la sonde. Le canal inférieur correspond par conséquent à la bifurcation gauche et à l'ouverture supérieure.

Les conduits en gomme élastique sont en tout comparables à certains tuyaux de pipe que l'on peut enrouler à plaisir, ou si l'on aime mieux, nous dirons qu'ils ressemblent au conduit de certains clyso-pompes. Les extrémités de ces conduits sont terminées d'une part par une lance qui offre les dimensions nécessaires pour être engagée dans la capacité de la bifurcation correspondante de la sonde en argent; d'autre part elles se terminent par une boule métallique propre à les faire plonger dans des vases remplis de liquide, laquelle boule est creusée d'un canal qui se continue avec celui du conduit élastique. L'extrémité du conduit droit plonge dans le vase qui contient l'eau destinée à arriver dans la vessie; l'extrémité du conduit gauche aboutit au vase qui reçoit le liquide sortant

de cet organe, et qui est placé à la gauche du lit du malade, l'autre étant situé à la droite.

Manière d'administrer l'injection. — La sonde en argent étant introduite dans l'urètre, et l'extrémité de chaque conduit dans le vase correspondant, le malade aspire par la lance du conduit droit l'eau qui est dans le vase correspondant, lequel est placé dans un plan supérieur d'un à deux pieds à celui sur lequel repose le malade. Le cours du liquide étant établi, ainsi que cela a lieu dans tous les appareils conçus à l'imitation du siphon, la lance est introduite dans la bifurcation gauche de la sonde par où le liquide pénètre jusque dans la vessie après avoir parcouru le canal supérieur et être sorti par l'ouverture inférieure de la concavité de l'algalie. Dès que la distension de la vessie est convenable, le courant en retour ne tarde pas à s'établir, le liquide s'engage dans l'ouverture supérieure, pénètre dans le canal inférieur, passe de celui-ci dans la bifurcation gauche, ensuite dans le conduit gauche et se répand dans le vase correspondant. La physique nous apprend pourquoi une fois établi le double courant continue sans interruption toutes les fois que le liquide du vase de droite se trouve être dans les proportions voulues.

Revenons à notre malade : Dupuis était dans des conditions on ne peut plus défavorables lorsqu'il fut soumis à l'action de l'irrigation ou des injections à double courant. La veille, et depuis six heures du soir jusqu'à six heures du matin, c'est-à-dire dans l'espace de douze heures, il avait pissé soixante-huit fois ! Les urines étaient troubles et fortement chargées de mucosités. Il est presque superflu de signaler les ténesmes vésicaux, l'insomnie, l'inappétence, le malaise, etc., etc., qui accompagnaient cet état.

L'injection d'eau froide, continuée d'abord pendant une heure, put l'être ensuite pendant une et demie, deux, deux et demie, trois, quatre et jusqu'à cinq heures sans interruption (une seule fois dans les vingt-quatre heures bien entendu).

Mais dans ce dernier cas, le malade eut à se repentir d'en avoir porté trop loin la durée : il éprouva de la faiblesse, du malaise, et le lendemain ne put prendre qu'une injection d'une heure et demie.

L'amélioration a été progressivement en augmentant depuis, et au bout de six semaines il restait jusqu'à trois quarts d'heure sans aucunement éprouver le besoin d'uriner. La quantité des mucosités contenues dans les urines était incomparablement moins grande ; les ténesmes avaient presque tout à fait cessé ; l'appétit et un peu de sommeil étaient revenus.

Les injections étaient continuées tous les jours, car jusqu'alors elles n'avaient déterminé aucun accident, lorsque le malade fut pris de frisson et de fièvre ; en même temps le ventre devint douloureux surtout du côté gauche, sur le trajet des uretères. Ces accidens paraissaient occasionnés par l'extension de l'irritation de la vessie aux uretères et aux reins ; en conséquence de quoi, l'on se hâta d'appliquer sur le trajet de chaque uretère deux larges ventouses scarifiées ; en même temps on fit prendre au malade l'émétique en lavage dans le bouillon de veau et la limonade, ce qui occasionna beaucoup de vomissemens et point d'évacuations alvines. Le lendemain, une nouvelle ventouse scarifiée fut appliquée sur le trajet de chaque uretère, et une troisième à l'épigastre ; on répéta de même l'émétique en lavage.

Grâce à cette médication active, Dupuis se trouva, au bout de huit jours, en état de reprendre ses injections, ce qu'il convoitait ardemment ; car, par suite de la suspension de leur emploi pendant huit jours, l'expulsion des urines était redevenue douloureuse, et les besoins d'uriner se faisaient sentir à des intervalles très rapprochés.

Nous reviendrons sur ce malade.

Occlusion presque complète des narines à la suite de la petite-vérole ; guérison.

Au n° 20 de la salle des hommes est entré, le 11 février dernier, Heslouin (Jean), âgé de quatorze ans, garçon épicier.

Cet enfant, à peine âgé de six mois, fut atteint de la petite vérole, dont il porte à la face les témoignages ineffaçables. Les traces en sont si profondes qu'elles suffiraient à elles seules pour prouver l'intensité de la maladie, si, d'autre part, l'occlusion presque complète des narines antérieures n'en faisait irrécusablement foi. Le resserrement de ces ouvertures est porté tellement loin, à gauche surtout, que, de ce côté, la respiration nasale ne peut presque pas s'effectuer ; à droite, elle est un peu plus aisée, mais à un si faible degré que l'introduction de l'air dans le poumon par le nez, la bouche étant close, ne peut suffire à la respiration.

De cette occlusion presque complète des narines, il résulte en outre qu'Heslouin ne peut dormir la bouche fermée, et qu'étant continuellement obligé de la tenir béante, même pendant la veille, sa langue et sa bouche sont continuellement sèches et épaisses ; la langue surtout se couvrait dans les maladies d'un enduit si épais qu'on était obligé de la lui gratter. Ajoutons enfin qu'il est souvent enrhumé de la poitrine, ce qu'il attribue à l'état de ses narines.

Il faut bien tenir compte de tous les inconvéniens tout petits qu'ils sont quelquefois, lorsque dans des conditions analogues à celles d'Heslouin on peut les faire cesser par une opération des plus simples.

Deux petites incisions ont été pratiquées à chaque narine, une en avant l'autre en arrière : une dilatation convenable des ouvertures ayant été obtenue par ce moyen, on s'est occupé de la maintenir moyennant l'introduction de deux bouts d'une sonde en gomme élastique du plus gros calibre. Ces deux bouts de sonde présentent la longueur d'un pouce environ ; le canal est laissé libre et tous deux sont assujetis à un fil au moyen d'un nœud pratiqué près de l'une de ses extrémités, de manière à ne laisser entre eux que l'éloignement que présentent les narines de l'une à l'autre. Les deux extrémités du fil ont été ramenées chacune de leur côté sur la partie externe de la joue correspondante et fixée à l'aide de quatre bandelettes de sparadrap.

Le jeune Heslouin respire bien, la bouche fermée, par les ouvertures des deux bouts de sonde ; il n'a pas souffert et ne souffre pas des suites de cette opération, à part un peu de gêne occasionnée par la présence des deux corps étrangers dans les narines : il dort tranquillement la nuit qui succède à l'opération, ainsi que les suivantes ; la langue s'humecte.

La cicatrisation ne tarde pas à s'effectuer sans nuire en rien à la dilatation procurée par l'opération qui est considérée comme définitive.

Hydarthrose traumatique par suite de diastasis de l'articulation du genou droit ; érysipèle ; guérison.

Guillaume Genty, âgé de trente-deux ans, potier en terre, est entré à la Clinique le 6 février, et a été couché au n° 3 de la salle des hommes. Il est employé dans une fabrique de briques où il travaille au feu, c'est-à-dire dans un endroit bien chaud et nullement humide. Jamais il n'a eu ni rhumatisme ni engorgemens scrofuleux. Il est d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin et se porte bien habituellement.

La veille de son entrée à la Clinique, la jambe gauche étant entrée dans le soupirail de la cave, son corps s'est renversé à droite, et l'articulation du genou droit a été latéralement distendue d'une manière violente. Immédiatement transporté dans son lit, il a eu de la fièvre pendant la nuit, ainsi que beaucoup d'agitation particulièrement occasionnée par la douleur vive qu'il ressentait dans le genou droit. Celui-ci, en outre, au bout de trois ou quatre heures, avait acquis, au dire du malade, le volume qu'il a ensuite présenté le lendemain matin au moment de la visite.

Alors il y avait absence presque complète de réaction fébrile ; le genou est très volumineux, et son augmentation de volume est surtout occasionnée par la présence d'un liquide épanché dans la cavité de la membrane synoviale ; la fluctuation ne laisse aucun doute à cet égard. Par des pressions ménagées pratiquées autour de l'article, il est permis de se convaincre que c'est le ligament latéral interne qui a principalement ressenti les effets de la distension que quelques-unes des parties de l'articulation ont subie.

Les moindres mouvemens du membre déterminent de vives douleurs. Au reste, sur la peau de la région, on ne trouve les traces d'aucune violence extérieure, ce qui confirme le dire du malade relativement à la manière dont l'accident est arrivé, et ne laisse aucun doute sur l'existence de l'hydarthrose, aussi bien que des autres symptômes inflammatoires de l'article, consécutifs à une simple diastasis, sans le concours d'une violence extérieure directe.

Le membre, placé dans une position convenable (renversé en dehors, appuyé sur des oreillers et demi-fléchi), a été condamné au repos le plus absolu ; indication urgente à laquelle on ne saurait impunément se soustraire dans les cas de cette nature. Trente sangsues ont été appliquées sur le point le plus douloureux de l'article ; et sur ce point plutôt que partout ailleurs, pour opérer une déplétion vasculaire plus directe. Cataplasmes fréquemment renouvelés.

Jusqu'au 24 février on continue les cataplasmes. Depuis son entrée, Genty a été purgé trois fois autre indication, dit M. Cloquet, qu'il ne faut pas négliger. Sous l'influence de ces moyens combinés et d'un régime convenable, le malade était ramené à cette époque aux conditions qu'on était en droit d'espérer chez un sujet non entaché d'un vice constitutionnel qui, en se manifestant principalement sur l'articulation actuellement malade, aurait pu donner naissance à une tumeur blanche.

Toutefois, le 24 février, un érysipèle se manifesta à la cuisse droite, accompagné de l'engorgement de quelques-uns des ganglions de l'aine. Nous nous contenterons de dire que l'on s'est borné à combattre cette complication par l'application de compresses imbibées d'eau blanche, fréquemment renouvelées, et qu'aujourd'hui Genty touche à une pleine et entière guérison. K...

Académie de Médecine. — Séance du 3 mars.

Résultat du concours à l'Ecole.

M. le président, membre du jury du concours, fait part à l'Académie du résultat du concours auquel deux membres de l'Académie, MM. Dubois (d'Amiens) et Piorry, avaient pris part. Au troisième scrutin, dit-il, l'urne a porté six billets pour chacun des deux candidats. Alors M. le président Duméril usant du droit du vote de prépondérance, a proclamé M. Piorry professeur. M. Duméril, ajoute M. Bally, a avoué franchement qu'au scrutin il avait déjà donné sa voix à M. Piorry. En conséquence M. Duméril a donné deux fois sa voix au même candidat dans le même scrutin (1) !

(1) Le droit de prépondérance du président dans les concours est un des mille moyens dont l'intrigue et le despotisme se prévalent pour triompher. N'est-il pas évident qu'en cas d'égalité des suffrages au ballotage, le choix définitif devrait être autrement prononcé que par la prépondérance du président ?

A l'occasion de cette communication, M. Cornac demande la parole pour présenter quelques observations à l'Académie. Il monte à la tribune. Un orage de réclamations part de partout contre cette communication avant qu'on sache positivement de quoi il s'agit.

M. Mérat surtout élève la voix, et s'oppose formellement à ce que l'orateur soit entendu. Vous pouvez, dit M. Mérat, imprimer vos observations, mais il est inconvenant de venir attaquer les nouvelles mesures prises par le conseil royal de l'instruction publique concernant le choix des juges. C'est une mesure universitaire, il faut la subir en silence.

D'autres voix demandent qu'on laisse parler M. Cornac, sauf à ne pas adopter ce qu'il propose.

L'ordre du jour étant demandé, M. le président le met aux voix : il est rejetté à une assez forte majorité. En conséquence, M. Cornac a la parole et lit la note suivante :

Messieurs,

J'attendais avec patience et je saisis avec empressement et même avec plaisir le moment où le résultat du concours de pathologie interne est proclamé dans cette enceinte pour signaler les conséquences graves à mes yeux du dernier arrêté du conseil royal de l'instruction publique qui est relatif à la nomination des juges par l'Académie, pour les jurys des concours qui ont lieu devant la Faculté de médecine.

Si l'Académie avait été convoquée, pour lui faire connaître et apprécier les inconvéniens de l'ancien mode de nomination, je serais venu assister au débat, j'y aurais pris part, j'aurais voté et je me serais soumis à la majorité ; mais l'Académie n'a pas été consultée, et son conseil d'administration a pris sur lui de diminuer les prérogatives de toutes les sections pour en faire une répartition que je ne saurais approuver.

Pour ne pas abuser de vos momens, je n'entrerai pas dans tous les détails que me suggère cette classification, mais je regarde comme un devoir de venir vous dire que pour les huit chaires de médecine deux sections de l'Académie peuvent seules participer à l'élection des juges du concours, et que trente médecins, tous membres de l'Académie et presque tous médecins des hôpitaux de Paris, ne font pas partie de ces sections.

Les huit chaires sont celles :

1° De pathologie et thérapeutique générale, par M. Andral ;
2° De pathologie médicale, par M. Duméril ;
3° De pathologie interne, par M. Piorry ;
4° De matière médicale et de thérapeutique, par M. Trousseau ;
5° Quatre chaires de clinique interne :
 1° De M. Fouquier,
 2° De M. Rostan ;
 3° De M. Chomel,
 4° De M. Bouillaud.

Les trente médecins qui ne font pas partie des deux sections de pathologie médicale et de thérapeutique, seules admises à voter, sont :

MM. Baron,	MM. Gaultier de Claubry,
Bourdon,	Gueneau de Mussy,
Bouvier,	Fouquier,
Burdin,	Husson,
Canuet,	Keraudren,
Castel,	Londe,
Chomel,	Louis,
Cruveilher,	Magendie,
Demangeon,	Nacquart,
Double,	Pariset,
Duméril,	Petit,
Emery,	Piorry (1),
Esquirol,	Renauldin,
Gasc,	Ribes,
Gerardin,	Rochoux.

Telle est l'énumération des médecins qui ne peuvent pas élire pour les concours de médecine.

Je pense que sans entrer dans de plus grands détails vous serez convaincus qu'il y a quelque chose de mieux à faire.

Je propose en conséquence à l'Académie de nommer une commission de cinq membres, pour examiner la répartition qui est faite dans le dernier arrêté du conseil d'instruction publique ; je demande ensuite que l'Académie, dans une séance spéciale, entende et discute le rapport de cette commission, et adopte, si elle le juge convenable, un autre mode que le conseil d'administration serait chargé de soumettre à l'autorité supérieure qui, vraisemblablement, le consacrerait par un nouvel arrêté conforme au vœu de l'Académie.

M. le Président : Je vais mettre aux voix la proposition de M. Cornac.

M. Mérat : Ordre du jour.

Une voix : Lisez-la encore.

M. le Secrétaire annuel la relit.

M. Mérat : Puisqu'on n'a pas voulu passer à l'ordre du jour (et c'était ce qu'il y avait de plus simple à faire), je demande à m'expliquer sur les motifs qui ont déterminé le conseil d'administration à proposer au conseil royal la mesure qu'il a adoptée. D'une part, c'était une perte infinie de temps pour l'Académie, puisqu'à chaque nouveau concours deux séances étaient affectées pour l'élection des juges ; d'autre part, l'Académie n'a pas su, mais le conseil d'administration a connu positivement que des intrigues, des *manœuvres honteuses* étaient employées par plusieurs membres qui allaient de banc en banc demander à être nommés au nombre des juges. (Murmures.) Le conseil d'administration, pour prévenir ces *manœuvres honteuses* (murmures répétés), a cru devoir faire prendre la mesure que M. Cornac est venu attaquer sans en connaître les véritables motifs.

Plusieurs voix : C'est inconvenant, c'est inconvenant !

M. Emery : Ce que M. Mérat vient de dire est de la plus haute inconvenance. Comment sait-il que plusieurs membres ont employé les manœuvres qu'il caractérise du mot *honteuses* !

M. Londe : Je crois que M. Mérat a fait une omission importante dans le fait grave qu'il vient de signaler. Il a oublié de dire qu'on a fait circuler des listes de candidats pour ces sortes de nominations, listes dont il était facile de reconnaître la source. Il est vrai que des démarches ont été faites par quelques membres qui ont été nommés juges dans les différens concours ; mais il m'importe de déclarer ici que si l'Académie m'a fait l'honneur de me choisir au nombre des juges pour la chaire d'hygiène, je n'ai fait aucune démarche pour cela, je n'ai demandé à personne à être nommé, et je défie qui que ce soit de dire que j'aurais sollicité ou fait solliciter son suffrage.

M. Mérat : Je demande à m'expliquer sur les listes dont vient de parler M. Londe. (Murmures prolongés. Ordre du jour.)

(1) Qui vient d'être nommé professeur.

M. Cornac : Je ne répondrai pas à toutes les assertions de M. Mérat, mais je tiens à rétablir le fait principal qui a motivé ma démarche. Voici le Moniteur officiel (1839); il est dit dans cet arrêté, que le conseil royal n'a pris la nouvelle mesure que d'après la proposition du conseil d'administration de l'Académie. Or, évidemment le conseil d'administration s'est arrogé un droit qu'il n'a pas; il ne pouvait pas, en effet, dépouiller l'ensemble des membres de l'Académie de la prérogative dont ils jouissaient depuis que la compagnie existe, de prendre part à l'élection des juges de toutes les chaires de la Faculté ; il ne pouvait, sans consulter d'abord l'Académie et sans être autorisé par elle, engager l'autorité à prendre la mesure qu'elle a prise. Le conseil d'administration, dont l'attribution ne dépasse point les limites de la gestion des choses matérielles de la compagnie, a par conséquent commis un acte arbitraire qui dépouille la majorité des membres d'un droit acquis, et favorise singulièrement certaines coteries. Quant à la perte de temps que ces sortes d'élections entraînent, c'est là un inconvénient facile à éviter par des séances extraordinaires et spéciales. J'entends M. Bousquet dire que les séances extraordinaires sont ordinairement vides ; tant pis pour ceux des membres qui renoncent à prendre part à l'élection. Cependant je dois faire observer que d'après la nouvelle ordonnance, les sections privilégiées sont aussi convoquées en séance extraordinaire. Du reste ; si l'Académie adopte ma proposition, c'est à la commission chargée du projet de lettre ministérielle à proposer une mesure propre à y remédier.

M. le Président. Je vais donc mettre aux voix la proposition de M. Cornac.

La proposition de M. Cornac a été adoptée à la majorité de 28 voix contre 19.

Prophylaxie de la phthisie pulmonaire. — M. Gaultier de Claubry fait un rapport sur un travail de M..., médecin de province, sur les moyens propres à combattre la prédisposition à la phthisie pulmonaire. Ces moyens consistent à faire faire de grandes inspirations répétées d'air pur dont le résultat immédiat serait de dilater la cavité du thorax. Une machine pneumatique a été employée par l'auteur pour favoriser ces inspirations. Il joint dans le même but l'usage modéré du chant et de l'exercice corporel. Douze observations de réussite sont rapportées par l'auteur en faveur de la gymnastique pulmonaire.

M. Bricheteau fait observer que la théorie et la médication dont on vient de parler se trouvent exactement décrites dans un ouvrage anglais qu'il a chez lui et qu'il peut faire voir à M. le rapporteur. Cet ouvrage date d'une dixaine d'années. Il ajoute que la machine pneumatique se trouve dessinée dans le même ouvrage, et qu'il l'a mise en usage sans résultat avantageux.

M. Bouillaud n'attache pas d'importance à la doctrine ni à la pratique dont il a été question dans le rapport. A part la doctrine qui n'a pas de fondement, la pratique elle-même ne lui paraît pas plus fondée, car les douze faits que l'auteur invoque ne prouvent rien, attendu que rien n'autorise à admettre que les sujets par lui traités se trouvaient dans des dispositions de phthisie qu'il suppose. Pour être concluantes, ces sortes d'expériences auraient dû être faites avec le plus rigoureux examen, et les sujets suivis pendant plusieurs années. Voilà pour les faits. Quant à l'idée de la dilatation de la poitrine à l'aide de la gymnastique pulmonaire, elle ne saurait avoir les conséquences présumées : l'expérience prouve en effet que les tubercules se forment dans les poitrines étroites comme dans les poitrines larges. En conséquence il serait prudent de suspendre tout jugement jusqu'à nouvel informé.

M. Planche dit que la figure de l'appareil de l'auteur se trouve dans le Dictionnaire des sciences médicales.

M. Rochoux parle dans le sens de M. Bouillaud. Il ajoute que le diagnostic de la prédisposition aux tubercules est souvent impossible, vu qu'en origine le volume de ces corps est beaucoup plus petit qu'un grain de millet ; les signes indiqués par M. Fournet étant eux-mêmes tout aussi insuffisans que les autres. En conséquence, on ne peut attacher de l'importance aux faits dont il vient d'être question dans le rapport.

M. Castel rappelle que l'inspiration de beaucoup d'air a de tout temps été jugée utile aux phthisiques. L'expérience apprend en effet qu'ils se trouvent mieux dans les lieux bas où l'atmosphère est épaisse, que dans les lieux élevés où une condition opposée prédispose aux hémoptysies. Barthez conseillait dans ce but l'usage modéré du chant, qui favorise les grandes inspirations ; mais il ne s'ensuit pas que ce moyen peut prévenir la formation des tubercules. Les tubercules dépendent d'un état particulier de l'organisme, et non de la largeur plus ou moins grande de la poitrine. On avait cru naguère qu'ils étaient le produit d'une inflammation ; on reconnaît aujourd'hui combien cette assertion est erronée.

Petite naine accouchée prématurément. — M. Paul Dubois présente une petite naine, âgée de vingt-un ans, offrant les dimensions régulières d'un enfant de huit ans, mais sans aucune difformité. Elle est parfaitement conformée en apparence : la figure, la tête, le cou, le tronc, les membres, tout est droit, petit, mignon, proportionné à sa stature ; la main, le pied, la bouche, la voix sont ceux d'un véritable enfant ; et pourtant cet enfant en portait un autre dans le ventre, âgé de huit mois et une semaine, non par inclusion comme celui qu'a présenté dernièrement M. Velpeau, mais bien d'origine de conjugaison sexuelle ordinaire. Pour la sauver de la mort, M. Dubois l'a accouchée prématurément et avec succès. Le nouveau-né est bien portant, il a été présenté à l'Académie ; il est petit, mais non rachitique. M. Dubois lira à la prochaine séance une notice sur cette observation, qui se rattache à la question de l'accouchement prématuré artificiel, question toute nouvelle et qui mérite l'attention des praticiens.

— L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée après quatre heures. M. le président annonce une lecture de M. Orfila pour la prochaine séance.

Observation d'une plaie pénétrante de la poitrine avec perforation du cœur; mort seulement le cinquième jour; par M. P. Piffard, D.-M.-P., médecin des épidémies de l'arrondissement de Brignoles (Var).

Dans la nuit du 1er au 2 septembre 1839, une rixe s'engagea sans témoins entre le nommé Antoine Pellopol et Aubert, tous deux habitans de la commune de Correns, arrondissement de Brignolles (Var); les amis de ces deux jeunes gens étant descendus peu d'instans après, trouvèrent Aubert ayant le dessous. Pellopol retiré fit quelques pas pour rentrer dans le cabaret, et tomba aussitôt sans connaissance sur le pavé du corridor. On s'aperçoit alors que ses vêtemens sont ensanglantés : on découvre la poitrine, et pendant qu'un individu se met à sucer la plaie qu'on y découvre, d'autres cherchent à le rappeler à la vie à l'aide des moyens employés en pareil cas. Le docteur Arbaud, mandé aussitôt, trouve encore ce malheureux dans le corridor, mais donnant quelques signes de vie ; il le fait transporter sur le lit d'une chambre voisine.

Pâleur générale, pouls à peine sensible, respiration extrêmement pénible ; on obtient difficilement du blessé une réponse ; voix presque éteinte. Au-dessous du mamelon gauche existe une solution de continuité ayant 32 millimètres de longueur, à bords lisses, unis et à angles aigus ; sa direction paraissait être de bas en haut ; à chaque expiration l'air sortait avec une sorte de sifflement mêlé à du sang rouge, écumeux; les muscles intercostaux sont à découvert. Promenant légèrement le doigt sur la plaie, une pointe aiguë le déchire. L'attention du médecin fixée par cette circonstance, il parvient à reconnaître que la septième côte est divisée en totalité tout près de son insertion au cartilage ; les fragmens relevés et abaissés séparément donnèrent cette certitude ; les parties molles qui se trouvent entre les sixième et septième côtes sont également divisés. Aucun gros vaisseau ne fournissait du sang.

Le gilet et la chemise enlevés, une seconde plaie fut trouvée ; celle-ci existait sur le même côté et à trois travers de doigt de l'angle inférieur de l'omoplate, la direction de celle-ci paraît être de haut en bas, sa forme est oblongue, comme la précédente. L'ouverture extérieure a trois centimètres et demi de long et deux centimètres dans la plus grande largeur. A l'angle inférieur de cette plaie le doigt pénètre dans une sorte de poche ayant deux centimètres et demi de profondeur ; les angles de la plaie sont aigus, les bords lisses, l'intérieur toutefois présente une assez profonde dentelure ; rien ne faisait soupçonner que cette plaie pénétrât dans l'une des cavités du tronc. Sur la région latérale gauche du cou existe une troisième plaie n'intéressant que la peau dans l'étendue de deux centimètres.

Des bandelettes agglutinatives, des compresses épaisses placées de chaque côté de la première solution de continuité, furent exactement maintenues en place à l'aide d'un bandage de corps, qui soutint également l'appareil placé sur la seconde. Le silence le plus absolu fut ordonné et quelques cuillerées de tisane.

Quatre heures après, ainsi que l'avait recommandé le docteur Arbaud, on vint lui dire que l'appareil et les autres linges dont on avait entouré le malade étaient imbibés de sang. La première plaie découverte, on vit qu'elle fournissait en effet une grande quantité de sang. Un tampon de charpie fut introduit et serré fortement au moyen de fils qui le fixaient sur un rouleau de linge placé extérieurement ; des compresses et un bandage de corps furent appliqués par-dessus.

A midi, l'hémorrhagie ne s'était plus renouvelée à l'extérieur; le pouls s'est relevé, il est accéléré; la chaleur et la sueur se sont établis même aux extrémités; la respiration est toujours courte et peu gênée ; pas de toux. Le malade est couché un peu incliné sur le côté gauche.

Ces détails sont extraits du premier rapport du docteur Arbaud, et c'est à l'obligeance de cet estimable confrère que je dois encore ceux qui suivent.

Dans la soirée du 2 septembre, la sueur continue, mais plus abondante aux parties supérieures. Dans un effort de toux, le malade rend au milieu de mucosités épaisses un grumeau de sang. Les yeux sont à demi-clos ; l'air dans l'expiration frappe les fosses nasales, desséchées comme un tuyau inerte ; lorsqu'on donne à boire, la respiration devient très suspirieuse , si l'on donne de la tisane en très petite quantité, ce phénomène se reproduit avec moins d'intensité. Immobilité complète.

Le 3, décubitus dorsal ; même prostration des forces ; le pouls toujours accéléré, et moins développé que la veille dans la soirée. Un nouveau grumeau de sang du volume d'un pois a été expectoré par le malade, qui tousse très rarement ; respiration toujours fréquente ; les parties antérieure et latérale gauches de la poitrine ne présentent point de matité ; le thorax ne paraît pas plus dilaté d'un côté que de l'autre. Il ne s'est point écoulé de sang par les plaies ; par intervalles les membres supérieurs se couvrent de sueur ; tout le corps est à une douce température.

Dans la soirée, le pansement, qui s'était déplacé, est renouvelé ; il n'y a pas le moindre écoulement de sang. Même état du reste.

Le 4, le pouls est plus faible et conserve sa vitesse. Le malade accuse quelques douleurs dans la poitrine lorsqu'il tousse, ce qui arrive rarement : il rend alors quelques mucosités ; de l'agitation se manifeste ; fréquemment les extrémités sont en mouvement ; à plusieurs reprises il demande son pantalon pour se lever et se rendre chez lui, où il sera mieux, dit-il, qu'à l'auberge ; il donne encore quelques autres signes d'un léger délire, duquel on le retire très facilement.

Cet état persiste pendant toute la journée.

A la visite du 5, la respiration est extrêmement gênée, suspirieuse ; le pouls très petit. Du sang s'échappe de nouveau par la plaie antérieure. Le thorax est plus bombé du côté gauche, qui donne un son mat dans toute son étendue. Bientôt après les extrémités deviennent froides, le pouls filiforme. Du sang en grande quantité s'échappe de la plaie à deux reprises différentes, l'une le matin, et l'autre dans l'après-midi ; et le malade expire à minuit.

— Mandé par M. le procureur du roi près du tribunal civil de Brignoles, nous procédons, avec le docteur Arbaud, à l'autopsie cadavérique 34 heures après la mort.

Le sujet répand une odeur infecte ; rigidité des membres encore conservée ; la face et le cou, de couleur livide, sont emphysémateux ; l'abdomen distendu par des gaz. Un bandage de corps entoure la poitrine et la serre fortement ; enlevé, ainsi que l'appareil qui recouvre la plaie située au-dessous du mamelon gauche, il s'en échappe une très grande quantité de sang ; en même temps sort en sifflant de l'air. Cette plaie, située sur la partie antérieure et latérale gauche du thorax, est dirigée de bas en haut et d'avant en arrière ; les bords en sont lisses, à angles aigus ; elle a trois centimètres et cinq millimètres de long. Les muscles intercostaux sont divisés, et l'on aperçoit ensuite les deux extrémités de la septième côte ; tout près de son union au cartilage correspondant on aperçoit, disons-nous, cette côte nettement coupée en biseau, parallèle à l'ouverture extérieure. La lame d'un scalpel plongée dans l'intérieur de cette plaie, pénètre à neuf centimètres et cinq millimètres.

Sur le même côté, à quelques travers de doigts de l'angle inférieur de l'omoplate, on trouve une seconde solution de continuité dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, de forme oblongue comme la précédente, à angles aigus, à bords lisses ; l'antérieur seulement présente une dentelure ayant sept à huit millimètres de la base au sommet de l'angle qu'elle forme. La longueur totale de la plaie est de trois centimètres et cinq millimètres ; ce n'est qu'avec la plus grande peine que l'on parvient, armé d'un scalpel, à faire pénétrer son manche dans la cavité thoracique ; il faut, pour cela, diriger l'instrument de bas en haut. Promenant le doigt tout autour de la plaie, on parvient encore à reconnaître que le bord inférieur de la huitième côte a été nettement divisé par un instrument tranchant dans l'étendue de quelques millimètres.

Une troisième plaie, occupant la partie latérale gauche du cou est encore observée ; elle intéresse seulement les tégumens ; sa direction est horizontale, les angles aigus sont étendus de deux à trois centimètres.

La poitrine, ouverte de manière à éviter soigneusement les solutions de continuité signalées, nous avons trouvé le poumon gauche refoulé en arrière, une petite quantité de sang est contenue dans la poitrine; la plèvre, d'un rouge vineux, est épaissie ou, pour mieux dire, elle est recouverte d'une fausse membrane ayant quelques millimètres dans plusieurs points ; elle présente une plaie parfaitement en rapport avec celle que nous avons décrite en premier lieu ; en arrière et un peu au-dessous, en existe une seconde, beaucoup moins étendue que l'ouverture extérieure ; enfin, au point où cette séreuse se contourne pour former le médiastin antérieur, elle offre une troisième ouverture.

Le poumon gauche, comme nous l'avons déjà dit, refoulé le long de la colonne vertébrale, est d'un gris foncé ; crépitant dans toute son étendue ; la face externe du lobe supérieur, tout près du bord antérieur, porte une première ouverture de deux centimètres de long ; la face interne, dans le point correspondant, en présente une seconde parfaitement analogue. A quelques centimètres du bord tranchant de la base du lobe inférieur, on trouve une solution de continuité correspondant avec une autre située à la partie supérieure de ce lobe et en rapport avec une troisième occupant la base du lobe supérieur. Le poumon droit est à l'état normal.

Le péricarde présente à gauche et vers sa partie moyenne une ouverture de deux centimètres de long, l'intérieur est vide.

Le cœur volumineux, affaissé, est ramolli; à peu prés au centre du ventricule gauche existe une plaie ayant deux centimètres de long ; si l'on comprime cette cavité, des gaz s'échappent par la plaie ; un stylet pénètre dans la cavité du ventricule ; divisé, nous reconnaissons que l'ouverture externe vient aboutir tout-à-fait à la base d'une forte colonne charnue (1) ; le tissu du cœur gauche est ramolli, de couleur grisâtre foncé ; l'endocarde, d'une teinte vineuse ; la face interne du ventricule droit est d'un rouge vermeil ; aucune des cavités du cœur ne contient du sang soit liquide, soit en caillot.

L'estomac et les intestins sont distendus par des gaz ; la muqueuse gastrique, d'un rouge intense par larges plaques ; celle de l'intestin grêle est légèrement rosée.

L'arachnoïde est d'un rouge vermeil dans toute son étendue ; le sommet des deux hémisphères cérébraux près de la grande scissure présente un léger épanchement de sang en nappe. Le cerveau est à l'état normal.

Actuellement, si nous voulons, réunissant les différentes lésions trouvées, connaître quel a été le trajet parcouru par l'instrument vulnérant dans les différentes blessures, nous verrons qu'un même coup, dirigé presque directement d'avant en arrière et un peu de bas en haut, a divisé les tégumens, les muscles intercostaux, la septième côte, toup près de son extrémité sternale, la plèvre costale, le lobe supérieur du poumon gauche de part en part tout près de son bord antérieur, de nouveau la plèvre, le péricarde ; enfin, le tissu propre du cœur jusque dans l'intérieur de son ventricule gauche.

La seconde plaie nous paraît avoir été formée en deux temps : dans un premier, l'arme, portée directement de haut en bas, s'est perdue dans l'épaisseur des muscles du dos ; dans un second temps, l'arme, sans pratiquer une nouvelle ouverture, a été dirigée de bas en haut et d'arrière en avant ; dans ce mouvement, non-seulement les muscles intercostaux ont été divisés, la huitième côte un peu coupée, le lobe antérieur du poumon traversé de part en part, et la pointe de l'arme arrivée jusque dans le lobe supérieur.

Empoisonnement par les baies de morelle ; par M. Pihan Dufellay.

Trois enfans, demeurant dans un village près de Nantes, sortirent le 27 août 1839 pour se livrer à leurs jeux ; ils rentrèreut le soir, demandant de l'eau pour apaiser leur soif, et ils se couchèrent sans avoir voulu souper ; au milieu de la nuit, l'aîné de ces enfans, âgé de neuf ans, qui la veille, avant de sortir, s'était plaint d'un léger mal de tête, s'éveilla en poussant des gémissemens arrachés par une violente céphalalgie ; il se se plaignait de nausées, de vertiges et de coliques, faisant des efforts pour aller à la selle, mais ne pouvant y parvenir. Bientôt il survint de vomissemens copieux de matières glaireuses d'abord, puis d'un liquide épais et de couleur vert-noirâtre ; les pupilles étaient extrêmement dilatées ; ils distinguait à peine les objets qui les environnaient ; la face était vultueuse, et une sueur abondante coulait par tout son corps ; sa soif était inextinguible, il accusait sans cesse un violent mal de tête. Bientôt la parole cessa d'être libre, la respiration devint stertoreuse, le corps fut pris de convulsions et de raideur tétanique, enfin cet enfant mourut à deux heures du matin, avant qu'on eût pu lui porter aucun secours.

Pendant que ce malheureux succombait, son frère, âgé de cinq ans, commençait à accuser des vertiges, des nausées et des coliques, il vomit comme lui des matières alimentaires, puis un liquide vert-noirâtre ; ce fut le lendemain 28, à six heures du matin seulement, que M. Pihan Dufeyllay fut appelé près de lui, assisté du docteur Morisson. Ces médecins trouvèrent le petit malade couché sur le dos, plongé dans une prostration qu'interrompait de temps à autre quelques mouvemens convulsifs. La face était gonflée et vultueuse, les pupilles alternativement dilatées et rétrécies, la peau brunâtre et couverte de sueur, le pouls fréquent et un peu irrégulier. La soif était très vive, mais les liquides étaient aussitôt rejetées par le vomissement. Des sangsues furent appliquées aussitôt derrière les oreilles. Le soir les accidens avaient plus de gravité : le coma était plus profond. Des sangsues furent placées aux jambes.

---

(1) L'ouverture interne a également près de deux centimètres.

Le lendemain 29, le coma, l'agitation convulsive et les cris plaintifs continuèrent. On appliqua de nouvelles sangsues aux oreilles, et on ordonna un purgatif qui fut aussitôt rejeté que pris ; alors des vésicatoires furent mis aux jambes, et on fit des frictions avec l'onguent napolitain derrière les oreilles et sur les parties latérales du cou, par demi-gros et de demi-heure en demi-heure.

En même temps la sœur de ces deux petits malheureux, âgée de trois ans, était prise de symptômes absolument semblables.

Ce fut alors que, frappés de la similitude de ces accidens chez trois personnes de la même famille, les médecins soupçonnèrent une cause identique. Après de nombreuses questions, ils apprirent d'un enfant du voisinage que les deux aînés avaient cueilli et mangé en abondance d'une sorte de graine rouge, et qu'ils en avaient donné à leur sœur; cette graine, qu'ils se firent représenter, était celle du *solanum nigrum* ou morelle noire : l'empoisonnement était évident. Sous l'influence d'une médication énergique, les accidens se dissipèrent ; mais sous l'influence d'un régime alimentaire trop rapide, ces enfans eurent une rechute, et succombèrent à une longue et douloureuse agonie. (*Journal de la Société de la Loire-Inférieure.*)

— Un concours pour des emplois de chirurgien sous-aide auxiliaire sera ouvert le 16 mars, à Paris, et le 26 mars, à Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Montpellier, Toulouse, Marseille, Bordeaux, Rennes et Lille.

Les candidats devront se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où ils désirent concourir.

Le registre d'inscription sera ouvert à Paris le 27 février; dans les autres villes le 2 mars, et clos définitivement à Paris le 14 mars, et dans les autres villes le 24 mars.

Les chirurgiens sous-aides auxiliaires jouissent de la solde, des indemnités, des gratifications et des prestations en nature allouées par les tarifs en vigueur au grade de chirurgien sous-aide. La solde de ce grade est fixée ainsi qu'il suit : hors de Paris avec indemnité de logement, 1,590 francs ; sur le pied de guerre, 2,025 francs, non compris les allocations spéciales mentionnées ci-dessus.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

Je viens de lire l'article, dans votre journal de ce jour, où je suis nommé. Permettez-moi de demander à vos lecteurs de suspendre leur jugement. Sous peu je dois publier l'observation en question de médecine légale, et ils seront alors à même de prononcer de quel côté est la vérité.

Agréez, etc. MACLOUGHLIN.

Paris, 3 mars 1840.

— M. le docteur RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera ses leçons cliniques sur les maladies syphilitiques, le mardi 10 mars 1840, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine, à huit heures du matin.

La *Némésis Medicale* est complète, les trois dernières satires viennent d'être publiées en même temps ; les sujets en sont :

Le Conseil royal de l'Instruction publique; —*l'Institut*;

Les Lazarets et les Quarantaines;

Et enfin *les Adieux*.

La réimpression des satires qui étaient épuisées permet de livrer l'ouvrage entier aux personnes qui en feront la demande.

Rue de Bussy, 13.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 7 MARS 1840. (13e ANNÉE.) N° 29, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De l'Hématocèle, de ses principales variétés, de son traitement. — Opérations nouvelles.

Les malades couchés aux n. 3, 33 et 40 de la salle Sainte-Vierge, offrent les trois principales variétés d'une maladie qui a été mal décrite jusqu'à présent, de l'hématocèle. Grammaticalement parlant, le mot *hématocèle* devrait s'appliquer à toutes les tumeurs sanguines; l'usage a fait réserver ce mot pour les tumeurs sanguines du scrotum ou des bourses. Ces tumeurs sanguines des bourses sont de trois sortes : 1° Le sang épanché est simplement infiltré dans les tuniques scrotales, il y a *hématocèle par infiltration*; cet épanchement, lors même qu'il serait considérable, est de peu d'importance; il disparaît rapidement; il n'est pas douloureux; il est seulement accompagné d'une teinte noirâtre, charbonnée, qui dure assez long-temps. 2° Le sang épanché peut se réunir en foyers, soit dans l'épaisseur des tuniques testiculaires autres que la tunique vaginale, soit dans l'épaisseur du testicule lui-même ou de l'épididyme. 3° Le sang peut s'épancher dans la tunique vaginale, ou dans un kyste séreux existant préalablement.

Ces trois espèces d'hématocèle doivent être soigneusement distinguées, car elles ont une marche différente; elles exigent un traitement différent, et leur pronostic est tout autre.

L'hématocèle par infiltration n'est point dangereuse, et cela est utile à savoir, pour ne pas lui appliquer un traitement dangereux comme plusieurs chirurgiens ont cru devoir le faire. C'est une maladie légère; abandonnée à elle-même, elle se dissipe en quinze ou vingt jours. Le seul traitement à lui opposer est le traitement résolutif et surtout du temps; on combat d'ailleurs les symptômes généraux ou de toute autre nature qui peuvent accompagner ce genre d'hématocèle; mais il ne faut pas y porter le bistouri, on aurait dès lors, à la place d'une maladie légère, des incisions qui donneraient lieu à une inflammation purulente nécessairement de mauvaise nature.

L'hématocèle par épanchement dans la tunique vaginale survient comme l'hématocèle par infiltration, à la suite de violences extérieures. Ici, il y a ordinairement à la fois épanchement et infiltration; en effet, il est difficile qu'une violence extérieure produise un épanchement sanguin dans la tunique vaginale, sans que les tissus en soient infiltrés du même coup. L'infiltration alors se dissipe d'elle-même, on n'a pas à s'en occuper; mais il n'en est pas ainsi pour l'épanchement. Le sang épanché dans une tunique séreuse présente une tendance singulière à s'y coaguler, et dès que la coagulation a eu lieu, il forme comme un corps étranger qui ne peut plus guère être absorbé. Ce genre d'épanchement mérite d'autant plus d'être étudié qu'on s'en est fort peu occupé jusqu'ici, ou du moins on ne s'en est occupé que dans les cas où il est récent. Pour celui qu'on pourrait appeler chronique, celui qui a duré un an ou davantage, on en a peu parlé; on l'a englobé lui et d'autres maladies sous le nom d'hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale, avec concrétions cartilagineuses, avec liquide noir, brun, roux, de consistance de chocolat, de lie de vin, etc.

Voici comment il se fait que ces hématocèles ont été prises pour des hydrocèles. L'hématocèle n'est pas dangereuse, parce qu'elle n'est pas accompagnée d'un travail inflammatoire. Quand la tumeur est récente, accompagnée d'une teinte noire, quand on a la certitude qu'un coup a été porté sur le scrotum, on n'hésite pas à reconnaître l'hématocèle; mais si elle est ancienne, et si le malade, soit qu'il l'ait oublié par suite du temps écoulé, soit qu'il n'y ait pas fait attention, ne se rappelle pas d'avoir reçu un coup, on dit qu'il y a hydrocèle. D'autres circonstances contribuent à induire en erreur : par exemple, une hydrocèle peut se former dans une hématocèle, et réciproquement. Il y a même de ces cas fort embarrassans dans lesquels une hydrocèle, d'abord transparente, perd sa transparence et la recouvre ensuite au bout d'un certain temps, tellement que, selon la période de la maladie, on admet ou on rejette l'existence de l'hydrocèle; cela tient à ce qu'une hydrocèle existant d'abord, il se fait au milieu d'elle un épanchement peu considérable de sang; cet épanchement trouble la transparence de l'hydrocèle, mais comme il est peu abondant, il reste liquide; sa matière colorante est bientôt absorbée, et la transparence reparaît. M. Velpeau et M. Bérard aîné ont déjà constaté quelques faits de ce genre.

D'un autre côté, les caractères extérieurs peuvent amener la confusion, parce que le sang épanché se modifie, se dénature. Tantôt, dans une hématocèle, une exhalation séreuse abondante vient se mêler au sang, le dissout en grande partie, laisse quelques grumeaux concrets; et au bout d'un an, quand on ouvre le kyste, il en sort un liquide pâteux, coloré, tenant en suspension quelques grumeaux, liquide parfois, pur, vineux ou à teinte lie de vin, de café, etc. Tantôt l'épanchement étant considérable, toute la masse sanguine reste concrète, comme fongueuse, contracte même quelquefois des adhérences avec la tunique vaginale. On s'explique ainsi comment, quand on ouvre la tunique vaginale de manière à pouvoir y porter les doigts, on sent des brides, quelquefois comme des colonnes; comment on a pu croire dans des testicules extirpés à l'existence du tissu encéphaloïde. Dans quelques cas le sang épanché ne s'est coagulé qu'en faible partie, la plus grande quantité est restée liquide; alors, au bout d'un certain temps, la matière colorante a disparu peu à peu, et quand on vient à ouvrir le kyste, on trouve des grumeaux micacés suspendus au milieu d'un liquide incolore qui pourrait faire croire à l'existence d'hydrocèles dégénérées. Dans d'autres cas enfin le kyste sanguin s'enflamme, il s'établit une suppuration, le foyer s'ouvre et donne un pus roussâtre qui n'est pas un vrai pus, mais un mélange de pus et de sang.

L'hématocèle par épanchement dans le testicule ou dans les tuniques scrotales donne lieu aux mêmes considérations; les tuniques au milieu desquelles s'établit un épanchement sanguin s'épaississent, forment un kyste autour du sang qui peut alors présenter les mêmes phénomènes que dans la tunique vaginale.

Opération. Dans le cas d'hématocèle autre que celle par infiltation, les chirurgiens hésitent entre trois variétés d'opération. Les uns amputent tout simplement le testicule; Boyer semble pencher dans quelques cas pour ce mode d'opération, qui a été, s'il n'est pas encore, celui adopté par M. Roux dans sa pratique; les autres enlèvent seulement tout le kyste, toute la tunique vaginale épaissie, par excision; c'est là l'opinion adoptée par Boyer. Dupuytren avait apporté une modification à ce procédé, il n'enlevait pas toute la tunique vaginale, mais une portion seulement, la portion libre. Au fond, ces deux derniers genres d'opération diffèrent peu l'un de l'autre; tous deux sont longs, délicats, dangereux.

Depuis sept à huit ans, M. Velpeau a substitué à ces procédés, d'abord l'excision d'un simple disque du kyste, plus tard deux opérations bien simples, ayant chacune leur application particulière.

Injection iodée. Si, comme cela est ordinaire, le sac contient une matière liquide ou au moins demi-liquide, de manière à ce qu'on puisse le vider entièrement par la canule d'un trois-quart, on opère comme pour l'hydrocèle, par la ponction avec le trois-quart et l'injection iodée. Sur quatre malades opérés ainsi, deux sont entièrement guéris; chez les deux autres, il y avait, outre les liquides, des concrétions dans le sac : il fallut recourir à l'autre opération.

Incision. Quand il y a des matières concrètes, on fait au scrotum, sur le point déclive du kyste, une incision suffisante pour que ces matières sortent d'elles-mêmes, ou bien soient chassées par le doigt qu'on introduit dans le sac, de manière à bien le nettoyer. Si la première incision ne correspond pas au point déclive, ou s'il y a plusieurs culs-de-sacs, on en fait de nouvelles, deux, trois, quatre selon le besoin, de manière à empêcher toute stagnation des liquides. Tous les malades opérés de cette manière par M. Velpeau sont guéris au bout de trois à quatre semaines au plus. Un seul a succombé; mais il avait une hématocèle fort ancienne, développée au milieu d'une masse encéphaloïde : par conséquent, c'est un cas à mettre de côté.

— Comme je l'ai dit d'abord, les trois variétés d'hématocèle se trouvent chez trois malades de la salle Sainte-

FEUILLETON.

DE LA NATURE, DE LA VIE ET DES MALADIES DU SANG;

Mémoire lu devant le Congrès scientifique de Pise, le 4 octobre 1839; par M. GIACOMINI, professeur à Padoue (1).

§ I. *Caractères physiques.* On distingue chez l'homme trois espèces de cette humeur vermeille qui circule dans le cœur, dans les artères et dans les veines, et qu'on appelle sang; savoir : le sang artériel qu'on rencontre dans l'aorte et ses divisions, dans les veines pulmonaires, dans l'oreillette et le ventricule gauches du cœur; le sang veineux qu'on retrouve dans toutes les divisions des veines caves, dans l'artère pulmonaire, dans l'oreillette et le ventricule droits du cœur; enfin le sang ou l'humeur mésentérique, et qui est confiné dans le système vasculaire de la veine porte. Quelques personnes en admettent une quatrième espèce qu'elles appellent sang blanc ou imparfait, et qui serait constitué par l'humeur des vaisseaux chylifères ou lymphatiques. Pour le sujet qui nous occupe, cependant, nous pouvons omettre sans inconvénient cette dernière espèce de sang, et nous en tenir aux trois premières. Nous allons les étudier analytiquement d'abord sur le cadavre, puis chez l'homme vivant, et sous le quadruple point de vue, physique, chimique, physiologique et pathologique.

Le sang ne s'offre parfaitement à l'inspection de nos sens qu'après être sorti des vaisseaux vivans. Dans ce cas, nous n'avons qu'un fluide qui a cessé de vivre; c'est donc un sang mort que nous étudions dans cette occurrence. Le sang artériel peut s'obtenir par transsudation hémorrhagique des membranes muqueuses; dans ce cas, il est le plus souvent altéré par l'état morbide de la membrane muqueuse qui donne lieu à l'hémorrhagie. Il peut s'obtenir aussi des blessures ou de la division d'une artère : le sang obtenu de cette manière, est celui qui se trouve le plus voisin possible de l'état normal ou vital. Il s'offre sous la forme d'un fluide fumant, jaillissant par saccades violentes et répétées; sa température est de près de 32° (R.); sa couleur est d'un rouge vif, d'une densité et d'une viscosité un peu plus prononcées que celles du lait, d'une odeur *sui generis*, d'une saveur douceâtre. Recueilli dans un vase et laissé en repos, il devient de plus en plus dense et moins fluide, à raison de l'exhalaison de ses principes volatils et de la déperdition d'une partie de son calorique pour s'équilibrer avec la température atmosphérique. Un moment arrive où il paraît avoir perdu toute sa fluidité, et s'offre alors sous la forme d'une masse unique tremblottante et consistante. Ce moment cependant n'est que de courte durée, car bientôt à l'état de coagulation générale succède sa séparation en deux principes d'aspect très dissemblable; l'un concret, consistant, d'un rouge vif, d'une forme analogue à celle du vase, mais de dimensions moindres, c'est le *cruor*; l'autre liquide, transparent presque comme l'eau, de couleur blanc-verdâtre, environnant et couvrant le cruor, c'est le *sérum*. Si l'on pèse le sang au sortir du vaisseau, et qu'on le repèse douze ou vingt-quatre heures après, on trouve une diminution considérable de sa masse.

A cette époque sa couleur est également changée, elle est plus obscure, le grumeau est plus sombre, moins transparent et souvent roussâtre dans le sérum. Son odeur est également beaucoup changée, et les autres qualités physiques changent pareillement de plus en plus, à mesure que les influences extérieures agissent sur lui et le prédisposent à une décomposition putride plus ou moins rapide.

Le sang veineux ne peut s'extraire que des veines blessées. Moyennant la phlébotomie, on obtient un sang déjà soustrait au pouvoir vital, mais assez voisin des conditions du sang circulant; il sort en décrivant une parabole, il est chaud comme le précédent et marque 32 degrés au thermomètre de Réaumur. La couleur est d'un rouge vineux obscur; son odeur est spécifique, mais peu prononcée; son poids et sa consistance sont un peu plus considérables que dans le sang artériel. Abandonné au repos dans un vase, il tend, lui aussi, vers la coagulation, et après s'être, pendant un instant, approché de la consolidation, il se partage également en deux parties, l'une solide et tendant vers le noir, c'est le grumeau, proprement dit le cruor ou le crassamentum; l'autre, liquide et plus coloriée que celle du sang artériel, c'est le sérum. Le temps et l'influence des corps extérieurs produisent dans le sang veineux des changemens analogues à ceux du sang atériel.

Le sang mésentérique est une humeur tout-à-fait distincte des espèces précédentes. Il ne peut être extrait que des rameaux de la veine-porte sur les cadavres; sa couleur est ordinairement noire, de consistance plus grande que le sang veineux. Il ne se coagule presque pas et ne se partage presque jamais comme l'autre sang en grumeau et en sérum. (Stoker, Trans. of the assoc. phys., t. I., p. 163. James Tackeray, Mém. lu à la Soc. royale de Londres, 1831. Schultz, Rust's Magazin, t. XLIV, 1 th.) Souvent il contient des raies blanches, grisâtres, jaunâtres ou adipeuses. Cette espèce de sang a des caractères très variables, mais en même temps plus distincts de ceux des deux autres espèces; dans ces dernières, en effet, la différence d'aspect entre le sang veineux et le sang artériel est si minime que quelques auteurs, entre autres John Davy, l'ont niée complètement.

L'odeur du sang a été comparée par quelques auteurs à celle de l'ail; d'autres l'ont caractérisée comme *sui generis*. En versant de l'acide sulfurique concentré sur le sang, Barruel a obtenu une odeur très manifeste non du sang, mais de la transpiration de l'individu auquel le sang avait appartenu. La même expérience ayant été répétée sur le sang de différens individus des deux sexes et de différens animaux, Barruel a cru sentir distinctement l'odeur propre à la transpiration de chacun, et il a prétendu pouvoir distinguer à ce caractère le sang de l'homme ou de la femme, du vieillard ou de l'enfant. Barruel attribue cette odeur à un principe volatil qui s'exhale de la peau et des poumons, et il pense qu'elle ne se dégage pas du sang tant qu'elle est combinée à certains élémens; aussi emploie-t-il l'acide sulfurique pour l'en dégager.

Pour mieux discerner la forme et l'aspect des molécules composantes du sang, on a à différentes époques fait usage de loupes et de microscopes; chacun crut avoir découvert le véritable état des choses; presque tous cependant ont vu différemment. Après Malpighi, en effet, qui le premier découvrit des globules sphériques dans le sang, et après Lewenhoeck, Keil, Fontana, Spallanzani, qui en confirmèrent l'existence, d'autres observateurs ont nié ou ont vu les choses différemment, ce qu'ils attribuaient à la perfection de leurs instrumens. Weiss et Hewson, par exemple, crurent voir que chaque globule est enveloppé d'une membrane laquelle est susceptible de s'aplatir. Selon Della Torre, les globules seraient de forme annulaire, percés d'un trou dans le milieu et constitués de six sachets pleins de lymphe; tandis que selon Treviranus, leur forme serait variable selon le degré de coagulation. Au dire de Bauer et de Home, chaque globule contient un nucléon et de la matière colorante, et ce nucléon concourt à la formation de la fibrine. Cela cependant se trouve contredit par Muller. D'après Prévost et Dumas, le nucléon est in-

(1) Annali universali di medicina, janvier 1840.

Vierge. Je vais donner leur observation d'une manière assez abrégée, mais cependant avec les détails suffisans pour qu'on puisse juger de l'exactitude et de la justesse du diagnostic porté par M. Velpeau.

Premier cas. Je ne m'y arrêterai pas. Il s'agit d'un cordonnier, âgé de cinquante-sept ans, couché au n° 3 de la salle Sainte-Vierge, qui a une hématocèle par infiltration, produite par une piqûre de lancette. On emploie un traitement résolutif.

Deuxième cas. Au n° 33 de la salle Sainte-Vierge est couché un jeune homme nommé Lallier, maréchal-ferrant, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin. Il est entré le 24 février 1840 pour un gonflement assez considérable du scrotum. Il y a six semaines, à la suite d'un coup de pied de cheval, le scrotum du côté gauche est devenu rapidement le siége d'un gonflement accompagné d'une coloration noire très intense. Les sangsues et les cataplasmes n'ont eu aucune prise sur le gonflement; la coloration noire seule a disparu.

Aujourd'hui, le scrotum du côté gauche forme une tumeur plus grosse que le poing, indolente par elle-même, dont la peau a une teinte tout à fait normale. En haut et en avant, cette tumeur comprimée occasionne la même sensation que le testicule sain, ce qui prouve la présence en ce point du testicule. Tout le reste est bosselé, d'une consistance peu ferme, semblable à celle qu'occasionnerait un empâtement du testicule ou de l'épididyme; on y trouve une légère fluctuation, en sorte que la tumeur semble être formée par un liquide ou une matière demi-liquide.

Ce liquide ne peut être là que du sérum, du pus ou du sang. Ce n'est pas du sérum, parce que la tumeur est survenue *rapidement*, à la suite d'une violence extérieure, et qu'il n'y a point de transparence; une autre raison, c'est qu'un épanchement séreux ne pourrait guère se faire que dans la tunique vaginale, ce qui n'a pas lieu ici.

Ce n'est pas du pus, parce qu'il n'y a eu ni vive douleur, ni inflammation, la douleur s'est développée trop rapidement. Ce ne peut donc être que du sang, et tout se réunit en faveur de cette opinion; la violence extérieure, la promptitude de la formation de la tumeur, la teinte noirâtre dans les premiers temps, la résistance aux diverses médications employées, enfin la consistance. Réunissant tous les caractères, M. Velpeau diagnostique une hématocèle dans le testicule ou l'épididyme, avec concrétion d'une partie du sang dans l'intérieur du foyer. Par conséquent, il y a lieu à appliquer ici son second mode d'opération, c'est-à-dire l'incision.

Le 29 février, l'opération a a été pratiquée. Il a suffi d'une seule incision par laquelle est sortie une espèce de bouillie analogue par la couleur et la consistance à du raisiné; le doigt a été introduit dans l'intérieur du sac afin de le bien nettoyer.

Troisième cas. Au n° 40 de la même salle, est entré, le 15 février 1840, le nommé Chauvet, charcutier, âgé de vingt ans, aussi pour un gonflement du scrotum du côté gauche. Il y a environ quatre ans, il s'est froissé violemment le scrotum, en montant à cheval. Depuis lors, est survenu un gonflement qui paraît avoir persisté pendant trois ans sans occasionner aucune douleur au malade et qui a été entièrement négligé par lui. Depuis douze jours, la tuméfaction a augmenté rapidement, au point de passer du volume d'un œuf de poule à celui du poing.

La tumeur, revêtue d'une peau jaune-rosé, douloureuse, est puriforme; elle est, jusqu'à un certain point, fluctuante, assez dure. En haut et en arrière, elle donne, quand on la presse, la sensation du testicule, qui paraît exister là à l'état sain et tout-à-fait étranger à la tuméfaction. Les caractères de cette tumeur annoncent une hydrocèle ou une hématocèle, ou plutôt les deux à la fois. Cette dernière opinion est celle de M. Velpeau; il ne peut pas y avoir une hydrocèle simple, car les parois de la tunique vaginale sont épaissies, et il n'y a point de transparence. Ce doit être un kyste contenant un liquide formé par un mélange de sérosité et de sang un peu dénaturé.

La ponction avec le trois-quart a justifié ce diagnostic; il s'est écoulé par la canule un liquide d'une teinte rougenoirâtre et d'une consistance peu épaisse; tout le kyste s'est parfaitement vidé. On a fait immédiatement une injection iodée, absolument comme pour une hydrocèle. Cette opération a présenté une particularité, le malade, naturellement timide, n'a pas paru s'apercevoir du moment où l'on faisait l'injection, et il a assuré qu'elle ne lui faisait aucun mal. Cela est dû, d'après M. Velpeau, à l'épaississement et à l'état particulier dans lequel se trouve la tunique vaginale.

Si ces deux opérations, comme tout le fait présumer, réussissent, ce sera une nouvelle preuve à ajouter à celles déjà acquises de leur utilité.

A. D.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Paralysie du nerf facial, suite de lésion traumatique; par M. DEMARQUAY, élève interne des hôpitaux.

La Bigue, jeune cultivateur âgé de vingt-six ans, né à Soissons, d'une bonne constitution, tempérament lymphatico-sanguin, a toujours été d'une bonne santé, et n'a jamais éprouvé, ni lui, ni les membres de sa famille, aucune maladie nerveuse. Au commencement de 1837, il lui survint un abcès au grand angle de l'œil gauche. Cet abcès, abandonné à lui-même, suppura long-temps, détruisit le sac lacrymal, et les larmes, ne pouvant s'écouler par la narine gauche, à cause de l'obstruction du canal nasal, s'amassaient dans la cavité du sac lacrymal détruit, et de là s'écoulaient incessamment sur les joues et gênaient beaucoup le malade. Ennuyé de cet état, La Bigue s'adressa à un médecin de Soissons, qui lui passa une canule afin de rétablir le cours des larmes. Cette canule fut sans effet; elle détermina une inflammation du canal nasal et des parties voisines et s'échappa au dehors.

Au mois de septembre 1837, La Bigue vint à Paris, entra dans le service de M. Roux, où des mèches furent passées chaque jour dans le canal nasal. Pendant ce traitement, qui dura deux mois, il fut pris d'un érysipèle qui se termina par un abcès situé au-devant de la parotide, et qui s'étendait assez loin dans la joue gauche.

A cette époque, au commencement de novembre 1837, le malade sortit de l'hôpital avec son canal nasal désobstrué, mais porteur d'un abcès qu'il fit ouvrir par un médecin étranger. On pratiqua une incision assez profonde, ayant un pouce d'étendue au moins, et obliquement dirigée de haut en bas, de dedans en dehors, à un pouce et demi du conduit auditif. A peine l'opération était-elle terminée, que le malade sentit toute sa joue gauche paralysée; la commissure gauche fut fortement tirée à droite et un peu abaissée; la narine du même côté s'affaissa et devint immobile, ainsi que la paupière inférieure; ses alimens et ses boissons s'arrêtaient du côté gauche, avec impossibilité de les ramener sous les dents par la contraction du muscle buccinateur. Vainement le malade chercha à siffler comme d'habitude, ses efforts furent vains. Les filets du nerf facial qui vont se rendre à la paupière inférieure à l'aile du nez et à la commissure gauche, étaient coupés, vu leur paralysie; mais les filets du nerf facial qui se rendent aux muscles du pavillon de l'oreille, à l'occipito-frontal et à la partie supérieure de l'orbiculaire, étaient intacts, ainsi que la branche cervico-faciale et les filets du ventre postérieur du digastrique et du muscle stylo-hyoïdien. Aussi, ces parties-là conservèrent-elles encore pendant quelque temps de leur motilité, mais bientôt cette dernière diminua et se perdit.

C'est dans cet état complet de paralysie du facial gauche que La Bigue entra le 8 février 1840, salle Sainte-Agnès, n° 5 bis, non pour s'y faire traiter de la maladie incurable dont il est affecté, mais pour se faire guérir de la fistule lacrymale qu'il porte depuis trois ans.

Ce malade fut, de la part de M. Blandin, le sujet d'un examen attentif et plusieurs fois répété; il s'assura que les parties qui reçoivent les filets du nerf facial que l'incision avait ménagés, étaient aussi complètement paralysées que celles dont les filets avaient été coupés par l'instrument. L'occipito-frontal était immobile; le malade ne pouvait cligner de l'œil, qui était toujours entr'ouvert. Les mouvemens qu'exécutait la paupière supérieure étaient dûs au muscle releveur de cette dernière, et l'orbiculaire y était totalement étranger.

Mais comment cette paralysie, d'abord partielle, devint-elle générale? La paralysie du nerf facial ne s'étend-elle que jusqu'au trou stylo-mastoïdien, ou pénètre-t-elle au-delà? Ce sont des questions qui se présentent naturellement à l'esprit. Ne pourrait-on pas admettre, avec M. Blandin, qu'immédiatement après la section du nerf facial, un travail inflammatoire s'empara de ce nerf et de son névrilème, amena l'exsudation d'une matière plastique à l'intérieur du névrilème, et par suite l'atrophie, la compression et la paralysie? Or, ce nerf et son névrilème n'étaient que trop disposés à l'inflammation, non-seulement par la lésion qu'ils avaient éprouvée, mais encore par l'état des parties au milieu desquelles ils se trouvaient. La désorganisation du nerf, avons-nous dit, peut très bien n'être point limité à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, et remonter jusque dans le canal de Fallope; mais à quels signes pourra-t-on le reconnaître? 'est ce que nous allons examiner. Tout le monde sait que dans certains cas de paralysie du nerf facial, il y a déviation de la luette du côté opposé à la paralysie: ces faits étaient restés jusqu'à ce jour sans explication. Un jeune anatomiste, M. Longet, a cherché à en donner une raison anatomique. Selon lui, le grand et le petit nerf pétreux ne viendraient pas de la cinquième paire, comme certains anatomistes le pensent, mais bien du nerf facial, ou septième paire, et iraient se rendre, le premier au ganglion sphéno-palatin, et le second au ganglion otique. Or, des filets nerveux partant du ganglion sphéno-palatin vont se rendre à deux muscles du voile du palais; savoir, le palato-staphylin et le péristaphylin externe. Si donc le nerf facial vient à être paralysé jusqu'au-delà de l'origine des nerfs pétreux, on conçoit très bien la déviation de la luette du côté opposé à la paralysie. Dans le cas dont il s'agit, il y avait déviation de la luette, non du côté opposé à la paralysie, mais bien du côté de la paralysie elle-même, ce qui ne renverse point la théorie qui a été émise ci-dessus; car le côté de la luette qui était dévié n'était point immobile dans les mouvemens que le malade imprimait à cet organe,

---

colore et contenu dans une enveloppe particulière. Doellinger, adoptant l'idée du nucléon et de l'enveloppe, croit qu'ils sont tous de même volume chez le même individu; tandis que pour M. Milne Edwards, ce volume est variable chez le même individu. Si l'on en croit Hodkin et Lister, la superficie des globules serait concave, tandis que Schultz soutient de son côté que le nucléon est mobile et contenu dans une vésicule, laquelle est colorée à sa face interne. Suivant M. Raspail, le nucléon n'est autre chose que de l'albumine dissoute dans le sérum, laquelle est précipitée par ce liquide. Suivant d'autres, les globules seraient des vésicules, et d'après Weber les prétendus globules ne sont qu'une illusion optique. Il a plu aussi à M. Donné de regarder les globules comme des vésicules colorées et contenant une matière liquide albumineuse; ces vésicules seraient formées de matière fibreuse et contiendraient entre leurs mailles de l'albumine et de la matière colorante.

D'autres, au nombre desquels sont Blumenbach et Blainville, nient tout à fait l'existence des globules, et regardent le sang circulant comme un liquide homogène. M. Mandl, au contraire, admet non-seulement les globules rouges, mais aussi deux autres espèces de globules, dont les uns seraient petits, un peu opaques, semblables aux globulins albumineux; les autres gros, blancs et transparens. Il est enfin aussi des micrographes qui ont cru reconnaître des animalcules dans les globules; de ce nombre sont Eber, Mayer, Reichenbach et autres.

Cette disparité d'opinions est vraiment étonnante; je dis *étonnante*, car il ne devrait pas y en avoir sur un objet matériel qui se voit, ou du moins qui devrait se voir, je veux parler des globules. J'omettrai de reproduire ici les dissidences plus frappantes et plus nombreuses encore qui existent à l'égard du sang humain comparé à celui des animaux, car cela sort de mon sujet. Je dois néanmoins faire remarquer que les observateurs ne s'accordent pas davantage relativement aux dimensions des globules du sang de l'homme; les uns vous disent que leur volume répond à la 141e partie d'une ligne, les autres à la 160e, d'autres à la 166e; quelques autres à la 275e, à la 330e, ou même à la 400e. (*Raspail*, Nouveau Syst. de Chimie org., III, 219.)

Les deux derniers chiffres paraissent le plus généralement adoptés, non parce qu'ils sont les plus exacts, car personne ne pourrait l'assurer; et si quelqu'un voulait chercher à les vérifier, il y trouverait vraisemblablement d'autres différences encore, mais parce que la mesure de Prevost et Dumas est celle qu'on suit généralement en France, et celle de Wollaston qu'on suit généralement en Angleterre.

Que peut-on donc conclure sur les globules du sang, au milieu de tant de jugemens contradictoires? J'ai essayé, moi aussi, de de mettre mon œil à la portée de ce nouveau monde microscopique; je me suis servi du sang de mon doigt que j'ai piqué avec une épingle après l'avoir ficelé; j'ai couvert la goutte de sang que j'avais placée sur la lame de verre avec une seconde lame de verre, mais très légèrement afin de ne pas écraser les prétendus globules vésiculeux; j'ai fait usage d'un fort microscope solaire que j'ai fait construire par le plus célèbre opticien de Londres, pendant mon dernier séjour dans cette ville. Voici ce que j'ai observé dans une suite d'observations que j'ai faites. D'abord, des raies rouges se répandent comme des courans rapides de la goutte du liquide à la surface des deux lames de verre. Ces lignes sont homogènes, et n'offrent aucune apparence manifeste de globules. Leur mouvement cependant se ralentit petit à petit; alors leurs lignes s'interrompent çà et là, et les globules apparaissent; c'est-à-dire, on y voit une masse opaque et colorée, de forme elliptique, environnée d'un fluide transparent, lequel l'enveloppe comme dans une vessie. L'enveloppe liquide augmente de plus en plus, et le volume du globule coloré diminue en proportion et se solidifie; en se solidifiant, il laisse voir un nucléon dans son intérieur.

En approchant l'objet du foyer de l'instrument, un autre changement imprévu a lieu. Parmi les molécules sanguines on voit de petites bulles ou vésicules transparentes et incolores, en continuant l'observation attentive on voit encore naître çà et là sur le champ visuel des globulins blancs et opaques ou moins transparens que les vésicules précédentes, lesquels se fixent, restent immobiles sur le verre et empêchent le mouvement des autres globules rouges et transparens. Ces derniers, heurtant contre les corpuscules en question, changent de forme et de direction, ce qui leur fait simuler une sorte de mouvement spontané.

J'ai voulu comparer les phénomènes microscopiques du sang tiré des vaisseaux avec ceux du sang circulant dans ceux-ci. J'ai, entre autres animaux, employé de petits poissons dont la nageoire caudale, portée et fixée sous le champ de l'instrument, laisse très bien voir le sang circulant dans les vaisseaux. Eh bien! le sang, en parcourant les vaisseaux, ne se montre ici que sous forme de lignes homogènes ou d'un petit fleuve non interrompu. Sa couleur est d'un rouge uniforme, non rosée, mais très pâle, analogue à de la lavure de chairs ou à une liqueur orangée. Les mêmes conditions se rencontrent dans le sang qui circule dans les vaisseaux de l'aile des chauve-souris que j'ai observées avec un microscope de Plossel de la plus grande force et perfection. La membrane inter-digitale d'une grenouille que j'ai observée sous le même microscope de Plossel et sous celui d'Amici, m'a offert le sang circulant sous forme de bulles transparentes et incolores, lesquelles, en courant dans le vaisseau, prenaient la forme elliptique, puis cette forme changeait à chaque instant de même que leur volume. En arrêtant le cours de ces bulles elles retrogadaient et ondoyaient, s'aplatissaient dans le sens opposé, présentaient des lignes parallèles, plus opaques à travers le vaisseau qui les contenait et simulaient les inégalités des ondes. En sortant peu après du vaisseau et en passant sur le verre, ces bulles paraissaient se coaguler sous forme elliptique, mais inégalement; une partie plus dense et plus opaque se réunissait dans le centre de la bulle, ou bien à côté de ce centre; et cette espèce de nucléon était entourée d'une matière semi-liquide ou transparente.

Rien n'est plus divertissant que ces espèces d'observations microocopiques; mais j'ai cru, en vérité, rêver lorsque j'ai vu passer sous mon œil des phénomènes que tant de savans avaient observés avant moi et qui pourtant les avaient jugés différemment de ce qu'ils me paraissent pouvoir être. J'ai eu beau douter de moi-même, de mon œil, de mon instrument, de mon jugement; j'ai répété un grand nombre de fois les observations, j'ai changé d'instrument, j'ai appelé à mon secours des hommes exercés dans ce genre de recherches, mais les faits s'étant présentés constamment de la même manière, j'ai dû les croire tels que je viens de les énoncer. On me pardonnera, j'espère, de croire plutôt à mes propres yeux qu'aux assertions si contradictoires des auteurs sur le sujet dont il s'agit.

Je dirai donc que d'après son aspect, le sang vivant et en circulation paraît être une humeur composée de principes combinés organiquement de manière à former un liquide homogène dans lequel on ne distingue ni sérum, ni cruor, ni fibrine, ni albumine, ni matière colorante, ni aucune espèce de sels. Je dirai en outre que les globules rouges nageant dans le sérum, que beaucoup d'auteurs ont si clairement décrits, et que leurs lecteurs croiraient pouvoir aller pêcher au besoin, n'existent que dans leur imagination, en tant qu'on parle du sang vivant et circulant, car ils ont appliqué à ce dernier des observations faites sur le sang en stagnation et mort. Ce n'est qu'alors effectivement et alors seulement qu'on peut obtenir des traces de sérum, c'est-à-dire après qu'il est sorti des vaisseaux et resté pendant quel-

d'où l'on peut conclure, la théorie étant admise, que la désorganisation du nerf ne remonte point jusqu'à l'origine des nerfs pétreux. D'ailleurs, depuis ce fait, nous avons eu occasion de remarquer chez deux personnes un déviation naturelle de la luette. Toutefois, nous n'engagerons pas moins les observateurs à porter leur attention sur la déviation de la luette dans le cas de paralysie, afin de s'assurer jusqu'à quel point la théorie de M. Longet, à laquelle M. Bérard aîné semblait se rendre dans ses leçons de l'année dernière sur la déglutition, est vraie.

Avant de terminer cette observation, nous ferons encore une remarque. La paralysie du nerf facial par causes traumatiques est rare. M. Bérard jeune en cite deux ou trois cas au plus dans le Dictionnaire en vingt-cinq volumes, et toutes paraissent avoir été primitivement générales. Ce cas ressemble en tout point à ceux que l'on obtient en opérant sur les animaux. Mais, a-t-on dit à ceux qui suivent la voie expérimentale pour arriver à la vérité en physiologie ; défiez-vous de vos expériences ; lorsque vous avez opéré la section d'un nerf sur un animal vivant, vous avez modifié la vitalité de ce dernier, et vos conclusions ne peuvent pas être regardées comme des vérités mathématiques. Un pareil reproche appliqué aux expériences faites sur les nerfs tombe de lui-même devant ce fait. La Bigue, dont les filets du nerf facial ont été coupés par l'instrument tranchant, ne se trouvait-il point dans les mêmes conditions dans lesquelles se trouve l'animal sur lequel on agit.

Nous ferons remarquer que la sensibilité du côté gauche est en tout point semblable à celle du côté droit.

Nous terminerons en disant que notre malade est sorti guéri de sa fistule par l'introduction d'une canule qui donne issue aux larmes et les empêche de couler sur la joue.

Académie des Sciences. — Séance du 2 mars.

Sur l'auteur véritable d'un ouvrage attribué jadis à Aristote. — M. Meyer, dans une lettre à M. de Mirbel, annonce qu'en poursuivant ses recherches sur Albert-le-Grand, il a reconnu que l'ouvrage pseudonyme sur les plantes, qui porte le nom d'Aristote, et que beaucoup de savans ont prétendu ne dater que du XIIe siècle, est une production du célèbre Nicolaus Damascenus, contemporain de l'empereur Auguste. « Mes témoins, » dit M. Meyer, sont les Arabes, et en peu de temps j'espère » pouvoir vous offrir une nouvelle édition de ce mémoire bizarre, » il est vrai, mais assez important pour l'histoire de la physiolo- » gie végétale. »

Sur un nouveau signe pour le diagnostic des hernies étranglées. — M. Laugier écrit qu'il a découvert un nouveau signe à l'aide duquel il est facile de reconnaître avec un degré de précision suffisant pour la pratique, si l'intestin est compris dans le sac herniaire, et à quelle portion du canal intestinal appartient l'anse étranglée.

Ce signe est fourni par le météorisme quand on l'étudie avant le développement de la péritonite. En effet, l'étendue, la forme, le siége du météorisme varient suivant que la hernie est épiploïque ou intestinale, et dans celle-ci selon que le bout supérieur contient le gros intestin ou l'intestin grêle ; son étendue varie aussi selon que la portion d'intestin grêle prisonnière est plus ou moins voisine de l'estomac.

Dans la hernie épiploïque, avant le développement de la péritonite, le ventre est souple, flasque même dans les environs de la hernie, il n'y a point de météorisme ; tandis que dans la hernie intestinale, dans les premières heures le météorisme se montre. Dans le cas où la hernie est formée par une portion du gros intestin, le bout supérieur étant constitué par la presque totalité du canal digestif, le météorisme est général, et donne au ventre une forme presque cylindrique.

Si l'intestin grêle est seul dans le sac herniaire ou avec l'épiploon seulement, les flancs et la région épigastrique sont souples et déprimés ; le ballonnement du ventre occupe la région hypogastrique et offre une forme sphérique.

Lorsque l'étranglement de l'intestin grêle porte sur une partie du canal plus voisine de l'estomac, le ballonnement du ventre est moins prononcé pour la même durée de la maladie ; car le ventre est plus court ; d'où résulte cette conséquence inattendue, que l'urgence de l'opération est indiquée par un météorisme partiel plus que par un météorisme général.

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies ; par M. Malgaigne.

(Huitième leçon.)

Dans la dernière séance, Messieurs, nous avons tracé rapidement l'histoire des bandages herniaires considérés d'une manière générale, vous avez vu que leur découverte remonte plus haut qu'on ne l'avait pensé jusqu'à ce jour ; et nous avons rattaché à ces histoires plusieurs noms qui ne méritaient pas l'oubli où on les a laissés. Il s'agit maintenant d'examiner les bandages sous le point de vue pratique, et cette étude essentielle nous arrêtera plus d'un jour. Afin d'examiner la question sous toutes ses faces, je me propose d'examiner successivement d'abord tous les élémens qui entrent dans la composition d'un bandage, puis le bandage lui-même résultant de la combinaison diverse de ces élémens.

Tout bandage herniaire se compose de ces quatre élémens capitaux ; 1° la ceinture, 2° la pelote ; 3° le moyen d'union de la ceinture et de la pelote ; 4° la garniture, dans laquelle se trouvent les courroies et les sous-cuisses.

I. DE LA CEINTURE.

On peut distinguer trois espèces de ceintures, selon la matière dont elles sont construites, savoir : *la ceinture molle*, en toile, en futaine, ou en cuir ; *la ceinture en fer*, et *la ceinture d'acier*.

1° La ceinture molle est presque universellement rejetée, du moins pour les hernies inguinales. De temps à autre seulement quelques médecins la préconisent de nouveau, et j'ai reçu plusieurs communications ayant pour but de m'en démontrer les avantages. On lui reproche de n'avoir pas assez d'élasticité pour répondre à celles des parois abdominales ; d'exiger une striction d'autant plus forte, que le bassin figurant une ellipse à grand diamètre transverse, la pression la plus forte s'exerce aux extrémités de ce diamètre, c'est-à-dire sur les hanches, et la plus faible au niveau de la hernie ; elle exige dans tous les cas l'addition d'un sous-cuisse assez serré lui-même ; et enfin un long usage a pour résultat d'affaiblir sa résistance et de la disposer à se rompre.

De ces reproches, le second est assurément celui qui est le plus grave ; les autres sont communs à beaucoup de bandages à ceinture métallique. Je pense pour ma part que la ceinture molle a été beaucoup trop dénigrée. Souvenez-vous que jusqu'au dix-septième siècle, la plupart des chirurgiens, A. Paré en tête, ne faisaient usage que de ceintures molles, et que bien certainement ils maintenaient un assez bon nombre de hernies. J'ai vu la ceinture en simple toile appliquée avec succès par un médecin distingué de la province, M. Alliot de Montagny ; tout récemment j'ai été consulté par un homme de trente-cinq ans qui ne portait depuis son enfance qu'un bandage à ceinture de cuir, et qui le préférait à tous les autres. Camper lui-même, bien que l'auteur d'une modification assez importante du bandage français, avait assez fréquemment recours aux ceintures molles. On comprend d'ailleurs que l'on augmente beaucoup leur efficacité en donnant à la pelote une épaisseur capable d'alonger le diamètre antéro-postérieur du bassin à l'égal du diamètre transverse. Ainsi donc, ce serait à tort qu'on les rejeterait d'une manière absolue ; chez les enfans, chez les jeunes sujets, et pour des hernies qui ne dépassent pas le troisième degré, elles peuvent remplacer assez bien les ceintures métalliques. Je me garde bien de dire qu'elles méritent la préférence, et je pense qu'il ne convient de les employer que quand on n'a pas sous la main d'appareil plus convenable. Mais comme bandage provisoire, jusqu'à ce que le malade ait la possibilité de s'en procurer un autre, elles ne sont pas à beaucoup près aussi mauvaises qu'on le dit.

Il ne faudrait pas cependant s'y fier quand la hernie est volumineuse, et surtout lorsqu'elle est directe. Les expérimentateurs qui n'ont pas vu un grand nombre de hernies supposent volontiers que tous les cas se ressemblent, et que l'appareil qui leur a réussi quelquefois leur réussira toujours. M. Alliot, qui vraiment avait contenu plusieurs hernies avec son appareil en toile, lui accordait une confiance sans limites. Je lui proposai de l'essayer sur un nommé Lallemand, dont j'aurai à vous parler plus tard, et qui portait une hernie directe très difficile à contenir ; il accepta avec empressement. Le bandage fut confectionné sous ses yeux et appliqué par lui-même ; au premier effort de toux, la hernie coula. Il ne se tint pas pour battu, et se mit à construire de ses mains un bandage nouveau auquel il promettait un succès plus favorable ; il ne réussit pas mieux, et abandonna l'entreprise.

Sur quelques individus qui avaient porté long-temps une ceinture molle, j'ai vu constamment la peau des hanches froissée, flétrie, creusée d'une gouttière transversale, indice de la pression ; et enfin offrant un aspect dartreux plus ou moins prononcé. C'est un inconvénient réel, qui d'ailleurs est partagé par d'autres ceintures dont nous allons parler.

2° *Ceintures en fer.* Je vous ai montré une de ces ceintures empruntée à la collection de la Faculté ; elle plie en tous sens avec une grande facilité ; on dirait du plomb. Vous comprenez qu'on ne peut compter dans ce cas sur aucune élasticité ; aussi depuis long-temps ces ceintures sont unanimement rejetées.

Les ceintures en fil de fer ont plus d'élasticité, et mériteraient plus de confiance ; mais leur ressort serait sans doute trop faible et trop facile à fléchir, et j'espère bien que les efforts de M. Mayor seront insuffisans pour les ressusciter.

Je ferai mention ici d'une idée assez curieuse qui était venue à M. Absil, bandagiste distingué de Paris, quand je lui mis en face d'une hernie directe qui se jouait de ses efforts, après s'être jouée de bien d'autres. Il voulait construire une ceinture en fer assez épaisse pour résister aux efforts du ventre, et qui, s'appliquant juste sur le sacrum et le pubis, ferait l'effet, disait-il, d'une muraille inflexible élevée devant la hernie. Cela eût été bien lourd et bien gênant pour les malades ; ils n'auraient pu s'asseoir sans se sentir le ventre serré comme dans un étau. Bref, l'idée n'a pas été mise à exécution, et il n'y a pas lieu de le regretter.

Peut-être devrais-je encore sous ce titre de *ceintures en fer* comprendre tous ces ressorts français employés depuis Lequin jusqu'à nous, en passant par les mains de Bléguy, d'Arnaud, de Juville, etc., qui se vantaient à tort de les avoir perfectionnés. Ils sont faits d'un acier si mou qu'on les fait ployer en tous sens avec beaucoup de facilité. Mais cependant, comme ils jouissent d'une élasticité véritable, nous en traiterons dans la section suivante.

3° *Ceintures d'acier ou ressorts.* Nous arrivons aux ceintures presque universellement employées ; et c'est ici que la discussion nous obligera à mettre en présence les bandages modernes, et à suppléer ainsi à la lacune préméditée que nous avions laissée dans l'historique des bandages. Ces ceintures d'acier, appelées plus communément *ressorts*, ont singulièrement varié sous le rapport de la longueur, de la direction, de la forme, des complications, et même de la matière. Il faut d'abord bien distinguer les ressorts destinés aux hernies simples de ceux que réclament les hernies doubles. Parmi les ressorts simples, j'examinerai successivement :

1° Le ressort français ordinaire ;

2° Les ressorts français embrassant plus de la moitié du corps, dont l'expression la plus scientifique est le ressort de Camper ;

3° Le ressort renixigrade de M. Lafond ;

4° Le ressort brisé de Blégny ;

5° Le ressort anglais de Salmon et ses contrefaçons américaines ;

6° Le ressort de M. Valérius ;

7° Le ressort de MM. Burat ;

8° Le ressort brisé de Wickam ;

9° Enfin je dirai quelques mots des ressorts supplémentaires.

Le ressort français ordinaire est formé d'une lame d'acier assez mou, arrondie en demi-cercle, de façon à embrasser à peu près la moitié de la circonférence du corps, du côté occupé par la hernie ; mais comme la partie supérieure du sacrum sur laquelle le ressort appuie en arrière, est plus élevée que l'anneau inguinal sur lequel la pelote doit passer en avant, les bandagistes et les ana-

---

que temps en repos. Qu'est-ce en effet que le grumeau nageant dans le sérum, sinon un amas des prétendus globules rouges et sanguins ? Et quelle différence y a-t-il entre le grumeau et le serum, entre le globule isolé et le serum qui l'environne, sinon celle qui existe entre le tout et les parties qui le composent ? La séparation du sang en cruor et en sérum est l'effet et le signe de la mort du même liquide, et le premier degré de sa décomposition. Ce qu'on observe dans une masse sanguine obtenue par la phlébotomie a lieu également dans une seule goutte de sang, et même dans une molécule extrêmement minime de ce même liquide. Pour que dans cette molécule le globulin sanguin se distingue du sérum, il faut nécessairement qu'elle se décompose sous l'influence des forces physico-chimiques extérieures ; en un mot qu'elle soit morte. Cette influence pouvant elle-même varier, produit en conséquence des changemens variables dans les molécules sanguines. De là la différence de forme et de volume des prétendus globules observés à différentes époques par des auteurs de différens pays. Si l'on observe en effet une gouttelette de sang placée entre deux lames de verre du porte-objet, on voit se former différens points rouges distincts autour d'une couche mince de sérum, laquelle peut être regardée comme une sorte d'enveloppe ; dans ce cas, on sera d'accord avec l'opinion de Weiss, de Hewson et de Prévost et Dumas. Si au contraire la quantité du sérum est abondante, on ne verra que des globules isolés et nageant ; on sera dans ce cas d'accord avec Malpighi et Lewenhoeck et plusieurs autres qui n'ont vu que des globules isolés. Si le globule se consolide inégalement et surtout à son centre, et que de l'albumine coagulable ou de la fibrine l'entoure, et que cette dernière soit environnée à son tour d'autre albumine semi-fluide et de matière colorante, le microscope fera voir des globules avec un nucléon central, ainsi que cela a été décrit par plusieurs auteurs. Ce nucléon cependant nous pouvons le faire naître ou l'empêcher de se former à volonté, ainsi que d'autres singularités microscopiques signalées par quelques observateurs. L'eau pure dissout les globules et les fait disparaître ; l'eau sucrée au contraire ne les dissout point, mais elle fait coaguler la matière fibrineuse. Voilà par conséquent un procédé simple et facile pour faire naître les nucléons opaques des globules.

Après qu'on a obtenu cette coagulation, l'eau pure peut encore dissoudre le principe colorant, et réduire le globule blanc et décoloré. Si l'on ajoute une solution d'iode, la couleur reparaît. Les acides hydrochlorique et nitrique concentrés dissolvent les globules. L'un ou l'autre de ces acides délayé ne dissout point les globules, mais change leur figure et les fait gonfler. Sous l'action de l'ammoniaque, les globules changent de forme, se plissent, se gonflent, se rident ; et dans tous ces changemens on peut reconnaître les images si diverses que les auteurs ont attribuées aux prétendus globules du sang. A part les illusions d'optique, inséparables de l'usage d'instrumens doués d'une très grande force d'exagération, nous pouvons conclure des faits précédens que tout ce qu'on a dit sur les globules du sang, sur leur volume, sur leurs forme et couleur, n'est basé que sur une série d'illusions, dont la plus notable est celle de considérer comme vivant le sang mort, qui n'est plus sang, mais une transformation, un produit de l'action des forces physico-chimiques qu'il a rencontrées.

Les notions physiques que nous avons jusqu'ici recueillies sur le sang n'appartiennent qu'au sang mort et ne peuvent aucunement s'appliquer au sang vivant et circulant. Nous parlerons tout à l'heure, à l'occasion de la pathologie du sang, d'autres caractères physiques qu'offre cette humeur en dehors des vaisseaux, concernant sa couleur, sa densité, sa couenne, son degré de coagulabilité.

Quant aux caractères physiques du sang vivant et circulant, nous devons avouer que nos connaissances sont fort bornées jusqu'à ce jour ; nous ne savons, en effet, que ce que le microscope nous montre dans les membranes transparentes de quelques animaux ; chez l'homme vivant nous ne pouvons en juger que par l'analogie fournie par ces observations, ou bien par l'inspection directe à travers l'épiderme ou après l'enlèvement de cette enveloppe ; mais, malheureusement les parois des vaisseaux sont opaques, ils sont couverts de plusieurs tissus ; le sang artériel se laisse entrevoir quelquefois à sa couleur rosée plus ou moins prononcée, couleur qui se communique à la peau et forme le teint naturel ; le sang veineux à sa couleur plombée, livide, violacée qu'on observe dans quelques régions sillonnées par des veines superficielles : voilà tout ce que nous en savons ; de sorte que pour nous former une idée plus étendue sur le sang vivant et circulant nous devons avoir recours aux lumières de la physiologie.

§ II. *Notions chimiques.* Nous venons de voir que les notions physiques qu'on possède sur le sang étaient tout à fait insuffisantes pour nous donner une idée sur la nature de cette tumeur. Voyons maintenant si les connaissances chimiques nous éclairent davantage pour la solution du problème.

(*La suite à un prochain numéro.*)

tomistes ont réuni leurs efforts pour parer à cette difficulté ; les premiers ont fixé le bout antérieur du ressort à la partie supérieure de la pelote ; combinaison détestable sur laquelle nous reviendrons ailleurs. Les autres ont imaginé de faire décrire au ressort une spirale telle, que du haut du sacrum il descende légèrement pour gagner l'espace compris entre le grand trochanter et la crête iliaque, qu'il couvre horizontalement le long de cet espace ; et arrivé en avant, qu'il s'incline de nouveau avec grâce pour aller rejoindre le bord supérieur de la pelote. C'est là ce que l'on appelle un ressort rationnellement construit, et tous les chirurgiens l'ont adopté.

Lorsque je viens ici professer une opinion résolument et absolument contraire, j'ai besoin de vous dire comment j'y suis arrivé. Pensez-vous que ce soit à l'aide de raisonnemens? Point du tout ; non pas que je n'aie trouvé par la suite de bonnes raisons pour soutenir mon opinion nouvelle ; car jamais l'esprit humain n'est avare de raisons ; mais, je l'avouerai humblement, j'avais été tout d'abord séduit par l'autorité de mes devanciers, et par cette application ingénieuse de l'anatomie à la mécanique herniaire. Comme le ressort anglais de Salmon n'offre aucune de ces sinuosités, et brise en visière au principe anatomique j'avais aussi, comme tous les chirurgiens, une effroyable prévention contre le bandage de Salmon. Toutefois, bien déterminé à n'en croire que l'expérience, je conduisis des malades chez M. Wickam, qui a importé ce bandage parmi nous; je le vis appliquer ; je constatai qu'il n'était véritablement pas si mauvais que je l'avais cru ; mais mes idées théoriques, encore toutes puissantes, me suggérèrent qu'il vaudrait beaucoup mieux si on le modifiait d'après le principe anatomique. Or, ce que je méditais avait été exécuté ; M. Valérius avait courbé en sens opposé les deux bouts du ressort anglais et l'avait donné comme sien. M. Wickam, alarmé, poursuivit son confrère en contrefaçon ; le tribunal délégua, avant de faire droit, une commission choisie parmi les professeurs de la Faculté, parmi les noms les plus justement célèbres de la chirurgie. Cette commission déclara que Wickam avait tort, que Valérius avait droit ; que sa contrefaçon n'était pas une contrefaçon, mais un perfectionnement capital ; que le ressort original était détestable, que le ressort modifié était admirable. Pour ma part, j'en étais convaincu d'avance, comme vous venez de l'entendre : et je m'en allai donc chez M. Valérius pour essayer aussi son bandage ; mais comme un homme sûr du résultat. Or, ce résultat, voici quel il fut : je présentai à M. Valérius un homme affecté d'une hernie que Wickam avait contenue à l'aide d'un ressort de quatre livres de pression ; M. Valérius appliqua un bandage d'une puissance égale, et la hernie s'échappa ; il essaya un sessort de quatre livres et demie, et la hernie s'échappa. J'étais stupéfait. Pensant que la forme de la pelote y était pour quelque chose, j'adaptai la pelote de Wickam au ressort de Valérius, et la hernie s'échappait toujours. Quel étrange perfectionnement, qui diminuait à ce point l'efficacité de l'appareil ! Et d'où provenait cette diminution :

Ce fut alors, et alors seulement que je m'appliquai à en chercher la raison, et je pense l'avoir trouvée. Le ressort des bandages herniaires peut assez bien se comparer à celui qui constitue les pincettes de cheminée ; n'est-il pas vrai que pour saisir solidement un tison, il faut que les bouts des pinces se répondent, et que le tison s'échappe si l'un des bouts passe par dessous l'autre? C'est là l'histoire du ressort de Salmon et du ressost de Valérius. Dans le premier, toute la force de pression est employée ; dans l'autre, il y en a une grande portion qui est perdue, décomposée par l'obliquité inverse des deux extrémité du ressort. Or, ce reproche que j'adresse au ressort de Valérius, le ressort français ordinaire le mérite bien davantage encore. Voilà un premier grief.

Un deuxième vient de la méchante matière dont il est confectionné. En voici un pris parmi ceux du bureau central, il sort de l'officine de M. Blin, qui a la prétention d'avoir hérité des procédés de Juville. Il est courbe en dedans; un coup de pouce, le voilà droit ; un autre effort, le voilà plié en dehors. Cela est extrêmement avantageux pour les bandagistes ; vienne, en effet, un individu à hanches très larges ; le bandage serre les os de trop près ; en un tour de main on élargit sa courbure ; il est trop large, au contraire, à l'instant on le rétrécit. Il est trop fort, on l'allonge, on le rapproche de la ligne droite ; le voilà affaibli. Il est trop faible, on augmente sa courbure ; le voilà renforcé. Tout cela est admirable pour le marchand, qui est toujours sûr de se défaire de sa marchandise, mais fort périlleux pour le client ; car cette élasticité si complaisante ne dure guère, et la hernie qui presse toujours aussi fort, ne rencontrant plus qu'une résistance moindre, s'échappe, et gare aux étranglemens.

Il y a encore d'autres inconvéniens attachés à ce ressort ; mais comme ils viennent aussi en partie de la pelote et des garnitures, nous y reviendrons plus tard. Je noterai seulement que son peu d'étendue a paru à Camper un désavantage, bien qu'il n'ait pas exactement déterminé en quoi il consistait ; et de là ses recherches pour lui assigner une longueur plus convenable.

D'autres, avant Camper, avaient allongé le ressort jusqu'aux deux tiers, aux trois quarts, aux quatre cinquièmes de la circonférence du corps ; après beaucoup de tâtonnemens, il fixa sa longueur aux cinq sixièmes de cette circonférence. Scarpa a remarqué, avec assez de justesse, que la démonstration de Camper est presque inintelligible. Mais l'expérience était là plus puissante que les raisonnemens embrouillés de l'auteur ; le nouveau bandage tenait mieux et n'avait pas besoin de sous-cuisses ; les chirurgiens l'adoptèrent avec chaleur, tandis que les bandagistes le laissèrent de côté. Il est curieux de rechercher la cause de ce phénomène, et il n'est pas moins curieux de voir que ce qui a nui au bandage de Camper est précisément ce qui aurait dû le rendre plus recommandable.

(La fin à un prochain numéro.)

NOUVELLES DIVERSES.

— On écrit de Reims :

« La fièvre typhoïde n'a pas cessé ses coups. Il y a peu de jours, un jeune chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu succombait. Le pharmacien en chef, successeur de M. Guyot, vient d'être atteint de cette funeste maladie. Au milieu de si tristes exemples, le dévoûment des médecins ne se ralentit pas, et ils continuent à prodiguer leurs soins aux malades de l'hôpital avec le zèle le plus infatigable et le plus courageux. »

— On nous écrit de Brignolles :

Il a régné dernièrement une épidémie de fièvres typhoïdes à Entrecastaux, arrondissement de Brignolles (Var). Depuis quelques jours on ne compte plus de nouveaux cas ; la maladie a sévi plus particulièrement sur les enfans et les jeunes personnes. Il y a eu peu de décès.

Notre correspondant ajoute :

Nous n'avions pas assez, en province, des charlatans en plein vent et autres individus exerçant la médecine sans titres et sans connaissances. Notre ville vient de faire l'acquisition d'un vicaire distribuant à tort et à travers la médecine Leroy. Un membre du clergé devrait se respecter assez, ce nous semble, pour ne point se livrer en aveugle à l'exercice d'un art, quand ses résultats peuvent être si terribles.

Monsieur le rédacteur,

Je ne puis me refuser à publier un fait choisi entre un grand nombre d'autres, que j'ai observés dans les Instituts orthopédiques et gymnastiques de madame Masson de la Malmaison.

La jeune Et... fut confiée aux soins de madame Masson dans l'état suivant : gibbosité à la région dorsale de la colonne vertébrale, avec ramollissement très-notable du corps des deux vertèbres dorsales. Malgré des soins administrés par des médecins fort éclairés, cette pauvre petite fille devenait de plus en plus malade. Plusieurs mois d'un traitement rationnel, où l'hygiène, les médications topiques et les ressources de l'orthopédie furent également fondues ensemble, rétablirent cette petite fille et effacèrent sa triste difformité.

C'est dans l'Institut de Paris, rue de Cléry, n° 9, que j'ai observé cette cure.

Le Dr PICHON.

La *Némésis Medicale* est complète, les trois dernières satires viennent d'être publiées en même temps ; les sujets en sont :

Le Conseil royal de l'Instruction publique; —*l'Institut* ;

Les Lazarets et les Quarantaines ;

Et enfin *les Adieux*.

La réimpression des satires qui étaient épuisées permet de livrer l'ouvrage entier aux personnes qui en feront la demande.

Rue de Bussy, 13.

Paris. — Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 10 MARS 1840. (15e ANNÉE.) N° 30, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 f.

De M. ORFILA à propos du dernier concours à l'École.

Nous avons eu si souvent occasion de publier des faits défavorables à M. Orfila, que, dans une circonstance récente, un débat s'étant engagé dans divers journaux sur la conduite de M. le Doyen dans le dernier concours, nous avons cru devoir laisser se vider le différend; nous évitons ainsi toute accusation de partialité en nous contentant de reproduire les pièces et les réflexions dont elles ont naturellement été accompagnées. *Le National* du 2 mars publiait la note suivante :

— Une personne bien informée, et en qui nous avons toute confiance, nous signale un fait qui se serait passé avant le scrutin qui a terminé le dernier concours de la Faculté de médecine de Paris, concours dans lequel M. Dubois (d'Amiens) a échoué avec six voix contre six, le président du jury ayant voté pour son adversaire. Le fait dont nous voulons parler doit être dénoncé à l'opinion publique, car, s'il venait à se renouveler et s'il passait en habitude, c'en serait fait de l'institution du concours, seule et faible garantie que le savoir et l'indépendance conservent encore contre l'audace et les manœuvres de l'intrigue. Il paraîtrait donc que plusieurs fois, depuis le jour où les dernières épreuves eurent fait penser généralement que M. Dubois avait beaucoup de chances d'être nommé, et notamment au moment même où les jurés allaient entrer en séance pour l'élection, le doyen de la Faculté aurait menacé plusieurs d'entre eux de donner sa démission immédiatement si M. Dubois obtenait la majorité des suffrages, prétextant l'esprit d'opposition qu'il supposait devoir rencontrer de la part de cet honorable médecin, si l'élection venait à le lui donner pour collègue.

« Nous livrons ce fait aux sérieuses réflexions de ceux qui pensent que la plupart de nos institutions, telles qu'on les pratique, ne sont pas une pure déception, un mensonge pompeusement déguisé. »

Le jour même, M. Duméril adressait la lettre suivante, qui fut bientôt accompagnée d'un *démenti* de M. Orfila; voici ces deux lettres avec les réflexions du *National* :

« M. Duméril, professeur à la Faculté de médecine, nous adresse la lettre suivante :

Paris, 2 mars 1840.

Monsieur le Rédacteur,

« Je vois, par l'article que vous avez inséré aujourd'hui 2 mars, sur le concours qui a eu lieu à la Faculté de médecine, que vous avez été mal informé. Il est de mon devoir de déclarer que l'imputation faite au doyen est complètement fausse.

Comme président de ce concours, nul ne peut mieux savoir que moi ce qui s'est passé dans cette circonstance.

Le professeur, C. DUMÉRIL. »

« Le caractère honorable et l'indépendance bien connue de M. le professeur Duméril, le placent trop au-dessus de toute espèce d'intrigue, pour qu'on puisse jamais le soupçonner de subir des influences de la nature de celles que nous avons signalées dans l'article auquel répond ce professeur. Si donc sa réclamation a pour but de déclarer que ce n'est pas à lui que s'est adressé le propos que nous avons fait connaître, il a pris assurément une peine inutile; mais s'il pense qu'en sa qualité de président du jury il a eu connaissance de tout ce qui s'est passé et de tout ce qui s'est dit relativement au concours, même en dehors des séances, nous sommes obligés de lui dire qu'il se trompe. Pour le fait en particulier que nous avons cru devoir porter à la connaissance du public, M. Duméril l'ignorait, puisqu'il le nie; mais nous affirmons qu'il nous vient d'une source qui ne nous permet pas de douter de son exactitude. Il est évident qu'il n'y a qu'une seule personne qui puisse être admise à nier que le doyen de la Faculté ait dit telle ou telle chose, et cette personne est le doyen lui-même. A une dénégation qui nous viendrait de là, nous répondrions immédiatement par des preuves. »

M. Orfila s'est cru dès lors dans la nécessité de démentir cette assertion, et on lit dans le *National* de samedi :

Paris, ce 5 mars 1840.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez annoncé dans votre numéro de lundi dernier, que j'avais déclaré que si M. Dubois d'Amiens était nommé professeur de pathologie interne, je donnerais ma démission. Vous avez été mal informé, car je n'ai jamais tenu un pareil propos. Je lis dans le *National* d'aujourd'hui qu'à une dénégation qui viendrait de ma part, vous donneriez des preuves! J'attends ces preuves.

Veuillez, je vous prie, insérer cette réclamation dans votre prochain numéro, et croire à ma considération distinguée.

ORFILA.

« Voici notre réponse :

» Dès le surlendemain de l'élection, quand le souvenir de nul fait, de nulle expression ne pouvait encore être effacé ou altéré, M. le professeur Trousseau rapporta, comme les ayant très distinctement entendues, les paroles que M. le doyen nie avoir prononcées. M. le professeur Trousseau affirma cela de la manière la plus positive, en présence de M. le professeur Gerdy et de plusieurs autres médecins de qui nous le tenons directement.

» Pour nous, la parole de M. Trousseau est, par elle-même, une preuve qui ne peut laisser place dans notre esprit au moindre doute, à la plus légère incertitude. Pour les personnes qui, ne connaissant ni M. Orfila ni M. Trousseau, ne verraient là qu'une dénégation de l'un de ces messieurs opposée à une assertion positive de l'autre, nous ferons remarquer que M. Trousseau ne pouvait avoir nul intérêt, nul motif de prêter à M. le doyen un propos qui n'aurait pas été tenu; tandis que M. le doyen, au contraire, a le plus grand intérêt à se laver par une dénégation de l'accusation portée contre lui. A cette considération, dont on appréciera l'importance, nous ajouterons la suivante, qui ne paraîtra pas moins décisive.

» Ce n'est point ici la première fois que M. le doyen s'est attiré des reproches pour l'influence qu'il aurait cherché à exercer sur l'esprit des juges dans le concours de la Faculté. Un homme dont la franchise et la loyauté sont bien connues, M. le professeur C. Duméril, lança publiquement contre lui, il y a un peu plus d'un an, une accusation toute pareille à celle contre laquelle il cherche aujourd'hui à se défendre.

» Voici quelques passages de deux lettres écrites à M. le doyen par M. Duméril, et que ce dernier fit insérer dans un journal (*Gazette des Hôpitaux*) le 20 décembre 1838 : « Je sais bien que quelques voix se rangeraient à votre opinion, qui favoriserait l'intérêt particulier d'un compétiteur *que vous croyez devoir appuyer de votre crédit* MALGRÉ LE CONCOURS.... Dans les doubles fonctions que vous remplissez, toutes vos démarches sont graves, car, comme vous le voyez, elles peuvent compromettre l'intérêt et l'honneur du corps à la tête duquel vous êtes placé. »

(*National.*)

Aujourd'hui 9 mars nous lisons dans le même journal :

« M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris a bien senti, et le public a parfaitement compris aussi, toute la gravité de l'accusation que nous avions portée contre un fonctionnaire aussi haut placé, s'immisçant dans un concours qui ne le regardait pas, et se prévalant de sa haute position pour chercher à influencer le vote des juges. M. le doyen va cherchant de tous côtés des moyens d'obscurcir la vérité qui l'offusque. Il commence d'abord par demander, dans sa détresse, un appui à M. le président du jury, et il se trouve précisément que cet honorable professeur avait lui-même, dans une circonstance analogue, lancé publiquement à la face de M. le doyen une accusation toute pareille. Plus tard, il prend hardiment le parti de nier ce qu'il suppose ne pouvoir être prouvé, et il se trouve que nous avons en main des témoignages positifs de l'exactitude parfaite de tout ce que nous avons avancé. Aujourd'hui il nous fait adresser des lettres qu'il a sans doute arrachées à la complaisance de deux de ses amis, et il se trouve que, pour qui veut bien en saisir la portée, ces lettres prouvent, plutôt qu'elles ne contredisent, toutes nos assertions. Voici ces lettres; nous avons à y ajouter quelques correctifs et quelques remarques qui montreront à M. le doyen que nous n'avons pas usé de tous les documens que nous possédons sur cette affaire.

« Monsieur,

» Il est vrai que j'avais entendu dire, avant la dernière séance du concours, que M. le doyen donnerait sa démission si M. Dubois était nommé.

» Il est vrai que j'ai répété à M. Gerdy que M. Orfila avait dit qu'il donnerait sa démission si M. Dubois était nommé.

» Mais je déclare que M. le doyen ne m'a rien dit, à moi personnellement, qui pût me faire supposer que telle était son intention.

» Agréez, etc., A. TROUSSEAU.

» Ce 7 mars 1840. »

« Nous avons voulu opposer à cette lettre, que nous avions à peine à la vérité besoin de combattre, le témoignage de deux hommes d'une indépendance au-dessus de toute atteinte; nous avons, au nom et dans l'intérêt de la vérité, invoqué les paroles de M. le professeur Gerdy et celles de M. le docteur Dezeimeris : ils ont répondu à notre appel. Voici leurs réponses : »

« Monsieur le rédacteur,

» Quelque regret que j'éprouve de prendre part à l'affaire dont vous avez entretenu le public, ces jours passés, je ne puis vous refuser la vérité que vous me demandez. Je le déclare donc : dernièrement M. le professeur Trousseau, mon collègue, a affirmé en ma présence avoir entendu M. le doyen menacer de donner sa démission si M. Dubois d'Amiens était nommé professeur.

» Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma haute considération, GERDY.

» Le 8 mars 1840. »

« Monsieur le rédacteur,

» Vous croyez, dans l'intérêt de la vérité, devoir réclamer mon témoignage relativement à une conversation qui eut lieu récemment entre M. le professeur Trousseau, M. le professeur Gerdy, deux autres médecins et moi. Sans prétendre m'immiscer dans les débats pour lesquels vous croyez devoir en appeler à ma parole, je ne trouve pas de motifs pour vous refuser de déclarer que les assertions contenues dans vos articles sur le concours sont parfaitement exactes, et que vous n'avez rien attribué à M. Trousseau qui ne soit précisément ce qu'il a dit.

» Agréez, etc. DEZEIMERIS. »

« Après ces deux lettres si précises de M. le professeur Gerdy et de M. le docteur Dezeimeris, nous n'avons pas à discuter le contenu de celle de M. le professeur Trousseau; nous y trouvons seulement l'occasion de faire une remarque.

» L'honorable professeur assure bien que M. le doyen ne lui a rien dit, à lui personnellement, qui pût le faire croire à une intention réelle de la part de ce dernier de donner sa démission (nous pensons comme M. Trousseau que cette *intention* n'avait rien de sérieux); mais nous sommes bien sûrs que M. Trousseau n'affirmerait pas que M. le doyen ne lui a pas fait dire par un tiers ce qu'il paraît ne pas lui avoir dit directement, au moins dans les termes dont on s'est servi pour le répéter. Est-ce directement ou par intermédiaires que quatre autres professeurs ont été prévenus de la menace de démission de M. le doyen? C'est sur quoi nous n'avons pas à nous expliquer pour le moment.

» Arrivons à la seconde lettre qui nous est adressée pour la défense de M. le doyen. »

« Monsieur le rédacteur,

» Ayant eu connaissance de l'article que vous avez inséré dans votre numéro de ce jour, c'est pour moi un devoir de déclarer de la manière la plus positive, qu'ayant entendu dire que M. le doyen donnerait sa démission dans le cas où M. Dubois d'Amiens obtiendrait la chaire de pathologie interne, j'ai dû, pour éclaircir un fait qui me paraissait tout-à-fait invraisemblable, me rendre auprès de M. Orfila, qui m'a répondu par une dénégation formelle, dont j'ai fait part aussitôt à plusieurs de mes collègues, membres du jury : c'était quelques instans avant le scrutin définitif. J'ajouterai que si M. Dubois d'Amiens a eu quelques chances de succès, il les a dues surtout aux suffrages des meilleurs amis de M. Orfila

» Agréez, Monsieur le rédacteur, mes salutations empressées,

» Paris, 7 mars 1840. CHOMEL. »

« On voit, d'après cette lettre, qu'au moment d'entrer en séance pour l'élection, M. le professeur Chomel avait, comme tant d'autres, connaissance de la démission annoncée par M. le doyen. Quant à la dénégation de ce dernier, elle se trouve déjà dans la lettre qu'il nous a adressée; une seule édition nous suffisait. Nous ne pouvons laisser passer la dernière phrase de la lettre de M. Chomel, sans déclarer que le vote des amis de M. le doyen fait honneur à leur indépendance, mais qu'on tomberait dans l'erreur la plus complète si l'on s'avisait d'attribuer leur vote en faveur de M. Dubois à l'amitié qui les lie à M. le doyen. »

— Nous n'ajouterons aucune réflexion à ces faits graves; ils parlent d'eux-mêmes, et l'interprétation nous en paraît claire et facile.

On pourrait les rapprocher d'ailleurs d'une foule d'autres actes analogues; et les personnes qui n'ont pas oublié les intrigues que nous avons si souvent signalées, ces échanges de compositions écrites sur du papier à lettres et lues sur du *papier-écolier*; ces scrutins donnant une majorité de 6 voix sur 11 à un concurrent, tandis que le lendemain *six juges* affirmaient par écrit avoir voté pour le concurrent opposé et tant d'autres choses encore qu'il serait superflu de rappeler, ces personnes apprécieront, en cette circonstance comme dans les autres, la conduite d'un homme placé, nous ne savons à quel titre, à la tête de l'école de Paris.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. POIRSON.

Abcès des bourses; guérison lente.

Au n. 7 de la salle 4 des blessés, est entré, le 12 novembre dernier, le nommé Perogon (André), âgé de vingt-sept ans, soldat au 53e de ligne. Il est d'un tempérament bilieux, et jouit habituellement d'une bonne santé. Il y avait dix jours, au moment de son entrée, qu'il avait vu apparaître une petite tumeur sur la bourse gauche, sans en avoir aucunement provoqué la formation; cette tumeur, quoique peu douloureuse par elle-même, s'accompagnait cependant de douleurs assez intenses ressenties dans le bas-ventre et dans les lombes.

Peu à peu la tumeur prenant de l'accroissement, acquit le volume d'un œuf de poule; elle restait néanmoins distincte du testicule correspondant, avec lequel elle était libre, au dire du malade, de toute sorte d'adhérence, quoiqu'on eût pu croire en apparence qu'elle faisait corps avec lui. En même temps, la peau du scrotum était rouge et devenait de plus en plus dure.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, les douleurs de la tumeur continuaient. Le testicule, d'autre part, était à peine sensible; les douleurs persistaient au bas-ventre et aux reins; la peau des bourses était rouge et très dure; la chaleur était naturelle. Il n'y avait pas de réaction générale.

Il ne fallut rien moins que sept à huit applications de sangsues sur la tumeur même et sur le trajet du cordon testiculaire, pour soulager les douleurs du bas-ventre et des reins, qui étaient intenses au point de déterminer l'insomnie. La tumeur cependant ne fut nullement modifiée par cette médication, qui fut accompagnée et suivie de l'application de cataplasmes émolliens et narcotiques; elle conserva sa dureté, un certain degré de douleur, et la peau resta avec sa coloration rouge.

Le chirurgien jugeant alors que le moment était arrivé d'agir sur la tumeur à l'aide des fondans, puisque la résolution n'avait pu être obtenue par les antiphlogistiques et les émolliens associés aux narcotiques, prescrivit l'application d'un emplâtre de ciguë. En effet, sous l'influence de cet agent thérapeutique, la tumeur ne tarda pas à perdre de sa dureté, et au bout de quatre jours elle était ramollie en grande partie. La tumeur qui, ainsi que nous l'avons dit, siégeait dans l'épaisseur des bourses, sembla alors contracter des adhérences avec le testicule et se confondre avec lui.

Au bout de deux jours, le ramollissement de la tumeur n'étant pas suffisant, un second emplâtre de ciguë fut appliqué, et la tumeur alors ne tarda pas à s'abcéder. L'abcès fut ouvert à l'aide de l'instrument tranchant, et son ouverture procura l'issue d'une grande quantité d'un pus sanguinolent, fétide. Le foyer ayant été vidé, on put s'assurer que le testicule restait libre de toute adhérence d'avec ses enveloppes, et n'avait aucunement été influencé par leur état morbide.

La cicatrisation de l'abcès n'a pas tardé à s'effectuer.

— On ne saurait méconnaître, dans ce cas, un abcès par

phlogose suppurative sourde des tissus normaux des bourses. Toutefois, la douleur locale quoique légère, la rougeur de la peau, la dureté primitive de la tumeur en font foi. Cependant, on ne peut s'empêcher de reconnaître quelque chose d'insolite dans le début et la marche lente de cette affection ; elle nous paraît occuper une limite intermédiaire entre les abcès chauds, aigus ou phlegmoneux, et les abcès froids chroniques. Nous trouvons, à l'article Abcès froids idiopathiques, du *Dictionnaire des Dictionnaires* de Fabre (1re livraison, page 18), ce qui suit : « Les abcès froids sont ordinairement sous-cutanés... On les observe assez souvent chez les jeunes soldats, aux environs du dos, aux lombes, aux pourtours antérieur et latéral de la poitrine, au cou et même sur le moignon de l'épaule, où les tissus sont incessamment froissés par le port du fusil et des équipemens.

Chez Chérogon, qui n'accusait aucune cause évidente, il est à présumer que l'abcès est né sous l'influence des froissemens occasionnés par la marche. Quant aux douleurs du bas-ventre et de la région lombaire, il est facile de les expliquer, soit en admettant le tiraillement des rameaux nerveux ilio-scrotale et moyen des branches musculo-cutanées du plexus lombaire, ou du rameau interne de la branche génito-crurale du même plexus, qui se rendent les premières au scrotum, la seconde au scrotum et aux autres enveloppes testiculaires ; soit en admettant même la propagation de la phlogose à ces différens filets nerveux. Enfin les avantages que l'on a retirés des emplâtres de ciguë, méritent d'être pris en considération.

Fracture du cubitus à la réunion de son tiers moyen avec le tiers inférieur ; consolidation prompte.

Au n° 14 de la salle 3 des blessés est entré, le 20 janvier dernier, le nommé Maupetit (Jean), soldat au 10e dragons, âgé de vingt-deux ans, d'une forte constitution. Renversé la veille par un coup de pied de cheval reçu sur la poitrine, le bras droit s'était trouvé soutenir tout le poids du corps au moment de la chute.

Il arriva dans le service présentant de l'oppression, de la toux accompagnée de crachats sanguinolens ; le coup de pied avait été reçu au-dessous du sein gauche. L'attention du chirurgien ayant d'abord été portée vers ce point, on put reconnaître qu'aucune côte n'avait été fracturée. La percussion ne put être pratiquée en avant à cause de la douleur dont la région était le siége ; mais l'auscultation permit de s'assurer qu'il y avait absence de râle crépitant : il n'y avait qu'un peu de râle sous-crépitant pendant les grandes inspirations. Les symptômes d'un épanchement dans la cavité de la plèvre correspondante étaient également négatifs. La réaction générale était peu intense.

Le bras droit, qui était le siége de vives douleurs, fut examiné avec soin, et malgré un certain degré de gonflement au niveau de la réunion du tiers moyen de l'avant-bras avec le tiers inférieur, on put reconnaître l'existence d'une fracture du cubitus au même endroit se traduisant par la saillie formée en dedans par l'extrémité du fragment supérieur, et la dépression au contraire existante au-dessous de celle-ci résultant de la disparition de l'espace inter-osseux, occasionnée par le rapprochement du fragment inférieur du cubitus vers le radius sous l'influence de la contraction du muscle carré pronateur. Enfin, en établissant par des mouvemens ménagés le contact des fragmens, on pouvait obtenir la crépitation.

Deux saignées furent pratiquées, et les accidens thoraciques n'eurent pas de suites plus graves. On appliqua sur la fracture l'appareil ordinaire.

Le 27 février, la fracture était consolidée avec intégrité de l'espace inter-osseux et conservation des mouvemens de pronation et de supination ; le fragment supérieur seulement faisait une légère saillie en arrière. L'articulation du poignet présentait un peu de raideur, résultat de son immobilité prolongée, et les doigts étaient fléchis difficilement.

— Cette observation présente beaucoup d'intérêt sous le rapport du peu de gravité qu'ont présenté les accidens thoraciques qui avaient pris naissance sous l'influence d'une cause aussi violente. N'eût-on pas été en droit de s'attendre à une pneumonie traumatique des plus violentes ?

Ulcération de la cornée transparente. Guérison par la belladone et la cautérisation.

Au n° 1 de la salle 4 des blessés, est entré, le 27 juin dernier, le nommé Vannier (Jean-Baptiste), âgé de 26 ans, soldat au 14e de ligne.

Le 12 du même mois, il était entré dans le service des vénériens, au même hôpital, pour une inflammation de l'œil gauche pour laquelle on lui avait fait deux applications successives de sangsues, huit chaque fois, à cinq jours d'intervalle. En outre, on lui avait fait prendre des bains de pieds, il avait eu une purgation avec l'huile de ricin et un collyre anodin.

En arrivant en chirurgie, il y avait photophobie, kératite ulcéreuse et conjonctivite oculo-palpébrale ; douleur vive dans l'œil, hémicrânie gauche ; pas de fièvre. L'ulcération de la cornée existait presqu'au centre de cette membrane, un peu en dehors et en haut.

En l'absence même de plusieurs des caractères que nous venons de passer en revue, la photophobie aurait suffi pour faire comprendre l'existence d'une phlegmasie éminemment aiguë et la nécessité d'agir avec les antiphlogistiques, malgré l'emploi qu'on en avait déjà fait antérieurement. Deux applications de 13 sangsues à quatre jours d'intervalle, amenèrent un soulagement et une amélioration très marquée. Nous devons dire qu'en même temps Vannier faisait usage d'un collyre belladoné, et qu'il prenait un bain savonneux soir et matin. Le vésicatoire appliqué aux vénériens était entretenu.

Au 8 février, la photophobie ayant complètement cessé, les autres caractères inflammatoires de la conjonctive et de la cornée étant presqu'entièrement éteints, on passe légèrement le nitrate d'argent fondu sur l'ulcération de la cornée. Le collyre belladoné est continué.

Les jours suivans, amélioration progressive ; l'ulcération est complètement cicatrisée le 15 février. La vision n'est presque pas gênée par la cicatrice de l'ulcère, si l'on en excepte lorsqu'il regarde en haut et en dehors.

— Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur les propriétés antiphlogistiques de la belladone, que M. Rognetta a démontré être surtout très prononcés sur les organes pourvus d'un grand nombre de vaisseaux artériels, tels que le cerveau, l'œil et le poumon, etc. (Mém. sur les prop. thér. de la belladone.) Nous nous contenterons de faire remarquer que tout en aidant les effets des saignées, elle a suffi à elle seule pour prévenir le retour de l'état aigu après leur emploi. K...

Pathologie interne. — Cours de M. Andral.

Caractères anatomiques de l'inflammation.

Parmi les lésions anatomiques que produit l'inflammation, les unes, malgré la différence de texture, se rencontrent dans toutes les parties du corps ; les autres sont propres à certains tissus. Je me propose d'étudier l'inflammation sous ce double point de vue.

A. Caractères anatomiques qui s'observent dans toute inflammation, quel qu'en soit le siége.

Quand on observe attentivement une partie où commence à se développer une inflammation, on la voit s'injecter et rougir ; bientôt l'afflux du sang continuant y détermine une tuméfaction notable. L'injection devient plus fine et plus serrée ; les vaisseaux se dessinent en plus grand nombre, se rapprochent, se confondent ; la partie enflammée ne tarde pas à être recouverte d'une rougeur vive et uniforme. Tous ces phénomènes peuvent se confondre avec ceux que détermine une hypérémie active.

Déjà je vous ai fait remarquer la difficulté de distinguer de cet état pathologique une inflammation encore au début. Mais quand une inflammation véritable existe, au bout d'un certain temps, de nouvelles lésions anatomiques viennent en attester l'existence. Le trouble qui d'abord n'atteignait que l'excitabilité, se propage bientôt à la nutrition. La force qui préside à cette fonction, et que les Allemands ont appelée *plasticité*, est évidemment pervertie dans ses actes. Cette perversion porte, surtout sur la texture de la partie enflammée, qui change notablement de consistance. Quand l'inflammation est aiguë, on observe une notable diminution dans la force de cohésion qui unit les molécules. La partie malade s'écrase et se brise sous le doigt qui la presse, avec beaucoup plus de facilité qu'à l'état normal. On désigne d'ordinaire sous le nom de ramollissement cette diminution de cohésion. Le ramollissement offre d'ailleurs une grande variété de degrés, dépendant de la nature de la partie enflammée et aussi de l'intensité de l'inflammation.

On peut voir dans la muqueuse gastrique tous les degrés du ramollissement, depuis une légère friabilité jusqu'à l'état dans lequel le doigt, par le plus léger effort, réduit en bouillie le tissu muqueux. Le ramollissement venant à la suite d'une inflammation aiguë, est un fait général qui ne souffre pas d'exception. Ce n'est qu'en apparence que l'inflammation de certains organes contredit cette loi. Ainsi, le poumon enflammé forme une masse plus compacte qu'à l'état normal ; vous pourriez penser qu'il est induré. Mais pressez ce tissu avec le doigt, et vous le verrez céder et se rompre avec la plus grande facilité. Il est éminemment friable, et c'est là le caractère distinctif du ramollissement. Ce sont ces raisons qui m'ont engagé à substituer l'expression de ramollissement rouge à celle d'hépatisation rouge, employée par Laennec.

Le plus souvent l'inflammation chronique produit l'induration de la partie qui en est le siége. Rarement elle s'accompagne de rougeur ; plus ordinairement on observe une coloration brune ou même noirâtre. L'inflammation chronique finissant par disparaître, l'induration peut persister dans la partie qu'elle occupait.

Un trouble bien particulier du travail nutritif peut se rencontrer dans l'inflammation. Les molécules de la partie sont résorbées sans que de nouvelles molécules viennent les remplacer. Il en résulte une véritable perte de substance que l'on appelle une ulcération.

L'inflammation à un certain degré d'intensité peut déterminer la gangrène ; mais il faut remarquer que la gangrène se produit aussi fréquemment dans les cas où l'inflammation tend à se transformer en hypérémie passive.

Aux troubles que je viens de décrire dans une partie enflammée, il faut en ajouter d'autres qui regardent la sécrétion. Le liquide habituellement sécrété dans la partie malade, diminue d'abord d'abondance ou même se supprime complètement ; plus tard il reparaît accru en quantité ; quelquefois c'est la seule modification qu'il éprouve, mais le plus souvent il est altéré dans ses qualités. Au bout d'un certain temps cette altération devient si notable qu'on ne peut plus le reconnaître dans le produit des sécrétions que l'on observe. Une matière sans analogue dans l'économie normale est fournie par la partie enflammée. Cette matière présente elle-même des différences très tranchées. Tantôt c'est un liquide inorganisable qu'on ne peut rapprocher d'aucun élément du corps humain ; c'est du pus. D'autres fois c'est une matière assez consistante, concrète ou concrescible, mais sans tendance bien marquée à l'organisation ; on trouve surtout cette matière sur les membranes muqueuses. Enfin l'inflammation peut déterminer la production d'une substance qui a la merveilleuse propriété de se prendre à vivre. On la voit s'organiser avec une étonnante rapidité sur les séreuses enflammées ; c'est elle qui s'approche et se réunit en se pénétrant de vaisseaux abouchés avec les lèvres d'une solution de continuité. Hunter l'appelait lymphe coagulable. Les modernes la désignent sous les noms de pseudo-membrane, de tissu cicatrisant, de tissu inodulaire.

Hunter a parfaitement distingué les différentes inflammations sous le point de vue des altérations matérielles qu'il est dans la nature de chacune d'elles de produire plus particulièrement. Il reconnaît une inflammation adhésive, qui tend surtout à la production de cette matière organisable dont je parlais tout à l'heure ; il admet une inflammation suppurative, c'est celle qui, quoi qu'on fasse, fournit du pus en abondance, sans montrer de tendance à la cicatrisation. Enfin, il caractérise par l'épithète d'ulcérative, une inflammation particulière qui, malgré tous les obstacles que peut lui opposer la structure des parties, travaille avec persévérance à les perforer jusqu'à ce qu'elle se soit fait jour au-dehors. L'inflammation qui, partie du foie, perfore le diaphragme, ulcère le parenchyme du poumon de manière à déposer dans une ramification bronchique le pus qu'elle a produit pour qu'il puisse être enlevé par l'expectoration, est de cette dernière nature.

Bien d'autres produits encore, et notamment les produits accidentels, comme le squirrhe, l'encéphaloïde, le tubercule et un grand nombre de transformations, peuvent se manifester à la suite d'une inflammation, mais ils ne sont qu'une conséquence possible de cet état pathologique, l'inflammation ne les produit pas nécessairement. Pour qu'ils se développent, l'état local doit se lier à des conditions générales de l'organisme ; il ne serait donc pas logique d'étudier ces produits à propos de l'inflammation ; c'est pourquoi je me borne à les indiquer sans y insister davantage.

En résumé, les caractères anatomiques généraux de l'inflammation peuvent se rapporter aux chefs suivans :

1° Une modification dans le cours du sang qui afflue vers la partie malade, y stagne et peut même s'y épancher.

2° Altération de nutrition : Ramollissement, induration, ulcération, gangrène.

3° Altération de sécrétion : Le liquide normalement sécrété, supprimé d'abord, reparaît ensuite en plus grande abondance. Des produits anormaux prennent naissance ; ce sont : du pus, de la matière concrète peu ou point organisable, de la matière plastique ou lymphe coagulable essentiellement organisable. A. le F.

Varices traitées par adhésion. Méthode de M. Davat.

La saison thermale a bien, à Aix, son intérêt scientifique. Cette petite ville, si hygiéniquement placée, se trouve alors habitée par une foule d'étrangers atteints de maladies chroniques fort variées. La puissance de ces antiques et abondantes sources modifie toujours ces maux, si elle ne les guérit complètement, et j'ai été, à ce sujet, témoin de bien des guérisons remarquables. J'espère, plus tard, vous entretenir sur ces guérisons, et me bornerai aujourd'hui à vous raconter les résultats que j'ai vu obtenir par l'application de la méthode Davat, contre les dilatations veineuses et les ulcères.

Le docteur Davat a indiqué deux méthodes pathologiques pour arriver à guérir les varices :

1° L'épaississement des parois, lequel succède à la compression et n'amène une guérison durable qu'autant que la compression a été poussée jusqu'à mortification de la peau et séparation dans la continuité du vaisseau ; il a renoncé à cette méthode à cause des accidens qu'elle a déterminés.

2° L'adhésion immédiate des parois opposées de la membrane interne par l'ulcération de ces mêmes parois, et formation d'une cicatrice aux points ulcérés ; méthode à laquelle il donne la préférence, qu'il suit et met en pratique à tout instant, sans la moindre précaution.

A mon retour d'Italie, je trouvai à Marseille le journal *le Scalpel*, qui, dans son numéro du 25 juillet 1839, rendait de cette double méthode un compte fort exact.

Le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon a reproché à l'adhésion d'avoir amené des accidens mortels à Paris ; j'ai vainement recherché des observations qui consignassent ces faits ; ce que, d'un autre côté, je puis assurer, c'est que j'ai lu assidûment le travail du docteur Bonnet, j'ai résumé les observations du chirurgien de l'hôpital de Marseille, j'ai entendu plusieurs médecins qui ont employé ce procédé, j'ai interrogé les opérés du docteur Davat ; je n'ai ni appris ni vu qu'il soit survenu le moindre accident.

Le docteur Bonnet, toujours dans son mémoire inséré aux archives (mai 1839), a accusé cette méthode d'insuffisance : il a écrit qu'après son application, la maladie reparaissait et que les veines redevenaient perméables au sang, même dans celle piquée. L'objection de l'honorable M. Bonnet n'a de valeur que pour ce qui regarde la veine au point piqué ; car s'il ne reparaissait qu'en dessous, l'application de la potasse, qui ne ferme également la veine qu'en un point, serait passible de la même objection ; la discussion reste donc sur la valeur de la cicatrice et la

rée de l'adhésion. Or, à Aix on a réussi, à Marseille on a réussi ; et j'ai vu des chirurgiens recommandables m'assurer des guérisons qui ne se démentaient point depuis trois ans.

Si quelquefois l'opérateur de Lyon a vu des récidives, c'est que, de son aveu, il s'est affranchi des préceptes donnés par le docteur Davat. En effet, ce premier créateur de la méthode recommande essentiellement et sous peine de réapparition des varices, de n'enlever les aiguilles que lorsque devenues flottantes dans la suppuration, on peut les extraire sans efforts de traction. A Lyon on les a toujours enlevées à l'instant où la rougeur qui les entourait faisait craindre une inflammation, c'est-à-dire vers le septième jour. Nous avons vu le docteur Davat les laisser en place pendant dix-huit jours.

Tels sont en abrégé les courts considérans dont j'ai voulu faire précéder l'histoire des faits que je vais rapporter. Quant aux avantages de la piqûre sur l'action par la potasse ou les résultats de la compression, ils seront incontestables pendant que les résultats de cette piqûre resteront aussi inoffensifs qu'ils l'ont été jusqu'à ce jour.

Première observation. Un homme laboureur, âgé de vingt-neuf ans, et doué d'une constitution délicate et maigre, avec prédominance lymphatique, portait depuis huit ans la jambe droite couverte d'énormes varices. Il soupçonne que ces varices reconnaissaient pour cause un coup sur cette jambe qui avait déterminé une plaie qui dura quatre mois et qu'il négligea. Quoi qu'il en soit, un an après cette plaie, sa jambe était variqueuse. Plus tard, c'est-à-dire douze mois après l'existence des dilatations, un nouvel ulcère survint sur cette jambe et s'y acclimata si bien qu'il y séjourna quatre ans. Les progrès de ce dernier contraignirent enfin le malade à garder le lit; il y fut pour cinq mois, pendant lesquels l'ulcère se cicatrisa. Il reprit ses travaux; mais après trois mois de travail, un nouvel ulcère survint sur la face externe de la jambe, un peu au dessus de la malléole ; ce dernier s'étendit de proche en proche et finit par dévorer une surface équivalente à la paume d'une des plus grandes mains d'homme. Il employait depuis quatre ans d'inutiles moyens pour arrêter les empiètemens rongeurs de cette vaste plaie. Il voyait par le repos facilement bourgeonner le bas-fond de cette caverne ; mais à la moindre marche, et souvent sans qu'il fit un pas, ces bourgeons devenaient spontanément noirs, sphacélés, se détachaient, et leur chute laissait voir une cavité alarmante où se jouaient les tendons dénudés des péroniers et l'arète de cet os.

Cet homme était désolé et marchait avec des béquilles, n'osant s'appuyer sur son pied parce qu'il avait remarqué que le poids de son corps en augmentait toujours la suppuration, s'il n'y occasionnait un écoulement de sang parfois très abondant.

Les varices occupent surtout le tronc et les branches de la saphène interne ; elles s'étendent de la partie moyenne de la cuisse jusqu'à la malléole interne. La jambe est chaude, enflée ; elle est d'un cinquième plus volumineuse que l'autre ; elle est le siége de douleurs vives qui s'exaspèrent surtout la nuit. L'ulcère est irrégulièrement découpé ; les bords, taillés à pic, sont durs, rouges; cette densité et cette rougeur des bords s'étendent dans l'étendue de trois à quatre millimètres. Le bas-fond de la plaie est blafard ; quand le malade remue les doigts du pied, on aperçoit s'agiter les tendons et les muscles.

Le tronc de la saphène fut opéré à la hauteur du genou. A l'aide d'une épingle, le docteur Davat isola la veine des tissus profonds, en passant au-dessous d'elle, puis soulevant cette première afin de faire saillir la veine. Il en implanta une seconde proportionnée au calibre du vaisseau, laquelle perça la peau et la veine de part en part, puis l'inclina sous le corps de l'épingle transversale, pour revenir percer de nouveau et la veine et la peau.

Les deux épingles ainsi croisées furent assujetties par un fil constricteur suffisamment serré pour appliquer et maintenir les épingles fixées contre la peau.

Le malade fut mis au lit et l'ulcère pansé avec un plumasseau recouvert de cérat.

A l'implantation de la première épingle, l'opéré ne témoigna aucune douleur : mais il se trouva presque mal lorsque la seconde piqua les parois de la veine ; ce malaise toutefois fut de peu de durée. Ce résultat physiologique, qui a été observé bien souvent par le docteur Davat sur toute l'étendue des veines, semblerait indiquer à ces dernières un réseau nerveux très développé.

Le deuxième jour après l'opération, il n'y a point encore d'inflammation autour des épingles ; on n'aperçoit point encore de caillots dans les veines; mais il y a déjà du changement dans l'état de la jambe ; cette dernière a diminué d'un tiers de son volume. Les bords de l'ulcère sont moins durs et commencent à s'affaisser. La suppuration fournie par l'ulcère est plus épaisse ; il se détache entre les muscles des débris celluleux putréfiés. Les douleurs ont cessé; pas de fièvre. Le malade mange les trois quarts.

Le quatrième jour, on commence à sentir le sang coagulé dans les tumeurs variqueuses, on dirait, au palper, toucher de petits pois. L'amélioration générale est plus manifeste ; la jambe a son volume ordinaire ; l'ulcère a bourgeonné au point d'être à fleur de peau ; on ne distingue plus les tendons, pas la moindre fièvre.

Le sixième jour, la portion de peau comprimée par les fils commence à rougir ; un noyau dur enlace les épingles. Les nodosités variqueuses sont au même état, mais l'ulcère se cicatrise rapidement. La marche de cette cicatrisation s'opère d'une manière inattendue. Ce n'est point seulement de la circonférence au centre et graduellement qu'elle s'étend, divers points de cicatrisation se sont encore formés au centre et se sont bientôt rejoints par leur rapprochement de façon qu'au onzième jour après l'opération, ce vaste ulcère avait complètement disparu.

Cette guérison prompte et le mode de guérison surtout dans une place aussi grande et aussi ancienne, ont quelque chose de bien remarquable, et quoique M. le dr Davat nous eût, en quelque sorte prévenus, nous n'en restâmes pas moins frappé de la spontanéité des changemens qui survinrent et de la terminaison si rapide. J'ai dit spontanéité des changemens ; en effet, la modification d'amélioration soit dans le volume du membre, soit dans l'état de l'ulcère, précéda de plusieurs jours la formation des caillots dans les tumeurs sanguines. Il est dès-lors probable que l'oblitération a commencé par les petits rameaux d'absorption. Je doute fort qu'on puisse attribuer au repos le bien survenu, d'autant plus que le malade gardait le lit depuis long-temps et son état restait stationnaire.

Nous avons dit qu'au sixième jour les épingles commencèrent à solliciter une inflammation éliminatoire ; cette inflammation marcha jusqu'au dixième sas amener de suppuration ; puis, elle s'arrêta court, parce que ce jour-là on desserra les fils ; le noyau disparut et les épingles restèrent en place fortement adhérentes aux tissus qu'elles traversaient. On ne les arracha point, et elles séjournèrent jusqu'au dix-huitième jour, époque où la suppuration les détacha.

Le malade partit le lendemain et revint deux mois après ; son état était très satisfaisant ; les varices étaient inappréciables. Le lieu où avait existé l'ulcère n'était point une cicatrice, une pellicule semblables à celles qui succèdent aux plaies où toute l'épaisseur du derme a été détruite ; c'était une peau réelle, de nouvelle formation, ne présentant aucune différence avec celle du reste de la jambe, et conservant encore de la rougeur.

Je pourrais, à cette observation, en ajouter une seconde que nous avons suivie avec M. le professeur Broussonnet fils, de Montpellier ; comme elle ne serait qu'une répétition de la précédente, je m'en abstiendrai, en me contentant de signaler son identité.

L'heureuse terminaison des ulcères dans les cas de varices, a invité probablement le docteur Davat à appliquer l'oblitération aux autres ulcères quels qu'ils fussent. Les résultats satisfaisans qu'il a de nouveau obtenus l'ont engagé à attaquer la classification généralement admise par les auteurs pour ces maladies ; il en est venu à n'adopter qu'une cause unique pour l'entretien de tous, et de là à ne croire qu'à une seule espèce, variant seulement quant aux degrés de l'inflammation, mais en général tous réductibles par le même moyen. Il place cette cause unique dans les radicules d'absorption, et c'est leur plus ou moins d'inflammation qui amène l'espèce ou calleuse, ou gangréneuse, etc.

Je ne sais jusqu'à quel point ce chirurgien peut avoir raison ; mais ce que je sais, c'est que j'ai vu deux ulcères calleux opérés par lui, qui se sont parfaitement réduits. Les malades, sujets de ces observations, ont été vus et suivis par les docteurs Bouchet (de Lyon), Richon des Brus (du Puy), Girard (de Marseille). Pour éviter répétition, je ne rapporterai qu'un des deux cas. Un ouvrier mineur de Rives-de-Gier, âgé de soixante-douze ans, était venu aux eaux pour y guérir un ulcère rebelle à toute médication et qu'il portait depuis sept ans. Cet ulcère avait succédé à une piqûre ; il était situé sur la jambe et s'étendait de l'extrémité de la malléole interne jusqu'au dessous du mollet. Il avait dévoré transversalement le tiers de la peau de la jambe. Le reste de cette peau était recouvert d'aspérités tuberculeuses ; elle était rouge, dense et dure au toucher de manière à être indépressible au doigt. A juger de son épaisseur sur les bords de l'ulcère, elle avait cinq lignes, aussi ce dernier paraissait-il profond ; son bas-fond était d'un jaune coenneux et laissait dégager un ichor séreux. Le pied était gonflé, et le membre déformé au point de n'offrir qu'un volume partout égal, depuis le mollet jusqu'à la plante du pied. Ce malade ne souffrait point, et se portait bien du reste.

La saphène interne fut opérée un travers de main au-dessous du genou. Les épingles restèrent en place jusqu'au neuvième jour, amenèrent la suppuration, et tombèrent à cette époque.

Dès le quatrième jour, des pseudo-membranes recouvrirent toute la portion de peau rouge et hérissée d'aspérités. Ces pellicules enlevées laissaient au-dessous d'elles des aspérités moins volumineuses et d'un vermeil plus agréable ; en même temps la jambe diminuait sensiblement de volume, et la dureté impénétrable de la peau s'effaçait. On enlevait chaque matin une couche de ces fausses membranes, qui étaient du reste fort adhérentes, et qui ne cessèrent de se produire que lorsque le membre eut repris son volume naturel, que la densité calleuse de la peau et les tubercules qui la recouvraient se furent dissipés.

A mesure que l'état général se modifiait, l'ulcère à son tour changeait de nature ; il produisit pendant la première huitaine une suppuration épaisse, puis son bas-fond bourgeonna ; ses bords, obéissant à la modification cutanée, s'affaissèrent, l'ulcère, exhaussée par cet affaissement, se trouva avoir ses bourgeons à fleur de peau au seizième jour. Alors commença la cicatrisation qui amena une guérison complète au vingt-septième jour. Le membre ne présentait pas la moindre dilatation dans les troncs veineux.

LEROY, D.-M.-P.

ONGLES INCARNÉS; CAUTÉRISATION.

Paris, le 29 février 1840.

Monsieur le Rédacteur,

Depuis que j'ai pour la seconde fois, dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 3 octobre 1839, publié le procédé opératoire que je propose de substituer à la méthode cruelle de l'arrachement ou de *l'ablation* pour l'incarnation de l'ongle du gros orteil, j'ai deux fois, et avec un égal succès, mis en pratique ce procédé que j'employais déjà en 1814 ; et si je n'ai pas répondu plus tôt à deux articles insérés les 7 décembre et 1er février dans votre estimable journal qui semble être le champ clos de cette question toute d'humanité, c'est que je suis encore en ce moment occupé à suivre les résultats d'une nouvelle cautérisation que je viens d'opérer sur M. B..., résidant à Paris.

L'auteur des articles auxquels je réponds, M. le docteur Rousse, de Bagnères, affirme que le sieur C... a été opéré infructueusement, il ne dit pas par qui, d'après les méthodes Dupuytren, Baudens et Besuchet ; c'est beaucoup d'opérations pour un petit mal. Et d'abord, j'observe que les deux premières procèdent, l'une par *extirpation*, l'autre par *ablation* ; je ne vois pas trop ce qui aurait pu rester à faire à la méthode Besuchet, qui n'enlève ni n'arrache. Il faut donc croire, puisque notre confrère consigne ce fait, que la main opératrice a manqué de vigueur ou d'adresse; car la maladie a nécessité de nouveau, non-seulement l'application de mon procédé également, dit-on, resté infructueux, mais encore un quatrième proposé par M. Rousse, qui n'est, pour le dire en passant, qu'une légère extension du mien.

Que les praticiens renoncent enfin à l'extirpation ou à l'ablation, je serai complètement satisfait ; car je n'affecte point la prétention d'avoir proposé tout d'abord le meilleur moyen propre à remplacer cette cruelle opération; aussi applaudirais-je tout le premier au succès de M. Rousse, s'il ne me paraissait être tombé dans une grave erreur en ce qui me concerne, ou plutôt mon procédé.

Je n'ai jamais prétendu *détruire l'ongle lui-même*, et par conséquent je me suis bien gardé de placer des cylindres cautérisant sur sa matrice ou racine : j'ai au contraire considéré comme un très grand avantage de conserver l'ongle au malade, ce qui n'est pas d'une médiocre utilité, soit pour assurer l'action du gros orteil dans la marche, soit pour le protéger contre la chute ou le contact des corps contendans. Ce que je veux, ce que je cherche et ce que j'obtiens constamment, c'est la répression ou destruction de la portion charnue qui recouvre l'ongle d'une façon anormale ; mon caustique se porte donc uniquement sur cette partie, et nullement sur la matrice de l'ongle. C'est ce que je viens de faire encore le 23 janvier sur M. B..., dont je publierais de suite l'observation, si la guérison était plus avancée ; chez ce malade, la portion de l'ongle incarné pénétrait si profondément dans les chairs qu'il prétendait la sentir à la surface plantaire de son orteil, dont elle aurait ainsi traversé toute l'épaisseur ; quoi qu'il en soit, je crus devoir cautériser profondément, et c'est peut-être ce qui est cause que la chute de l'eschare se fait si long-temps attendre, car aujourd'hui trente-sixième jour après la cautérisation, elle n'est pas encore complètement détachée, mais déjà on aperçoit le bord de l'ongle devenu entièrement libre depuis sa naissance jusqu'à son extrémité, et je puis assurer qu'il n'y a aucune *récidive possible*. La douleur du malade a été très supportable, quoique un peu plus vive que sur certains sujets, elle n'a d'ailleurs duré que *trois quarts d'heure* ; et le malade a pu marcher immédiatement et vaquer à ses occupations ordinaires, autre et important avantage sur le procédé qu'indique M. Rousse, qui, indépendamment de la privation de l'ongle, procure des douleurs *longues, très vives* (no du 1er février), et en définitive conduit toujours l'opérateur à *extirper* l'ongle, il est vrai, dit-il, *presque* sans efforts, après quatre jours ; je veux le croire assurément, mais je le prie de vouloir bien de nouveau expérimenter mon procédé, et il nous dira si ce procédé *bien exécuté* peut donner lieu à récidive. J'ajouterai que ne craignant plus maintenant de cautériser profondément, je ne suis jamais dans la nécessité de réappliquer le caustique, tout étant fait du premier coup.

Agréez, etc. BESUCHET.

Bagnères-Bigorre, 25 février 1840.

Monsieur le rédacteur,

Je sais, comme M. le docteur Gairal, que la potasse caustique a été employée avant lui et avant moi contre l'ongle incarné. *Observations de M. Besuchet. (Gazette des Hôpitaux.)*

Que M. Gairal lise attentivement mes observations, et il verra que *ce caustique fait tomber l'ongle lorsqu'on l'applique seulement sur sa matrice*, effet qu'il n'a jamais obtenu ni cherché à obtenir en agissant comme j'ai agi : c'est en cela que consiste mon procédé.

Agréez, etc. ROUSSE, D.-M.-P.

Manuel pratique des Maladies des yeux, d'après les Leçons cliniques de M. VELPEAU, chirurgien de l'hôpital de la Charité ; par M. G. JEANSELME. — Un vol. in-8o. — Chez J.-B. Baillière.

Complet à tout égard, ce livre nous paraît mieux mériter que le modeste titre de *Manuel.* Divisé en quatre chapitres, l'ouvrage comprend: dans le premier les maladies des paupières, dans le second celles du globe oculaire, dans le troisième celles des voies lacrymales ; le quatrième enfin comprend l'étude des ophthalmies considérées sous le point de vue de leur spécificité. C'est sur ce dernier chapitre que nous avons spécialement porté notre attention.

La spécificité des ophthalmies, dit M. Jeanselme, n'a point été entendue de la même manière par tous les écrivains qui en ont parlé. Après avoir été étudiées d'après les lois ordinaires de la pathologie générale par Richter, Ware, Wenzel, Scarpa, Demours, les ophthalmies sont devenues le point de départ d'une théorie toute particulière, ébauchée par Barth, régularisée par Beer et Schmidt; propagée, perfectionnée en Allemagne par MM. Weller, Benedict, Jüngken, Jœger, Rosas, et introduite parmi nous par M. Sichel.

En rejetant un grand nombre d'ophthalmies spécifiques ; M. Velpeau s'est surtout élevé contre leur spécificité, telle que l'ont entendue et l'entendent encore les disciples de l'école allemande ; car, quant à la spécificité des maladies considérées d'une manière générale, personne n'est plus disposé à l'admettre que lui. Il existe, en effet, deux manières d'envisager la spécificité des ophthalmies : dans l'une, on fait suivre le nom primitif de l'inflammation de l'épithète qui se rapporte soit à la constitution, soit à la maladie générale dont le sujet est affecté ; dans l'autre, la spécificité des ophthalmies serait constituée par certains caractères anatomiques et physiologiques tirés de l'œil malade, et qui servirait à établir l'existence d'une constitution ou d'une cause morbifique générale. C'est cette dernière que M. Velpeau croit erronée, et qu'il combat. M. Velpeau ne rejette donc d'une manière absolue ni la spécificité des ophthalmies tirée soit de la cons-

titution individuelle, soit de la cause particulière, ni celle qui est puisée dans quelques maladies générales qu'elles compliquent ou qui peuvent les compliquer ; mais son opposition porte essentiellement sur la spécificité tirée de l'aspect de l'œil, ou telle qu'elle est présentée dans quelques auteurs modernes.

M. Velpeau jette d'abord un coup d'œil sur la *doctrine commune ou ancienne*, qui ne lui paraît pas non plus exempte de reproches; et après avoir indiqué d'ailleurs le peu d'accord qui existe entre ceux qui la professent ou l'ont professée, quoique les uns et les autres, en établissant leurs divisions, se soient conformés à la marche suivie pour toutes les autres maladies du cadre nosologique, Demours, par exemple, n'admettait que les variétés scrofuleuses, scorbutiques, arthritiques, dartreuses, syphilitiques, blennorrhagiques, métastatiques et sympathiques.

Trouvant trop facile de démontrer la non spécificité des ophthalmies dépendantes d'un état pathologique des voies digestives, de celles qui naissent avec la disparition d'une maladie primitive, il ne voit en elles que des faits qui rentrent dans le domaine de la pathologie générale.

Il lui paraît aussi aisé de combattre la spécificité des ophthalmies dartreuse et psorique. Si la première existait réellement, dit-il, l'ophthalmie ne devait-elle pas être tantôt vésiculeuse, tantôt pustuleuse, etc.? Et dans la seconde, pourquoi supposer que l'*acarus*, détruit dans toutes les parties du corps, se serait fixé à la racine des cils ? Leur présence y a-t-elle jamais été constatée par qui que ce soit ? Bien plus, M. Lawrence a fait la remarque que les galeux sont peut-être plus rarement affectés d'ophthalmie que les autres sujets, et M. Velpeau s'est assuré, soit à l'hôpital de Tours, soit à Saint-Louis, qu'on ne trouve pas une plus forte proportion de maladies des yeux chez eux que chez les autres sujets.

La spécificité des ophthalmies morbilleuses, varioleuses, scarlatineuses, ne sauraient soutenir une critique sérieuse : quant à la scorbutique, il faudrait, pour l'admettre, qu'à elle seule et comme premier symptôme, elle pût servir à diagnostiquer un état scorbutique général, et que d'autre part le scorbut fût lui-même le résultat d'une cause spéciale.

Le rhumatisme, la goutte, les scrofules et la syphilis, continue M. Velpeau, ont tellement pris droit de domicile dans la science à titre de maladies spécifiques, que pour l'enlever aux ophthalmies correspondantes, il est utile d'entrer dans de plus longs détails.

Trouvant les caractères de l'affection dans la nature des tissus qui en sont le siége, pour le rhumatisme, le chirurgien de la Charité trouve superflu d'admettre le concours d'une cause spécifique.

Il est vrai, dit-il, qu'une ophthalmie qui survient chez un individu affecté de rhumatisme peut être modifiée par la maladie générale : mais dans ce cas, il n'y a dans l'œil que ce qu'il pourrait y avoir dans la plèvre, dans le poumon, dans l'estomac, dans la vessie, etc. Or, rien de tout cela ne peut constituer une ophthalmie spécifique, car si le caractère du rhumatisme est de porter exclusivement son action sur le tissu fibro-séreux ou le tissu musculaire, il est tout simple que la sclérotique et la cornée des rhumatisans puissent se prendre tout aussi bien que les autres membranes de même nature, d'où une sclérotite ou une kératite chez un individu affecté de rhumatisme; sans qu'il soit nécessaire de songer à une ophthalmie spécifique.

Nous glisserons sur les ophthalmies arthritique et scrofuleuse pour arriver immédiatement à l'ophthalmie syphilitique.

M. Velpeau considère l'ophthalmie syphilitique comme une maladie spécifique réelle. La syphilis, dit-il, imprime généralement aux tissus qu'elle affecte des caractères si tranchés, qu'il ne répugne point de croire qu'elle puisse se fixer dans l'œil de manière a y être facilement reconnue. Toutefois, ce serait une erreur de croire que dans l'œil, la syphilis affecte presque exclusivement l'iris, quoiqu'il soit vrai de dire que cette membrane est le siége principal de l'ophthalmie syphilitique.

On a donné à l'iritis syphilitique des caractères qui ne lui appartiennent pas, ou qui du moins lui sont communs avec les autres inflammations de l'iris. Les symptômes qui semblent se rapporter spécialement à cette affection sont les suivans : l'iris présente une teinte cuivrée ayant quelque chose d'analogue aux syphilides du derme ; son tissu se tuméfie et revêt un aspect fomenteux; sa face antérieure est veloutée et comme inégale ; la pupille est irrégulière et prend des formes variées ; la petite circonférence de l'iris présente assez souvent des petites franges, des petits flocons de couleur roussâtre nommés *condylomes* par Beer, et *cristagalli* par Muller.

Ces données paraissent insuffisantes à M. Velpeau pour faire reconnaître la maladie, et il importe de s'assurer si le sujet n'a pas été atteint ou ne l'est pas actuellement d'une affection syphilitique.

Passant ensuite à l'examen de la *doctrine moderne* relativement à la spécificité des ophthalmies, M. Velpeau démontre combien Beer et ses disciples se sont fourvoyés, en s'efforçant de prouver par la simple inspection de l'œil les caractères des ophthalmies spécifiques et constitutionnelles.

La vascularisation, la coloration scrofuleuse, varioleuse, scarlatineuse, goutteuse, rhumatismale, etc., admise par eux, n'est que le résultat du degré d'intensité et d'étendue de la phlegmasie des élémens anatomiques de l'œil. La prédilection de tissu des ophthalmies spécifiques qu'ils admettent, se trouve démentie par l'extension fréquente de l'inflammation à d'autres tissus; d'ailleurs, où trouver l'analogue du système lymphatique dans l'organe de la vision, qui pourtant serait si fréquemment affecté d'ophthalmie scrofuleuse ?

Les troubles fonctionnels ne viennent pas non plus à l'appui de la doctrine de Beer et de son école, qui en assignant, par exemple, des douleurs sourdes et profondes autour de l'orbite à l'ophthalmie rhumatismale, ont proclamé une erreur exclusivement basée sur des idées théoriques. Ici encore ce n'est pas la cause, mais la nature du tissu qui est le siége de la phlogose, qui donne lieu à tel signe plutôt qu'à tout autre.

Ce n'est pas dire pour cela que l'état, soit matériel, soit fonctionnel de la conjonctive de la cornée, ou de l'œil tout entier, ne présente pas de caractères particuliers quand il est réellement le produit d'une cause spécifique ; mais les ophthalmies spécifiques dont l'école allemande et ses partisans font le plus de bruit n'existent pas, selon M. Velpeau ; tandis que celles qui existent réellement ont été négligées par elle. Ainsi, les ophthalmies blenhorragiques, celles des Belges, d'Egypte, des nouveau-nés, et les ophthalmies épidémiques en général, qui sont bien, s'il en fut jamais, des ophthalmies spécifiques, ont été englobées sous le titre vague d'ophthalmie catarrhale, tandis qu'on a sérieusement proposé d'étabir des ophthalmies cachectique, abdominale, menstruelle, veineuse, érysipélateuse, etc., etc.

Il est donc évidemment impossible de trouver une vasularisation, une coloration, un siége, des changemens fonctionnels spécifiques, dans des ophthalmies dont la cause est empruntée à des maladies générales qui n'ont rien de spécifique. C'est du reste ce que M. Velpeau démontre par l'analyse de chaque ophthalmie en particulier, que les bornes de cet article ne nous permettent pas d'exposer ici. Disons sommairement que le chirurgien de la Charité fait justice des ophthalmies cachectique, des vieillards, menstruelles, abdominale, des femmes en couche, scorbutique, veineuse, erysipélateuse, catarrhale, scrofuleuse, arthritique et rhumatismale qui ne présentent que l'inconvénient grave d'embrouiller la science et de l'entourer de difficultés que l'observation ne justifie point.

M. Velpeau termine ce chapitre par l'interprétation du langage des auteurs concernant les ophthalmies spécifiques. C'est ainsi, dit-il, que l'on peut évidemment rapporter à la blépharite diphtéritique, à la kératite ou à la rétinite, l'ophthalmie décrite par M. Middlemore, sous le titre d'*ophthalmie irritable*, etc.,

La thérapeutique a reçu une large part dans le travail de M. G. Jeanselme. Nous, qui avons assisté à quelques-unes des leçons ophthalmologiques de M. Velpeau, nous pouvons assurer que l'auteur du *Manuel pratique des maladies des yeux* a été le fidèle interprète des doctrines de son maître auprès de ses lecteurs ; tâche qui n'a pas dû être sans peine, mais qu'il a bien remplie et qui ne restera pas sans fruit. K.....

— M. le Dr Biett, médecin de l'hôpital Saint-Louis, atteint depuis long-temps d'une maladie chronique, vient de succomber en quelques jours à une maladie aiguë.

— M. Hippolyte Cloquet a succombé également mardi dernier, à la suite d'une apoplexie.

Paris. — Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 12 MARS 1840. (13e ANNÉE.) N° 31, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 f.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Pneumonie du côté droit. — Ivrognerie habituelle du malade; usage du vin pendant le traitement.

Au n. 2 de la salle des hommes (salle Saint-Louis) est entré un homme chez lequel on a constaté les symptômes d'une pneumonie du poumon droit, mais cela dans des circonstances particulières qui méritent un intérêt particulier, et qui ont décidé le professeur à s'écarter de la ligne de traitement qu'il suit ordinairement pour combattre les affections de cette nature.

Le malade est âgé de quarante-huit ans; il exerce la profession de vernisseur. Les personnes qui l'ont amené à l'hôpital, ont déclaré qu'il s'était adonné à l'ivrognerie; quant à lui, il s'en défend avec force. Il lui arrive bien quelquefois de se griser, dit-il, mais c'est parce qu'il supporte difficilement le vin, et non parce qu'il en consomme de grandes quantités; à ce qu'il prétend, *une chopine* par jour lui suffit, encore la prend-il en deux fois. Ce mode de défense, commun à tous les individus convaincus de se livrer à la boisson, n'est pas acceptable, après les renseignemens fournis, comme nous l'avons dit, par ceux qui ont conduit cet homme à l'Hôtel-Dieu.

Quoi qu'il en soit, il s'est grisé lundi dernier, et il a parcouru les rues une partie de la journée. Le lendemain il a tout à coup éprouvé un frisson violent, accompagné de claquement des dents et de tremblement des membres; plus tard, une douleur vive s'est manifestée dans le côté gauche de la poitrine; en même temps oppression assez intense, crachats épais et sanguinolens.

Le malaise a continué; le malade ne pouvait rester couché sur le côté droit de la poitrine; l'oppression était toujours très vive. Il est entré à l'hôpital jeudi soir.

Vendredi, 6 mars. Le décubitus sur le côté droit est devenu plus facile; l'oppression est assez considérable; les crachats sont peu abondans, mais brunâtres, visqueux, analogues à de la colle forte encore chaude; le frisson s'est répété avec les mêmes phénomènes que le jour de l'invasion de la maladie, c'est-à-dire en s'accompagnant de tremblement des membres. La peau est chaude, le pouls bat 120 fois.

L'auscultation fait reconnaître l'absence du bruit respiratoire en arrière et à droite; plus haut, on constate la présence du râle crépitant; runcus grave partout ailleurs. La veille, on a cru entendre le râle crépitant. Ces signes ne sont certainement pas suffisans pour indiquer une pneumonie. Saignée, boissons émollientes.

Samedi, 7 mars, quatrième jour. Le malade est beaucoup plus abattu que la veille; la face est moins colorée, la physionomie a un air de stupeur, l'haleine n'est pas fétide, la langue est sèche, fendillée; le ventre est météorisé; il n'y a pas eu de selles depuis plusieurs jours; les yeux ont pris depuis la veille la teinte ictérique, mais la peau et les urines ne présentent pas encore de traces de cette coloration. Le pouls est descendu à 120 pulsations.

Le son est toujours obscur dans le tiers inférieur de la partie postérieure droite du thorax. Comme la veille, on constate l'absence du bruit respiratoire, mais on n'y trouve pas les signes ordinaires de la pneumonie.

Le crachoir du malade contient à peu près deux onces de crachats diffluens, peu aérés, sans odeur, analogues à de la colle forte liquide.

La nature des crachats, les symptômes qui ont caractérisé le début de la maladie, les autres accidens, ne permettent pas de méconnaître la présence d'une pneumonie, bien que l'auscultation ne fournisse aucun des signes ordinaires de cette phlegmasie. Lorsque cette particularité se rencontre, elle est occasionnée, le plus souvent, par un épanchement dans la cavité de la plèvre, mais ici rien ne peut faire admettre ce dernier état, que ne dénote non plus aucun symptôme. M. Chomel préfère s'arrêter à l'opinion suivante. Souvent, dit-il, chez les individus affaiblis et dans des conditions morbides fâcheuses, au lieu des modifications pathologiques qui se manifestent dans le poumon à la suite de l'inflammation de cet organe, on observe une dégénérescence particulière, qui consiste dans un ramollissement de sa substance coïncidant avec l'infiltration sanguine; dans ce cas, la substance du poumon est analogue au tissu de la rate. On a désigné cette forme anatomique de la pneumonie sous le nom de *splénisation du poumon*.

Cette altération que l'on soupçonne sur le malade dont il s'agit, et que paraît indiquer la nature singulière des crachats, explique d'une manière satisfaisante l'absence du bruit pulmonaire; en effet, le tissu du poumon devenu mollasse, presque diffluent, intercepte les sons, et ne peut transmettre ni le bruit respiratoire, ni celui de la respiration bronchique.

La coloration ictérique a souvent lieu pendant le cours de la pneumonie; cela s'expliquerait par la fréquence de la pneumonie du côté droit et vers la base du poumon. Elle paraît être bien plutôt le résultat d'une *sympathie de contiguité* entre le poumon et le foie que la conséquence de la transmission de l'inflammation à travers les parois du diaphragme. Le météorisme du ventre peut aussi être la conséquence de cet état du foie, dont les fonctions ordinaires sont modifiées dans cette circonstance.

Quoi qu'il en soit, l'ensemble de ces phénomènes, l'état de prostration du malade, la recrudescence du frisson qui peut faire soupçonner l'extention de la maladie ou l'apparition d'un travail suppuratif font porter un pronostic très grave.

On renouvellera la saignée, mais on aura soin de tirer une petite quantité de sang; lavemens avec une décoction de camomille dans le but de donner un peu de ton à l'intestin, pour favoriser l'expulsion des gaz. Le malade prendra dans le courant de la journée une once d'huile de ricin; on appliquera un vésicatoire sur le côté malade. Bien entendu que ces moyens auront dans leur action une marche successive; ainsi, le matin la saignée; le purgatif n'agira que quelques heures après; tandis que le vésicatoire n'aura guère d'effet avant la fin de la journée.

M. Chomel insiste beaucoup sur la gravité que la pneumonie acquiert chez les individus livrés à des habitudes d'ivrognerie. Il y a déjà longtemps qu'il a fixé l'attention des praticiens sur ce point important de pratique dans un mémoire qu'il lut à l'ancienne Société de médecine. Il a acquis la certitude qu'il était dangereux, lorsqu'on avait affaire à des malades de ce genre, d'avoir recours aux antiphlogistiques et à la diète avec toute la sévérité ordinaire, et qu'il y avait des chances de succès en ne faisant pas cesser brusquement ni en totalité des habitudes qui, bien que vicieuses, sont devenues chez certains individus une seconde nature, et qu'ils ne peuvent plus les abandonner sans inconvénient. Son attention fut éveillée sur ces résultats par plusieurs faits assez singuliers.

Un infirmier de l'hôpital de la Charité, depuis longtemps adonné à l'ivrognerie, fut pris d'une pneumonie, et saigné, il périt avec une rapidité peu ordinaire. Un autre malade, attaqué d'une pneumonie fort grave, se rétablit malgré le pronostic fâcheux qu'on avait porté sur le résultat de sa maladie. M. Chomel apprit en l'interrogeant que pendant tout le cours du traitement il avait bu chaque jour un litre de vin. Des faits analogues confirmèrent les vues que ces premières observations avaient fait naître, et depuis ce temps, chaque fois que M. Chomel a eu à traiter des malades habitués à consommer une grande quantité de boissons alcooliques, il a conseillé l'usage du vin pendant le cours de la maladie, en ayant soin toutefois d'en restreindre la dose à de sages proportions. Ainsi le malade dont nous avons parlé plus haut doit prendre deux tasses de vin pendant la journée.

D'autres praticiens ont entièrement adopté cette pratique, et même pendant le traitement de diverses maladies. Ainsi M. Cullerier, entre autres, y a eu recours dans la cure d'affections vénériennes très graves.

Masse cancéreuse enveloppant la veine cave supérieure; compression de la trachée, de l'œsophage, etc.; anasarque borné à la moitié supérieure du tronc; dilatation variqueuse des veines thoraciques formant une circulation supplémentaire; mort; anatomie pathologique.

Au n° 10 de la salle Saint-Louis était couché, ces jours derniers, un malade entré il y a peu de temps à l'hôpital. Il souffrait depuis une époque que nous ne pourrions pré-

FEUILLETON.

DE LA NATURE DE LA VIE ET DES MALADIES DU SANG;

Mémoire lu devant le Congrès scientifique de Pise, le 4 octobre 1839; par M. GIACOMINI, professeur à Padoue.

(Suite du n° 29.)

§ II. *Notions chimiques.* Depuis que la chimie est devenue une science, il n'y a presque pas d'analyste qui n'ait exercé son habileté sur le sang. Malheureusement cependant les immenses recherches publiées sur ce sujet n'ont donné que des résultats contradictoires. On n'est pas encore d'accord sur la nature des principes immédiats du sang, ni sur leur nombre, ni sur leurs proportions. La science de la vie et celle des maladies n'ont pu, jusqu'à ce jour, tirer un grand parti des lumières fournies par les analyses chimiques du sang.

Un premier fait remarquable dans ces analyses, c'est que si l'on compare les nombreux tableaux publiés dans les ouvrages de chimie, on n'en trouve pas deux qui soient d'accord. Voyez les anrlyses de Fourcroy, de Parmentier, de Deyeux, de Vauquelin, de Chevreul, de Thénard, de Margraf, de Brande, de Berzelius, de Prevost et Dumas, de Proust, de Gmelin, de Marcet, de Traill, de Home, de Vogel, de Lassaigne, de Thomson, de Scudamore, de Bostock, de Stevens, de Davy et d'une multitude d'autres chimistes célèbres, vous trouverez à chaque pas des discidences essentielles. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que certains auteurs qui ont fait et publié deux fois l'analyse du même corps à deux époques diverses, ne sont pas d'accord avec eux-mêmes. Mais ce n'est pas tout; le sang du même individu analysé par plusieurs chimistes, ou par le même chimiste à des époques diverses, a donné des résultats essentiellement différens; le sang de différens individus atteints de différentes maladies offrait des différences très notables à la vue, pourtant il a fourni les mêmes principes et des proportions analogues à l'analyse chimique. Les médecins au courant de ces travaux avaient dû conclure que l'analyse chimique était insuffisante pour donner une idée complète de la nature du sang, et qu'il fallait plutôt avoir recours à l'étude des phénomènes de la vie pour la solution du problème.

Dans des temps plus rapprochés de nous, néanmoins, on a promulgué un nouveau principe; on a dit que l'analyse chimique dans les corps organisés ne devait point pousser ses investigations jusqu'aux élémens simples, et qu'elle devait s'arrêter aux parties qui offrent encore une organisation, et considérer ces parties commé des élémens immédiats.

On a cru par-là avoir ouvert une ère tout à fait nouvelle à la chimie organique, et que depuis lors nous serions entrés dans la véritable voie du progrès pour la médecine. Des chimistes d'un très grand mérite sont entrés dans cette voie, et ont publié des travaux nombreux et remarquables sous plusieurs rapports. Les journaux, les médecins les ont accueillis avec enthousiasme, et chacun s'est promis les plus heureuses applications à l'étude de l'homme sain et de l'homme malade. Nous verrons ailleurs si ces belles prévisions se sont ou non réalisées; examinons seulement ici, pour ne pas sortir de notre sujet, les résultats des nouvelles études chimiques sur le sang humain et leurs applications à la médecine.

Prenons pour type les ouvrages les plus récens et des plus soignés, ceux de MM. Lecanu et Denis. J'écarterai d'abord comme étranger à mon sujet les applications que ces travaux pourraient avoir à la médecine légale. Je les ai lus et médités avec une sorte d'avidité, puisque les journaux assuraient que la lumière la plus vive venait d'être répandue sur la science de l'homme. J'ai eu beau cependant douter de mon premier jugement; je les ai relus, examinés à fond, médités, comparés sous tous les rapports possibles, j'ai vu avec chagrin les belles espérances s'évanouir à mesure que j'avançais. J'ai dû conclure que les personnes qui avaient annoncé tant d'utiles applications à la physiologie et à la pathologie, ou elles ne les avaient pas convenablement appréciées, ou elles s'étaient fait illusion par le vif désir qu'elles avaient de voir réaliser de si magnifiques projets.

J'ai vu d'abord que les données fournies par MM. Lecanu et Denis n'étaient pas d'accord entre elles, et que celles de M. Denis surtout n'étaient pas conformes avec celles que le même auteur avait publiées à des époques peu éloignées sur le même sujet. Voyez en effet ce que cet auteur disait en 1830 (Recherches expérimentales sur le sang humain à l'état sain), ce qu'il disait en 1838 (Essai sur l'application de la chimie à l'étude physiologique du sang humain), et ce qu'il dit ensuite en 1839 (Compte-rendu hebdomad. des séances de l'Acad. des sciences, n° 13, avril). J'ai vu ensuite que certaines déductions qui résultaient des travaux si remarquables de ces chimistes et d'autres non moins recommandables, tels que Raspail, Stevens, John Davy, etc., et dont on avait proclamé les plus heureuses applications à la médecine, étaient tout à fait illusoires. Je me suis convaincu enfin que la chimie organique n'avait jusqu'à ce jour rendu à la médecine d'autre service réel que la confirmation, la démonstration matérielle de cette grande vérité oubliée par beaucoup de médecins; savoir, que les lois de la vie n'ont rien de commun avec celles de la chimie, et qu'on chercherait en vain dans celles-ci des documens capables d'éclaircir les fonctions normales et pathologiques des tissus vivans. Si l'on me demandait les raisons de toutes ces propositions, je n'aurais, quant au premier point, qu'à mettre en évidence les tableaux numériques consignés dans les ouvrages de ces messieurs; tout le monde peut en voir les divergences en y jetant les yeux.

Quant au second point, il me suffira de citer quelques exemples pour le prouver. Une doctrine généralement admise voulait que le sang veineux contînt beaucoup de gaz acide carbonique et peu d'oxigène; le contraire pour le sang artériel; et l'on expliquait par là la cause de la couleur noire du premier et de la couleur rouge du second.

Cependant l'analyse comparative du sang artériel et du sang veineux n'a offert aucune différence à Crell (Journ. de chimie, 1801, cah. V; p. 415); à Pazaigne (Journ. de chim. méd., 1825), à Denis et Piedagnel (Rech. expérim. sur le sang, etc., p. 253), et à d'autres. Le sang veineux ne contient pas de gaz acide carbonique. Les expériences très soignées de J. Davy ne laissent aucun doute à ce sujet (The Edimb. med. and surg. journ., avril 1828). Ce fait a été confirmé par M. Denis, qui a même prouvé que le sang veineux jouissait de la faculté d'absorber le gaz acide carbonique, et de le retenir dans le vide (Essai sur l'appl. de la chim., etc., p. 62). En conséquence, les personnes qui ont retiré du gaz acide carbonique du sang n'ont obtenu que le gaz acide carbonique élémentaire du sang; en d'autres termes, elles ont décomposé chimiquement le sang par leurs réactifs. C'est ainsi qu'Hermbstaed a retiré du sang le gaz hydrogène sulfuré, le cyanure de potassium, le cyanogène (Schweigg, Journ., 1832, s. u. b. Heft, p. 314). Oui, *le cyanogène*, ce poison formidable qui, administré au même animal dont le sang a servi à l'analyse, le tue sur-le-champ! On a aussi retiré de l'ammoniaque et tant d'autres éléments qui sont de simples produits, soit des opérations chimiques employées, soit du travail naturel de la putréfaction. Le gaz acide carbonique se dégage en grande quantité de l'homme vivant, de la peau, des surfaces muqueuses et surtout de l'ap-

ciser, d'un commencement de dysphagie et d'oppression.

Il y a quinze ou vingt jours, ce malade fut pris d'un gonflement œdémateux des parties supérieures du corps ; les paupières, la face devinrent bouffies, infiltrées.

Peu à peu l'anasarque se manifesta; mais au lieu d'envahir, comme dans la plupart des cas, les parties les plus déclives, il attaqua les parties les plus élevées, et resta même entièrement limité à la moitié supérieure du tronc. En même temps les veines superficielles du thorax, qui étaient plus apparentes que d'ordinaire ; se dilatèrent progressivement et devinrent variqueuses.

Lorsque le malade avalait une gorgée de liquide, il éprouvait un peu de gêne ; mais à la seconde, il se manifestait aussitôt de la toux et des symptômes de suffocation. Voulait-il se livrer à la déglutition de substances solides, il éprouvait une gêne extraordinaire, et il sentait, disait-il, que le bol alimentaire était arrêté dans sa course. Cet essai plusieurs fois répété, eut toujours le même résultat, et démontra une dysphagie presque complète.

La gêne de la respiration, peu considérable d'abord, augmenta bientôt, et fit de tels progrès que la suffocation devint imminente : cet accident ne fit que s'accroître jusqu'au moment de la mort.

Nous avons déjà indiqué les signes qui annonçaient un obstacle assez grand à la [illegible]ulation des parties supérieures du tronc.

L'examen du malade avait donné des résultats peu satisfaisans. Ainsi : il portait sur les côtés du cou quelques ganglions engorgés, mais ils n'étaient pas très volumineux; leur état de dégénérescence n'était pas très avancé ; ils ne paraissaient pas se prolonger, ou plutôt se continuer avec d'autres ganglions situés dans la cavité du thorax ; ils étaient indolens. On sait, d'ailleurs, que l'on peut souvent en rencontrer sans les voir donner naissance à des accidens graves.

En percutant la poitrine, on n'avait pas trouvé le son mat ; le bruit respiratoire se faisait entendre en avant. A la partie postérieure, on reconnaissait la présence de la respiration bronchique. Le cœur paraissait un peu volumineux ; mais on ne découvrait rien de particulier dans ses battemens.

« On ne pouvait s'arrêter, disait M. Chomel, à l'idée d'une oblitération de la veine cave supérieure. Cette affection est rarement spontanée ; d'ailleurs, elle ne rendrait pas compte de la dysphagie et de la dyspnée.

» Si on réfléchit que sur dix tumeurs développées dans la cavité du thorax il y en a à peu près neuf de nature anévrismale, on avait de fortes présomptions pour soupçonner un anévrisme de l'un des gros troncs thoraciques. L'augmentation de volume du vaisseau pouvait, d'ailleurs, rendre compte des symptômes de compression que manifestaient les principaux organes ; mais aussi, on ne pouvait rencontrer les phénomènes ordinaires de ces tumeurs, les battemens, les bruits, l'usure, la déviation des os, etc.

Le malade mourut le 6 mars.

On trouve, lors de l'autopsie, une énorme tumeur placée derrière le sternum ; elle a une forme allongée, ovïde; elle offre à peu près les dimensions suivantes : vingt centimètres en longueur (huit pouces), quinze en largeur (six pouces) et environ le même nombre en épaisseur. Cette masse entoure exactement la veine cave supérieure, qui est affaissée sur elle-même et réduite à un fort petit calibre. Elle est infundibuliforme ; en haut elle permet àpeu près l'introduction d'un doigt, mais peu à peu son calibre se rétrécit tellement qu'on l'évalue à un huitième ou un dixième environ de la capacité du vaisseau à l'état normal. La trachée artère et l'œsophage sont placés en arrière et également comprimés, mais surtout l'œsophage, dans la cavité duquel il est impossible d'introduire le doigt.

Les recherches dont nous avons été témoins n'ont pas permis de reconnaître quel était l'organe qui avait le premier donné naissance à la tumeur. Celle-ci, divisée en plusieurs sens est à peu près homogène, et manifestement de nature cancéreuse.

Le péricarde, le cœur lui-même offrent dans plusieurs points des traces d'une dégénérescence cancéreuse à son début. Ce dernier organe offre une augmentation de volume assez notable.

— Ce fait, sur lequel nous n'avons pu recueillir de plus amples détails, nous paraît fort intéressant sous beaucoup de points. Il n'a par lui-même rien d'exceptionnel, loin de là, il vient confirmer en tout point les beaux et utiles travaux des médecins modernes et surtout de M. Bouillaud, recherches qui ont prouvé que beaucoup d'hydropisies, autrefois réputées passives, s'opèrent sous l'influence d'un obstacle quelconque à la circulation veineuse, et que, dans un grand nombre de cas, cet obstacle consiste dans l'oblitération du système veineux de la partie qui est le siége de l'hydropisie.

De nombreux faits, observés par MM. Bouillaud, Andral, Velpeau, Reynaud, Sabatier, etc., ont constaté l'existence d'oblitérations analogues dans les veines cave inférieure, iliaque, crurale, dans la veine-porte, etc., mais on a rencontré beaucoup plus rarement cette compression de la veine cave supérieure. Un fait intéressant et tout-à-fait analogue à celui-ci a cependant été rapporté par Lamotte (t. II, p. 186) : « Une jeune fille de huit ans, périt dans le coma, avec les accidens d'une hydrocéphale et une grande gêne dans la respiration. A l'ouverture de son cadavre, on trouva la poitrine chargée d'une grande quantité de sérosité aqueuse rougeâtre ; le cerveau semblait comprimé par une sérosité très limpide. Après avoir donné écoulement au liquide contenu dans la poitrine, on trouva les poumons sains, mais on reconnut en même temps l'existence de deux abcès et de deux tumeurs dures, chacune du volume d'un œuf de pigeon qui avaient comprimé la veine cave descendante. Il n'y a pas de doute, dit Lamotte, que c'était à cet obstacle de la circulation qu'il fallait attribuer la collection de sérosité. »

Enfin, cette observation confirme l'opinion soutenue par M. Reynaud et par d'autres pathologistes, qui ont démontré le développement d'une circulation collatérale destinée à rétablir le cours du sang interrompu, et cela par un procédé naturel tout à fait semblable à celui par lequel la circulation artérielle s'établit dans un membre après la ligature du tronc artériel principal.

Caverne tuberculeuse ; bruit de gargouillement très étendu. Réflexions sur la valeur de ce phénomène sthétoscopique.

Une jeune femme couchée au n° 25 (salle Saint-Augustin) et attaquée de phthysie pulmonaire, a succombé aux progrès de sa maladie. On avait, pendant la vie, soupçonné l'existence d'une excavation tuberculeuse dans le point correspondant à la région scapulaire. A une certaine époque de la maladie on a observé des accidens qui avaient fait croire un instant à la possibilité d'une perforation du poumon. Nous ne voulons que rappeler ce fait que l'on pouvait constater la présence du bruit de gargouillement jusques vers la partie inférieure du poumon. Déjà plusieurs fois M. Chomel a eu l'occasion d'observer l'existence de ce bruit dans une étendue aussi considérable. Dans ce cas, il était impossible de douter que ce signe ne se rattachât à la présence d'une excavation pulmonaire, résultant d'une fonte tuberculeuse, aucune autre affection ne pouvant lui donner lieu. Mais l'étendue de l'excavation était-elle aussi considérable que l'étendue du gargouillement tendait à le faire croire ? Y avait-il des tubercules ramollis dans ce cas jusqu'à la partie inférieure du poumon ? Rien ne pouvait le faire admettre. M. Chomel diagnostiqua une induration du tissu pulmonaire au-dessous de la caverne, et ce fait pathologique a été constaté à l'autopsie.

Ce professeur pense que dans les cas d'induration du poumon avoisinant une caverne tuberculeuse, le tissu pulmonaire induré transmet au loin la sensation de gargouillement et la rapporte à l'oreille, un peu affaiblie, il est vrai. Il en serait de même, dit-il, si un épanchement de liquide existait dans la plèvre, il pourrait transmettre au loin le bruit de gargouillement produit dans une caverne, mais alors sans diminution dans l'intensité de ce bruit, ce qui établirait une distinction entre cette circonstance et le fait cité précédemment.

On n'a pu constater des traces de la perforation pulmonaire, soupçonnée un instant sur ce sujet.

Académie de Médecine. — Séance du 10 mars.

Intoxication antimoniale (pot-au-feu nouveau). — *M. Orfila* monte à la tribune, dépose une soucoupe qu'il tire de sa poche, et lit un écrit intitulé : De l'Empoisonnement par le tartrate antimonial de potasse, autrement dit tartre stibié.

L'auteur commence par rappeler que l'année dernière vers la même époque, il avait dit, à propos de l'intoxication arsenicale, que dorénavant toute expertise médico-légale relative à cette intoxication devait être regardée comme incomplète si elle n'était pas accompagnée de la preuve fournie par l'ébullition du cadavre, d'après le procédé qu'il appelle sien. La même proposition peut être appliquée, dit-il, à l'empoisonnement par le tartre stibié, qui est, comme l'arsenic, résorbé et transporté dans le sang et dans le parenchyme des organes. C'est la thèse qu'il s'est proposé de soutenir. Pour cela, M. le doyen a fait des expériences sur des chiens, dont il fait connaître sommairement les résultats. Il a empoisonné quelques-uns de ces animaux en leur appliquant des quantités d'émétique en poudre dans des plaies sur différens points du corps, d'autres en leur donnant le poison par la bouche et en leur liant l'œsophage. Après ou avant la mort il a soumis différentes parties de ces animaux aux mêmes procédés qu'il avait indiqués pour l'intoxication arsenicale, c'est-à-dire au pot-au-feu de Valentin Rose et à l'appareil de Marsh. L'hydrogène antimonié de l'appareil lui a souvent donné des taches antimoniales sur la capsule. Le sang de ces animaux, le foie, les reins, l'urine ont principalement attiré l'attention de M. le doyen, et il s'est enfin assuré, dit-il, que le métal peut être le plus souvent retrouvé dans ces parties, surtout dans l'urine. Il conclut en conséquence : 1° que le tartre stibié est absorbé et transporté dans le parenchyme des organes : M. Magendie avait, il est vrai, dit-il, énoncé ce fait, mais il ne l'avait point démontré ; 2° qu'en cas d'empoisonnement par ce métal, les experts peuvent, en l'absence du poison dans les matières vomies et dans les organes gastriques, retrouver le corps du délit dans le foie, dans les reins et dans l'urine. M. le doyen se propose de faire connaître plus tard les conséquences physiologiques et thérapeutiques qui découlent de son écrit ; il a terminé, en attendant, en rappelant les services qu'il a rendus à la société par ses mémoires lus sur l'empoisonnement par l'arsenic, et malgré les attaques qu'il dit avoir essuyées par les déclamations de la malveil-

---

pareil respiratoire. Il provient sûrement du sang, mais du sang artériel.

Cela était connu à tout le monde relativement au derme et à la muqueuse des organes digestifs et génitaux ; et quant à la muqueuse pulmonaire, je crois avoir été le premier à le démontrer en combattant la fausse idée des physiologistes sur la respiration. Je crois avoir prouvé en effet (Traité phil. et exp. de mat. méd. et thér., t. III, p. 11, édit. ital.) que la vapeur aqueuse et le gaz acide carbonique qu'on trouve dans l'air sortant des poumons ne proviennent pas du sang veineux de l'artère pulmonaire, ainsi qu'on le croit communément, mais bien qu'ils sont exhalés des artères bronchiques, et par conséquent du sang artériel. En conséquence, si du gaz acide carbonique libre pouvait exister dans le sang, il devrait se rencontrer plutôt dans le sang artériel que dans le sang veineux.

M. Lecanu a dit, il est vrai, que le sang artériel semblait contenir plus d'oxigène combiné et d'oxigène libre que le sang veineux, mais cela est contredit par d'autres chimistes qui assurent n'y avoir point trouvé d'oxigène libre ; et d'ailleurs l'on sait que quant à l'oxigène combiné, sa plus grande quantité se trouve dans l'eau du sérum. Or, d'après les recherches de M. Lecanu lui-même, le sang veineux contient en général une plus grande quantité d'eau que le sang artériel. En conséquence, chimiquement parlant. le sang veineux est plus oxigéné que le sang artériel ; et pourtant la physiologie enseigne que dans les poumons le sang devient artériel en absorbant l'oxigène de l'air atmosphérique.

Si l'on voulait cependant s'appuyer sur la couleur du caillot, qui est noire dans le sang veineux, rouge-vermeille dans l'artériel, pour prouver la présence de l'acide carbonique dans le premier, nous répondrions que c'est une présomption anti-chimique que de croire que le gaz acide carbonique noircisse les substances avec lesquelles il se combine, et qu'il y a aujourd'hui d'autres raisons qui démontrent que la couleur rutilante du sang artériel tient à la présence de l'oxigène.

En effet, il n'est pas exact de dire que le sang exposé à l'air atmosphérique devient plus rubicond ; au contraire, il devient obscur et noirâtre. Stevens, Turner et Prater ont prouvé que la matière colorante du sang est par elle-même noire ; la couleur d'un coagulum sanguin dépouillé du sérum et de ses sels, est noire lorsqu'on l'expose à l'air. Les acides le noircissent davantage, mais en l'immergeant dans le sérum il rougit, et il rougit aussi d'une manière très vive en contact avec des sels alcalins, de l'hydrochlorate de soude et avec le bi-carbonate de soude. (*The Edimb. med. and. surg. journ. janv.* 1833.) Cela exclut absolument l'idée que la coloration en rouge dépende de l'oxigène et que la coloration en noir provienne du gaz acide carbonique. On n'admet plus aujourd'hui que la couleur rouge dépend de la présence du fer, depuis que Berzélius a démontré que le même métal se rencontre aussi dans la lymphe et dans le chyle qui sont blancs, et que dans le sang le fer se trouve combiné organiquement, ainsi que ce chimiste célèbre le dit très judicieusement. Sendamore s'est aussi convaincu que, dans le sang, le fer n'est pas à l'état d'oxide ni de sel pour pouvoir être sensible aux réactifs chimiques. Le fer du sang, en effet, n'est point précipité et ne change point de couleur par l'action de l'acide gallique, de l'infusion de noix de gale, du prussiate de potasse. La matière colorante du sang résiste aux alcalis et à l'ammoniaque, aux solutions d'alun, de noix de galle ; elle s'altère sous l'influence des acides nitrique, sulfurique, hydrochlorique, de l'air, de la lumière et putréfie. (Raspail, Nouveau système de chimie organique, 1838, t. III, p. 236.) Aussi a-t-on regardé le principe colorant comme une substance *sui generis*, et on l'a nommé hématosine ou cruorine. M. Lecanu avait cru y trouver deux principes dont il avait désigné un par le nom de *globuline*, mais plus tard il a abandonné cette idée. Selon M. Raspail, l'hématosine ne mérite pas plus d'importance physiologique que les autres matières colorantes animales ou végétales ; elle ne se rencontre que dans le sang seulement ; les muscles n'en présentent que par le sang dont ils sont arrosés. On ne saurait, par conséquent lui assigner un office spécial dans l'organisme.

Disons toutefois que la chimie la plus délicate est inapte à composer l'hématosine, qui est le produit exclusif du travail vital ; elle ne sait même pas nous dire quelle est l'origine de cette substance, de quels élémens elle se forme chez les animaux herbivores, par exemple, qui, eux aussi, produisent l'hématosine en grande quatité quoiqu'aucun de leurs alimens n'en contienne ; comment elle apparaît la première fois dans l'œuf des oiseaux après la fécondation et l'incubation, etc.

Un autre principe de chimie appliquée à l'étude de l'homme, lequel était regardée comme incontestable, c'est que la quantité de la fibrine dans le sang était la mesure de son énergie vitale ou de celle de l'individu ; qu'elle était constamment abondante chez les sujets robustes, chez les pléthoriques, et surtout chez ceux qui se trouvent sous l'influence d'une inflammation. Chez ces derniers, on croyait que la fibrine était en excès et qu'elle donnait lieu au phénomène connu de la couenne, tandis que chez les sujets faibles, non adultes ou atteints d'une maladie de langueur, le sang était pauvre en fibrine. La chimie moderne, cependant, a démoli complètement ces hypothèses. Déjà M. Denis avait, dans ses premières recherches, trouvé peu de différence dans la proportion de la fibrine dans le sang d'individus dont l'organisme était dans des circonstances très diverses et opposées. Cette différence était d'environ 25 centièmes pour 100 parties; mais, ce qui est plus remarquable, c'est que la différence s'est trouvée en sens inverse du principe généralement admis.

Dans le sang d'un individu bien portant qui venait de faire une chute et qu'on a saigné sur-le-champ, ce chimiste trouva 40 centièmes de fibrine (Recherc. expér., p. 133). Chez un autre également bien portant (Expér. 59), il en a trouvé aussi 40 centièmes (p. 226). Chez un troisième, il y en avait 35 centièmes (Exp. 60, p. 229). Le sang d'une femme faible qui ne prenait pour aliment que des légumes et ne buvait que de l'eau, lui a présenté 31 centièmes de fibrine (Exp. 48, p. 207), tandis que le sang couenneux ne lui en a présenté que 29 centièmes (Exp. 67, p. 242), et le sang le plus couenneux n'en contenait que 21 centièmes (Exp. 71, p. 247), ce qui répond à la moitié de la fibrine qui se rencontre dans le sang de l'homme sain. Mais si cela ne suffisait pas pour déconcerter toutes les déductions des médecins concernant la fibrine du sang, une découverte récente est venue achever la démolition de tant d'hypothèses ; je veux parler de l'identité de la fibrine et de l'albumine. Les expériences de M. Raspail (Nouv. syst. de Chim. org., t. III, p. 244), celles de M. Denis (Essai sur l'applic. de la Chimie, p. 69, et Compte-Rendu de l'Acad. des sc., n° 13, avril 1839), et celles de M. Polli (Annali univers. di Medic., avril 1839, p. 25), ont mis cette vérité hors de doute, déjà présentée par Berzélius lui-même (Traité de Chimie, t. VII, p. 73). Il résulte de ces travaux que la seule différence qui existe entre l'albumine et la fibrine, c'est que la première est tenue en dissolution dans l'eau par l'intervention de quelques sels, tandis que la seconde reste suspendue et se solidifie par l'absence de ces sels. La fibrine, du reste, peut être à volonté rendue à l'état d'albumine dissoute par l'intervention d'une certaine proportion de nitrate de potasse, de sulfate de soude et de potasse, et de chlorure de sodium en solution très délayée ; de même que l'albumine dissoute peut se réduire en fibrine, c'est-à-dire en albumine coagulable en la dépouillant des sels sus indiqués. L'albumine pure en effet au dehors du corps vivant est insoluble de sa nature dans l'eau; et quand elle est dis-

lance et d'hommes ridicules, le crime sera désormais poursuivi jusque dans son dernier refuge ! ! ! (*Voy.* notre réponse à la fin du compte-rendu.)

M. Cornac : Je ne sais l'impression que mes collègues ont éprouvée à la lecture du travail de M. Orfila, mais je dois déclarer, pour mon compte, que ce travail me paraît très propre à intimider les praticiens qui font un usage fréquent du tartre stibié. Il m'est souvent arrivé de prescrire jusqu'à 12, 15, 20 grains de tartre stibié par jour, à des malades dont les uns sont guéris, d'autres sont morts, malgré la médication dont j'avais fait usage. Or, il est certain que si l'on eût soumis ces cadavres au procédé dont vient de parler M. Orfila, on aurait trouvé de l'antimoine dans les orgènes et dans l'urine. Il n'est pas hors de probabilité, par conséquent, qu'un grand nombre de médecins pourraient être dorénavant attaqués devant les tribunaux par les parens des défuns, comme coupables d'empoisonnement, uniquement parce que le bouillon du cadavre aura donné quelques taches antimoniales, et l'on ne manquera pas de s'appuyer sur l'autorité de M. Orfila. M. Orfila a-t-il déterminé le point où le praticien doit s'arrêter dans l'administration de cette substance, et à quelle dose elle devient un poison mortel chez l'homme ? Il ne l'a point fait. Jusque là, par conséquent, je regarde ses conclusions comme propres à intimider les praticiens.

M. Orfila : Si M. Cornac était accusé d'avoir empoisonné un de ses malades avec le tartre stibié, on nommerait des experts et il serait acquitté !

Il existe quelques cas d'empoisonnement avec cette substance; mais toujours, lorsque les sujets ont vomi, il ne s'en est pas suivi de conséquences mortelles.

M. Rochoux attaque une des assertions de M. Orfila, qui explique à sa façon pourquoi le poison se rencontre plutôt dans le foie et dans les reins qu'ailleurs.

M. Chevallier raconte que dans un cas analogue à celui que vient de supposer M. Cornac, les matières trouvées dans l'estomac contenaient de l'antimoine. On a su cependant que le malade avait pris du kermès prescrit par le médecin, et l'affaire n'a point eu de suite.

M. Gimelle appuie la manière de voir de M. Cornac. Il a donné à un grand nombre de malades atteints d'hydropisie articulaire le tartre stibié à la dose de 20 grains par jour, et avec des résultats très heureux. MM. Cornac, Ribes et plusieurs autres médecins sont témoins de ces faits; or, toujours, dit M. Gimelle, le médicament a été parfaitement toléré lorsqu'il a fait du bien. Cette condition de la tolérance paraît être constituée par la nature de la maladie elle-même. En conséquence, l'absorption ne peut être un seul instant objet de doute ; et si par malheur la mort enlevait un de ces sujets, l'analyse chimique du cadavre ne manquerait pas de constater la présence du poison dans les organes !

M. Ferrus parle dans le sens de MM. Cornac et Gimelle ; il a employé lui-même le tartre stibié à haute dose chez plusieurs malades qui l'ont parfaitement toléré sans vomir. Il pense que d'autres expériences seraient nécessaires pour éclaircir les questions qu'on vient d'énoncer.

M. Orfila déclare que bien qu'il soit vrai de dire que certains malades tolèrent sans inconvénient les hautes doses de tartre stibié, il n'en est pas moins vrai que d'autres ont éprouvé des accidens graves. Il est incontestable en effet, dit-il, que le tartre stibié enflamme l'estomac et les poumons. Les expériences qu'il a faites mettent ce fait hors de doute selon lui. Il est cependant étonnant, ajoute-t-il, que ce médicament puisse guérir la pneumonie.

M. Bouillaud : L'absorption du tartre stibié est un fait généralement admis et reconnu, quelle que soit la voie par laquelle on l'administre. M. Orfila vient de le confirmer par des moyens chimiques qui le lui font retrouver dans le sang. C'est un travail analogue à celui qu'il vous a lu l'année dernière sur l'arsenic. La conséquence qu'il déduit de ces travaux, c'est qu'en cas d'empoisonnement et en l'absence des matières vomies et des organes digestifs, on peut trouver le métal dans les viscères éloignées qui l'ont reçu par absorption. Je ne sais quelle application on pourrait en faire à la médecine légale, mais cela ne change rien à nos connaissances thérapeutiques. Je ne puis du reste, pour mon propre compte, qu'appuyer ce qu'on vient de dire sur l'action thérapeutique du tartre stibié : il est souvent toléré à doses diverses, mais souvent aussi détermine des accidens graves.

M. Honoré dit avoir adopté pour pratique de n'employer le tartre stibié à haute dose que pendant les deux premiers jours du traitement seulement; il croit avoir alors obtenu de ce remède tout ce qu'on pouvait en obtenir, et il passe à d'autres médicamens.

M. Pelletier se demande quelles métamorphoses chimiques les préparations antimoniales pourraient subir dans l'économie.

Ici s'arrête la discussion ; M. Orfila remet dans sa poche la soucoupe couverte de taches antimoniales qu'il avait déposée, descend de la tribune et quitte la séance fort content de lui-même !

Accouchement chez une naine. — *M. P. Dubois* communique les détails d'un cas d'accouchement artificiel chez une naine dont il avait présenté le sujet à la séance dernière (voir *Gazette des Hôpitaux* du 5 mars). Cet accouchement était le second ; le premier, qui avait eu lieu en 1839, avait réclamé l'usage de la crâniotomie et du forceps. Le fœtus était à terme et fort volumineux; le père est d'ailleurs très robuste. A la seconde grossesse le ventre était moins volumineux, et les mouvemens de l'enfant très vifs. M. Dubois a cru devoir provoquer l'accouchement trois semaines avant le terme ; il a fait usage de l'éponge dilatante dans le col, et du seigle intérieurement à la dose de dix grains par jour. Le travail s'est déclaré vivement le troisième jour ; l'enfant a présenté les fesses, et l'accouchement s'est heureusement accompli. Quoique petit, l'enfant n'est point nain : la mère avait commencé à le nourrir ; mais son lait étant peu abondant, on a dû lui donner une nourrice. Le père a, dit-on, été le même dans cette grossesse que dans la précédente. La mère a deux frères et une sœur nains comme elle ; elle a vingt trois ans ; placée à côté d'un enfant de cinq ans, elle est un peu moins haute que celui-ci. M. P. Dubois se livre à quelques considérations physiologiques sur ce sujet.

M. Edwards fait observer que ce cas est très remarquable et rare, d'abord parce que les naines sont généralement stériles, tandis que celle-ci ne l'a point été ; ensuite, parce qu'il est connu que chez les animaux la femelle qui s'unit à un mâle d'un volume beaucoup plus considérable que le sien, périt ordinairement avant ou pendant la parturition.

M. Capuron fait remarquer que la science ne manque pas d'exemples de naines qui sont heureusement accouchées par les seules forces de la nature, et malgré le pronostic contraire de beaucoup d'accoucheurs. Il rapporte les détails d'un cas de ce genre de sa pratique. Une petite naine ayant moins de trois pieds de hauteur était en travail à terme lorsque M. Capuron a été appelé. A l'examen, il lui a trouvé les membres abdominaux en *tire-bouchon* (expression de M. Capuron) ; le ventre, en forme de canon ou de mortier (expression de M. C.), touchait à l'aisselle gauche. On ne croyait pas qu'elle pût accoucher sans opération ; M. Capuron eut la patience d'attendre, et l'accouchement s'est accompli naturellement. La tête de l'enfant était tellement allongée qu'elle ressemblait plutôt à celle d'une *bécasse* (mot textuel) que d'une figure humaine, et, chose étonnante, le lendemain cette tête avait repris la forme normale. Dix ans après, cette femme est accouchée d'un second enfant aussi heureusement que la première fois. En conséquence, dit M. Capuron, chez beaucoup de femmes les opérations qu'on préconise pour achever l'accouchement deviennent inutiles, si l'on a la patience de laisser agir la nature.

— Séance levée.

Remarques sur la séance de l'Académie.

Hâtons-nous de dire, avant d'aborder la partie scientifique de l'écrit de M. Orfila, qu'il y a inconvenance de sa part, pour ne pas dire autre chose, à venir nous attaquer, par des phrases qui lui seraient d'ailleurs parfaitement applicables, à la tribune de l'Académie, dans un lieu où il sait que nous n'avons pas le droit de lui répondre verbalement. Déjà M. le doyen a tenu une pareille conduite dans d'autres occasions, en nous désignant nominativement ou bien en nous indiquant sans nous nommer. Nous croyions avoir suffisamment démasqué, *coram populo*, l'homme dont nous combattons les prétentions toxicologiques, depuis qu'il a été démontré, dans ce journal, que, dans la question de l'arsenic, M. Orfila avait *sciemment altéré la vérité* vis-à-vis l'Académie de médecine, vis-à-vis l'Académie des sciences et vis-à-vis le public, pour avoir besoin de revenir encore sur ses accès de mauvaise humeur académique. Puisqu'il nous y oblige, nous devons rappeler que si quelqu'un a franchi les bornes des convenances pour se livrer à de lâches vengeances, c'est précisément M. le doyen. Permis, du reste, à M. Orfila d'appeler des *déclamations malveillantes*, des expériences nombreuses faites en présence d'une commission académique, et qui ont battu en brêche ses pompeuses sentences.

Arrivons au fond des choses. Qu'a voulu démontrer M. le doyen dans l'écrit qu'il vient de lire ? Trois choses sans doute : l'absorption du tartre stibié, la possibilité de retrouver le métal dans les organes et l'application de ces connaissances aux questions médico-légales. Nous sommes fâché d'être obligé de le dire, le travail de M. Orfila est, à nos yeux, d'une *insignifiance parfaite* ; nous nous servons de cette expression, qui nous a paru moins impolie que le mot *bêtise*, qui nous était presque involontairement échappé dans une autre occasion, nous rappelant combien ce trisyllabe l'a offensé et fait réagir dans la question sur l'arsenic ; et pourtant ce mot s'est trouvé parfaitement justifié par la suite, car personne depuis n'a pris au sérieux la sentence de M. le doyen, qui voulait guérir l'empoisonnement en ouvrant les veines, pour faire échapper l'arsenic comme avec un robinet !

Nous affirmons premièrement que l'absorption du tartre stibié se trouve démontrée matériellement depuis un demi-siècle au moins par un nombre infini de faits, d'expériences physiologiques et pathologiques ; tellement démontrée sous tous les rapports, qu'aux yeux des toxicologues et des thérapeutistes au courant de la science ce fait est devenu aussi trivial que le lever et le coucher du soleil.

Si quelque chose nous a étonné dans la lecture de M. Orfila, c'est sa complète ignorance des travaux vraiment importans qui existent sur cette matière. Veut-il savoir quels sont les travaux qui ont appris la présence du tartre stibié dans l'urine, et ailleurs, chez des personnes qui en avaient pris dans l'estomac ? Nous le lui dirons quand il voudra ; mais nous avons des raisons pour les taire jusque-là. Ainsi donc, en supposant que les expériences que M. Orfila a simplement annoncées aient été bien faites (et l'on sait que d'après tout ce que nous connaissons sur la manière d'agir de cet auteur, nous ne pouvons faire grand cas des expériences qu'il dit avoir faites), il n'aurait *absolument rien* ajouté à ce qu'on connaît déjà depuis long-temps sur le tartre stibié, et ce n'était pas la peine d'en occuper l'Académie comme d'une véritable acquisition.

Peut-on maintenant appliquer ces résultats aux questions de vie ou de mort en cas d'empoisonnement, ainsi que le veut M. Orfila ? Aucunement. C'est là, comme on le voit, absolument la question du pot-au-feu arsenical. Nous avons déjà dit et démontré qu'il serait malheureux pour la société que de pareilles prétentions pussent être appliquées à des questions d'une telle gravité. M. Orfila s'est appuyé selon nous sur des faits illusoires lorsqu'il a cité en faveur du pot-au-feu arsenical les cas de Dijon, de Gaillac, de Soufflard, de la rue de Richelieu et de M. C. Broussais. Ces faits, loin d'appuyer sa manière de voir, condamnent sa fausse logique.

Nous nous sommes expliqué assez longuement sur ce sujet. M. Orfila est encore moins heureux pour l'antimoine que pour l'arsenic. Déjà M. Cornac a fait une objection, appuyée par MM. Gimelle et Ferrus, à laquelle M. le doyen n'a pu répondre : on pourrait en trouver vingt autres, s'il était nécessaire de combattre sérieusement un travail dont les déductions portent le cachet le plus patent de l'illégitimité.

Nous tenons cependant à détruire une assertion de M. Orfila que nous croyons complètement fausse ; c'est que le tartre stibié, introduit dans l'estomac ou sous la peau, agit en enflammant le poumon. On se rappelle que, dans le temps, M. le doyen s'était aussi imaginé que l'arsenic enflammait le cœur et le cerveau. Nous sommes en état de démontrer la réalité de ce que nous avançons.

Faisons une dernière remarque.

Comment se fait-il que cette fois, M. le doyen n'ait pas osé

---

soute dans le sérum, cela a lieu simplement par l'action des mêmes sels. Par les travaux en conséquence, des chimistes modernes, nous avons perdu un élément organique qui jouait un rôle si imposant dans les argumens physiologiques et pathologiques ; et toutes les explications, toutes les vérités qui étaient basées sur lui se trouvent aujourd'hui au nombre des rêveries et des erreurs médicales. On ne doit donc plus désormais parler de fibrine, de ce principe éminemment vital, dont la présence était réputée essentielle dans le tissu musculaire, tellement essentielle que son absence dans un tissu suffisait pour lui refuser la faculté de se contracter ; les artères sont dans ce cas, par exemple.

On ne parlera plus dorénavant que de l'albumine dissoute ou coagulée et des sels qui la constituent dans le premier ou dans le second état. Si l'on demande comment sa proportion varie chez les différents individus et dans les différentes maladies, M. Denis nous apprend qu'en additionnant l'albumine dissoute et l'albumine coagulable, on trouve à peu près des proportions constantes ; de sorte que dans le même sang couenneux et enflammé, plus il y a de fibrine ou d'albumine coagulée dans la couenne, moins il y en a de dissoute dans le sérum (Essai sur l'appl., p. 100). D'où il résulte que toute la différence est dans la quantité des sels, et principalement dans le chlorure de sodium, au dire de M. Denis.

Mais en détruisant une fausse idée relative à la fibrine, la chimie moderne a-t-elle pour cela pénétré plus avant dans le mystère ? A-t-elle pour cela substitué des principes plus certains et d'une application plus utile, plus éclairant la science de la vie ? Selon M. Denis, le chlorure de sodium prend la plus grande part dans la composition du sang, et il explique par là l'avidité assez générale pour les alimens salés. Le manque de chlorure de sodium et des autres sels, rendrait, selon l'auteur, l'albumine coagulée en totalité ou en partie dans les vaisseaux. Leur excès au contraire rendrait le sang incoagulable et empêcherait peut-être aussi la formation des globules. Il suffit de réfléchir légèrement à de pareilles conclusions pour voir de suite leur manque de fondement.

L'idée que les alimens salés soient naturellement recherchés par un besoin relatif à la constitution du sang est plus spécieuse que vraie, car tous le animaux qui se trouvent aussi dans les mêmes conditions relatives au sang ne recherchent pas de sel et ne font pas usage d'alimens salés, et l'homme même ne s'en servirait pas davantage s'il se nourrissait des produits simples et naturels, et s'il ne chercha pas à flatter son organe dégustateur ; ce besoin n'est pas naturel chez lui pour la composition de son propre sang. L'autre idée de M. Denis, savoir : que le défaut de sels permettrait au sang de se coaguler dans les vaisseaux, et que leur excès le rendrait incoagulable, est tout-à-fait arbitraire et fausse : on peut trouver dans le travail même de M. Denis la preuve du contraire.

La fibrine ou l'albumine coagulable, qu'on appelait autrefois fibrine, tant qu'elle est dans le sang circulant, est à l'état liquide, ainsi que nous l'assure M. Denis lui-même. Dans le sang extrait d'un individu atteint d'inflammation, elle surnage sous forme liquide, de couleur grisâtre ; avant la coagulation du grumeau. Recueillie délicatement avec un verre d'horloge et regardée contre la lumière, elle est transparente. Peu de temps après elle se trouble et offre un aspect de globules. Plus tard ces globules représentent des stries, et enfin le tout se solidifie sous forme de membrane, laquelle est formée d'albumine coagulée ou de fibrine. Cela est observé par tout le monde et nous est attesté aussi par M. Denis. (Essai sur l'Applic., pag. 298.) Ce chimiste ne doute point que la consolidation ne soit due précisément au défaut des sels dans la masse du sang ; et l'anaylse chimique le lui prouve. Or, ce défaut existait déjà dans le sang avant sa sortie de la veine ; pourquoi donc la fibrine en circulation s'est-elle maintenue à l'état liquide et ne s'est-elle point coagulée dans les vaisseaux ? Il faut, en conséquence, conclure que dans le sang circulant ce ne sont pas les sels qui tiennent l'albumine en dissolution, et qu'il faut nécessairement y reconnaître une autre influence inconnue aux chimimistes, je veux parler de l'action des organes circulatoires et du magistère de la vie.

Bien que l'ancienne expérience, qui consiste à fouetter le sang dans un vase avec des verges, donne, attachés à ces verges, des filamens de fibrine ou d'albumine coagulée, même du sang non couenneux et convenablement chargé de sels ; bien que cette expérience, dis-je, paraisse démentir l'idée des chimistes qui attribuent à la seule présence ou absence des sels la forme solide ou liquide de l'albumine, je suis disposé à admettre leur manière de voir en tant qu'ils s'appliquent au sang soustrait à l'influence de la vie ou mort ; mais je regarde comme une erreur immense la présomptueuse application qu'ils veulent en faire au sang vivant et circulant dans le corps, les prétentions de la chimie ne pouvant pas avoir entrée dans les domaines inaccessibles des actions vitales.

La proportion plus ou moins grande du sérum ou de la partie aqueuse dans le sang extrait et laissé en repos, servait de critérium certain à beaucoup de médecins pour apprécier l'état du sang et celui de l'individu auquel il avait appartenu. Si le sérum était en petite quantité, on disait que la plasticité, l'énergie du sang était augmentée ; si sa quantité était abondante, au contraire, cela indiquait que le sang était défibriné et le sujet en état de langueur ou de frigidité. D'après les recherches de MM. Lecanu et Denis, les différences de proportion d'eau dans le sang sont minimes et dépendraient du mode d'analyse. Le premier de ces chimistes, en effet, a eu pour termes extrêmes 778 et 853 sur 1000 parties ; et le second, 732 et 848, ce qui n'offre qu'une légère différence dans un grand nombre d'expériences. Cependant, si nous nous en rapportons à notre inspection oculaire et à celle des personnes habituées à observer attentivement le sang des saignées, nous sommes obligés de reconnaître que souvent la différence dans la proportion de la partie aqueuse est fort grande. Fort grande, en effet, est la différence qui existe entre le sang qui se prend en masse dans le bassin et ne donne que quelque peu de liquide dans les interstices du grumeau, et celui dans lequel le *crassamentum*, bien que très compacte, surpasse à peine le volume d'une grosse noix ; mais ce qu'il importe surtout surtout de noter à ce sujet, c'est que loin d'indiquer un état de langueur et d'atonie, l'excès de l'eau dans le sang se rattache à l'état inflammatoire et s'associe avec la solidité et l'épaisseur de la couenne. Les praticiens qui ont porté leur attention sur ce fait dans le traitement des inflammations ne me démentiront pas, j'en suis certain (1).

Je n'entends pas conclure de là que la prépondérance de l'eau dans le sang soit tellement liée avec l'état phlogistique qu'elle puisse le dénoncer par sa présence, car nous savons que la proportion de l'eau dans le sang dépend d'un autre principe, et précisément du fluide aqueux qui a été introduit directement dans l'organisme par les voies ordinaires, ou bien retenu dans la constitution par la suspension de quelques évacuations.

On comprend, d'après cela, comment la quantité du sérum

---

(1) Il est incontestable en effet que le volume du caillot est en général en raison inverse de l'intensité de l'inflammation. Plus la phlogose est intense, plus le caillot est contracté, petit, surnageant, et le sérum abondant. On peut constater journellement ce fait dans les saignées des pneumoniques, par exemple. Rasori a longuement étudié ce phénomène important dans son dernier ouvrage sur la Théorie de la phlogose. (*N. du Trad.*)

glisser dans le numérotage de ses copieuses conclusions quelques petites phrases plus ou moins évasives concernant le traitement de l'empoisonnement par le tartre stibié? Mais c'était sans doute là ce qu'il redoutait le plus de nous voir attaquer. Ouvrez le livre des Poisons de M. Orfila, vous trouverez (t. I, p. 485) que pour tout remède il vous prescrit dans ces cas des boissons abondantes d'eau chaude, des sangsues, des saignées, et des décoctions de noix de galle.

Erreur, erreur funeste! vos faits sont absurdes, vos déductions fausses; car vos prescriptions agissent dans le sens même du poison, comme celles que vous préconisiez, et auxquelles vous avez été forcé de renoncer. C'est là un fait qu'il serait facile de démontrer matériellement dans l'empoisonnement par l'arsenic...

Nous reviendrons sur ce sujet.

Emploi des feuilles d'or dans la variole.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu avec un grand intérêt, dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 22 février dernier, la note de M. Burguet, qui traite de *l'emploi des feuilles d'or* comme préservatif des ravages que la variole produit si souvent sur la figure. En effet, c'est moi qui le premier en France (je le crois, du moins) ai mis en usage ce moyen d'origine égyptienne, et dont on doit la connaissance à M. le baron Larrey. Le succès que j'ai obtenu a encore été plus complet que celui de M. Burguet, car la malade, fort jolie personne de seize ans, n'a conservé aucune trace de *l'éruption confluente* qui s'était développée à la face, et je crois que cet avantage a dépendu de ce que j'avais commencé l'application des feuilles *dès la première apparition de l'éruption*. Ces applications qui ont duré jusqu'à la fin de la fièvre de suppuration, étaient renouvelées sur toute l'étendue de la face matin et soir.

Pour les pratiquer, j'enduisais d'abord, à l'aide d'un pinceau, les parties malades d'eau gommée, puis les feuilles d'or y étaient appliquées et étendues ensuite à l'aide d'un autre pinceau aussi en cheveux: c'est un procédé analogue à celui employé par les doreurs sur bois. Chez ma jeune malade, dont l'histoire a été communiquée à l'Académie des sciences, le gonflement de la face a été presque nul.

Agréez, etc., A. LEGRAND, D.-M.-P.

— Un concours va s'ouvrir prochainement dans les hôpitaux pour quatre places de médecins expectans attachés au service des aliénés.

Les conditions sont les mêmes que pour les médecins ordinaires du Bureau central; seulement les concurrens sont tenus de fournir la preuve qu'ils n'occupent pas de position qui les empêcherait de résider dans les établissemens de Bicêtre et de la Salpêtrière.

d'une saignée peut être, non-seulement pronostiqué approximativement, mais aussi augmentée, ou diminuée à volonté dans beaucoup de cas. Je n'affirmerais pas un pareil fait, si une longue pratique publique et particulière ne m'eût pas mis à même de le vérifier avec exactitude un très grand nombre de fois, et de le faire constater aux nombreux élèves de notre école. Toutes les fois, en effet, que nous avons eu à saigner un malade qui avait offert beaucoup de sueur, d'urine et d'autres évacuations liquides, et qu'il n'avait pas trop bu depuis quelque temps, nous avons observé que le sang se coagulait en totalité et ne donnait que fort peu ou presque pas de sérum; tandis que dans le sang, au contraire, qu'on retirait d'un individu qui venait de sortir d'un bain tiède ou froid, qui venait de prendre beaucoup de tisane, qui avait de la fièvre, de la soif, la peau sèche et les urines peu abondantes ou supprimées, ainsi que cela a lieu ordinairement chez les individus atteints d'inflammation, le sérum est abondant. etc. On ne doit pas oublier une autre circonstance qui est très propre à augmenter la proportion du sérum du sang de la saignée: c'est la répétition de la phlébotomie dans les maladies qui la réclament constamment; alors les saignées subséquentes donnent un *crassamentum* moins abondant, et beaucoup plus de sérum.

Dans ce cas, le phénomène s'explique par l'apauvrissement de la masse sanguine qui n'a pas assez de temps pour se réparer, et par l'augmentation de l'absorption des parties aqueuses; à ces causes se joignent les circonstances ci-dessus indiquées, les boissons abondantes et les évacuations supprimées.

Cela posé, nous sommes forcé de conclure que les déductions pratiques de MM. Lecanu et Denis et de plusieurs autres chimistes, qui prétendent que la quantité et le nombre des globules sanguins solides représentent le degré d'énergie vitale, sont hypothétiques et en contradiction avec les observations cliniques les plus positives. La quantité des globules dans une saignée est nécessairement en raison inverse de la quantité de l'eau; or si la quantité de ce dernier élément varie d'après les circonstances ci-dessus, il est clair que le nombre des globules sanguins doit aussi varier lui-même et être en proportion inverse de la quantité du sérum. On ne s'étonnera pas par conséquent que, dans leurs calculs, les chimistes ne s'accordent nullement entre eux sur les proportions qu'ils ont données.

Je n'ai pas encore tout dit sur la valeur de ces recherches chimiques.

(La suite à un prochain numéro.)

—M. le professeur Gerdy a demandé l'autorisation de permuter sa chaire de pathologie externe pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

— On lit dans l'*Indépendant de la Moselle* du 4 mars:

« Des symptômes alarmans d'épidémie se sont manifestés dans les casernes d'artillerie de notre ville, dans le courant de la semaine dernière. Un assez grand nombre de canonniers, dans toute la vigueur de la jeunesse et de la santé, ont soudainement été atteints d'affections cérébrales, et plusieurs d'entre eux ont succombé à cette maladie au bout de dix ou douze heures.

Un fait remarquable, c'est que celle des deux casernes la plus voisine du rempart a seule été atteinte. Aujourd'hui nous sommes heureux d'annoncer que tout danger a disparu et que l'état sanitaire de notre garnison est aussi satisfaisant que de coutume. »

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 14 MARS 1840. (13e ANNÉE.) N° 32, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 f.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Pleurésie anormale (latente d'autrefois).

Le 5 mars dernier, est entré à la clinique, n° 5, salle Sainte-Jeanne, le nommé Louis Minoletti, âgé de vingt-cinq ans, famiste, de constitution moyenne, taille petite. Il dit être tombé malade dans la nuit du lundi au mardi, à la suite d'un excès de boisson auquel il s'était livré le lundi même.

Déjà, au moment de son coucher, il éprouvait du malaise. Dans la nuit, des vomissemens sont survenus, entièrement liquides, et ne renfermant point d'alimens. Il y a deux ans, à ce qu'il dit, qu'il a été pris des mêmes accidens qui l'amènent aujourd'hui à la clinique.

L'examen des fonctions a donné les résultats suivans :

Digestion. Langue sale dans son milieu, rouge sur ses bords et à la pointe, pâteuse, ainsi que la bouche; épigastre légèrement douloureux; déglutition facile et non douloureuse, pas de coliques, pas de douleurs sur aucun point du ventre; urines naturelles; anorexie; soif augmentée.

Respiration. 24 respirations par minute; toux; pas de point de côté; douleur derrière le sternum et au milieu de la poitrine, de chaque côté, se faisant sentir pendant l'inspiration; crachats insignifians, mêlés à du jus de tabac.

Circulation et fonctions intellectuelles et censoriales. 108 pulsations par minute; absence de frisson initial; pouls développé, régulier; peau chaude; pas de céphalalgie, pas d'étourdissemens ni de tintemens d'oreilles; insomnie. La lumière ne gêne pas le malade.

Percussion et auscultation. Normales en avant des deux côtés; respiration naturelle, sans aucun râle; matité en arrière et à gauche, dans la moitié inférieure de ce même côté; absence de murmure vésiculaire dans la même étendue, remplacé par le souffle tubaire et l'égophonie.

L'existence de ces phénomènes donne la raison suffisante des symptômes de réaction générale, ainsi que de l'existence de la toux que l'absence de râle en avant empêchait d'ailleurs de l'attribuer à une simple bronchite.

Au cœur, il existe un bruit de râle, mais il n'y a pas de matité dans la région précordiale, et par conséquent pas de suffusion séreuse. M. Rostan fait remarquer que ce bruit de râpe peut fort bien dépendre de l'extension de la phlegmasie pleurale aux tissus du cœur lui-même. Dans cette hypothèse, dit-il, nous aurions affaire à une pleuro cardite. A cet à-propos, ce professeur exprime combien il est peu édifié sur l'existence de l'endocardite, surtout pour ce qui concerne les caractères anatomiques de cette inflammation.

Le malade a été saigné hier au soir, et le sang de cette saignée, examiné ce matin, est trouvé riche, et présentant une couenne inflammatoire très résistante. Une nouvelle saignée est prescrite pour le matin même, et une saignée locale à l'aide de 25 sangsues pour le soir. En outre, lavement émollient, mauve miellée, diète absolue, silence.

A propos de ce malade, M. Rostan fait ressortir les avantages et les bienfaits précieux que l'on tire de nos jours de deux moyens nouveaux d'exploration, la percussion et l'auscultation. Déjà, dit-il, nous avions interrogé, chez ce malade, toutes les fonctions, sans trouver la raison suffisante des phénomènes de réaction que le malade présente. Il y avait absence d'un point de côté, d'une part, ce qui était propre à faire écarter tout d'abord les probabilités sur l'existence d'une pleurésie. Bien plus, la percussion et l'auscultation pratiquées en avant de la poitrine ayant donné des résultats négatifs, l'existence de la toux restait toujours à expliquer. Il a fallu arriver à l'exploration du thorax en arrière, pour trouver les signes univoques de la pleurésie, la matité, la respiration bronchique, l'égophonie. Alors seulement nous avons compris d'une manière irrécusable que nous avions affaire à l'une de ces pleurésies anormales, si souvent méconnues autrefois, et désignées sous la dénomination de pleurésies latentes, lorsque leur existence était reconnue pendant la vie, mais qui ont cessé d'être telles pour nous, qui les appelons *anormales;* car il n'y a plus rien de caché à présent, grâce à la perfection et à la précision de nos moyens d'exploration. »

L'observation suivante va nous faire voir que l'enthousiasme de M. Rostan pour l'auscultation et la percussion a peut-être été porté trop loin.

Toux, catarrhe suspect, douleur de côté; signes négatifs par l'auscultation et la percussion.

Au n° 30 de la salle Saite-Jeanne, est entré un homme âgé de quarante-sept ans, charpentier, d'une constitution moyenne, petite stature, habituellement bien portant avant sa dernière maladie, issu de parens qui sont morts du choléra.

Il y a deux mois qu'il s'est jeté dans la Seine, près du pont d'Austerlitz, pour sauver une femme qui se noyait. Depuis ce moment il a toujours toussé et ressenti une douleurs du côté droit de la poitrine. Avant cette époque il ne toussait pas, n'avait jamais toussé et n'était pas sujet à s'enrhumer. Il n'a jamais craché le sang; il éprouve des battemens de cœur quand il monte les escaliers, mais n'a pas d'oppression, Il n'a pas maigri.

Etat des fonctions. Pouls donnant 80 pulsations par minute, égales régulières et médiocrement développées. Langue sèche, rouge à la pointe et sur les bords; soif légèrement accrue; appétit développé; déglutition facile, épigastre et ventre non-douloureux; ventre libre, pas de dévoiement, urines naturelles; pas de frisson, pas de céphalalgie. 24 respirations par minute.

Percussion et auscultation. Son naturel et respiration pure en avant des deux côtés. M. Rostan croit avoir remarqué un léger retentissement de la voix au-dessous de la clavicule droite et près de son extrémité sternale; mais encore n'est-il pas sûr de lui-même, et il craint d'autant plus une erreur à cet égard, que le voisinage de la trachée et des grosses bronches peuvent avoir donné lieu à un phénomènes qu'il ne faudrait pas trop se hâter d'attribuer à une altération du poumon droit à son sommet. En arrière, l'auscultation et la percussion ne donnent que des résultats négatifs.

Parmi les crachats, on en remarque quelques-uns isolés qui ont quelque ressemblance avec les crachats des sujets tuberculeux. Mais M. Rostan fait fort bien remarquer que les signes qui précèdent sont insuffisans pour autoriser à croire à la présence de tubercules dans les poumons, arrivés surtout à une période aussi avancée que l'aspect et la nature des crachats donneraient lieu de le présumer.

Néanmoins, malgré cette incertitude, le vésicatoire lui paraissait un agent thérapeutique indiqué dans ce cas; mais son emploi ayant été rejeté par le malade, ainsi que celui de la pommade stibiée, on a dû se contenter de lui administrer des boissons adoucissantes chaudes, en attendant qu'il se convertisse.

Voici un petit exemple de ces résistances multiples que dans le monde, ou, si l'on aime mieux, dans la pratique de la ville, le médecin rencontre à l'accomplissement des devoirs que ses connaissances et sa conscience lui indiquent à la fois. Etrange bizarrerie de l'esprit humain; le médecin est mandé parce que l'on est malade, et quand on l'a entendu, on décline sa compétence en se refusant à faire ce qu'il a prescrit; après cela, si le malade meurt, c'est nécessairement lui qui l'a tué. Ainsi va le monde.

Nous avions, du reste, raison de dire tout à l'heure que M. Rostan, à l'occasion du précédent malade, portait trop loin son enthousiasme pour la percussion et pour l'auscultation: ni l'une, ni l'autre, n'ont rien appris dans ce cas. Mais que M. Rostan se console; car ce n'est pas lui le seul à qui de pareilles déceptions arrivent. Nous avons vu, dans un des hôpitaux de Paris, un jeune médecin, très distingué d'ailleurs, sérieusement embarrassé dans un cas d'aménorrhée qui s'accompagnait d'une petite toux, parce que la percussion et l'auscultation ne lui avaient rien révélé du côté des poumons. Trop préoccupé de ces deux moyens d'investigation, il avait négligé d'interroger les fonctions génératrices.

Nous sommes encore trop sous l'influence d'une découverte récente qui, tout en immortalisant son inventeur, jettera un grand éclat sur notre époque; mais il serait impossible de se dissimuler combien, au milieu de ses conquêtes récentes, le diagnostic des maladies a perdu d'un autre côté et perdra encore, jusqu'à ce que les limites soient fixées, où doivent s'arrêter les secours de l'auscultation et de la percussion.

Voici d'ailleurs encore un fait qui témoigne de l'insuffisance fréquente de la percussion et de l'auscultation.

Pneumonie mal caractérisée par les signes tirés de l'auscultation et de la percussion.

Auguste Hernouf, âgé de vingt ans, farinier, est entré à la clinique le 9 mars. Il est d'une constitution très forte et se porte bien habituellement: jamais il n'a fait de maladies graves.

Il était en pleine santé lorsque, sans cause connue, il a éprouvé, le samedi 7 mars, un frisson qui a été suivi de chaleur et de sueur; bientôt après il est survenu une douleur de chaque côté de la poitrine, plus forte au-dessous du mamelon gauche, qui n'a pas tardé de s'accompagner de toux et d'expectoration de crachats abondans, fluides et rougeâtres. En même temps il a éprouvé un fort mal de tête, et sa voix s'est voilée. On lui a fait boire du vin chaud, ce qui a déterminé un vomissement assez abondant.

Entré à la clinique, on a trouvé les fonctions dans l'état suivant.

Circulation. 104 pulsations par minute; pouls fort; le sang de la saignée pratiquée hier au soir est très riche, et présente une couenne très résistante de 5 à 6 millimètres d'épaisseur.

FEUILLETON.

NOTICE MÉDICALE SUR QUELQUES CANTONS DE LA SUISSE ALLEMANDE;

Par F. Michéa, d.-m.-p.

Bâle. — De Strasbourg, en remontant le Rhin, Bâle est la première ville de la Suisse qu'on rencontre. La cité adoptive d'Erasme, la patrie d'Euler et d'OEcolampade, de Holbein et de Bernouilli, produisit sur moi ce qu'elle cause d'habitude à tous les étrangers: une profonde impression de tristesse. L'aspect de ses rues silencieuses, de ses monumens déserts, de ses tombeaux d'un autre âge; jusqu'à la voix du Rhin, qui semble exhaler des plaintes, tout exprime la mélancolie et le deuil.

Ce qui fait qu'elle attire encore l'attention du touriste, c'est qu'elle est pleine d'ombres illustres, qu'elle sert de nécrolobe à tout un monde glorieux dans l'histoire.

Sous les dalles, le long des parois de son vieux cloître, asile de la mort, reposent plus de cendres immortelles, se dressent plus d'inscriptions d'honorable mémoire, que n'en renferme la plupart des plus grandes villes de l'Europe. Avec ses institutions et ses mœurs, Bâle a perdu ce qui faisait sa puissance et sa vie: je veux dire ses traditions et son originalité scientifique. Qui pourrait aujourd'hui se faire une idée de ce que fut autrefois son université? Nuls débris, plus de vestiges de sa grandeur passée. Sa gloire est oubliée comme son nom. Et pourtant que de nobles existences consacrées dans cette enceinte! Que de sublimes esprits fécondés au souffle de son génie! Il faudrait tout un volume pour raconter l'histoire de l'université de Bâle, tant cette histoire est pleine de faits précieux et riche de résultats importans!

Elle fut fondée en 1460, sur la demande des bourgeois de la ville, par Pie II, à qui la science doit la levée de l'interdit porté contre les ouvertures nécroscopiques. Sa bulle d'installation se termine par une phrase qui mérite d'être rapportée pour l'honneur qu'elle lui imprime: « Rien de plus grand, dit-il, n'a été accordé aux mortels que de mettre en œuvre la perle de la science; elle retire de la poussière l'âme immortelle de l'homme, elle est l'unique bien qui s'accroisse par la communication. »

Sur toutes les universités d'alors, celles de l'Italie l'emportaient incontestablement en initiative et en spontanéité, en fait et en droit.

L'Allemagne absorbée dans la barbarie s'ignorait encore; la France, ployée sous le joug de la scolastique, perdait en indépendance ce qu'elle croyait gagner en distinctions futiles et en discussions oiseuses.

L'effort que Pétrarque avait fait au quatorzième siècle pour la civilisation du midi de l'Europe, au seizième, Erasme le tenta pour celle du nord. Esprit délicat et sagace, intelligence vaste et profonde, le plus savant homme de son siècle, Erasme choisit l'université de Bâle pour théâtre de la réaction qu'il veut opérer dans les idées. C'est de là, comme d'un centre, que sa parole et ses écrits vont se répandre, comme autant de rayons, pour éclairer le monde. Sous son patronage elle devint bientôt une des plus illustres écoles de la renaissance, une de celles qui eurent le plus d'influence sur ses destinées littéraires et scientifiques.

Mais ce qu'il importe à nous autres médecins de ne pas oublier, c'est que notre art lui doit une bonne partie de sa restauration. C'est en particulier à Guillaume Koch, Théodore Zwinger et Albano Torino que revient l'honneur d'avoir vérifié sur l'original les écrits d'Hippocrate, de Galien, de Polybe, d'Alexandre de Tralles, de Paul d'Egine, etc, dont les textes étaient corrompus depuis les Arabes, et d'en avoir donné les premiers commentaires.

Au milieu d'une foule de professeurs recommandables brillait à Bâle, au seizième siècle, Félix Plâter, dont le génie médical, héréditaire dans sa famille rappelle celui des Asclépiades. Esprit méthodique et rigoureux, analytique et généralisateur, il imprime à la science un pas dont l'histoire doit lui savoir gré. Il ne se borne plus, comme les anciens, à recueillir des faits sans but; à les classer sans ordre, ses efforts tendent plus haut; il croit l'instant venu de sortir du chaos de la médecine, de féconder ses matériaux épars, en un mot, de poser les bases d'un édifice qui en assure l'unité, d'une méthode qui en corrobore la certitude. La nosologie qu'il introduisit le premier dans la science, quelque incomplète et défectueuse qu'elle puisse être, n'en fut pas moins utile en ce qu'elle frayait la voie aux classifications meilleures qui prirent naissance depuis.

Après Félix Plâter, je citerai les deux Bauhin, Payer, Plenck, Thomas Eraste, Charles Patin, etc. Mais voici venir le Luther de la médecine, Paracelse, ce fou de génie.

Je veux m'arrêter un instant sur la vie de cet homme, si souvent mal compris et toujours calomnié.

Titien a laissé un portrait de Paracelse, qu'on voit dans je ne sais plus quel musée d'Allemagne; d'après ce portrait, ce devait être un corps long, frêle, pâle, dont les yeux perçans et la physionomie mobile révélaient tout ce que son âme renfermait de passions, d'intelligence et de génie. Il était né dans le canton de Schwitz, au milieu de la sauvage et mystique vallée d'Einsiedel, encore aujourd'hui pleine de légendes, de pèlerins et de reliques. Elevé à l'ombre du cloître, dans un temps où ces retraites recélaient les rêveries alexandrines, et les pratiques superstitieuses de la Judée et de la Perse, quoi d'étonnant que son ima-

Digestion. Langue nette sur la pointe et sur les bords, recouverte d'un enduit blanchâtre à sa base; soif vive, appétit nul, déglutition libre et non douloureuse; pas d'envies de vomir, pas de douleur à l'épigastre ni dans le reste du ventre; hier il y a eu une selle en dévoiement; urines un peu rouges et présentant en haut du verre un léger nuage.

Céphalalgie, pas d'éblouissemens, il entend bien, la voix est voilée.

Respiration. Trente-deux respirations par minute; son normal en avant, même sur les points déclives, ce qui fait déjà présumer qu'il n'y a point d'épanchement pleurétique; respiration pure. En arrière, sonoréité normale des deux côtés; léger souffle dans la moitié inférieure du poumon gauche avec bronchophonie et quelques craquemens qu'on ne peut assurément appeler râle crépitant. Encore faut-il noter que ces résultats de l'auscultation qui existaient hier au soir, au dire du chef de clinique, ont cessé presque entièrement ce matin. A droite, on ne trouve que les caractères d'une simple bronchite très légère. Les crachats sont, ainsi que nous l'avons dit, abondans, fluides, peu visqueux, légèrement aérés et rougeâtres.

Je crois, dit M. Rostan, qu'eu égard à la constitution forte du malade, c'est ici le cas d'agir par les saignées coup sur coup, puisque nous avons indubitablement affaire à une pneumonie. Une nouvelle saignée de 500 grammes sera pratiquée ce matin, et ce soir, s'il y a lieu, on appliquera des ventouses scarifiées; en outre boissons émollient, lavement émollientes, diète et silence.

Nous ne ferons qu'un seul pas en arrière pour ce qui concerne cette observation, et nous nous contenterons de faire remarquer que si d'une part les crachats ont suffi pour caractériser la pneumonie, l'auscultation et la percussion ont été loin de tenir le langage qu'elles doivent avoir en pareille circonstance.

Rhumatisme musculaire chronique; exagération des battemens du cœur.

Un menuisier âgé de trente-cinq ans, d'une constitution très forte, d'une bonne santé habituelle; est entré à la Clinique pour *des douleurs*. Il y a cinq ans qu'il en a ressenti de pareilles, qui ont duré quatre mois et demi.

Ayant été exposé à la pluie il y a environ quatre mois, ses douleurs ont reparu peu de temps après, et actuellemens il en souffre depuis trois mois et huit jours.

Du reste, la langue est bonne, l'appétit développé, le ventre n'est pas douloureux, les selles sont ordinaires, les urines bonnes; il n'a pas de toux. Il est sujet aux palpitations; la main appliquée sur la région précordiale reçoit une forte impulsion; toutefois l'auscultation ne révèle l'existence d'aucun bruit anormal; seulement, les battemens du cœur sont obscurs.

Le pouls donne 76 pulsations par minute; il y a apyrexie. La respiration est pure partout. Quelquefois, il a de la céphalalgie, et le sommeil est ordinairement bon, à moins que les douleurs rhumatismales ne soient trop vives. Lorsque celles-ci existent, c'est surtout aux jambes qu'elles se font sentir. Enfin, disons que ce malade est sujet aux éblouissemens.

Dès que la saison le permettra, on ferr usage des bains de vapeur. K...

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. Paul Dubois.

Accouchement prématuré artificiel; naissance d'un enfant vivant.

Nous avons, dans le nº du 11 février dernier, raconté l'histoire d'une naine admise à l'Hôpital des Cliniques à une époque assez avancée d'une seconde grossesse. Redoutant les accidens nerveux qui s'étaient manifestés lors d'un premier accouchement, M. Dubois s'arrêta cette fois à l'idée de provoquer l'accouchement prématuré. Cette tentative eut lieu dans le courant de la seconde semaine du huitième mois. Un morceau d'éponge fut préparé par les moyens ordinaires et proportionné à la cavité du col de l'utérus, dans laquelle il fut introduit; on administra, de plus, le seigle ergoté à la dose de 5 décigrammes (10 grains) par jour. Le troisième jour, les douleurs se manifestèrent, et le commencement du travail fut constaté. Le toucher fit reconnaître une présentation des fesses, et l'accouchement se termina sans rien présenter de remarquable.

L'enfant est bien constitué, mais fort petit; il est du sexe féminin, et pesait, lors de sa naissance, un kilogramme et un quart (deux livres et demie environ). La mère, désirant le nourrir, on le lui permit, et l'enfant prit fort bien le sein; mais le troisième jour les mamelles s'affaissèrent, le lait n'était pas sécrété en quantité satisfaisante et l'on fut obligé de choisir une nourrice.

Nous aurons occasion de revenir sur les idées que M. Dubois professe à l'occasion de l'accouchement prématuré artificiel. (*V.* les numéros du 5 et du 12 mars.)

Anasarque. Éclampsie. Administration du seigle ergoté. — Venue de deux enfans morts.

Une femme admise dans le service de M. Dubois, était atteinte d'infiltration générale; cet état avait fait craindre pour elle la manifestation de l'éclampsie vers l'époque de l'accouchement. Le 10 mars quelques attaques se manifestèrent et se reproduisirent à plusieurs intervalles dans le courant du jour en laissant entre eux des momens lucides. L'administration du seigle ergoté provoqua des contractions utérines énergiques, et la malade accoucha de deux enfans morts. Une fois l'accouchement terminé il y eut une amélioration sensible dans l'état de la mère.

— Selon M. Dubois, le fait que nous venons d'analyser prouve qu'à une époque avancée de la grossesse on peut exciter des contractions utérines chez les femmes qui n'en ont pas encore éprouvé. Le secours du seigle ergoté suffit en général pour atteindre cette indication, bien que, dans quelques conditions, même des plus favorables, on ne puisse toujours arriver à déterminer les contractions utérines en employant ce médicament. Ici le résultat a été favorabla si l'on n'envisage que l'amélioration presque instantanée qui est survenue dans l'état de la mère, mais il ne faut pas oublier que l'accouchement a eu pour conséquence la mort de l'enfant.

Quelle est la cause à laquelle on peut attribuer la mort dans cette circonstance? A-t-elle été la conséquence de l'éclampsie, ou bien faut-il l'attribuer à l'administration du seigle ergoté à haute dose? Le professeur n'hésite pas à dire qu'il pense pouvoir en reporter la cause aux accès d'éclampsie qui ont eu lieu chez la mère; en effet, dit-il, il n'y a rien de si commun que de voir les enfans succomber à la suite du développement de l'éclampsie chez la mère quand les accès sont répétés et qu'ils sont intenses. Ces conditions de gravité ne sont même pas nécessaires, un seul accès suffit quelque fois pour causer la mort du fœtus. A l'appui de cette opinion le professeur cite le fait que nous allons rapporter:

Il y a quelques mois, une malade placée dans le service de chirurgie de M. J. Cloquet, à l'hôpital de l'Ecole, fut prise d'un accès d'éclampsie; M. Dubois fut mandé presque aussitôt, et à son arrivée il trouva la tête d'un enfant qui se présentait; le forceps fut appliqué immédiatement, et l'on fit avec la plus grande facilité l'extraction d'un enfant mort. Le toucher fut de nouveau pratiqué, et l'accoucheur reconnut la présence de nouvelles membranes qui présentaient; elles furent rompues; le forceps fut appliqué une seconde fois, et cette tentative rapide et facile eut pour conséquence, comme la première, l'extraction d'un fœtus mort.

Selon M. Dubois, ce serait mal étudier la question, si l'on admettait les conséquences de ces faits sans discussion, sans examiner en un mot la contre-partie de cette opinion. On pourrait certainement demander si l'administration du seigle ergoté ne peut pas avoir pour résultat la mort du fœtus, comme dans les circonstances que nous venons d'énumérer; oui, sans doute: mais en général, les conditions dans lesquelles on a recours à ce moyen ne permettent pas toujours de constater si au moment où on administre le seigle ergoté l'enfant vit encore, ou s'il a cessé d'exister. En effet, on donne le seigle ergoté fort tard, dans des cas difficiles, lorsque la tête de l'enfant est déjà engagée dans l'excavation du bassin, et il n'est pas toujours possible dans ce moment de se livrer aux recherches d'auscultation nécessaires pour résoudre la question.

Dans une circonstance assez récente, on a même pu observer à la Clinique un accouchement dont le résultat pourrait être invoqué en faveur de cette opinion.

Une femme offrit un travail fort lent; l'enfant vivait. On administra le seigle ergoté: des contractions utérines violentes se manifestèrent; l'accouchement fut bientôt terminé, mais l'enfant vint mort. Il faut noter que, dans ce cas, les contractions utérines devinrent tellement intenses qu'elles furent continues; l'exaspération seule qui se montrait dans les douleurs indiquait les intervalles.

Cette question a besoin d'être encore examinée, avant de porter une opinion décisive.

Hydropisie eukystée; erreur de diagnostic.

Une femme habitant la province s'aperçut tout-à-coup que son ventre augmentait de volume: elle se crut enceinte, bien que ses règles aient continué à se montrer régulièrement. Un médecin fut consulté: il partagea l'opinion de la malade. Celle-ci, soit conséquence d'un effet de son imagination, soit réalité, sentit bientôt du mouvement dans son ventre; elle éprouva des dégoûts, des nausées, des irrégularités dans les déjections; ses seins augmentèrent, dit-elle, d'une manière notable. Vers la fin du neuvième mois, on s'attendait à l'apparition des phénomènes ordinaires de la grossesse. Quelques douleurs eurent lieu, mais disparurent bientôt, et la malade se trouvá dans le même état qu'auparavant. Son médecin, de son côté, pensait toujours qu'elle était enceinte et soutenait qu'elle devait accoucher.

Un second médecin, appelé sur ces entrefaites, examina l'état du ventre: le toucher, l'auscultation abdominale, l'introduction du spéculum, lui donnèrent des signes négatifs; il parvint cependant à reconnaître une fluctuation obscure dans la région hypogastrique. Il se prononça contre l'existence d'une grossesse, et la malade fut adressée à M. Dubois.

Il y a aujourd'hui huit mois que les douleurs de l'accouchement se sont manifestées: le développement de la tumeur remonte donc à dix-sept mois environ. En pratiquent le toucher, on trouve le col de l'utérus plus gros qu'il ne l'est ordinairement chez une femme qui n'a pas encore eu d'enfans; le doigt peut pénétrer dans la cavité du col, et l'on peut sentir des déchirures analogues à celles qui résultent d'un ancien travail d'accouchement; cependant cette malade n'avait jamais été enceinte, et elle se croyait grosse de son premier enfant. Le corps de l'utérus est déplacé et incliné en arrière vers le sacrum. On peut, en continuant cette exploration, reconnaître dans l'excavation du bassin une masse formée par la dépendance de l'utérus.

A l'examen de l'abdomen, on constate la réalité d'une tumeur arrondie, assez volumineuse; les diverses tentatives finissent par faire reconnaître une fluctuation peu distincte, mais qui existe cependant.

L'ensemble de tous ces phénomènes fait diagnostiquer une hydropysie enkystée de l'ovaire; et l'on sait que dans ces cas la fluctuation n'est pas toujours facile à déterminer, parce que rarement le liquide est contenu dans une seule poche, ces kystes étant, le plus souvent, multiloculaires. M. Dubois ne cesse d'appeler l'attention des élèves et des

---

gination brûlante et son penchant vers l'abstraction aient trouvé dans ces leurres brillans une nourriture facile, un attrait irrésistible!

Sa jeunesse avait été signalée par une circonstance extraordinaire. Gardant des pourceaux dans une plaine de la Carynthie, des hommes d'armes seraient venus auprès de lui, disent quelques-uns de ses biographes sans citer aucune raison, et lui auraient infligé le supplice d'Origène et d'Abeilard; selon d'autres, il aurait été mutilé en dormant, par un de ces animaux immondes. Quoiqu'il en soit, Paracelse n'aima jamais les femmes.

Son père, médecin voué aux doctrines d'Hermès, l'avait initié lui-même à la pratique des arts occultes. Pour qu'il en poursuivît l'étude et sondât tous les mystères, il l'avait confié aux soins de l'abbé Tritheim, qui jouissait alors d'une grande célébrité dans ce genre de connaissances. Au bout de peu d'années, Paracelse surpassa son maître en savoir, en zèle et en hardiesse. Non-seulement il cultivait l'alchimie et la cabale, mais encore l'astrologie, la magie et la nécromancie.

Las de la vie sédentaire qu'il avait menée jusque-là, il se prend tout à coup de passion pour les aventures et les voyages. Dans ce but, il recherche la société des Bohémiens et des Lansquenets; il chemine avec eux à travers l'Europe, tantôt évoquant des ombres dans la hutte du serf, tantôt prédisant l'avenir ou fabriquant de l'or dans le donjon féodal.

Durant cette existence de célébrité et de misère, d'indépendance et d'esclavage, de joies et d'infortunes, notre théosophe parcourait l'Espagne, le Portugal, la Prusse, la Pologne, la Suède, la Transylvanie, la Hongrie, et peut être tout l'Orient (car on suppose qu'il fut attaché pendant plusieurs années au service d'un prince mongol). A quoi menaient ces courses lointaines, ces mœurs excentriques, cette vie nomade? A l'observation. Il se mettait ainsi en rapport avec les idées et les choses les plus diverses, les hommes et les faits les moins connus; il voyait, il recueillait, il observait par lui-même. En Suède, en Bohême, il pénètre dans les profondeurs des mines, où il puise une grande partie de ses connaissances chimiques. Aux moines, aux sorciers, aux vieilles femmes et jusques aux bourreaux, il arrache des secrets précieux, la médecine de l'instinct, les recettes empiriques si souvent préférables aux médications rationnelles. Il étudie surtout avec beaucoup de soin les trois affections morbides les plus intéressantes du moyen-âge, la lèpre, la peste et la syphilis.

A l'âge de trente ans, lorsqu'il est riche de faits et d'expérience, il revient en Allemagne précédé d'une réputation immense... Médecin des princes, et prince des médecins. Sur son passage on le salue du titre de roi de la chimie, d'Aureolus. L'université de Bâle, habile à recruter ses membres, et comprenant tout le prix d'un pareil homme, l'appela aussitôt dans son sein.

C'est là, en 1527, année mémorable dans les annales des sciences physiques, que Parcelse inaugura la première chaire de chimie qui fût au monde. Rien n'est comparable à l'enthousiasme qu'excitèrent ses premières leçons que nous possédons encore: barons et clercs, oisifs et curieux y accouraient de tous les points de la France, de l'Allemagne et de l'Italie. C'est à peine si les hôtelleries du lieu pouvaient contenir la foule. La séance d'ouverture fut surtout rendue célèbre par l'auto-da-fé des ouvrages de Galien et d'Avicenne, comme chacun sait: lui aussi, Paracelse, voulait avoir sa journée de Worms. Sa bulle émanait du vicaire de la science antique, du médecin de Pergame, avec qui le temps était venu d'en finir. « *Arrière donc*, disait-il dans son fougueux langage, *arrière, toi Galien, toi Avicenne; les poils de mon chignon et les cordons de mes souliers en savent plus que vous!* » Symbole naïf du nouvel esprit qu'on entrevoyait poindre, cet acte bizarre fut le signal des hostilités de Paracelse, le commencement de la guerre qu'il allait déclarer au passé. Il est à remarquer que de tous ses devanciers, Hippocrate soit le seul qui ait trouvé grâce auprès de lui. Ce qu'il admirait dans le père de la médecine, c'était son esprit dégagé de tout système, son génie d'observation pure et d'application immédiate.

A cette époque, le galénisme et l'arabisme son satellite dominaient encore toute la science: Malheur à qui eût osé toucher à ses principes; malheur à qui eût voulu s'écarter de ses dogmes!

Cependant au milieu de cette croyance aveugle, on sentait le besoin de théories plus larges, la nécessité d'un autre système pour expliquer les faits, en un mot, l'utilité d'une réforme. Toutefois on voyait le danger sans se plaindre, le mal, sans chercher le remède: tout le courage manquait à chacun. Paracelse, heureusement, en eut pour tous. Fort de toute l'énergie de sa conviction, il va briser d'un seul coup l'infaillibilité de Galien, comme un peu plus tard Descartes brisera celle d'Aristote; il dira le premier, à l'encontre du langage de l'école: *Oui, Galien s'est trompé et non la nature.* L'orgueil, l'ivresse du triomphe lui coûteront cher sans doute, mais peu lui importe, ne faut-il pas abattre avant d'édifier?

Quelles sont les parties en présence, les idées qui vont entrer en lutte avec lui? C'est d'abord l'axe sur lequel repose l'échafaudage de la science, depuis Thalès, Platon et Aristote. C'est le problême des élémens des corps qu'il remet lui-même en question. Selon lui, derriére les quatre principes, il existe une inconnue qu'il s'agit de découvrir. Le feu est plus que la chaleur, l'eau est plus que l'humidité, l'air plus que la volatilité, la terre plus que la solidité.

Il doit être possible de dégager la substance du phénomène, la qualité de la forme, l'essence du mixte.

C'est, comme on voit, toute une science nouvelle qui fait son entrée dans le monde sous les auspices de Paracelse. Qu'elle s'ap-

praticiens sur des faits de ce genre qui se produisent assez fréquemment. Selon ce profsseur, l'erreur eût été évitée si l'on avait tenu compte de l'existence des règles, qui ont toujours continué à se montrer en suivant les périodes ordinaires. Cette considération est, pour lui, d'une grande importance. On peut d'ailleurs, dans ce cas, avoir recours à l'auscultation de l'abdomen.

Quoi qu'il en soit, ce fait est fort intéressant, comme exemple d'abord, puis à cause des accidens sympathiques développés vers les organes de la digestion par la tumeur anormale hors la période de la grossesse.

Implantation du placenta sur l'orifice interne du col utérin; hémorrhagies répétées; accouchement; issue d'un enfant mort; l'hémorrhagie ne se reproduit pas; examen du placenta.

Une femme, admise à la Maternité, présentait depuis un mois environ, des hémorrhagies répétées, on put reconnaître, par le moyen du toucher, l'implantation du placenta sur l'orifice interne du col de l'utérus. On fit transporter cette malade à l'hôpital de l'École, dans la crainte de la reproduction de l'hémorrhagie à une époque plus avancée de la grossesse ou vers le moment même de l'accouchement. A cette époque, vers la fin du neuvième mois, elle était pâle, anémique et dans cet état de légère infiltraation que présentent les individus qui ont été soumis à des pertes de sang considérables.

Le 10 mars, les douleurs de l'accouchement ont lieu sans être précédées ni accompagnées de l'accident que l'on redoutait; le col s'est dilaté et la malade a mis au monde un enfant mort qui s'était présenté par les pieds.

L'hémorrhagie ne s'est pas manifestée après l'accouchement.

L'examen du placenta a fait reconnaître sur sa surface une portion rougeâtre, un peu déchirée, présentant un tissu comme ecchymosé et taché de sang: c'était la portion qui avait été primitivement en rapport avec l'orifice interne du col utérin. Le reste de la surface de cet organe présentait la coloration normale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 6 février 1840.

M. Serrurier lit un rapport qu'il a été chargé de faire sur l'eau hémostatique de M. Brocchieri. Tous les commissaires réunis examinèrent d'abord la liqueur, qui leur présenta au goût et à l'odorat quelque analogie avec la créosote, mais rien de styptique qui puisse donner à croire qu'elle agit sur les tissus comme moyen astringent. Quelques questions furent ensuite adressées à M. Brocchieri, qui y répondit avec beaucoup d'obligeance. Ses réponses furent confirmées par les expériences.

Dans la première, la carotide droite d'un mouton de moyenne force fut ouverte avec une déperdition de substance du diamètre d'une ligne et demie; aussitôt un jet de sang rutilant sortit avec force, et chacun put se convaincre de la réalité de l'ouverture de l'artère carotide. Un tampon épais de charpie imbibée d'eau hémostatique fut appliqué sur l'ouverture de l'artère, et maintenu à l'aide des doigts de deux mains de l'opérateur, sans exercer la moindre compression. Cependant, une pression légère et subite paraît nécessaire pour suspendre l'afflux rapide du sang; mais cette pression, de quelques minutes au plus, est aussitôt remplacée par une simple contention: de temps en temps M. Brocchieri faisait couler de l'eau hémostatique, afin d'entretenir les plumeaux au même degré d'imbibition. Au bout d'une heure trente-cinq minutes les plumeaux furent complètement enlevés, et la plaie présenta les caractères suivans:

Point ou très peu d'imbibition sanguine sur les plumeaux, et particulièrement sur celui demeuré en contact immédiat avec la plaie tant des tissus recouvrant l'artère qu'avec l'artère elle-même; les muscles étaient plutôt pâles et décolorés. Aucun caillot ne tapissait le plumeau immédiat; aucun n'existait à l'ouverture faite à l'artère, ni dans la plaie qui présentait une étendue de quatre à cinq pouces (onze à treize diamètres); elle était plutôt sèche qu'abreuvée d'humidité. Enfin, le succès a été complet. L'animal, à peine délivré de ses liens, put se tenir sur ses jambes, marcher et manger en présence des commissaires.

Un d'eux pensant que le froid, et surtout la compression soutenue pouvaient suffire pour arrêter chez le mouton une hémorrhagie résultant de l'ouverture de la carotide, proposa de tenter avec l'eau froide ordinaire d'arrêter l'hémorrhagie. A une séance suivante, on fit à une carotide une ouverture dont la grandeur a pu être estimée à celle d'une plume ordinaire; des plumeaux imbibés d'eau froide furent de suite appliqués et maintenus avec les mains, sans autre compression exercée sur l'artère ouverte. Le sang ne s'arrêtant point, et l'animal s'affaiblissant, on fut obligé, pour lui conserver la vie, de pratiquer au bout de dix minutes la ligature de l'artère; cependant l'animal succomba deux ou trois heures après l'expérience.

Dans une seconde expérience de M. Brocchieri, une carotide de mouton fut ouverte dans la longueur de deux à trois lignes. A l'instant le sang jaillit avec force, et la compression fut exercée, mais en vain; alors, M. Brocchieri appliqua un fort plumeau de charpie imbibée de son eau hémostatique. La plaie fut au même moment nétoyée; elle prit une teinte pâle et rosée, et le sang cessa inopinément de couler par l'artère.

Le peu de temps qui avait été employé à exercer la compression pour arrêter l'afflux du sang artériel, avait permis à une infiltration de s'opérer dans les tissus environnans. L'eau hémostatique, en arrêtant tout écoulement de sang, a contribué à la disparition de cette infiltration, et après une heure vingt minutes, la main cessant de maintenir le tampon, ce dernier fut retiré avec précaution; à peine est-il taché par le sang, et tous les assistans peuvent s'assurer que le travail opéré sur le vaisseau artériel est complet.

On remarque avec autant de satisfaction que d'étonnement que l'infiltration, suite de la compression, avait entièrement disparu depuis l'emploi de l'hémostatisant

Il restait à la commission, pour terminer complètement sa mission, de pratiquer sur le premier mouton opéré la section de la carotide gauche qui était restée intacte; elle le fut complètement en taavers, le sang jaillit à flots. M. Brocchieri appltqua de suite un fort tampon de charpie imbibée d'eau hémostatique; dès-lors pas le moindre suintement. Au bout de vingt minutes, le tampon enlevé avec précaution présenta les mêmes phénomènes que dans les cas rapportés plus haut: les deux bouts de l'artère étaient peu rétractés, de manière qu'on pouvait les reconnaître à chacune de leurs séparations; aucun caillot n'en bouchait lés ouvertures.

Autopsie du premier mouton soumis aux expériences. L'artère carotide droite présente les phénomènes suivans:

1° Développement d'un ganglion lymphatique de la grosseur d'une noisette, adhérent par un tissu cellulaire dense à la partie postérieure de l'artère carotide et du pneumo-gastrique.

2° A l'endroit où la plaie avait été faite, on remarque une poche en forme de bout de gant, ouverte dans l'intérieur, du calibre de l'artère, de l'épaisseur d'environ un demi-millimètre, faisant partie du vaisseau et paraissant être la suite d'un développement de tissus fibreux externe, moins dense que le tissu fibreux particulier qui entre dans la composition de l'artère.

3° A la partie interne supérieure et ascendante de la carotide se trouvait dans son calibre un caillot mince et allongé, et passant au-devant de la plaie. Sa grosseur était plus considérable à la partie supérieure, et d'une consistance plus molle. A la partie interne et descendante de l'artère, ce caillot était plus mince, plus affilé et plus consistant; sa longueur totale pouvait être de deux cen imètres.

A l'endroit de la plaie et en dehors de l'artère existait un kyste de la grosseur d'un grain de chénevis, dans lequel on a cru reconnaître une sorte de purulence, mais nous serions plutôt portés à regarder ce fluide comme une exsudation mucoso-lymphatique.

Ces divers accidens qui n'ont pas été observés jusqu'à présent sur d'autres animaux opérés et traités de la même manière, nous semblent devoir être attribués à ce que l'animal, ayant été poursuivi par un fort chien, et n'ayant pu résister à la puissance de son ennemi, s'est trouvé attaqué et a été mordu par deux fois différentes à l'endroit même où il avait été opéré. Les morsures furent assez profondes pour occasionner une déchirure qui nécessairement a été accompagnée d'affusion de sang, sans pour cela que l'hémorrhagie artérielle ait eu lieu. Il a donc pu résulter de ces divers accidens le travail fortuit et surnaturel qui vient d'être signalé dans la carotide elle-même et les parties qui lui sont continues.

Même mouton. Carotide gauche: la dissection a montré les deux bouts de l'artère qui avait été coupée transversalement, entourés d'un caillot de la grandeur de trois centimètres.

L'écartement des deux bouts de l'artère était de cinq millimètres environ. Le bout supérieur était comme obturé par le caillot qui fermait incomplètement son calibre. Le bout inférieur était libre.

On ne doit considérer ce caillot, ainsi qu'il a été dit dans le rapport, que comme le résultat d'un épanchement par suite du laps de temps que l'on a voulu mettre entre une tentative de quelques minutes de compression et l'application de l'eau hémostatique; sans cet intervalle, on ne l'aurait probablement pas eu, puisque l'infiltration légère, quoique sensible, dans les tissus environnans s'est dissipée par l'application de l'hémostatisant.

Deuxième mouton. L'autopsie de ce dernier, sur lequel avait été pratiquée une incision longitudinale de dix millimètres environ, par un des commissaires, a fait voir l'artère complètement vide; elle était entourée également d'un caillot qui ne communiquait point à l'intérieur, mais était le résultat de l'épanchement produit par la compression qu'on exerça pendant plus de trois minutes avant l'emploi de l'hémostatisant.

La plaie présentait une cicatrice de six millimètres qui semblait être celle d'une réunion par première intention, opérée dans l'espace de vingt minutes, espace de temps très court comparativement aux autres expériences; opération qui avait été faite seulement pour juger l'effet hémostatisant pendant un temps d'aussi courte durée.

La société désire que de nouvelles expériences viennent confirmer les succès obtenus dans les séances qui ont été consacrées à ces diverses expérimentations sous les yeux de la commission nommée à cet effet.

M. Nauche annonce qu'il règne en ce moment chez les jeunes enfans des bronchites avec un caractère presque épidémique. Cette maladie paraît céder plus facilement à l'usage des vomitifs qu'à celui des évacuations sanguines.

M. Belhomme a donné des soins à un enfant de quatre ans et demi, atteint d'accès épileptiques répétés qu'il combattit avec avantage par six sangsues aux pieds et à l'anus; de trois en trois heures il fit placer deux sangsues, afin d'avoir pendant long-temps un écoulement de sang; il prescrivit en même temps des synapismes aux pieds. Notre confrère demande si chez un enfant de cet âge la saignée est préférable aux sangsues.

M. Parent répond par l'affirmative, et cite un cas dans lequel il pratiqua une saignée de six onces chez un enfant de six ans et demi.

M. Chalus a saigné un enfant de deux ans atteint du croup.

M. Guersant fils ajoute qu'en thèse générale son père et lui préfèrent la saignée aux sangsues, parce que par la première opération on peut mieux évaluer la quantité de sang perdu.

M. Duhamel communique, d'après M. Bérard jeune, le résumé des opérations pratiquées par M. Louvrier: 21 malades ont été opérés, savoir: 5 en province et 16 à Paris; chez 4 de ces derniers, il est survenu des accidens graves et même mortels; ainsi chez une femme opérée à l'hôpital Beaujon, il est survenu pendant l'opération une déchirure de la peau qui a été suivie d'accidens, lesquels sont devenus mortels: cette femme était d'une mauvaise constitution, par conséquent dans les conditions les plus défavorables à la réussite de l'opération. Un malade opéré en ville, rue l'Evêque, a éprouvé une rupture présumée de l'artère poplité, et par suite un sphacèle de la jambe; la portion frappée de mort se sépare actuellement dans le lieu d'élection de l'amputation: il va aussi bien que possible.

Deux autres malades ont été opérées à la Charité, dans le service de M. Velpeau; la première opérée, guérie complètement et se servant de sa jambe pour marcher, a été prise, au bout de deux mois au moins, d'une pleurésie à laquelle elle a succombé.

La dernière opérée a été affectée d'une eschare gangreneus survenue au-devant de la rotule et déterminée par la pression trop forte et soutenue pendant vingt quatre heures d'une planchette qui avait pour usage de maintenir le redressement de la jambe.

Quant aux douze autres malades qui ont subi l'opération sans accident, quelques-uns en ont retiré quelque avantage, mais la plupart ne peuvent pas se servir de leurs membres sans un tuteur ou un autre appareil prothétique.

Pour extrait conforme, Duhamel.

Pathologie interne. — Cours de M. Andral.

(Suite du n. 30.)

B. *Caractères anatomiques de l'inflammation particuliers aux différens tissus.*

§ Ier. *Tissu cellulaire.*—Le tissu cellulaire constitue une vaste trame dans laquelle se développe et grandit l'organisme tout entier. C'est encore dans les mailles de ce tissu

---

pelle alchimie, chimiatrie, chimie, elle existe, et ne peut pas mourir.

Mais il ne suffisait pas à son intuition merveilleuse de savoir que dans tous les corps sublunaires, organiques ou inorganiques, devait se rencontrer l'être, le principe actif du mélange; la quintessence, comme il la nomme. Il fallait que du domaine de l'esprit il la fît tomber dans celui des sens, qu'il en combinât les formules, qu'il en déterminât à la médecine l'application régulière et rigoureuse. Disons-le hautement, voilà la gloire et l'immortel honneur de Paracelse, son plus beau titre à la louange et à l'admiration de la postérité.

Assurément ces vérités *à priori*, ces assertions quoique fondées durent avoir pour résultat, dans le trouble de la passion et l'élan de la victoire, des théories prématurées, des déductions illégitimes, des conséquences extrêmes et des applications dangereuses. Mais n'est-ce pas là le produit ordinaire de toutes les conceptions de l'esprit, et en quelque sorte le tribut fatal que nous payons à l'humanité?

D'ailleurs, ne serait-il pas injuste de demander compte à Paracelse des erreurs et des excès commis en son nom? L'emploi du deuto-chlorure de mercure et de l'or contre les maladies vénériennes; du soufre contre les dartres et la lèpre; de l'antimoine contre la peste; de l'étain contre les vers; du fer dans les affections caractérisées par l'adynamie, sans parler des préparations d'opium et d'une foule d'autres médicamens, tel fut le résultat de la réforme opérée par lui; réforme immense qui fermait la médecine antique et préparait la science moderne. Quant aux autres parties de son système, c'est-à-dire à ses explications mystiques, à son ontologie orientale et à ses doctrines empruntées à la cabale, le temps en a fait justice; hypothèses pour hypothèses, celles de Galien sont encore moins nébuleuses et moins absurdes. Paracelse ne fut pas long-temps à jouir de son triomphe. Comme Galilée, Michel Servet, et plus tard le grand Harvey lui-même, il devait rencontrer sur sa route une armée de persécuteurs et d'assassins soudoyée par l'envie et la médiocrité vaincues. C'est d'abord la Faculté de Paris qui donne le signal de l'attaque dans un manifeste contre l'introduction des médicamens minéraux dans la thérapeutique. Puis un de ses collègues, Thomas Eraste, qui sous le prétexte d'accomplir un devoir en réfutant ses dogmes, n'exerçait autre chose que sa vengeance et sa haine. Bientôt le pamphlet se transformant en menaces, la calomnie et l'injure en voies de fait, il est obligé de se cacher, de fuir précipitamment pour échapper aux fureurs populaires.

On a singulièrement souillé ses plus intimes pensées et ses plus secrètes actions, comme si la vie privée ne devait pas être, selon l'expression d'un orateur contemporain, murée pour tous.

On raconte qu'il se prenait de vin tous les jours; qu'il s'attablait à l'hôtellerie de la Cigogne, en compagnie de la lie du peuple; qu'il ne rentrait jamais chez lui sans avoir complètement perdu la raison. Un fait rapporté par Oporin, son secrétaire, qui couchait dans la même chambre que lui, c'est qu'il se mettait toujours au lit avec ses hauts-de-chausse, et le côté ceint d'une épée; qu'il se relevait souvent au milieu de la nuit pour converser avec Avicenne à la porte des enfers, ou pour s'escrimer contre des pouvoirs invisibles. Mais, comme on le devine, Paracelse était fou, ou tout au moins halluciné; la boisson et la débauche l'ayant probablement rendu tel. Avec le judicieux Zimmermann, et toute la philosophie du dix-huitième siècle, l'accuserons-nous d'ignorance, de fourberie et d'imposture? Mais aux hommes de cette espèce la célébrité ne suffit pas; il faut encore des honneurs et des richesses. Or, après une vie pleine d'orages et de misères, il mourut humilié, inconnu, non dans un cabaret comme on l'a dit, mais à l'hôpital de Salzbourg, laissant après lui pour tout héritage la Bible et les lettres de Saint-Jérome. Voilà la fin de cet homme qui devait amasser sur sa tête tant d'éloges et de colères, de haines et d'enthousiasmes, d'admiration et de calomnie.

Soyons plus justes et plus vrais aujourd'hui à son égard. Considérons en lui deux hommes: le pauvre insensé qu'il faut plaindre, et le père de la thérapeutique moderne, digne encore de tous nos hommages. Au dix-huitième siècle l'éclat de l'université de Bâle s'affaiblit visiblement; elle ne compte plus qu'un petit nombre de médecins de renom, mais avant de mourir elle enfante des hommes qui, dans les scieces mathématiques, se placent à côté de Newton et de Leibnitz: Euler et les deux Bernouilli.

Maintenant ce vieux champ-clos d'éloquence et d'érudition ne retentit plus que du clapotement des cigognes, ses nouveaux hôtes. Reconstituée pour la seconde fois en 1821, elle eut jusqu'en 1827 plus de sept cents étudians; mais depuis le partage des fonds alloués par le gouvernement entre Bâle ville et Bâle campagne, sa ruine est complète, car c'est à peine si elle est fréquentée par dix élèves.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— M. Dumes, prcfesseur adjoint à la Faculté des sciences de Paris, chargé du cours de chimie pendant la présente année classique, est autorisé à se faire suppléer par M. Péligot, docteur ès-sciences.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

que prennent naissance les principaux phénomènes de l'inflammation. On peut donc dire qu'il est la matrice de ce travail morbide.

Le tissu cellulaire est libre dans quelques-unes de ses parties ; dans les autres il est combiné avec les organes.

C'est surtout dans le tissu cellulaire libre que se développe la véritable inflammation ; celle qui porte le nom de *phlegmon* et qu'on est convenu de prendre pour le type de tout travail de la même nature.

Il n'est pas rare probablement que l'inflammation, en frappant un organe, s'attache d'abord au tissu cellulaire qui entre dans sa composition, pour n'envahir que plus tard le parenchyme lui-même. La structure anatomique des glandes salivaires permet d'y reconnaître, d'une manière bien manifeste, cette marche du travail inflammatoire. En effet, les grains glanduleux qui composent la parotide, sont séparés par un tissu cellulaire très visible à l'œil nu ; celui-ci s'enflamme, de la douleur, de la tension et tous les phénomènes qui caractérisent l'inflammation surviennent, mais souvent le travail morbide respecte les grains glanduleux, aussi n'observe-t-on alors aucun trouble dans la sécrétion de la salive.

Quand une séreuse s'enflamme, c'est beaucoup plus rarement le réseau vasculaire qui compose la séreuse elle-même, que le tissu cellulaire sous jacent qui est le siége du travail morbide. Dans la méningite, on on trouve assez souvent l'arachnoïde intacte ; c'est dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien que se trouvent les épanchemens séreux, purulens, etc., en un mot, tous les produits de l'inflammation.

Le tissu cellulaire qui double les muqueuses reste au contraire fort souvent étranger à l'inflammation de la membrane. On voit la muqueuse gastrique enflammée étendre au loin ses irradiations sympathiques et le tissu cellulaire qui la double rester parfaitement sain.

La conséquence la plus ordinaire de l'inflammation du tissu cellulaire, c'est la suppuration. Comme toutes les parties enflammées, le tissu se gorge de sang ; les vaisseaux s'y dessinent de plus en plus. Il perd son expansibibité ; il devient friable. Le liquide qu'il sécrète normalement se change en une sérosité trouble, dans laquelle nagent bientôt des flocons grisâtres. Après un certain temps, le liquide s'est épaissi ; il a acquis des propriétés nouvelles : c'est du véritable pus. D'abord infiltré dans le tissu qui l'a produit, le pus bientôt se creuse une cavité dans laquelle il se réunit en foyer. L'existence de la collection, la facilité avec laquelle elle se forme, dépendent de la disposition anatomique des parties ; il n'est pas de l'objet de ce cours d'insister sur ce sujet avec détail. Quand le pus est réuni en foyer depuis un certain temps, il s'enveloppe d'une membrane sécrétante qui tapisse les parois de la cavité. Cette membrane offre d'autant plus d'épaisseur et de résistance, que la formation de l'abcès remonte à une époque plus éloignée. Mais en même temps, commence à s'opérer un travail qui tend à pousser au dehors le pus colligé. C'est *l'inflammation ulcérative* de Hunter, dont je vous ai parlé précédemment. Le pus se dirige vers le tégument cutané ou vers les surfaces muqueuses ; le long trajet que quelquefois il parcourt pour gagner l'une ou l'autre de ces surfaces est vraiment merveilleux. C'est ainsi que les abcès du poumon perforent les parois des tuyaux bronchiques, pour être éliminés par l'expectoration ; d'autres fois ils se dirigent vers l'extérieur, perforent la plèvre, ulcèrent les muscles intercostaux, les muscles superficiels, le tissu cellulaire sous-cutané, la peau enfin, et se font ainsi jour au dehors.

On voit des abcès du foie qui traversent le péritoine, le diaphragme, la plèvre, les bronches, pour qu'enfin l'expectoration puisse en débarrasser l'organisme. Je laisse à la chirurgie le soin de vous donner les détails de ces intéressans phénomènes. Quand l'expulsion est accomplie, un nouveau travail survient, la cicatrisation commence ; les lois qui président à ce travail sont vraiment admirables ; leur mécanisme, simple et régulier, rappelle la belle harmonie des lois que suivent les mouvemens des corps célestes.

Un tissu de nouvelle formatiou réunit, en les rapprochant, les parties qui s'étaient ouvertes pour laisser passer la matière morbifique. Quelquefois le tissu de cicatrice est de même nature que les parties qu'il unit. Ainsi, une muqueuse perforée se répare par un tissu analogue de tout point, si on en excepte l'existence des follicules, à celui du reste de la membrane. Les membranes fibreuses se réunissent par un tissu véritablement fibreux. Mais d'autres fois le tissu cicatriciel diffère de nature avec les tissus qu'il eut à rapprocher. Les fibres musculaires se cicatrisent par l'intermédiaire d'un tissu fibreux. Tout le monde connaît la différence qui existe entre une cicatrice cutanée et la peau elle-même.

(*La suite au prochain numéro.*)

MARDI 17 MARS 1840. (15e ANNÉE.) N° 33, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Leçons sur les maladies syphilitiques.

Définition. Qu'entend-on sous le nom de maladies vénériennes? Il serait vraiment difficile d'en donner une définition générale et rigoureuse. Astruc, qui avait fort bien compris cette difficulté, s'est abstenu de hasarder une définition quelconque en tête de son ouvrage, d'ailleurs si estimable. Il est facile de se rendre compte de son silence quand on songe au nombre infini d'affections disparates qui, depuis long-temps, sont rassemblées sous le nom que nous venons d'indiquer.

Pour faire mieux apprécier cette opinion, nous allons rappeler deux définitions qui ont été émises à une époque rapprochée de nous par deux hommes appartenant à des écoles opposées.

Ainsi, M. Lagneau, qui représente l'école classique, dit : que la syphilis est une maladie éminemment contagieuse, affectant ordinairement les organes génitaux des deux sexes, et qui se manifeste après un coït impur. Selon ce médecin, elle donne lieu à des symptômes divers, pouvant se développer sur différens points du corps.

M. Jourdan, de son côté, interprète de la doctrine dite physiologique, s'exprime ainsi : Si on était rigoureux dans la valeur des mots, il ne faudrait appeler maladies vénériennes que celles qui seraient la conséquence du contact des organes genitaux sains avec des organes génitaux enflammés ou malades. L'usage, plus fort que la grammaire, fait donner ce nom à celles qui sont la conséquence du contact d'une surface saine quelconque avec les organes génitaux enflammés ; du contact d'une surface saine avec une surface ulcérée ou enflammée ; du contact médiat ou immédiat avec des organes génitaux ulcérés ou enflammés.

Enfin, à des affections différentes naissant sur un même individu, dans des parties du corps plus ou moins éloignées de celles qui ont été le point de départ de la maladie.

Il est facile de voir que, de part et d'autre, ces définitions restent vagues et ne peuvent réussir à trancher la difficulté. A leur place nous proposons celle qui suit.

On doit entendre sous le nom de maladies vénériennes, sans rien préjuger de leurs causes ou de leurs symptômes, celles qui sont la conséquence plus ou moins rapprochée ou éloignée des rapports sexuels.

Synonymie. Rien de plus varié que la synonymie des affections syphilitiques. Les uns, se reportant aux formes diverses de la maladie, l'ont appelée par des noms qu'ils tiraient des symptômes les plus fréquens ; ainsi, les écrivains du quinzième siècle, frappés de sa forme pustuleuse, l'ont appelée *morbus pustularum* ; les Espagnols, *las bubas, buas, bons*; les Gênois, *lo male de la tavelle; il malo delle bolle; la virole, la grosse vérole*, par les Français.

Puis sont venus les noms des saints renommés pour la cure de ces maladies : *morbus sancti Mævii*, par les Allemands ; *sancti Sementi*, par les Espagnols ; *morbus sancti Jobi, sancti Rochi, sancti OEvagrici, sanctæ Reginæ*, etc.

Plus tard, les différentes nations s'accusant de sa transmission, se renvoyèrent leurs noms accolés à ceux de la maladie. Ainsi, les Italiens, *mal francese*; les Français, *mal de Naples* ; les Allemands, les Anglais, *mal français, morbus gallicus*: les Belges, les Africains, *mal espagnol*; les Indiens, les Japonais, *mal portugais* ; les Polonais, *mal allemand*; les Russes, *mal polonais*; les Turcs, *mal des Francs*; les Persans, *mal des Turcs*, *mal américain* par tous. Une fois que l'on supposa cette origine, l'on put, pour ainsi dire, suivre la filiation de la maladie dans les relations de guerre, de commerce, de voisinage des différens peuples.

Rappellerons-nous les noms de *las buas, pustulas, pudendagra, mentagra, mentulagra, passio saturnina*, etc.

Enfin, Frascator voulant mettre tout le monde d'accord, en renvoya la faute aux dieux, et imagina le mot de *syphilis*, du nom de *Syphilus*.

Celui-ci, berger du roi Alcitoo, s'étant énorgueilli d'avoir mille génisses blanches et mille brebis grasses, pendant qu'il n'y avait au ciel qu'un bélier, qu'un taureau et qu'un chien pour les garder, fut puni de son insolence. Les dieux envoyèrent une peste inconnue dont il fut atteint ; son corps fut couvert de pustules et d'ulcères, et le fléau, du nom du berger profane, fut nommé *syphilis*.

Origine. L'étude de ces noms ramène nécessairement à l'histoire ; d'où venaient ces maladies? Etaient-elles nouvelles? On sait combien de débats, combien d'opinions contradictoires se sont élevées à ce sujet. Les uns voulaient que la syphilis ait été de tous les temps ; pour les autres, elle ne datait que de la grande épidémie du quinzième siècle, de la conquête de l'Amérique. De nos jours, ces questions sont encore, comme à leur naissance, la source d'avis opposés.

Quoi qu'en dise le savant et laborieux Astruc, on retrouve la description fidèle des accidens vénériens dans les livres anciens. Les Grecs, les Arabistes, les Latins, décrivent tous les symptômes ; on peut reconnaître les accidens primitifs, les accidens constitutionnels. Déjà on en rapportait la cause à l'union sexuelle, sauf une cause spécifique qui a été admise à une époque plus reculée, par Guillaume de Salicet, par exemple.

Une autre grande source d'erreurs, c'est qu'avant le quinzième siècle, la corrélation entre les symptômes primitifs et consécutifs avait échappé à tous ; les accidens secondaires bien connus, n'étaient pas appréciés, et encore moins rapportés aux accidens primitifs.

A certaines époques, au contraire, lors de l'épidémie du quinzième siècle, par exemple, ces accidens, par l'action d'une cause ignorée, suivirent beaucoup plus exactement l'apparition des phénomènes primitifs ; parfois même ils se développèrent aussitôt après ceux-ci. Enfin, dans quelques circonstances, on perdit la trace des accidens primitifs ; de nos jours il n'en est plus de même ; les accidens constitutionnels mettent un certain temps à se développer ; on ne les observe même que de loin en loin ; aussi pourrait-on de nouveau perdre la filiation de ces symptômes si l'on n'était suffisamment instruit par les données antérieures.

Quant à nous, nous n'hésiterons pas à dire que les maladies vénériennes telles qu'on les reconnaît aujourd'hui, ont existé et ont été connues dans tous les temps. L'objection d'Astruc, « que les anciens ont, à la vérité, connu des symptômes ressemblant à ce que nous appelons maladies vénériennes, mais que ces maladies ne sont pas identiques, puisque celles des anciens guérissaient sans mercure, tandis qu'il n'en est pas ainsi de nos jours », est loin de prouver le contraire. Ne connaît-on pas, en effet, la gravité de certaines affections chroniques de nature douteuse pour les anciens ; et ne sait-on pas aussi qu'on a pu observer des guérisons survenues soit spontanément, soit sous l'influence d'une médication antiphlogistique ?

La vérole viendrait-elle d'Amérique? C'est l'opinion d'Astruc, que Sanchez nous paraît avoir victorieusement réfutée ; d'ailleurs, n'est-ce pas déplacer la question? Où donc alors les Américains auraient-ils pris la maladie?

Rappelons rapidement quelques-unes des causes que l'on a invoquées à diverses époques ; ainsi :

Certaines conjonctions des planètes, des astres, etc. ;

Un état particulier de l'atmosphère ;

Le coït entre des lépreux et des femmes attaquées de certaines affections des organes génitaux (Paracelse, Brassarole) ;

L'empoisonnement de substances alimentaires, du pain, des eaux de puits, du vin, etc. (Gabriel, Fallope) ;

L'antropophagie (les Français ayant mangé des cadavres pendant la guerre de Naples (Bacon de Verulam), etc.) ;

Des animalcules particuliers (Hoffmann; de nos jours des travaux sur lesquels nous aurons occasion de revenir, ont fait voir ce qu'il y avait de réel dans cette hypothèse) ;

La chair d'iguane, reptile de l'Amérique (Lister). C'est une erreur de copiste. On donnait là chair d'iguane comme remède à ceux qui avaient des accidens secondaires) ;

Le coït entre des hommes et des singes (Overkamp, Linder) ;

L'altération du virus du farcin transmis à l'homme par suite des habitudes de bestialité si communes au moyen-âge (Van-Helmont).

En étudiant ces différentes hypothèses, on ne rencontre rien de probable. Maintenant, si l'on envisage cette question sans idées préconçues, sans sacrifier aux théories, on reste convaincu que les maladies ne naissent pas spontanément : entre deux individus sains, l'on pourra produire

FEUILLETON.

DE L'HOMME ANIMAL ;

Par le docteur Félix VOISIN. (1)

Si M. de Buffon vivait encore, son orgueil se révolterait à la lecture du titre de ce livre ; lui qui se pénétrait tellement de la grandeur et de la suprématie de l'homme, qu'il créa tout exprès pour le genre *homo* un ordre à part, celui des bimanes, afin de ne pas le confondre avec ses voisins, les quadrumanes. Pourtant, il faut l'avouer, M. de Buffon avait tort, et s'il se réveillait du sein des trépassés, force lui serait de courber le front devant l'évidence, et de proclamer cette grande vérité : L'homme est aussi bête que le singe ; et sans chercher la démonstration du théorème dans l'étude zoologique, j'en prends à témoin le grand Despréaux, qui, sans respect pour l'*homo sapiens*, prouve qu'il est le plus sot des animaux (de Paris au Pérou). Cela est humiliant, sans doute ; mais qu'y faire?

M. Voisin qui, comme médecin, a fait une étude approfondie de l'homme physique, et qui, comme philosophe, a scruté ses instincts, ses sentimens et les facultés de son intelligence, a publié son livre dans le but de démontrer qu'il existe en nous certaines facultés qui sont également l'apanage de la brute ; c'est là ce qui justifie le titre de son livre, titre qui pourrait sembler peu révérencieux à l'égard de la dignité humaine : l'auteur est un des plus fervens disciples de Gall et de Spurzheim, et c'est dans l'étude phrénologique qu'il puise ses observations et ses argumens. Plus que bien d'autres, M. le docteur Voisin était à même d'apporter dans son travail le fruit de l'observation et de l'expérience ; car, par la nature de sa spécialité (M. Voisin est directeur d'une maison d'aliénés), il est incessamment en contact avec ces malheureux, victimes de la nature et de la civilisation ; à savoir : les aliénés, les idiots et les criminels. C'est dans une mine si riche que l'auteur a puisé à pleines mains.

Après avoir débuté par un chapitre intitulé : Système philosophique, dans lequel il cherche à se disculper du reproche d'épicuréisme qu'on lui avait adressé, M. Voisin saisit cette occasion pour faire sa profession de foi : il établit que dans tout ce qui constitue la vie instinctive, la vie animale, la vie sensoriale de l'homme, aucun organe ne peut fonctionner régulièrement, non-seulement sans donner un résultat utile, mais encore sans procurer à tout l'organisme un sentiment de bien-être. Il n'est pas, en effet, de fonction quelque infime qu'elle soit (même celles auxquelles président les dieux *Srepitus* et *Sterculus*) qui ne soit accompagnée de sensations voluptueuses. Telle a été la volonté du Tout-Puissant, et l'homme doit s'y soumettre, c'est-à-dire se livrer aux impulsions qui l'entraînent aux jouissances (c'était aussi, comme on sait, la doctrine professée par Fourier). Si c'est là de l'épicuréisme, M. Voisin convient qu'il est épicurien. « Jetons bas nos cilices, dit-il, dépouillons-nous de nos linceuls, et revenons à la vie ; les magnificences de la terre ont été créées pour nous ; il y a mal, il y a ingratitude, il y a folie, il y a désobéissance à n'en pas savourer les délices ; la vie animale est bonne, la vie morale est délicieuse, la vie intellectuelle est superbe ! » Il serait sans doute bien à désirer que les hommes pussent se livrer aux séduisantes sollicitations de M. Voisin, mais malheureusement, cette philosophie ne pourrait être mise en pratique que dans les savanes fertiles de l'Amérique du Sud ou dans les îles Fortunées, car dans notre vieille Europe, la majorité des bipèdes, que feu Diogène comparait à un coq plumé, est condamnée à l'abstinence. Un peu de pain et un gîte feraient bien mieux son affaire.

Après ce chapitre en vient un autre intitulé : Essai sur la nature de l'homme. L'auteur y examine la différence qui existe entre l'observation des psychologistes et celle des physiologistes : les premiers se bornent à l'observation intérieure, ils descendent en eux mêmes, s'observent, s'écoutent, se sentent penser ; ils se livrent à une étude individuelle et toute d'abstraction ; les autres au contraire s'élèvent à la cause, à la condition matérielle et palpable des phénomènes dont ils sont les témoins, c'est-à-dire le cerveau.

Après avoir montré que Gall est le premier qui ait établi la philosophie sur des bases solides en rendant au cerveau ses apanages, M. Voisin s'efforce de prouver que la science de Gall ne conduit pas plus au matérialisme que la psychologie et l'idéologie, systèmes dans lesquels on admet la solidarité du physique et du moral.

Après ces prolégomènes, l'auteur entre en matière et traite successivement de l'amour physique, de l'amour maternel, de la combativité, de la destructivité, de la ruse, de l'alimentivité, du sentiment de la propriété, du sens mécanique et de la circonspection. Ce sont là, d'après Gall et ses sectateurs, les penchans qui sont communs à l'homme et aux animaux ; ainsi, pour ne citer que la constructivité, si l'homme se construit des habitations somptueuses, le castor possède un instinct admirable qui le porte à bâtir avec beaucoup d'adresse ces fameuses huttes, décrites par les voyageurs de l'Amérique du Nod. Chacun de ces noms est rapproché de ses synonymes, c'est ainsi que la ruse se nomme également finesse, savoir faire, penchant à cacher, sécrétivité ; nous signalons cette particularité pour qu'on ne reproche pas à M. Voisin d'avoir employé tantôt la nomenclature de Gall et tantôt celle plus récente de Spurzheim.

L'auteur, après avoir signalé le lien qu'occupent sur le crâne les différens organes affectés à ces penchans, étudie ceux-ci chez l'homme et les animaux ; l'un des meilleurs chapitres est sans contredit celui où M. Voisin étudie le penchant à détruire, qui semble être un apanage inhérent à tous les animaux depuis l'infusoire jusqu'au cétacé ; cependant, pour notre part, nous ne sommes pas en tout point de l'avis de l'auteur, lorsque, tout en reconnaissant que l'homme porte en lui le germe de ce terrible penchant, il ajoute que l'homme n'est point naturellement féroce ni sanguinaire ; à notre avis l'éducation seule parvient à dompter chez lui ce triste penchant, et nonobstant, nous pourrions, l'histoire à la main, soutenir la proposition contraire de celle émise par l'auteur, mais ce n'est pas ici le lieu d'examiner cette question, contentons-nous de recommander la lecture de l'*Homme animal*, c'est l'œuvre d'un homme de bien et d'un écrivain plein d'élégance.

RECHERCHES CLINIQUES SUR L'AUSCULTATION DES ORGANES RESPIRATOIRES ET SUR LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ;

Par le docteur J. FOURNET. Ouvrage couronné en 1837, au concours des hôpitaux de Paris (1).

Voici un livre dont la seule analyse serait un long travail ; en effet, l'importance du sujet que traite M. Fournet, les données nouvelles qu'il fournit à la séméiologie et au traitement prophylactique des affections pulmonaires, et surtout de la phthisie, tout

(1) Un vol. in-8°. Chez Béchet jeune.

(1) Deux vol. in-8°. Chez Chaudé, éditeur, rue Molière, 2.

une blennorrhagie, mais jamais on ne verra se développer un chancre. Il faut donc un point de départ ; mais est-ce à dire qu'il faille l'inventer parce qu'on ne peut l'apprécier, parce qu'il est impossible de le saisir? Non certainement.

De toutes ces suppositions, celle de Van-Helmont est la plus probable, et nous ne serions pas éloigné de l'admettre en partie. Mais, dit-on, cette transmission est restée inaperçue : c'est possible. A-t-on connu de tout temps la transmission de la vaccine à l'homme? Y a-t-il long-temps que l'on connaît les phénomènes de la contagion de la morve? Ne pourrait-on pas, dans la nuit des siècles, avoir perdu la trace de cette origine? Nous aurons occasion de revenir avec détails sur ces idées.

Époques ou périodes de la syphilis en Europe. Astruc croit pouvoir établir diverses périodes pour faciliter l'étude de cette maladie ; il pense qu'on peut leur donner pour type les différentes modifications ou formes qu'elle aurait offertes alors. Cet auteur fait six classes.

Première époque, de l'an 1494 à 1514. C'est la grande épidémie dite du XVe siècle qu'on regarde comme l'indice de l'apparition de la syphilis en Europe. Un grand nombre de symptômes variés ont été indiqués par les auteurs.

Deuxième époque, de 1514 à 1526. On lui donne pour symptômes les exostoses, les verrues, les végétations.

Troisième époque, de 1526 à 1540. Les symptômes ordinaires perdent de leur gravité, mais on voit survenir les bubons, l'alopécie, etc. Les bubons avaient cependant été signalés en 1343 par Guillaume de Plaisance.

Quatrième époque, de 1540 à 1550. Beaucoup de symptômes ordinaires disparaissent, et la gonorrhée se manifeste. Mais il n'y a pas le moindre doute qu'elle était connue auparavant, et que si on l'a signalée à cette époque, c'est comme accident de la syphilis.

Cinquième époque, de 1550 à 1610. Caractère principal, le tintement d'oreilles!

Sixième époque, de 1610 à.... La cristalline apparaît; mais de nos jours encore, on ne sait ce qu'on doit désigner sous ce nom. En 1839, M. Moulinié dit que c'est un *herpes phlycténoïdes.*

Au lieu de ces époques, nous allons en indiquer quelques-unes qui nous paraissent mieux déterminées.

Première époque, avant le quinzième siècle. Connaissance des accidens primitifs ; on en rattache l'origine aux rapports sexuels.

Deuxième époque, 1494. Grande épidémie dite du quinzième siècle. Phénomènes généraux graves ; on perd la trace des accidens primitifs.

Troisième époque, 1497 (Benedetti). On reconnaît les accidens spéciaux ; on les rattache à un principe distinct, particulier. Mais on ne s'attache qu'aux accidens virulens seuls ; les accidens non-virulens sont méconnus.

Quatrième époque, 1556 (Fernel). Il admet un principe spécial ; mais il établit une distinction entre des effets primitifs et des accidens constitutionnels dits *secondaires.*

Cinquième époque, 1796 (Hunter). Il reconnaît une cause spéciale, dite *poison vénérien*. Celle-ci peut affecter le corps de l'homme de deux manières: 1° *Primitivement*, c'est-à-dire d'une manière locale, et ces effets immédiats peuvent revêtir *deux* formes. 2° D'une manière générale, *constitutionnellement.* De ces accidens secondaires, les uns sont *sympathiques*, les autres *virulens;* tantôt très rapprochés *de l'époque de l'absorption*, *tantôt plus ou moins éloignés*, comme les maladies des os, du périoste, des muqueuses, etc.

Sixième époque : l'école physiologique, Broussais. Voici ses expressions : « La médecine physiologique ne doit noter que des formes et des degrés de l'irritation dans les différens organes ; elle ne doit s'occuper que des moyens à lui opposer. »

Malgré les immenses services que cette doctrine a rendus à la science, il faut avouer que sous le point de vue qui nous occupe, en faisant oublier la cause première de la maladie, elle a fait faire à son étude un pas rétrograde, qui nous rejette aux opinions admises avant l'épidémie du quinzième siècle. Ainsi, MM. Jourdan, Richond, etc., nient l'existence du virus. « *Appelez-le comme vous voudrez*, disent-ils, *mais ne dites pas virus.* » A côté de cela, ils admettent la contagion. L'influence des organes génitaux est invoquée comme cause de maladie ; il n'y a plus de phénomènes constitutionnels d'empoisonnement, il n'y a que des effets sympathiques.

Septième époque. Eclectisme. On revient à une connaissance plus précise des causes. On démontre l'existence d'une cause spéciale, non plus par le raisonnement et la chronologie, mais par l'expérimentation. On donne la preuve que l'influence des organes génitaux n'est pas nécessaire à la production et à la propagation de la syphilis. On distingue : les symptômes *primitifs* résultant de l'application directe de la cause, et naissant dans le lieu où elle a été déposée ; les symptômes *successifs* développés de proche en proche depuis l'accident primitif et liés entre eux sans interruption ; enfin les symptômes *secondaires*, etc.

Nous admettrons donc comme nom de classe, sans rien préjuger, le nom déjà choisi par Béthencourt en 1527, celui de MALADIES SYPHILITIQUES. Nous diviserons cette classe en deux ordres.

Premier ordre. Maladies appartenant aux causes communes, n'ayant pas de principe spécial, se reproduisant tous les jours et dans toutes les conditions possibles ; affections simples, *non virulentes*, ayant pour type la *blennorrhagie* (syphiloïde, pseudo-syphilis de quelques auteurs).

Deuxième ordre. Maladies ayant un principe spécial, distinct de toutes les causes morbifiques ordinaires ; affections produisant des effets spéciaux, *virulentes*, ayant pour type le chancre et ses conséquences (syphilis et vérole constitutionnelle des auteurs). Cet ordre renferme à étudier :

1° *Accidens primitifs* se montrant aussitôt après la contagion (c'est, avons-nous dit, les chancre et se variétés).

2° *Accidens secondaires*, conséquence de l'absorption, transmissibles par voie d'hérédité, sans être inoculables (maladies des muqueuses, de la peau, des yeux, des testicules, etc.).

3° Accidens tertiaires non inoculables, non héréditaires, mais sujets à des tranformations pathologiques (altérations du tissu cellulaire sous-cutané, sous-muqueux, du tissu fibreux, osseux, etc.).

Pathologie interne. — Cours de M. ANDRAL.

B. *Caractères anatomiques de l'inflammation particuliers aux différens tissus.*

(Suite du n° précédent.)

La nature médicatrice d'Hippocrate n'est autre chose que l'expression exacte de ce double travail d'expulsion du pus et de cicatrisation que je viens de vous décrire. Tout notre art doit consister à faciliter le développement de ces phénomènes ; nous devons nous assujétir aux lois de la nature, sous peine de rester impuissans en face de la maladie. Ce n'est pas un vain adage, Messieurs, que cette phrase si souvent répétée, *medicus naturæ interpres.* Oui, le médecin ne peut être que l'interprête de la nature. Ne soyons pas trop vains ; craignons d'attribuer à nous seuls ce que nous devons mettre toute notre gloire à appeler et à diriger, à savoir les efforts de la nature pour le rétablissement de la santé. En vain, voudrait-on dire que tout cela n'est que métaphore ; j'en appelle à l'observation des faits ; n'y voyez-vous pas l'action évidente d'une force inconnue dans sa nature, mais manifeste dans ses effets, qui travaille à réparer les désordres produits par l'inflammation. Je n'ai abordé que les sommités des faits ; vous trouverez ailleurs les détails. Ici je dois me borner à l'établissement des lois générales.

§ 2. *Tissu vasculaire. — Système sanguin.* Les efforts que l'on a faits pour assigner des caractères particuliers à l'inflammation des vaisseaux capillaires ont été plutôt dirigés par des vues de l'esprit que par la pure observation. Je ne parlerai que de l'inflammation considérée dans les veines, et dans les artères.

Les veines s'enflamment beaucoup plus souvent que le cœur et les artères. On doit se mettre en garde contre la facilité avec laquelle on se méprend sur l'inflammation de ces organes. Il ne suffit pas en effet pour en attester l'existence de constater la couleur rouge de la membrane vasculaire interne. Si cette coloration est uniformément répandue, elle peut être tout aussi bien produite par la transsudation cadavérique que par l'inflammation. La rougeur inflammatoire au contraire est bornée à certains points, ou du moins elle n'offre pas partout une teinte uniforme. La coloration est d'ailleurs alors peu marquée ; elle résiste au lavage ; mais c'est surtout dans le tissu cellulaire sous-jacent qu'existe l'injection vasculaire : c'est là aussi que l'inflammation a son siège principal. Toutefois, la membrane vasculaire se ramollit ; elle subit différentes altérations de sécrétion : tantôt elle fournit un véritable pus ; d'autres fois, c'est de la lymphe coagulable qui est déposée à sa surface. Le sang, de son côté, subit des altérations peut-être dues à un mélange avec les matières produites. Toutefois il se coagule. On a dit que les parfois d'un vaisseau enflammé se dépolissaient ; que les molécules sanguines s'arrêtaient accrochées aux aspérités de la membrane dépolie ; que ces molécules devenaient ainsi le centre d'une sorte de cristallisation dont le résultat aboutissait à la coagulation du sang. C'est à l'expérience à nous apprendre ce que peut contenir de vrai cette ingénieuse explication.

Si le vaisseau enflammé est une artère, le caillot sanguin interrompt le cours du sang ; et si les artères collatérales n'y suppléent pas, les parties que le vaisseau malade était chargé d'alimenter sont frappées de gangrène.

Quand c'est une veine qui est enflammée, la circulation est gênée dans les parties situées au-dessous ; jusqu'à ce que le caillot sanguin ait été expulsé en vertu d'un travail particulier. Mais cette expulsion n'arrive pas toujours : il peut se faire que la lymphe épanchée s'organise ; le sang coagulé se trouve enfermé dans les mailles de ce tissu de nouvelle formation ; il est résorbé molécule à molécule. Les parois des vaisseaux dans la partie enflammée s'unissent l'un à l'autre par l'intermédiaire de la lymphe organisée ; le calibre du vaisseau diminue, il finit par s'oblitérer complètement. A sa place, on ne trouve plus qu'un

---

cela exigerait de longs développemens que l'étroitesse de notre cadre nous force de tronquer. En outre, pour se bien pénétrer de l'importance des recherches consignées dans cet ouvrage, il faudrait en lire chaque page ; car c'est un tout continu dont toutes les parties s'enchaînent d'une manière tellement étroite, qu'il serait difficile de les scinder sans nuire à l'ensemble. Nous nous bornerons donc, dans ce court aperçu, à signaler quelques-uns des points neufs et originaux que renferme en grand nombre cette œuvre qui a dû exiger un grand esprit d'observation, et une patience infatigable.

« Il reste et il restera long-temps encore beaucoup à faire, disait Sénèque, et dans mille années l'occasion d'ajouter quelque chose à la science ne sera refusée à aucun de nos descendans. » Cette vérité a trouvé de nombreuses applications dans toutes les sciences, et surtout en médecine ; car on est vraiment étonné des progrès qu'elle a faits depuis une cinquantaine d'années. Laënnec, dans son immortel ouvrage, avait établi un certain nombre de propositions que personne n'avait osé contredire ; cependant il s'est trouvé quelques observateurs qui, pleins de hardiesse, ont osé douter de la parole du maître, et qui, nonobstant leur respect pour le génie du créateur de l'auscultation, n'ont pas craint de porter une main téméraire sur cette arche sainte.

M. Bouillaud, marchant sur les traces de Laënnec, avait agrandi le domaine des maladies du cœur ; M. Fournet a également suivi les traces du médecin breton, et après avoir confirmé par ses propres observations les travaux du grand homme, il a vu qu'il y avait encore à glaner sur ses pas ; c'est le résultat de ses travaux qu'il vient de livrer aux méditations des hommes de l'art. Quelques uns le croiront sur parole, d'autres voudront vérifier par l'observation clinique quelques-unes des assertions émises par lui ; mais dans une semblable vérification, il faut de l'habitude et une grande attention : car il s'agit d'explorations d'une grande délicatesse, et dont l'étude exige une oreille fine et déliée ; il faut que l'ouïe soit organisée et exercée de manière à pouvoir saisir les différens bruits qui se produisent dans les profondeurs du thorax ; les examiner quand ils se montrent séparément ; les isoler quand ils sont multiples ; de même qu'un musicien consommé qui, dans un immense concert, saisit l'ensemble d'une symphonie et isole les unes des autres les modulations variées de chaque voix et de chaque instrument. Malheureusement, tous les praticiens ne sont pas assez bien organisés pour se livrer à de semblables études : quelques-uns se contentent d'employer l'auscultation *grosso modo*, et sont satisfaits quand ils ont pu discerner le râle caverneux du râle crépitant, et l'égophonie du souffle tubaire. Ces respectables praticiens demanderont à quoi bon connaître des bruits qui par leur délicatesse échappent à l'oreille du vulgaire, et quelle est l'utilité de ces connaissances acquises par tant de travail et d'attention. A cela nous répondrons que quand il s'agit de médecine, et surtout d'une de ses branches les plus importantes, le diagnostic, il ne faut rien négliger. Que sera-ce si la connaissance de ces bruits, que vous traitez de frivose, fournit au médecin des données utiles pour le traitement prophylactique et curatif des maladies thoraciques? La chûte d'une femme fit connaître l'attraction ; une éruption aux pis de la vache avait long-temps passé inaperçue, lorsqu'un homme de génie s'en empara et borna les ravages de la variole.

On le voit donc, il ne faut rien négliger, pas même les petites choses, car on peut les faire tourner au profit de la science. Si, marchant sur les traces de M. Fournet, l'homme de l'art, armé du stéthoscope, se met en devoir d'explorer avec soin la poitrine des malades ; s'il familiarise son oreille avec les phénomènes sonores qui s'y produisent ; si, en un mot, par ses propres observations, il confirme les travaux de M. Fournet, il en ressortira cet important corollaire, à savoir qu'on peut diagnostiquer la phthisie à sa première période, et diriger contre elle les moyens propres à la faire avorter lorsqu'elle n'est encore qu'à l'état embryonnaire, et suivre ainsi le *principiis obsta.*

L'ouvrage est divisé en deux volumes, le premier contient les recherches de l'auteur sur l'auscultation, et le second celles auxquelles il s'est livré sur la phthysie.

Dans le tome Ier, qui contient 390 pages, M. Fournet établit qu'il existe un bruit inspiratoire et un bruit expiratoire, au lieu d'un seul qui avait été décrit par Laënnec, et que, lorsqu'il y a production de phénomènes sonores morbides, leur manifestation coïncide avec l'inspiration et l'expiration ; c'est à la démonstration de ces deux vérités que sont consacrés huit chapitres, dont quelques-uns sont divisés en plusieurs articles.

Le premier chapitre traite des phénomènes sonores physiologiques de l'appareil respiratoire. Le deuxième chapitre traite des mêmes phénomènes à l'état morbide. Dans les six autres, il est question de la marche et du rapprochement des phénomènes morbides, de leur valeur relative, de leurs combinaisons diverses, de leur classification et des lois de coexistence des phénomènes sonores morbides avec l'inspiration ou l'expiration ; puis l'auteur étudie les caractères fournis par les bruits inspiratoires et expiratoires dans chacune des maladies du système respiratoire considérées en particulier, enfin il examine le siége primitif au lieu d'origine des bruits physiologiques et morbides de l'appareil respiratoire, puis il passe à l'étude du mécanisme de ces bruits. Toutes les sections de ce premier volume contiennent un grand nombre de faits nouveaux qui sont exprimés avec clarté, telles sont entre autres les expériences ingénieuses que l'auteur a faites sur l'éponge afin d'éclairer le mécanisme de la production des bruits secs ou humides qui se manifestent dans la poitrine.

Le deuxième volume, qui contient 628 pages et 17 chapitres, est précédé d'une introduction, dans laquelle l'auteur fait connaître les voies qu'il a suivies pour arriver à la détermination des signes du premier degré de la phthisie pulmonaire. Ces voies sont au nombre de deux. L'auteur a d'abord pris pour point de départ des phthisiques dont la maladie était bien caractérisée, et chez lesquels il a suivi avec soin les signes produits par l'envahissement successif du reste des poemons ; puis il a suivi les changemens graduels subis par les bruits respiratoires chez des malades traités pour des affections étrangères à la poitrine, mais qui, après avoir dépéri pendant un temps variable, étaient pris des symptômes de la phthisie qui suivaient une marche progressive jusqu'à la mort.

Ainsi, dit M. Fournet, par la première méthode on s'autorisait du passé pour déterminer la nature et la valeur du présent ; tandis que par la deuxième, on réservait à l'avenir de décider sur le passé. C'est en suivant cette double voie, que M. Fournet est arrivé à la connaissance des faits importans consignés dans le tome II.

Après avoir successivement examiné l'influence de la constitution, de l'âge, du sexe, de l'hérédité, etc., sur la production des tubercules pulmonaires, l'auteur arrive au chapitre 6, où il aborde l'étude des signes fournis par l'examen du système respiratoire ; ce chapitre est le plus digne d'intérêt, car c'est là que M. Fournet expose le résultat de ses recherches ; il en résulte que dans la 1re période de la phthisie, il y a augmentation d'intensité du bruit inspiratoire. Ainsi, à l'état normal ce bruit étant exprimé par 10, dans le cas qui nous occupe, il pourra s'élever à 12, 15 et même 18 ; en même temps il y a diminution de durée de ce même bruit, en sorte qu'en prenant le même chiffre 10 pour point de comparaison, cette durée ne sera plus que de 8, 7, 6 et même 5. Mais il arrive assez souvent que l'intensité et la durée du bruit inspiratoire ne subissent pas de modification appréciable ; alors ce bruit conserve son chiffre normal, et le bruit expiratoire est à peu près seul altéré. Un des caractères que l'auteur signale

cordon fibreux ; il arrive même qu'un bout d'un certain temps, le cordon fibreux se résout en tissu cellulaire. Le cours du sang est interrompu par cette voie ; mais qu'importe ? la nature trouvera bien moyen de le rétablir en dilatant les vaisseaux collatéraux ; il semble même quelquefois qu'elle en crée qui n'existaient pas.

L'inflammation de la membrane qui tapisse les cavités du cœur, présente des phénomènes analogues à ceux que je vous ai décrits dans l'inflammation de la tunique interne des veines et des artères. Toutefois, toutes les conséquences qu'amène cette dernière, ne se retrouvent pas dans l'inflammation de l'endocarde. Ainsi, les cavités du cœur sont trop vastes pour qu'une endocardite puisse jamais les oblitérer complètement. Quoi qu'il en soit, l'endocardite produit un rétrécissement subit et manifeste des orifices du cœur. La surface interne de cet organe prend un aspect grenu ; à ses parties les plus dépolies, on voit adhérer des caillots sanguins. Voilà pour l'endocardite aiguë. Si cette maladie est chronique, on trouve l'endocarde notablement épaissi, couvert de larges taches opaques, surtout dans la portion qui correspond aux valvules. Ces altérations sont les seules qui existent nécessairement ; mais il peut s'en développer d'autres, comme des concrétions cartilagineuses, osseuses, crétacées, pierreuses, etc. Il est fort rare que du pus soit sécrété à la surface de l'endocarde enflammé.

L'inflammation, au lieu de se borner à la tunique interne, peut envahir la totalité des parois vasculaires. Les vaisseaux alors s'épaississent considérablement ; les parois veineuses présentent une consistance qui les fait ressembler à des artères. En même temps les parois enflammées se ramollissent, deviennent friables.

Le cœur aussi peut être enflammé dans toute l'épaisseur de ses parois ; souvent il en résulte du pus qui soulève l'endocarde ou qui s'amasse plus loin entre les fibres musculaires. Celles-ci d'ailleurs se sont ramollies au point de se déchirer facilement sous le doigt qui les presse. Parfois on observe une cardite véritablement ulcérative ; elle peut aboutir à une perforation complète du cœur, toujours alors le ramollissement est extrême : telles sont les conséquences prochaines de la cardite. Parmi les conséquences éloignées, il faut noter l'hypertrophie du cœur. En effet, dans la cardite les orifices du cœur sont rétrécis ; cet organe, pour chasser le sang, a besoin de se contracter avec plus de force, et vous savez que c'est une loi de l'organisme que tout organe dont l'activité est augmentée devient le siége d'une nutrition plus active. Vous comprenez ainsi le mécanisme en vertu duquel le cœur s'hypertrophie. C'est de la même manière que vous voyez les parois de l'estomac acquérir une épaisseur considérable dans les cas du rétrécissement du pylore ; la vessie s'hypertrophie quand un obstacle, situé à son col, empêche l'excrétion des urines.

Système lymphatique. — On a rarement constaté l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ; les cas dans lesquels elle l'a été provenaient toujours d'une violence extérieure. Le pus qu'on rencontre quelquefois dans les lymphatiques a-t-il été sécrété par les parois de ses vaisseaux, ou bien n'ont-ils fait que l'absorber ? C'est une question sur laquelle je ne puis vous donner de solution. On a dit dans un certain temps, et Broussais surtout a appuyé cette hypothèse, que les dégénérescences tuberculeuses, cancéreuses, en général tous les produits accidentels, étaient dus à une inflammation spéciale du système lymphatique. Je ne crois pas nécessaire de vous montrer combien est peu soutenable une telle supposition.

Les ganglions lymphatiques sont beaucoup plus fréquemment enflammés que les vaisseaux du même système. Mais le plus souvent, leur inflammation dépend du voisinage d'une partie malade. C'est un fait que tous les chirurgiens connaissent bien pour les ganglions extérieurs; mais il est facile de le démontrer aussi pour ceux qui sont situés profondément. On sait fort bien que les ganglions bronchiques s'enflamment très souvent par suite des maladies du poumon. Il en est de même pour tous les ganglions mésentériques dans les maladies de l'abdomen.

Un ganglion lymphatique enflammé augmente de volume : il prend une teinte rouge lie de vin ; il se ramollit et devient spongieux ; dans certains cas son tissu est analogue à celui de la rate. Assez souvent il finit par suppurer comme on le voit dans les ganglions tant intérieurs qu'extérieurs. J'ai rapporté dans la *Clinique médicale* un cas où je trouvai à la partie supérieure de la portion thoracique de la colonne vertébrale un chapelet de ganglions lymphatiques dont chacun formait un petit abcès.

L'inflammation des ganglions lymphatiques participe aux caractères de la maladie dont elle est la conséquence.

Les ganglions bronchiques, s'ils s'enflamment chez le phthisique, se tuberculisent presque toujours. Quelquefois, cependant, comme on peut s'en assurer chez les enfans, des tubercules se développent primitivement et isolément dans les ganglions bronchiques. La facilité avec laquelle la dégénérescence cancéreuse envahit les ganglions lymphatiques chez les individus qui portent des cancers, est connue de tous les praticiens. Rien de plus fréquent, dans le cancer du sein, que de trouver les ganglions axillaires en proie au vice cancéreux. Au voisinage de l'utérus atteint de cancer, il est commun de trouver des masses cancéreuses dues à la dégénérescence des ganglions lymphatiques de cette région. De même dans les cancers de l'estomac, les ganglions voisins sont envahis par le vice cancéreux.

A. le F.

HOPITAL DE LA PITIÉ. M. Lisfranc.

Tumeur cancéreuse du rectum offrant le volume du poing d'un adulte, composée de noyaux squirrheux, et insérée par un pédicule à un pouce au-dessus du sphyncter de l'anus ; douleurs lancinantes ; hémorrhagies abondantes, écoulement continuel de sanie purulente ; état d'anémie et d'épuisement du malade. Ablation de cette tumeur à l'aide d'une ligature ; cessation immédiate de tous les accidens ; guérison radicale en trente-cinq jours.

Pierre Chalot, ébéniste, âgé de quarante-trois ans, d'un tempérament bilieux et d'une assez bonne constitution, éprouva, vers la fin de 1838, des douleurs et des cuissons très vives dans l'intérieur de l'anus, lesquelles revenaient chaque fois qu'il se présentait à la garderobe.

Peu de temps après, il se développa dans cette région des tubercules durs et douloureux, qui s'opposèrent au libre passage des matières.

Plusieurs médecins consultés tour à tour, regardèrent cette maladie comme une simple incommodité produite par des hémorrhoïdes, et crurent qu'elle allait céder aux moyens employés en pareil cas.

Le malade usa donc des onguens de toute espèce ; bains, pilules, lavemens, tout fut employé sans succès pendant plusieurs mois consécutifs.

Au bout de ce temps, la maladie avait fait des progrès assez rapides ; l'issue des excrémens était devenue si difficile, que le malade se présentait dix fois à la selle avant de pouvoir en rendre quelque portion.

Un dérangement dans les digestions, des faiblesses, une sorte de défaillance avec tiraillement dans l'estomac, furent suivis de symptômes plus inquiétans.

Cet homme mangeait peu pour éloigner le besoin d'aller à la garderobe, aussi les souffrances et l'inanition l'avaient-elles réduit dans une telle faiblesse qu'il pouvait à peine marcher lorsqu'il se rendit à la Pitié, le 7 janvier, où il fut reçu et couché au n° 15 de la salle Saint-Louis.

Le lendemain, à la visite, M. Lisfranc ayant porté le doigt dans le rectum (ce qui n'avait pas été fait en ville), découvrit une tumeur mamelonnée assez considérable et adhérente à la paroi postérieure de l'intestin par un pédicule.

Cette tumeur, composée de tubercules durs, rougeâtres et ulcérés, se présentait souvent à l'anus et simulait des hémorrhoïdes.

Ces tubercules, étant près de l'anus, avaient acquis du volume par les efforts que le malade faisait pour aller à la garderobe ; ils avaient augmenté en peu de temps, fermaient en partie le canal, et l'extrémité de ce conduit était si rétrécie que les matières fécales passaient comme par une filière et étaient recouvertes de pus qui s'échappait avec elles et qui s'était accumulé au-dessus et autour de la tumeur.

Ces tubercules étaient plus durs et plus douloureux que des hémorrhoïdes, et comme on ne s'était point opposé à leurs progrès, ils s'étaient engorgés et recouverts de vaisseaux variqueux qui ont produit des hémorrhagies.

Lorsque la tumeur de ce malade venait à être irritée soit par le passage ou l'accumulation des matières stercorales trop dures, elle se gonflait, s'enflammait, devenait excessivement douloureuse ; le plus léger mouvement suffisait pour éveiller les douleurs et la faire saigner abondamment. Enfin un écoulement purulent fétide et sanguinolent suintait continuellement par l'anus et épuisait le malade.

En portant le doigt enduit de cérat dans le rectum, et en le déviant en avant, afin d'éviter les tube[illegible]les qui remplissaient presque toute la capacité du ca[illegible]on pouvait facilement s'assurer qu'en arrière, au-d[illegible]au-tour du pédicule, le rectum était sain.

L'épaisseur des plus grandes portions de ces tubercules fongueux était d'environ un demi-pouce à un pouce. Comme nous l'avons dit, des tumeurs avaient dégénéré en cancer, et elles occasionnaient des douleurs excessives qui se propageaient dans le canal intestinal et le bassin.

Avant que de rien entreprendre pour ce malade, M. Lisfranc voulut l'acclimater à l'air des salles, et la suite prouva que cette précaution était bien nécessaire, car le malade éprouva pendant quelques jours un accroissement dans ses douleurs, une augmentation dans les hémorrhagies, accroissement dû évidemment à la constitution médicale si mauvaise qui régnait à cette époque.

Au moment d'opérer ce malade, le professeur a développé quelques considérations sur le mode opératoire à mettre en usage chez cet homme.

Plusieurs moyens, a-t-il dit, étaient à notre disposition pour y parvenir, la ligature et l'excision.

Nous avons choisi le premier parce que la tumeur était pédiculée, et que le pédicule était étroit ; aussi l'avons-nous étreint assez facilement. Ce moyen n'exposait pas aux hémorrhagies, et en serrant fortement, nous avons éteint la sensibilité qui avait été d'abord vivement excitée.

dans la première période de la phthisie, c'est la sécheresse, la dureté et la rudesse du bruit inspiratoire. Quant au bruit expiratoire, il présente constamment dans cette première période, une augmentation d'intensité et de durée.

On peut considérer l'ouvrage dont nous venons de parler comme un long développement de la proposition suivante : il est possible dans le très grand nombre des cas de reconnaître la tuberculisation des poumons dès le moment où elle s'accomplit, même à un très léger degré, et de déterminer l'étendue et le degré dans lesquels cette tuberculisation s'est effectuée ; par conséquent de la combattre dès son principe par des moyens appropriés.

Avant de terminer, nous dirons quelques mots de la *congestion sanguine active* des poumons, sur laquelle M. Fournet appelle l'attention, et à laquelle il consacre vingt pages de son travail. L'auteur a observé cet état particulier sur vingt trois malades qui lui ont servi à en tracer l'histoire. Après avoir fait connaître de quelle manière son attention fut éveillée sur ce point, l'auteur établit :

1° Que toutes les fois que se trouveront réunis les caractères humide et visqueux, le râle humide à bulles continues, l'abaissement du chiffre de l'inspiration surtout, de l'oppression, une expectoration blanche, muqueuse, aérée, un peu visqueuse, une sensation distincte d'essoufflement, un état général de pléthore sanguine active dans la partie des organes pulmonaires où se font entendre les premiers de ces bruits.

2° Que cette congestion active peut se terminer par l'hémorrhagie, la pneumonie ou la résolution, cette dernière terminaison étant la plus fréquente.

3° Que l'anatomie pathologique de la congestion pulmonaire sanguine active, autant qu'il est possible d'en juger par un seul cas cité par l'auteur, sont la *surnatation* de la douleur congestionnée dans le liquide où on la plonge ; compressibilité du tissu dont la friabilité disparaît par un lavage prolongé qui en exprime le sang, et lui rend sa flaccidité, sa résistance, son élasticité et son volume naturels. Le tissu contient une assez grande quantité de sang liquide, un peu épais, d'un rouge assez prononcé. absence complète de granulations. M. Fournet oppose à chacun de ces caractères les moyens propres à distinguer l'état de congestion active d'avec l'inflammation, et cherche ensuite à prouver que cet état pathologique diffère de la pneumonie hypogastrique.

Les bornes dans lesquelles nous devons nous renfermer ne nous permettant pas de pousser plus loin l'examen de ce travail plein d'intérêt, nous ne saurions mieux faire que d'y renvoyer nos lecteurs.

M. de St-L.

Académie des Sciences. — Séance du 9 mars.

Enfant à quatre jambes. M. Geoffroy Saint-Hilaire met sous les yeux de l'Académie deux dessins faits d'après un enfant qu'il avait précédemment décrit et figuré dans le onzième volume des Mémoires de l'Académie. L'enfant avait seulement deux à trois ans quand il fut pour M. Geoffroy l'objet d'un premier examen. Dans les neuf années qui se sont écoulées depuis cette époque, ce jeune sujet s'est développé d'une manière remarquable ; certaines difformités qu'il présentait se sont réformées complètement ; d'autres se sont modifiées de manière que sans cesser d'offrir une disposition anormale elles remplissent pour l'individu un but utile. Par exemple, les deux jambes normales, qui diffèrent entre elles de longueur, se sont égalisées et la station est solide. Les deux jambes supplémentaires ankylosées et en partie réunies par des tégumens au lieu de former un appendice incommode, constituent une sorte de tabouret que l'individu porte partout avec lui, attaché à la partie partie postérieure du bassin, comme le vacher suisse quand il va traire ses vaches au pâturage, et sur lequel il se repose quand il est fatigué.

Une commission composée de MM. Serres et Magendie, est chargée d'examiner ce jeune sujet.

— *Appareils pour l'extraction des corps tombés dans la vessie.* M. Leroy-d'Etiolles présente des instrumens qu'il a imaginés pour l'extraction de tiges métalliques tombées dans la vessie, et de portions d'instrumens de lithotritie rompus par des manœuvres imprudentes. Ce sont différentes tenettes à coulisse, modifiées pour les divers indications qui peuvent se présenter, mais toutes disposées de manière à ce que, lorsque la portion de tige brisée a été saisie en travers, ce qui est le cas le plus commun et en même temps le plus défavorable pour l'extraction, elle est forcée de tourner sur elle-même et de se placer dans la direction du canal, qui est aussi celle de l'instrument qui l'entraîne.

Sur la chaleur propre des animaux dits à sang froid. — M. Dutrochet communique les résultats de ses recherches sur ce sujet.

Reptiles. — Différens observateurs ont estimé la chaleur propre de la grenouille, d'un tiers de degré à deux degrés et demi centésimaux au-dessus de la température du milieu environ. Berthold seul a trouvé que ce reptile, observé dans l'air, était plus froid que ce milieu, et qu'observé dans l'eau il avait la même température que ce liquide, sauf dans le moment de l'accouplement, où ils ont une chaleur propre d'un degré centésimal. M. Dutrochet n'a pas observé dans cette dernière circonstance, mais dans les autres, que les résultats qu'il a obtenus ont été conformes à ceux de Berthold. Toutefois, en plaçant l'animal dans un air saturé d'humidité, et prévenant ainsi le refroidissement dû à l'évaporation, la température de la grenouille a été trouvée égale à celle de l'air. Celle du crapaud accoucheur, dans le même cas, est supérieure de douze centièmes de degré ; son têtard, de même que celui de la grenouille, n'a offert aucune chaleur propre appréciable.

Le lézard gris, plus froid à l'air libre que le milieu ambiant, manifeste dans l'air une chaleur propre de 25 centièmes de degré.

Poissons. — Les expériences de M. Dutrochet faites sur l'ablette ont confirmé celle de MM. de Humboldt et Provençal, Prevost, Dumas et Berthold, c'est-à-dire qu'elles ont donné pour la température de ces poissons dans l'eau exactement celle du liquide ambiant.

Mollusques et annélides observés à l'air libre, l'*hirundo medicinalis*, l'*helix pomatia* et le *limax rufus* ont été trouvés plus froids que l'air ambiant ; placés dans un air saturé d'humidité, ils n'ont manifesté aucune chaleur propre. Berthold avait trouvé aussi les mollusques, dans l'air libre, plus froids que l'air, et dans l'eau, d'une température égale à celle de ce liquide.

Crustacés. — Dans l'air humide et dans l'eau, ils n'ont manifesté aucun indice de chaleur propre.

— D'après des recherches exactes et dont les résultats sont certains, le nombre des médecins exerçant à Paris s'est encore accru, dans l'année qui vient de s'écouler, dans une proportion vraiment effrayante. Près de cent noms nouveaux figurent sur les listes récemment dressées. Les médecins venus de l'étranger ou des départemens figurent pour plus de moitié dans cette augmentation. Le nombre des décès ne s'étant élevé qu'à vingt-cinq environ, le bénéfice net de la capitale est de 75 pour 100.

Les douleurs déterminées par la ligature ont cessé ainsi que vous l'avez vu aussitôt que la constriction a été parfaite.

Le fil a été serré assez fortement pour interrompre complètement la circulation dans la tumeur, car l'expérience nous a prouvé qu'en procédant de cette manière, la chute des tumeurs est beaucoup plus prompte.

Le fil appliqué assez haut pour que le pédicule soit lié le plus près possible du lieu de son insertion, l'a coupé peu à peu, et la tumeur est tombée le troisième jour.

Les soins que nous avons donnés à ce malade après la ligature ont consisté à combattre par des injections souvent répétées les dangers résultant des écoulemens fétides qui sont survenus par l'effet de la mortification de la tumeur; non-seulement la matière de ces écoulemens irrite la plaie qui résulte de la section du pédicule, mais lorsqu'on la laisse séjourner, elle peut être absorbée et donner lieu à des symptômes d'empoisonnement par résorption purulente.

A dater de l'époque où la tumeur est tombée, les écoulemens morbides qui existaient avant ont cessé immédiatement, le malade a été délivré aussitôt des incommodités et des accidens dépendant de son affection; et s'il n'avait pas été dans un état d'épuisement très grand, quelques jours auraient suffi pour qu'il obtînt une guérison parfaite. Elle a eu lieu au bout de trente-cinq jours.

AUSSANDON, D.-M.-P.

CHRONIQUE.

Plusieurs journaux ont publié, en réponse aux articles du *National* que nous avons reproduits dans le nº du 10 mars, *un certificat de bonne vie et mœurs* que s'est fait donner M. le doyen et que leur a adressé M. Adelon, assesseur. Dans ce certificat, signé par *tous* les professeurs *hors un*, M. Gerdy, ces messieurs déclarent n'avoir point entendu M. Orfila dire qu'il donnerait sa démission si M. Dubois d'Amiens était nommé. Pour peu que M. le doyen y tienne, nous sommes tout prêts à lui donner une attestation analogue : *Nous n'avons pas entendu M. Orfila dire qu'il donnerait sa démission si.....* Quant à ses qualités de bon administrateur, nous serions prêts à les reconnaître, ainsi que les signataires, si par malheur l'hôpital de l'Ecole n'était là comme un démenti formel; hôpital bâti sous sa direction, si bien situé que trois fois déjà on a été forcé d'en fermer les salles pour cause d'épidémie, et que peu à peu les professeurs sont contraints de l'abandonner, après avoir fait retentir de leurs plaintes *presque tous les jours* l'amphithéâtre et les salles.

Ce certificat de bonne conduite, dont M. le doyen a cru avoir besoin, n'est du reste pas le premier de ce genre qui lui ait été octroyé. On n'a pas oublié que lorsqu'il lui a été reproché d'avoir traité les médecins italiens de charlatans, M. le doyen s'est présenté aussi, un certificat à la main, et a fait déclarer *en impromptu* par des étudians en médecine de cette nation que *jamais* il n'avait prononcé le mot qu'on lui avait reproché *six mois auparavant*.

Dans le nombre des signataires, un seul, autant qu'il nous souvient, faisait allusion à l'époque que nous avions donnée; les autres indiquaient les années précédentes. Qu'importe! il ne nous est pas venu à l'esprit que c'était là une espèce d'amende honorable; nous avons accepté le démenti de M. le doyen pour ce qu'il valait.

Dans la déclaration actuelle, nous n'insisterons pas davantage sur l'absence du nom de M. Gerdy : c'est un argument dont nous ne chercherions à tirer parti que si nous estimions un peu moins la véracité du chef de l'Ecole, et s'il nous était permis de soupçonner de complaisance ses 23 collègues, y compris M. *l'assesseur* Adelon.

Réflexions sur le concours pour l'aliénation mentale.

L'administration des hôpitaux de Paris vient de mettre au concours les places de médecins d'aliénés. Le 24 avril prochain tous les docteurs *à l'exception de ceux qui ont une position qui ne leur permet pas une résidence continuelle à Bicêtre ou à la Salpêtrière*, pourront se présenter à la barre devant MM. tels et tels. Ainsi l'on exclut de la lice, par un petit article improvisé, les chefs d'établissemens privés qui depuis long-temps s'étaient préparés à cette lutte.

Pour colorer cette exclusion, on dit : la direction d'un établissement exige tous les momens des médecins d'aliénés. A-t on oublié que le plus illustre d'entre eux, M. Esquirol, passait une partie de son temps à la Salpêtrière, qu'il y a rendu d'immenses services, formé un grand nombre de disciples et que cependant il dirigeait une maison de santé. Cet exemple n'est pas le seul. Mais, répond-on, nous voulons des hommes qui consacrent leurs journées entières au soulagement des malheureux insensés. A Dieu ne plaise que nous nous opposions à un pareil motif, nous savons trop ce qu'on doit à la philantropie si généreuse surtout pour ceux qui la cultivent!

Quels seront donc les avantages accordés à ces médecins cellulaires? 1000 francs par an, la nourriture de l'hôpital et l'expectation. Et vous voulez, à de semblables conditions, avoir des hommes instruits, qui donnent de l'éclat à vos hôpitaux par leur enseignement, leurs écrits! N'oubliez pas qu'on peut aller voir de belles constructions, mais que la voix seule de l'homme est puissante, et que c'est elle qui fonde la réputation des établissemens. Mais, ajoute-t-on, cette pépinière de médecins d'aliénés est destinée aux hôpitaux qui, d'après la loi, vont être créés dans les départemens.

Il faut convenir que l'administration a très bien fait de ne s'adresser qu'aux jeunes gens; eux seuls, en effet, peuvent se laisser prendre à ces promesses. Quoi, vous avez le bonheur de vivre sous un gouvernement constitutionnel, et vous ignorez le pouvoir du préfet et du député de la localité! Partout où il sera question d'un projet d'établissement d'aliénés, soyez bien persuadés que la place sera donnée à une célébrité de l'endroit, bien avant que la première pierre ne soit posée. C'est en vain que vous me citerez quelques élèves de M. Esquirol, placés dans les départemens; les temps sont bien changés; ces nominations furent d'ailleurs faites à l'improviste, et, je le vous répète, aujourd'hui le député est tout.

Voilà donc des jeunes gens instruits, pleins de zèle, entrés dans les hôpitaux aux appointemens de 1000 francs, ce que l'on donne dans une bonne maison à un valet-de-chambre. Ils sont en fonctions; que vont-ils faire? Rien, si le médecin en chef est un homme de talent, car il voudra tout exécuter et les médecins expectans sont subordonnés. Cela durera quelque temps, mais bientôt ils se lasseront et ils quitteront pour quelque chose de meilleur. Quand on a de la jeunesse, de l'énergie, du savoir, on ne se laisse pas acculer dans une impasse, à moins d'être un sage dédaignant les choses de la terre. La succession des chefs d'emploi est souvent longue à attendre.

Vous aurez donc souvent des changemens, ce qui ne vaut rien pour les aliénés; car les médecins ne pourront se résoudre à être sans attributions distinctes, et à n'avoir pas d'avenir. L'administration et les aliénés ne seront pas les seuls qui auront à souffrir de la mesure; les jeunes médecins qui se destinent à cette triste carrière doivent se résigner à n'avoir point de cliens au dehors; pour plusieurs, il est vrai, cette perte ne sera pas bien sensible; mais il n'en est pas moins constant que le titre de médecin d'aliénés est un brevet d'exclusion, et que presque toutes les portes se fermeront devant ce paria de nouvelle espèce.

Nous avons la conviction qu'en créant des positions aussi secondaires aux médecins d'aliénés, il arrivera que plusieurs d'entre eux résigneront plus ou moins promptement leur place et se contenteront du titre. D'autres s'en serviront pour entrer dans des établissemens privés. Quelques-uns persévéreront avec fruit; mais la plupart auront perdu leur temps et leurs travaux. L'Allemagne, sans prétendre aux améliorations innombrables qu'on projette de toutes parts en France, n'a point fait d'aussi chétives existences aux médecins d'aliénés; tous sont convenablement rétribués, et peuvent dès lors se livrer sans crainte aux études pénibles et consciencieuses que réclame l'aliénation mentale.

Si donc l'administration veut des médecins sérieux, il faut qu'elle leur assure une position convenable. Quant aux jeunes gens que la perspective de l'expectation, les appointemens de 1000 fr. et la nourriture d'hôpital n'effraient pas, ils peuvent entrer en lice; mais qu'ils n'oublient pas, s'ils veulent réussir, de passer sous les fourches caudines de la protection et de l'antichambre, la plus cruelle des humiliations que puisse subir un homme de cœur.

X...

— Nous apprenons qu'un des concurrens qui n'a pu obtenir la palme par des considérations étrangères à la science, vient d'appeler un de nos confrères en police correctionnelle. C'est une faute grave; mais la réflexion engagera sans doute M. Gendrin à retirer la plainte qu'il a portée contre le rédacteur de la *Gazette des Médecins praticiens*. Il y a des circonstances dans la vie contre lesquelles le temps seul peut nous faire justice.

(Hygie.)

M. Emile CHEVÉ, d.-m.-p., a commencé, lundi, 16 mars, à 11 heures, l'angéiologie, dans l'amphithéâtre nº 3 de l'Ecole pratique.

Paris. — Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 19 MARS 1840. (15e ANNÉE.) N° 34, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 f.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

De la constitution atmosphérique régnante: l'érysipèle et la phlébite régnent en ce moment sous forme épidémique. Traitement de la première par la méthode de M. Blandin.

La constitution de l'atmosphère qui règne actuellement a peuplé nos salles d'un grand nombre de sujets qui, sous son influence, ont été atteints d'érysipèle; soit que le développement de cette affection ait été favorisé par l'existence antérieure d'une cause externe, soit que ce développement ait uniquement été secondé par des causes constitutionnelles des individus.

Une circonstance bien digne de remarque, c'est qu'à la constitution de l'atmosphère érysipélateuse il s'est joint une grande tendance à la phlébite, consécutivement à la saignée; nous en avons eu plusieurs exemples dans nos salles. Nous n'ignorons pas que cette dernière affection s'est montrée de même d'une manière épidémique dans d'autres services des hôpitaux de Paris. Avant d'aller plus loin, nous ne saurions donc assez vous engager à vous entourer de toutes les précautions nécessaires, pour éviter autant que possible le développement ultérieur de la phlébite toutes les fois que vous pratiquerez la phlébotomie. Dans ce but, préférez la section oblique de la veine, qui permet, mieux que la section transversale, le rapprochement des bords de la solution de continuité; en évitant de la sorte que la plaie ne reste béante, vous vous opposerez d'autant plus facilement à des accidens qu'elle sera moins sujette à s'enflammer. Pour mieux atteindre ce résultat, vous maintiendrez le rapprochement des bords à l'aide d'une bandelette agglutinative; enfin, et c'est même là l'indication la plus pressante, vous recommanderez aux malades de maintenir le bras fléchi et rapproché du corps, dans l'immobilité la plus complète.

Nous venons de dire qu'en même temps que la phlébite, l'érysipèle règne aussi d'une manière épidémique dans ce moment; nous nous plaisons à rapprocher ces deux ordres de faits, car ils présentent entre eux la plus grande analogie et qu'ils viennent d'ailleurs à l'appui des idées que, dans d'autres circonstances, nous avons émises et développées devant vous concernant les caractères anatomiques de l'érysipèle. Qu'y a-t-il en effet de plus analogue dans l'organisme que la structure et la texture des vaisseaux lymphatiques et des veines? Nous avons établi dans un autre moment que dans l'érysipèle simple il y a deux élémens bien distincts qui participent à l'état inflammatoire, la peau d'une part ou la cutite, et d'autre part l'inflammation des vaisseaux lymphatiques; la lymphite ou angio-leucite marchant toujours de pair dans l'érysipèle avec la cutite.

Cette ressemblance extrême des parties anatomiques fait déjà pressentir qu'elles doivent être également impressionnées par les modifications extérieures, et que dans tous les cas l'expression des changemens qu'elles ont subis doit se traduire aux yeux de l'observateur par des phénomènes analogues dont l'interprétation exacte augmente d'autant les probabilités d'une prompte terminaison, par suite d'une thérapeutique sagement employée, indiquée par la nature même des modifications ressenties par les organes.

C'est dans l'étude des caractères anatomiques de l'érysipèle, c'est dans la connaissance que nous avons acquise de la participation inévitable des vaisseaux lymphatiques à l'inflammation, que nous avons appris à mieux diriger l'emploi d'un moyen déjà usité, les sangsues, mais qui nous fournit de bien meilleurs résultats depuis que nous avons appris le lieu exact où leur application demande à être faite.

Nous ne pourrions, sous peine de nous répéter, exposer ici ce que nous avons dit concernant le mode d'après lequel l'érysipèle s'étend et se propage loin de son siége primitif; seulement pour mieux vous faire comprendre l'importance du précepte que nous avons établi, d'appliquer les sangsues sur les ganglions lymphatiques auxquels vont aboutir les vaisseaux du même ordre qui émanent de la région qui actuellement est le siége de l'érysipèle, nous devons vous rappeler que les vaisseaux lymphatiques déjà enflammés ou qui s'enflammeront par la suite, sont les agens qui favorisent plus puissamment son extension.

Maintenant voici les malades du service qui ont été atteints d'érysipèle et le traitement que nous leur avons fait subir.

N° 23, salle Saint-Jean. Abcès mammaire; érysipèle autour de l'ouverture de l'abcès; engorgement de ganglions lymphatiques de l'aisselle. Dans ce cas, l'application des sangsues, faite sur ces mêmes ganglions, n'a pas donné les résultats ordinaires avec la même promptitude : nous nous expliquerons tout à l'heure à cet égard.

N° 32, salle Saint-Jean. Erysipèle spontané de la face; cas grave; vomissemens abondans, fréquemment répétés; réaction générale intense. L'érysipèle de la face a, comme l'on sait, une grande tendance à se propager au cuir chevelu. Très confians dans notre méthode de traitement, nous avons prédit, dès le commencement, qu'il n'en serait pas ainsi dans ce cas, et nous ne nous sommes pas trompé : les sangsues ont été soigneusement appliquées en forme de collier sur les ganglions sous-maxillaires; l'érysipèle ayant ensuite menacé de s'étendre vers la tempe, nous avons appliqué quelques sangsues sur ce point, et ses progrès ont été définitivement arrêtés.

N° 36, Saint-Jean. Petite plaie sur le dos du pied. Autour de celle-ci, malgré leur éloignement du siége du mal, deux applications de sangsues sur les ganglions de l'aine ont suffi pour bientôt faire disparaître l'érysipèle.

N° 38, Saint-Jean. Chez ce malade, nous avons été moins heureux. Cette femme a subi l'ablation d'un sein, et un érysipèle s'est développé autour de la plaie. Le début de celui-ci avait été tellement benin, que nous avions espéré qu'il n'irait pas loin et n'aurait pas de suites graves; ou aurait plutôt pu croire que l'on avait affaire à un simple érythème qu'à un érysipèle; et partant, nous nous sommes borné à des simples onctions avec un corps gras pour tout traitement. La suite nous a détrompé, et l'érysipèle a bientôt gagné vers l'aisselle; il a fallu alors recourir à des moyens plus énergiques, et des sangsues ont été appliquées au-dessus de la clavicule, n'ayant pu l'être à l'aisselle; car les incisions de l'opération s'étendaient jusqu'à cette région, d'une part, et, d'autre part, plusieurs ganglions dégénérés avaient été enlevés. L'érysipèle, qui avait marché vers l'abdomen, le dos et le membre thoracique, a bientôt été arrêté dans sa marche, mais avec plus de lenteur que dans les cas précédens, ce qu'il faut attribuer au retard que nous avons apporté à remédier à la gêne de la circulation lymphatique.

Au n° 2 de la salle Sainte-Agnès, est couché un homme chez lequel un érysipèle s'est développé autour de l'ouverture d'un abcès pratiqué par nous. On applique ce matin quinze sangsues, d'après notre prescription, et vous serez à même d'apprécier la méthode de traitement qui nous a constamment procuré des résultats si favorables.

Au n° 32 de la même salle, est couché un homme chez lequel nous avons pratiqué l'ablation du pouce et du premier métacarpien. Un érysipèle s'est développé autour de la plaie; des traînées rouges existaient sur l'avant-bras et le bras, qui s'étendaient jusqu'à l'aisselle, et qui n'étaient autre chose que des vaisseaux lymphatiques enflammés. Des sangsues ont été appliquées à l'aisselle sur les ganglions de cette région, et quelques-unes à la partie interne du bras. L'érysipèle n'est pas monté au-delà de la partie inférieure de l'avant-bras; mais un second érysipèle s'est développé autour de quelques-unes des sangsues appliquées à la partie interne du bras et sur le trajet des vaisseaux lymphatiques enflammés. On peut, jusqu'à un certain point, considérer cet érysipèle traumatique comme le premier; car les morsures des sangsues ne nous paraissent pas être restées entièrement étrangères à son développement. Quoi qu'il en soit, cet érysipèle a résisté avec opiniâtreté; car le sujet était affaibli, et en outre, le tissu cellulaire sous-cutané s'étant enflammé à son tour, et ayant donné lieu à des accidens qui ont pu faire craindre le sphacèle du membre, nous avons agi alors comme on doit le faire à l'égard d'un érysipèle phlegmoneux grave; et, au lieu de répéter les applications de sangsues à l'aisselle, nous avons pratiqué plusieurs scarifications assez étendues.

Au n° 34 de Sainte-Agnès est un homme auquel nous avons extirpé une petite tumeur qu'il portait à la fesse : des sangsues ont été appliquées sur les ganglions de l'aine, et l'érysipèle est déjà en voie d'amélioration.

Résumé. En définitive, notre méthode a procuré dans tous les cas une amélioration rapide suivie d'une prompte guérison, si l'on en excepte pourtant le n° 32 de la salle Sainte-Agnès, chez lequel le second érysipèle s'est promptement changé en érysipèle phlegmoneux, qui réclamait un autre traitement, et pour lequel une saignée locale n'eût pas été sans inconvénient, vu son état de faiblesse extrême; et chez la femme couchée au n° 38 de la salle Saint-Jean, dont l'érysipèle ayant débuté d'une manière bénigne et sous la forme d'un simple érythème, cette circonstance nous avait permis de croire que les suites ne seraient pas graves, circonstance qui a apporté du retard dans l'emploi des sangsues.

On conçoit d'ailleurs qu'un érysipèle ayant pris naissance sous l'influence d'une constitution atmosphérique puisse se renouveler autant que celle-ci persiste; de même que l'on conçoit que cette constitution puisse de nouveau favoriser l'accroissement d'un érysipèle déjà en voie de guérison. C'est de la même manière que l'on peut expliquer pourquoi l'érysipèle épidémique ou endémique ne cède pas aussi aisément dans les mêmes conditions individuelles que l'érysipèle sporadique.

Plaie contuse de la partie inférieure de l'avant-bras; blessure de l'artère cubitale; ligature des deux bouts; accidens inflammatoires sous-aponévrotiques; symptômes de sphacèle; mort; examen du membre.

Au n° 13 de la salle Sainte-Agnès est couché un homme qui, dans un moment d'ivresse, ayant porté un coup de poing sur un verre, celui-ci s'est brisé en plusieurs fragmens, qui ont dilacéré l'avant-bras à sa partie antérieure interne et inférieure; il est arrivé dans le service étant encore ivre, et n'a pu rendre compte de ce qui lui était arrivé.

L'interne de garde a constaté l'existence d'une plaie contuse siégeant au niveau de l'artère cubitale, sur le lieu que nous avons précisé plus haut; plaie qui comprenait la peau, les muscles et probablement le nerf cubital; en outre, du sang rouge, vermeil, s'échappait de la solution de continuité par un jet saccadé, assez volumineux pour faire craindre l'ouverture de l'artère cubitale. Le sang s'échappait par les deux bouts du vaisseau divisé.

L'élève interne a jugé que la compression du vaisseau au-dessus du bout supérieur était chose peu convenable dans ce cas, eu égard aux anastomoses qui établissent des communications entre l'artère radiale et l'artère cubitale, dont le bout inférieur aurait continué à fournir du sang. D'ailleurs, établir aussi la compression sur le bout inférieur du vaisseau ouvert eût été exposer le membre à la gangrène. Il a donc pensé qu'il était plus convenable de chercher les deux bouts du vaisseau ouvert, pour y appliquer des ligatures; ce qu'il a pu effectuer, nonobstant la dilacération des parties molles. Nous avons tout lieu de croire que cette opération a été bien exécutée, et qu'elle a été suivie d'un pansement approprié.

Le lendemain il ne s'écoulait point de sang par la plaie, et nous avons jugé à propos de ne point toucher à l'appareil. Le surlendemain, l'une des ligatures, qui nous a semblé être celle du bout inférieur, est tombée, ce qui nous a fait présumer que le fil n'avait compris dans sa constriction que le bout terminal du vaisseau; de plus, la plaie était le siége d'un endolorissement qui nous a engagé à suspendre l'emploi des bandelettes agglutinatives.

Au troisième jour, une tuméfaction considérable était survenue, s'étendant jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras : dès-lors nous conçûmes des soupçons sur l'existence d'une inflammation sous-aponévrotique. En effet, la cause vulnérante avait porté son action jusque sur les tissus situés au-dessous de l'aponévrose. La lésion de l'artère cubitale ne laissait aucun doute à cet égard. D'autre part, la peau était lisse et luisante; toute la région tuméfiée était le siége d'une tension profonde, d'une élasticité manifeste qui, pour toute personne qui aurait ignoré la date du début des accidens, auraient pu faire craindre une suppuration profonde. Nous n'ignorions pas que le mal datait de trop près pour que celle-ci pût exister réellement. Ajoutons qu'il existait de l'empâtement, de l'enflure ou œdème du tissu cellulaire sous-cutané : ce phénomène existe constamment dans les cas de ce genre, où, par suite de l'inflammation sous-aponévrotique, il s'établit une gêne de la circulation due à la compression excentrique exercée par le gonflement des tissus profonds. A tous ces signes d'une inflammation profonde s'en ajoutait encore un autre beaucoup plus apparent, nous voulons parler de la distension des veines superficielles qui communiquent largement avec les profondes et dans lesquelles le sang afflue en plus grande quantité, la circulation étant gênée dans les secondes par suite de la compression qu'elles éprouvent de la part des tissus environnans qui sont gonflés. Nous n'omettrons pas de dire qu'une sorte d'insensibilité existait dans toute la région anti-brachiale, ce qui indiquait encore un abattement, une stupéfaction des parties profondes. En résumé, le gonflement et la rondeur de l'avant-bras, l'aspect luisant et lisse de la peau, la conservation de sa couleur, l'élasticité de la région, la distension des veines superficielles, l'empâtement du tissu cellulaire sous-cutané, le peu de douleur, phénomènes qui contrastaient avec des caractères presque négatifs au bras, si l'on en excepte un peu de douleur et de gonflement, n'ont pas laissé dans notre esprit le moindre doute sur l'existence d'une inflammation sous-aponévrotique de l'avant-bras. Nous prescrivons donc, sans hésiter, une application de cent sangsues, secondées par des fomentations émollientes au lieu de cataplasmes, pour éviter toute sorte de compression, et une diète sévère.

L'écoulement de sang a été considérable, mais malgré cela l'inflammation n'est pas abattue. Loin de là, la sensibilité est encore diminuée ainsi que la chaleur; l'inflammation s'est étendue au bras à sa région antérieure, et le membre a dès-lors été menacé de sphacèle.

Cette issue funeste est une des plus redoutables des phlegmons sous-aponévrotiques, dans lesquels la presque inextensibilité de l'aponévrose ne permet pas le gonflement des tissus au-delà de certaines limites peu prononcées; dès

que celles-ci sont atteintes, leur étranglement s'opère ; étranglement passif de la part de l'aponévrose, à l'instar de celui qui, dans la hernie, détermine tantôt le collet du sac, tantôt les ouvertures aponévrotiques, et qui réclame dans un cas comme dans l'autre le débridement.

C'est cette pratique en effet que nous avons suivie : quatre débridemens ou incisions ont été pratiquées aux quatre faces du membre, convenablement étendus en longueur et s'étendant en profondeur jusqu'à l'aponévrose inclusivement.

Malgré cela, les accidens ont persisté ; bien plus, les symptômes de la gangrène ont fait des progrès. Aujourd'hui (cinquième jour), on peut dire que la main et la partie inférieure de l'avant-bras seront presqu'infailliblement frappées de sphacèle. Une incision que nous avons pratiquée sur le dos de la main n'a procuré ni douleur, ni écoulement sanguin, et il en a été de même de deux autres incisions pratiquées à la partie inférieure de l'avant-bras.

Au bras, l'inflammation s'étant étendue plus en haut, nous avons eu recours au débridement, et trois incisions ont été pratiquées : une en avant du muscle biceps, une en arrière et en dedans de ce muscle, et la troisième en dehors de lui.

Si la gangrène, qui nous paraît inévitable, a lieu, nous attendrons qu'elle soit limitée pour songer à l'amputation du membre. Ce n'est pas aujourd'hui le moment opportun d'y penser, car nous ne savons pas où elle doit s'arrêter ; et, d'autre part, il serait possible qu'après l'amputation, la mortification s'emparât à son tour du moignon. Il se peut, en effet, que des caillots existent déjà dans l'intérieur des vaisseaux, et si l'amputation venait à tomber au-dessous d'eux, la gangrène ne tarderait pas à reparaître.

Nous avons prescrit des applications excitantes faites avec de l'alcool camphré, sur l'avant-bras et la main, pour éviter autant que possible la gangrène ; ce que nous n'osons pas espérer. Sur le bras, qui au contraire est encore le siége d'une inflammation vive, on continuera les fomentations émollientes.

La réaction générale est d'ailleurs très intense ; mais le pouls est faible, dépressible, plus petit qu'hier, et très fréquent (de 120 à 130 pulsations). Pour combattre cet état adynamique, nous avons prescrit à l'intérieur l'arnica et le quinquina. Cette nuit, il y a eu de l'agitation et du délire ; il existe, en outre, un léger ballonnement du ventre ; la faiblesse des membres est extrême, et le malade est sous l'imminence de la participation du système nerveux à la maladie.

— Aucune opération n'a été pratiquée chez ce malade, la mort étant arrivée le dimanche ; c'est-à-dire deux jours après la leçon précédente de M. Blandin, par suite des progrès de la gangrène. L'autopsie a démontré, outre la lésion de l'artère cubitale, la déchirure complète du nerf qui accompagne cette artère, et en outre, une gangrène des interstices musculaires de l'avant-bras ; état commençant de désorganisation des muscles, et coloration noirâtre de plusieurs parties existant surtout près du coude, et paraissant due principalement à la coagulation du sang pendant la vie.

K...

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 14 mars 1840.

Commissions diverses. — Samedi dernier, 14 mars, l'Académie s'est réunie en séance extraordinaire pour nommer les commissions suivantes à la majorité relative. Trente-un membres seulement y ont assisté, encore plusieurs d'entre eux sont sortis avant la fin de la séance.

Pour le prix de l'Académie : MM. Castel, P. Dubois, Gaulthier de Claubry, Honoré, Adelon.

Pour le prix Civrieux : MM. Delens, Ferrus, Esquirol, Falret, Réveillé-Parise.

Pour le prix Portal. MM. Bouillaud, Cruveilhier, Ribes, Barthélemy, Breschet.

Pour la proposition de M. Cornac (relative au nouvel arrêté ministériel pour l'élection des juges aux concours de l'Ecole) : MM. Londe, Double, Adelon, Roche, Orfila (1).

Séance du 17 mars.

Accouchement prématuré artificiel. — *M. Capuron* prend la parole à l'occasion du procès-verbal, pour compléter les remarques qu'il avait faites dans la séance dernière au sujet de la communication de M. P. Dubois. On m'a demandé, dit-il, si j'avais pris les dimensions du bassin de la naine dont j'ai rapporté l'histoire ; j'ai répondu affirmativement, les voici par écrit. Parmi ces diamètres, l'antéro-postérieur avait trois pouces et demi. Dans un cas de solayrès, le diamètre antéro-postérieur n'offrait que deux pouces et demi, et l'accouchement s'est pourtant accompli spontanément. Il existe des faits plus extraordinaires encore, et qui prouvent qu'il ne faut pas désespérer de voir la nature triompher des obstacles. J'applique cette considération au cas de M. P. Dubois, et je dis que la nature aurait également suffi à elle-même chez cette naine. Trois semaines de différence en effet n'auraient rien changé à la marche des choses, et l'accouchement se serait fait à terme tout aussi bien. Je sais bien que l'on possède plus de deux cents faits relatifs à l'accouchement prématuré artificiel ; mais je sais aussi qu'un grand nombre de ces femmes seraient accouchées à terme tout aussi bien par les seules forces de la nature. Sans vouloir donc rejeter d'une manière absolue la nouvelle pratique, je soutiens qu'on en a souvent abusé et qu'on en abusera encore faute de cette patience expectante que tout accoucheur doit avoir. Je dis plus, la difficulté d'un premier accouchement n'autorise pas toujours la pratique en question à un second, c'est que le volume de l'enfant peut être moins fort au second accouchement et sortir sans aucun secours étranger.

M. P. Dubois : La question que M. Capuron vient de soulever est de la plus haute importance ; elle est trop grave pour que je consente à la traiter dans cette séance, n'y étant pas préparé et ne m'y attendant pas ; je me contenterai seulement de faire observer à l'Académie que M. Capuron est complètement dans l'erreur dans ce qu'il vient de dire ; oui, il se trompe ; je suis même obligé de déclarer qu'il ne paraît pas bien au courant de la question (murmures) ; l'occasion ne nous manquera pas de traiter, comme elle le mérite, cette grave question.

Intoxication arsenicale. — *M. Orfila* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. C'est pour communiquer le résultat de deux expériences qu'il dit avoir faites avec de l'arsenic sur des chiens.

Il a injecté 18 grains d'acide arsénieux en poudre dans l'estomac d'un chien dont il n'a pas lié l'œsophage. L'animal est mort deux heures et demie après. L'analyse de l'urine n'a pas fourni une seule tache de poison, mais les organes en contenaient.

A un second chien, il a placé 2 grains d'acide arsénieux dans une plaie de la cuisse, il n'est mort que 36 heures après. L'urine a donné des taches arsenicales, et les organes intérieurs en ont fourni une *quantité vraiment prodigieuse* (textuel. On rit !).

(*Voy.* nos remarques à la fin du compte-rendu.)

Réclamation sur l'ordre du jour. — *M. Chervin* était inscrit pour lire un rapport ; son tour de lecture était arrivé à la dernière séance. Un autre membre cependant, M. Bouley jeune, avait aussi un rapport à lire à la séance dernière, et comme ce rapport était officiel, il devait, aux termes du réglement, passer avant celui de M. Chervin. M. Bouley effectivement a été appelé le premier à la tribune ; mais acquiesçant à la demande qui lui a été faite le même jour par M. Orfila de lui céder son tour de parole, ni lui ni M. Chervin n'a pu lire le même jour, la séance ayant été occupée par M. le doyen et M. P. Dubois.

Aujourd'hui M. Chervin réclame son droit de lecture, et puisque M. Bouley a cédé son droit à un autre membre à la séance dernière, il demande à passer le premier. Un rapporteur officiel, dit M. Chervin, doit, il est vrai, passer avant tout autre orateur, mais du moment qu'il se permet de céder son tour pour être agréable à quelqu'un, cette faveur toute personnelle ne doit pas se faire aux dépens des autres orateurs, qui avaient le droit de lire immédiatement après lui. (M. Orfila fixe vivement M. Chervin.)

Je prie M. Orfila de ne pas prendre pour personnel ce que je dis en ce moment. En conséquence, je réclame en ma faveur le tour de lecture que M. le président paraît vouloir accorder à M. Bouley.

M. le Président : Les rapports officiels doivent passer les premiers d'après le réglement. M. Bouley a un rapport officiel à faire.

M. Rochoux parle en faveur de M. Chervin.

M. Bouley réclame l'exécution du réglement.

M. Chervin : Il est évident, en ce cas, que la faveur accordée par M. Bouley à M. Orfila l'a été à mes dépens, et il n'y a pas de raison pour que M. Bouley n'accorde encore à d'autres son tour de parole, et recule ainsi le tour des autres orateurs. Je crois, M. le président, qu'un orateur officiel n'a pas le droit d'agir ainsi.

M. Double : C'est à M. le président à régler l'ordre du jour.

M. le Président : J'accorde la parole à M. Bouley.

Morve. Ecurie modèle. — On se rappelle qu'il y a quelque temps M. le ministre de la guerre avait écrit à l'Académie pour lui demander son avis sur un travail qu'il avait fait faire par une commission nommée *ad hoc* dans le but de proposer des mesures propres à prévenir les ravages que fait la morve dans les écuries de l'armée. Une commission a été nommée à cet effet par l'Académie, elle était composée de MM. Adelon, Bouley jeune, Barthélemy, Gerard et Londe. C'est au nom de cette commission que M. Bouley vient de lire un rapport très bien fait et que l'Académie a écouté avec le plus vif intérêt.

Une première question fondamentale que la commission académique a dû approfondir, est relative au projet d'écurie modèle qu'avait présenté la commission ministérielle. Ce projet porte pour chaque écurie les dimensions suivantes : Largeur, 13 mètres ; hauteur, 6 mètres ; espace entre un cheval et un autre, 1 mètre et 60 centimètres. La commission académique approuve ce projet, elle le trouve conforme à l'expérience qui en a été faite dans une province et qui a suffi pour faire disparaître en grande partie la morve. Des modifications importantes cependant ont été proposées dans le rapport relativement à la disposition intérieure des mangeoires et râteliers, des gouttières pour l'écoulement des urines, des moyens de renouvellement de l'air, de la tenue des eaux, du pavage, etc.

Une seconde question était celle-ci : Déterminer la quantité de mètres cubes dont un cheval a besoin par vingt-quatre heures. La commission ministérielle avait essayé de résoudre le problème à l'aide de quelques expériences et d'un calcul approximatif qui n'ont pourtant pas paru concluans à la commission académique. Cette commission a donc répondu que, d'une part, la question était insoluble par elle-même, de l'autre qu'elle n'était pas nécessaire pour le but qu'on se proposait, l'objet principal étant la disposition de l'écurie avec une ventilation convenable.

A côté de ces remarques, la commission en a placé d'autres non moins importantes, relatives aux causes présumées de la morve et aux moyens de les combattre. Ces causes sont la mauvaise alimentation, la fatigue excessive, l'action du froid, la cohabitation de beaucoup de chevaux dans des écuries malsaines, etc. Enfin, la commission a touché en passant la question de la contagion de la morve aiguë et chronique, et, bien que cette question fût différemment résolue par les praticiens, la commission n'a pas moins conseillé à l'autorité de regarder la maladie comme contagieuse, et par conséquent de faire suivre les mesures prophylactiques prescrites par l'hygiène.

M. Dupuy lit une note sur les mesures qu'il croit propres à atteindre le but en question. Il appelle d'abord l'attention sur les bonnes races des chevaux que l'autorité devrait de préférence acquérir, sur la manière de les élever et de les nourrir généreusement pour prévenir le terrible fléau de la morve. Il passe ensuite à l'examen des écuries, et il voudrait qu'aucune écurie militaire ne restât plus dans l'intérieur des villes où les locaux sont très chairs et malsains à la fois. En vendant ces locaux intérieurs, l'autorité pourrait en faire bâtir de très économiques dans des emplacemens convenables, où l'on pourrait tirer un grand parti pour l'agriculture et pour la bonne santé des chevaux. Ici, l'orateur se livre à certains détails concernant l'hygiène et le travail à faire faire aux chevaux selon l'usage auquel on les destine ; il rappelle que les Anglais sont parvenus, dans l'espace d'un siècle, à modifier tellement l'organisation de leurs bœufs de boucherie, par le seul repos et l'alimentation convenable, qu'un bœuf de cinq ans chez les Anglais pèse autant qu'un bœuf de neuf ans chez nous ; le squelette des bœufs élevés à l'anglaise est fort mince, fort léger, et la viande acquiert un surcroît et une bonté remarquables. Ces détails ont excité plusieurs fois l'hilarité générale.

M. Pelletier aurait désiré que la commission traitât expérimentalement la question posée par le ministre concernant la quantité d'air qu'un cheval peut consommer en 24 heures. Il ne croit pas qu'elle soit insoluble.

M. Nacquart demande s'il n'y aurait pas des races de chevaux plus prédisposées que d'autres à la morve. Il serait tenté de le croire puisqu'on voit des chevaux bien nourris, dans des écuries bien disposées, contracter la morve spontanée sans cause appréciable.

M. le rapporteur répond qu'il y a effectivement des races plus prédisposées que d'autres à la morve : ce sont celles des pays bas et marécageux, et celles qui offrent en général une constitution lymphatique.

M. Nacquart voudrait qu'on consignât cet avertissement dans le rapport.

M. Adelon soutient le rapport. La question de la quantité d'air nécessaire à un cheval par 24 heures est insoluble et inutile d'ailleurs. L'essentiel était de régler la ventilation des écuries.

M. Double pense qu'il fallait au moins tâcher de traiter la question de la quantité de l'air, car cela pourrait devenir essentiellement nécessaire en temps de guerre, lorsqu'un grand nombre de chevaux se trouvent renfermés dans un petit local. Le projet d'écurie modèle n'est applicable qu'en temps de paix : en temps de guerre, il peut en être autrement. Il serait donc à désirer que la commission fût moins timide sur ce sujet, et qu'elle répondit d'une manière plus satisfaisante à M. le ministre.

M. Londe fait remarquer que le sens de la lettre ministérielle n'est applicable qu'aux seules écuries en état de paix, et que la commission a rempli son devoir en insistant principalement sur les écuries modèles pour lesquelles l'Académie a été consultée.

M. Barthélemy parle dans le même sens. L'essentiel était de régler la ventilation des écuries.

M. Gerdy désirerait que le rapport fût plus détaillé sur certains points de l'hygiène du cheval, et qu'on saisît cette circonstance pour faire sentir à l'autorité combien il était déplorable de voir les habitudes désastreuses introduites dans les armées, faute de connaissances hygiéniques, chez quelques officiers supérieurs, qui, sous prétexte d'habituer les soldats à toutes les intempéries, compromettaient la santé et la vie de nos troupes. L'homme est plus sensible que beaucoup d'autres animaux aux effets de l'encombrement. On sait que sur 140 hommes renfermés dans un petit local, aux Indes, il en est mort 120 ou 130. Certains animaux, comme les moutons, par exemple, tolèrent presque sans inconvénient l'encombrement, et pourtant il est prouvé que l'haleine est mortelle aux mêmes espèces. Aussi est-il essentiel que les chevaux ne soient pas placés haleine contre haleine. Il est évident que le développement de la morve dépend d'une foule de circonstances hygiéniques qui n'ont pu être complètement traitées dans le rapport ; eh bien, je crois qu'il serait convenable d'insister davantage sur les préceptes d'hygiène militaire, tant des chevaux que de nos troupes.

M. Chevallier propose le pavage en bitume de préférence à celui en pierre, qui laisse réjourner l'urine dans les entre-deux. Il voudrait, en outre, que la ventilation fût établie dans les écuries par de petites ouvertures multipliées plutôt que par de grandes cheminées, dont les courans pourraient être nuisibles aux chevaux.

MM. Gérard, Rochoux et Barthélemy défendent le rapport. (Adopté.)

Séance levée.

Remarques sur la séance de l'Académie.

Il est vraiment curieux de suivre les vacillations toxicologiques de M. le doyen, et les effets de l'ébranlement violent que notre opposition a produit dans ses convictions. Jusqu'à ces derniers temps tout empoisonnement n'était, pour M. Orfila, qu'une simple brûlure plus ou moins étendue ; de là les sangsues et les saignées qu'il conseille à presque toutes les pages de son livre. Depuis que nous avons démontré (1838) que tout poison est absorbé et que ses effets sont dus à son passage dans le sang, M. le doyen a commencé à proclamer à la tribune de l'Académie et dans les journaux politiques et de spectacles les merveilles de la nouvelle ère qu'il allait ouvrir !

Nous signalions naguère les erreurs déplorables que notre adversaire enseignait sur l'action des acides et de la gomme gutte, en prétendant que ces substances ne sont point absorbées ; nous pourrions en dire encore autant aujourd'hui de la plupart des poisons sur lesquels il n'a émis que des notions également fausses, et que son extraordinaire amour-propre ne se ferait pas scrupule de soutenir encore au besoin, malgré les faits les plus éclatans qui les démentent sur tous les points.

Remarquez, en attendant, cette singulière marche d'un doyen qui naguère ne voyait que des brûlures, et qui vient aujourd'hui d'un air affecté, et quelques expériences triviales à la main, nous APPRENDRE que l'arsenic et l'antimoine sont absorbés ! ! Il y a donc maintenant autre chose que votre prétendue brûlure ? Et puisque ces deux métaux sont absorbés, pourquoi les autres poisons, soit minéraux, soit végétaux, soit animaux, soit acides, soit alcalis, etc., ne le seraient-ils pas également ? Il existe tant d'observations qui ont prouvé jusqu'à l'évidence, et depuis longues années, ce fait général, qu'il faut une dose de capacité et de science pareille à celle d'un auteur qui fait de Tackenius, chimiste du dix-septième siècle, un client d'Hippocrate, pour oser soutenir encore les propositions bizarres et dangereuses qui fourmillent à toutes les pages du Traité de Toxicologie de M. Orfila.

---

(1) Sans vouloir rien préjuger relativement au rapport que cette commission fera sur l'importante proposition de M. Cornac, nous nous permettrons de faire remarquer que, de la manière dont on l'a composée, elle devrait se regarder comme tout-à-fait incompétente. Il s'agit, en effet, de juger un acte du conseil d'administration, présumé arbitraire ; or, parmi les membres de cette commission se trouvent précisément deux membres du conseil, MM. Roche et Orfila, qui seront par conséquent à la fois juges et parties. Il y a plus, ce dernier est en même temps membre du conseil royal devant lequel la réclamation devrait arriver plus tard. Ainsi donc, MM. Roche et Orfila, qui prirent part à la mesure que M. Cornac a attaquée, se trouvent aujourd'hui juges contre la même mesure, et M. Orfila, qui se rencontre immanquablement dans toutes les commissions imaginables, se trouve encore ici trois fois juge dans la même affaire! Evidemment cela est impossible, ou la commission serait illusoire. Tout fait un devoir à MM. Roche et Orfila de demander à ne pas faire partie de cette commission.

On doit s'attendre, d'après la marche actuelle de cet auteur, à le voir chaque quinzaine, chaque mois, arriver à l'Académie avec un nouveau *libretto*, quelques capsules de Marsh et quelques petites expériences aussi banales que les précédentes, nous apprendre, dans une lecture faite par un tour de faveur, le passage dans le sang du mercure, du plomb, du cuivre, etc., etc. Des invitations nombreuses seront, comme toujours, faites à l'avance pour remplir les bancs périphériques et les tribunes de l'Académie de personnes en partie étrangères à la médecine ! ! Progrès ! progrès immense ! les découvertes se précipitent sans nombre dans le savant pot-au-feu et dans l'appareil de Marsh inventés par M. le doyen ! ! Voyez l'incroyable progrès ! M. Orfila a dû arriver à l'an 1839-40 pour savoir ce que tous les toxicologues au courant de la science savent déjà depuis un très grand nombre d'années, que les poisons passent comme tous les médicamens dans le sang, et reviennent en partie par l'émonctoire urinaire.

Mais nous sommes en droit de lui demander à présent : Que devient la science des poisons que vous aviez professée jusqu'à ce jour ? Que deviennent vos brûlures, et surtout vos prétendus neutralisans chimiques qui ont fait de si innombrables victimes ? Puisque les poisons passent dans le sang, il est évident que la thérapeutique qui leur convient n'est pas celle que vous avez enseignée jusqu'à ce jour ; et si vous avez la moindre notion de physiologie pathologique, vous devez reconnaître qu'une toxicologie basée sur de simples vues chimiques comme la vôtre est absurde et dangereuse. Vous avez en conséquence enseigné et propagé les erreurs les plus formidables pendant un quart de siècle, et vous serez bientôt obligé de convenir que votre science est une chimère, une bulle de savon qu'un souffle a dissipée.

Que serait-ce maintenant si nous voulions vous suivre sur le terrain de la médecine légale, où vous venez de vous réfugier en désespoir de cause ? Nous avons déjà fait sentir combien vos applications étaient hasardées dans la question de l'arsenic. Nous ne voulons pour le moment vous adresser qu'une seule question relativement au tartre stibié.

Le métal absorbé sort-il en totalité par les urines ? Non, certes ; puisqu'on en trouve dans les organes, ainsi qu'on le savait déjà fort bien et long-temps avant vous. Or, lorsque la dose n'est pas mortelle, pouvez-vous dire combien d'années l'antimoine reste cantonné dans l'organisme ? Si cette question nous était posée, nous ne pourrions répondre directement, les faits nous manquant jusqu'à ce jour ; mais nous dirions que nous savons par des faits bien authentiques que d'autres métaux, tels que le mercure, par exemple, ont été retrouvés dans plusieurs régions de l'économie, dans les grandes articulations, dans la cavité péritonéale, dans les sinus de la dure-mère, dans les os du crâne, dans les os des membres, etc., cinq, dix, quinze, vingt ans après qu'ils avaient été pris soit par la bouche, soit en frictions. Nous ne savons si la même incarcération a lieu pour les autres substances métalliques : la chose paraît pourtant très vraisemblable. Que peut-on donc conclure du pot-au-feu antimonial sous le rapport de la médecine légale ? Absolument rien, car qui vous assure que les taches données par votre oracle de Marsh ne proviennent pas du métal existant depuis long-temps dans l'économie, et administré préalablement comme médicament ? Aurez-vous recours aux urines ? Mais vos deux petites expériences d'aujourd'hui se contredisent admirablement, et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que vous n'entrevoyez même pas la source véritable de ces contradictions ; elle vous échappe parce qu'elle est toute physiologique et par conséquent au-delà de la portée de vos études.

Voyez à quelles affreuses conséquences mènerait le système tranchant de M. le doyen ! C'est là ce qu'il appelle, à l'Académie et dans les journaux politiques et de spectacles, *poursuivre le crime jusque dans son dernir refuge* ! ! ! Singulière logique !!!

L'art scénique (arsénic) (1) a ouvert l'ère dite nouvelle il y a un an ; aujourd'hui c'est *l'anti-moine* qui a l'honneur d'être en scène ; bientôt ce sera le tour *de mercure* ; il est probable que dans le courant de l'année, de constellation en constellation, M. le doyen finira par montrer à l'Académie tout le zodiaque de Dendérah ! ! !

(1) Ce n'est pas nous qui avons fait le calembourg.

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies ; par M. MALGAIGNE.

(Suite de la huitième leçon.)

Camper avait nettement reconnu et nettement démontré que l'extrémité intérieure du ressort ne devait point être inclinée en bas, et que cette inclinaison avait pour effet d'abaisser le centre du ressort et de relever la pelote. Ainsi son ressort venait directement s'attacher au bord supérieur de la pelote, ce qui était un inconvénient sans doute, mais du moins en évitait un autre. Sans cette fatale attache du ressort à la pelote, le bandage de Camper l'emporterait peut-être sur tous les autres, et je dis peut-être parce que la ceinture est bien longue et bien lourde et qu'elle s'applique trop immédiatement à la peau.

Mais le principe anatomique prévalut ; on rendit au ressort l'inclinaison antérieure que Camper lui avait ôtée. En même temps on s'écarta de ses autres préceptes ; on fit le ressort plus long ou plus court, sans aucune raison, même spécieuse ; et il serait difficile de rencontrer à Paris un bandage de Camper exactement dans les conditions de l'auteur. Ce que l'administration des hôpitaux paie assez cher sous le titre de *bandages à la Camper*, sont des bandages qui ont seulement le bout postérieur un peu plus alongé, ce qui n'a aucun avantage, et n'empêche pas le malade d'avoir besoin de sous-cuisses.

Un de nos excellens confrères, qui s'est beaucoup occupé des hernies, M. Jalade-Lafoud, a jugé à propos de corriger le bandage de Camper ; ses modifications ont reçu, à ce qu'il assure, l'approbation de Dupuytren. Je l'en crois sur parole ; A. Dubois avait bien aussi approuvé le ressort de Valérius. M. Lafond a donc augmenté, d'une part, la longueur du ressort jusqu'aux 31/32e de la circonférence du corps ; et d'autre part il a incliné en bas le bout antérieur. Le bandage est devenu plus lourd et plus gênant, sans rien gagner par cette augmentation au moins intempestive. Mais l'inclinaison du bout antérieur a achevé, passez-moi l'expression, de dénaturer le bandage de Camper : il a fallu y rajuster des sous-cuisses ; il a fallu doubler l'épaisseur de l'acier à raison de la force décomposée ; et avec tout cela, le bandage de M. Jalade-Lafond, qu'il a bien voulu essayer lui-même sur un de mes hernieux, a échoué malgré tous ses soins. Je rapporterai plus tard les détails de mes expériences comparatives.

Ce sont là les principales variétés du ressort français ; les ressorts de Scatti et de M. Fournier de Lempdes, se rattachent au ressort ordinaire et n'en diffèrent essentiellement que par le mode d'union de la pelote ; nous aurons donc à en parler plus tard. Il resterait à dire quelques mots du ressort *renixigrade* de M. Jalade-Lafond, dont voici un modèle emprunté à la collection de la Faculté. C'est son grand ressort de 31/32 auquel il a surajouté, du côté de la hernie, un, deux ou trois ressorts supplémentaires à plusieurs ondulations ; l'idée en est ingénieuse, mais le mécanisme trop compliqué et le but trop vague ; au reste, je n'en parle que parce que j'en ai un modèle sous la main, car je crois que M. Jalade-Lafond lui-même y a renoncé.

Enfin, Lequin, et Blégny après lui, se servaient d'un ressort à brisures, de telle sorte qu'il se pliait en plusieurs endroits à l'aide d'articulations, comme un pied de roi ou un mètre, mais seulement du côté de la concavité, et en l'étendant il reprenait la forme du ressort ordinaire. Il avait ainsi l'avantage de se mettre à la poche au besoin. Abandonné depuis long-temps, on peut cependant y retrouver la première origine du ressort brisé de Wickam, dont je dirai un mot tout-à-l'heure.

J'en viens maintenant aux ressorts anglais, qui embrassent le côté du corps opposé à la hernie, et d'abord au premier, au plus simple, et j'ajoute au meilleur de tous le ressort de Salmon. Vous le voyez, c'est une ellipse tronquée dont les deux extrémités se regardent ; placez l'une de ces extrémités sur l'anneau ou sur le canal inguinal, la seconde ira très naturellement s'appuyer en arrière sur le côté correspondant du sacrum ; la pression antérieure répond directement à la pression postérieure ; il n'y a ni décomposition ni perte de force ; tout est employé utilement, et en conséquence on obtient les plus grands effets avec une moindre dépense. Autre avantage : les deux bouts de l'ellipse se refermant en-dehors de la ligne médiane du corps, c'est-à-dire sur un diamètre moins étendu qu'il ne l'est à cette ligne médiane, le ressort n'a nulle tendance à s'ouvrir et à glisser du côté où il est appliqué, comme ferait le ressort français simple s'il n'était retenu par une courroie, de telle sorte que dans beaucoup de cas non-seulement il peut se passer de sous-cuisses, comme celui de Camper, mais même aussi de courroie, et qu'en vertu de son mécanisme si simple, il reste fixé à la place où l'on vient de l'appliquer. Il ne comprime alors absolument que par ses deux extrémités ; le reste est libre et ne touche pas même la peau. Enfin il s'élève fort au-dessus de la saillie du trochanter et ne craint pas conséquemment d'être dérangé dans les grands mouvemens d'abduction de la cuisse.

Ce ressort, plus épais et plus solide, en général, que les ressorts français, ne se laisse pas plier avec la même facilité, et, en conséquence, ne s'adapte pas aussi aisément à toutes les formes de bassin. Quand il a besoin d'être augmenté ou diminué de courbure, il faut recourir à la bigorne ; et cette manœuvre laisse à sa face concave des traces incisives qui diminuent nécessairement sa solidité, c'est un inconvénient pour le malade, qui provient encore de l'ardeur immodérée des bandagistes à écouler à tout prix leur marchandise. En se donnant la peine de choisir un ressort accommodé à la forme de chaque bassin, on n'a pas besoin de le marteler ; et rien de plus facile.

Mais il y a un autre inconvénient à ce ressort, qui provient du méchant acier avec lequel on le fabrique. C'est qu'au bout de six mois, huit mois, un an, plus ou moins, la force du ressort diminue si bien, que le bandage, qui contenait d'abord très bien la hernie, finit par la contenir très mal, ou par ne plus la contenir du tout. J'ai cherché à éviter ce défaut ; j'ai mis à contribution les connaissances spéciales de M. Charrière, et je lui ai fait fabriquer des ressorts d'un acier à-la-fois très haut et très élastique, chose difficile à atteindre. Les premiers qu'il m'a faits cassaient comme du verre, et il est obligé de soumettre lui-même chacun de ses ressorts à une épreuve spéciale avant d'oser en répondre. J'avais voulu aussi que l'épaisseur du ressort fût un peu plus grande au centre où aboutissent les effors de la pression antérieure et de la pression postérieure. Il paraît que cela est difficile à obtenir ; car je n'en ai pu avoir que très peu faits sur ces deux indications. Mais, bien que d'une égale épaisseur partout, les ressorts de M. Charrière ont ceci en leur faveur, qu'à égalité de poids ils sont plus forts que les autres et qu'ils sont moins sujets à fléchir par l'effet d'un usage long-temps continué.

Reste seulement la crainte d'une fragilité plus grande ; et quoique les assurances de M. Charrière soient bien faites pour encourager, cependant je ne puis me débarrasser d'un reste de crainte ; et dans la plupart des cas, je me sers encore des ressorts anglais ordinaires. Ceux-ci cassent eux-mêmes quelquefois, mais cela est rare et tient en général à la présence d'une paille ; d'où vous pouvez induire combien il est important de visiter avec soin les ressorts que l'on veut employer.

Si A. Cooper cite dans ses Leçons orales plusieurs bandagistes de Londres qui ont suivi les traces de Salmon. M. Wickam m'a fait voir de leurs bandages ; ils n'ont rien de particulier. J'ai eu aussi de la complaisance du même bandagiste un bandage américain que je vous présente ; c'est une imitation pure du ressort de Salmon : seulement avec du fer presque pur, et une confection très grossière. Mais les modifications des bandagistes de Paris réclament maintenant notre attention.

M. Valérius était entré le premier en lice ; j'ai dit en quoi avait consistait l'altération qui avait passé pour un perfectionnement aux yeux des commissaires de la Faculté ; il n'est pas besoin d'y revenir. Après lui vint M. Burat, que je cite avec plaisir comme un de nos bandagistes les plus intelligens, mais qui lui-même sait parfaitement à quoi s'en tenir sur le mérite de son œuvre. Il prit le ressort anglais ; à deux pouces environ de l'extrémité antérieure il le brisa ; fixa en cet endroit un mécanisme assez ingénieux, qui permettait de fléchir à angle le bout du ressort ; et alla présenter ce ressort brisé à l'Académie royale de médecine. Un rapport très bien raisonné fut rédigé, lu et accepté par l'Académie en séance publique ; et les conclusions servent d'ornement au prospectus de M. Burat. Or ce rapport a reconnu au ressort Burat deux grands avantages :

1° Il s'accommode mieux à la disposition des parties, attendu que l'anneau inguinal est à un niveau bien inférieur à la base du sacrum.

2° Il permet au ressort de longer l'intervalle qui sépare le trochanter de la crête iliaque, mieux que le ressort Salmon ou Wickam.

Or, il y a ici une chose certaine ; c'est que précisément le ressort Burat, au lieu de ces deux avantages, a deux énormes inconvéniens. Quand son extrémité antérieure est fléchie (et plus elle est fléchie, plus cela est sensible), la pelote que l'on croyait avoir abaissée au niveau de l'anneau, tend à remonter ; le ressort que l'on croit avoir éloigné du grand trochanter, tend à s'en rapprocher.

En vain, dans la pure théorie, accumulera-t-on les raisonnemens pour ébranler ce résultat ; le fait existe ; c'est toujours le même fait, déjà dénoncé par Camper, qu'en inclinant en bas le bout antérieur du ressort, on abaisse le centre de ce ressort et l'on relève la pelote. Voici un ressort Burat ; si je l'applique, sans flexion aucune, comme un ressort anglais ordinaire, voyez comme il descend aisément en avant au niveau du canal de l'anneau, et comme il remonte vers la hanche fort au-dessus du trochanter. Je fais mouvoir la brisure, le voilà fléchi à angle droit ; le centre du ressort touche au grand trochanter et le bout antérieur remonte.

Du reste, j'ai répété cette expérience avec M. Burat lui-même ; et quand je m'évertuais à réfuter les raisonnemens du rapport académique, j'ai saisi sur les lèvres de mon interlocuteur un sourire qui ne donnait pas à entendre qu'il fit lui-même grand cas de son rapport. Mais le rapport est lu par le public ; et que faut-il davantage ?

(*La suite à un prochain numéro.*)

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Le Hâvre, 13 mars 1840.

Monsieur,

Je lis dans votre numéro du 27 février, à l'occasion d'une note de M. Mialhe, sur la transformation du calomel en sublimé, la réflexion suivante, présentée sous forme dubitative :

« 3° Comme il ne peut jamais se former qu'une quantité de sublimé correspondante à la quantité de chlorures alcalins que renferment nos viscères, les grands mangeurs de sel de cuisine, toutes choses étant égales d'ailleurs, doivent être plus sujets à saliver sous l'influence d'une médication calomélique. »

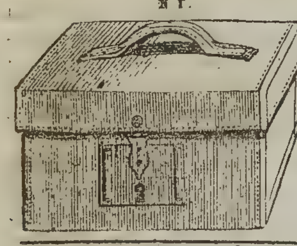
A l'appui de cette réflexion, je ferai observer que, dans le cours de campagnes assez nombreuses sur mer, j'ai eu l'occasion de vérifier plusieurs fois l'exactitude de ce fait sur nos matelots, assujettis, comme chacun le sait, à un régime salé ; à tel point que j'avais renoncé, dans les derniers temps, à user du calomel, comme purgatif au moins, à cause de la fréquence et de la promptitude avec lesquelles il amenait le ptyalisme.

Agréez, etc.,

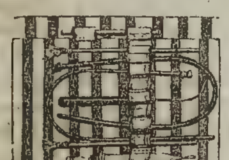
MAIRE, D.-M.-P.,
Chirurg. de la marine.

— *Maladies régnantes.* — Les jeunes enfans sont en ce moment atteints de bronchites, ayant un mode d'invasion et un caractère épidémiques. Ces affections paraissent céder plus facilement à l'usage des vomitifs qu'à celui des évacuations sanguines.

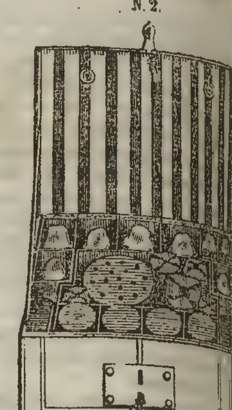
N 1



N. 3



N.2



NOUVELLES PHARMACIES PORTATIVES

D'ARRAULT,

Rue du Chemin-Neuf, n° 1, en face de la barrière Blanche, à Montmartre.

PRIX : 45 FRANCS.

54 Médicamens et Instrumens, formant environ

300 DIVISIONS.

(*Dépôt chez* Mme Stock (*cabinet de lecture*), *rue de Seine-St-Germain*, 54; *et chez* M. Patte, *rue des Fossés-Montmartre*, 54.)

L'idée des pharmacies portatives n'est pas nouvelle : le besoin en est senti depuis long-temps, et bien des personnes en ont tenté l'exécution; mais soit défaut de connaissances positives, soit inintelligence de la position exceptionnelle des médecins des petites villes et des campagnes, soit désir immodéré de lucre, ce besoin a été fort mal traduit et fort mal satisfait. La plupart des pharmacies construites jusqu'à ce jour sont fort embarrassantes, fort incommodes, contiennent une foule de médicamens inutiles, manquent des médicamens nécessaires dans un cas urgent et reviennent à un prix excessif. Ainsi les unes coûtent 1,500 *francs* et plus; d'autres ne descendent pas au-dessous du prix plus modique, mais encore assez élevé de 150 à 200 francs.

Placé de manière à comprendre les besoins des praticiens, et n'étant pas ignorant de leur position financière, après avoir fondé à Paris une fabrique de produits chimiques où les prix-courans étaient extrêmement modérés, nous avons cru pouvoir introduire une importante modification dans la confection des pharmacies portatives, dont l'immense utilité n'a pas besoin d'être démontrée.

Qui ne comprendra en effet qu'un coffret contenant tous les instrumens ou médicamens nécessaires pour les cas imprévus et urgens, tels que hémorrhagies, fractures, empoisonnemens, morsures d'animaux venimeux, etc., etc., coffret facile à transporter par le peu d'élévation de son poids et par la modicité de son prix, doit devenir, pour ainsi dire, le *vade mecum obligé* de tous les praticiens appelés à exercer la médecine et la chirurgie dans les villages et les campagnes, dans les châteaux éloignés des villes, et dans les voyages sur mer et par terre.

Supposez en effet qu'au milieu de la nuit le médecin soit appelé dans un lieu écarté, et qu'il ait à soigner un malade qui vient de se fracturer un membre, qui s'est ouvert une artère, qui vient d'être mordu par un chien enragé, par un serpent venimeux, qui a pris par mégarde ou par suite d'un crime un poison, etc.; il arrive n'ayant avec lui que sa trousse; point de bandes, point de charpie, point de caustiques, point de contrepoisons, point d'aiguilles à ligature; malgré le zèle et l'activité du médecin et des assistans, le malade peut succomber avant qu'on ait pu courir à la ville voisine et en rapporter les instrumens ou les médicamens indiqués dans ces cas formidables.

Avec nos pharmacies portatives, au contraire, coffrets aussi solides qu'élégans, que l'on attache aisément à la selle d'un cheval, que l'on transporte sans difficulté à la main, le médecin arrive pourvu de tout ce dont il peut avoir besoin : rien ne manque à ses secours éclairés; le contrepoison est immédiatement administré, une cautérisation profonde est faite, un vaisseau lié, une fracture réduite et maintenue; et le père de famille, le fils chéri, sont conservés à l'amour et à la tendresse de leurs parens.

Tout dans ces coffrets pharmaceutiques a été calculé pour la commodité de l'acquéreur; aucune place n'y est perdue; la quantité de médicamens introduite est immense eu égard à leur petit volume et à leur faible poids. Depuis la sonde œsophagienne, la seringue à injections, jusqu'aux pilules de toute espèce, aux caustiques et aux médicamens liquides les plus utiles, aux tubes de vaccin, aux pinceaux à cautérisation, aux bandes dextrinées, tout ce que le praticien a besoin de trouver sous sa main dans les accidens imprévus s'y rencontre. Une boîte à sangsues, de l'amadou, un fer à cautériser, du cérat, de la pommade à vésicatoires, de la potasse caustique, de la charpie, de l'ammoniaque liquide, du beurre d'antimoine, du laudanum de Sydenham, du calomel, du jalap, de la colophane, de l'alcool camphré, de l'éther, des pilules de belladone, de digitale, d'aloès; du tartre stibié, du seigle ergoté, du sulfate de quinine, des vésicatoires extemporanées, etc. Tels sont les médicamens de première nécessité que nous avons rassemblés dans ces utiles coffrets.

A cette réunion incroyable de médicamens dans un si petit espace, nous avons joint une instruction que les praticiens pourront consulter au besoin, mais qui est surtout indispensable aux personnes qui voyagent sur terre ou sur mer, qui habitent les lieux écartés et les châteaux, et auxquelles conviennent parfaitement nos Pharmacies. Dans cette instruction, nous avons indiqué avec soin la manière d'administrer les médicamens et les contre-poisons, et de se servir des instrumens que renferme le coffret.

Il est inutile d'ajouter que cette instruction a été rédigée avec un soin extrême, et par des médecins éclairés qui ont bien voulu nous prêter le secours de leurs conseils et de leurs lumières dans le choix des médicamens, et dans la rédaction de ce formulaire plein d'indications utiles et positives.

Certain d'avoir atteint le but que nous nous proposions, la modicité du prix et la réunion complète des moyens de première nécessité pharmaceutique, il nous reste à faire connaître en détail la forme, les divisions et les prix, soit du coffret, soit des médicamens, soit des instrumens. On jugera par les prix que nous avons établis, avec quelle modération nous avons cru devoir les régler; nulle part, les médecins ne trouveront des conditions aussi avantageuses; nulle part ils ne pourront renouveler à si bon marché les médicamens; nulle part ils n'auront trouvé, nous osons le dire, autant de discernement dans le choix des remèdes, autant de solidité et de commodité dans le moyen de transport, autant de soin enfin pour satisfaire à la fois les besoins des malades et les dépenses matérielles des hommes de l'art. Notre œuvre est bien moins une question de lucre qu'une question d'humanité, et nous espérons que l'on nous saura gré d'avoir résolu un problème jusqu'à nous demeuré à peu près insoluble.

Le Coffret pharmaceutique a la forme d'une petite malle, avec deux passans latéraux qui permettent de le lier après la selle d'un cheval, et une anse supérieure et moyenne à l'aide de laquelle on le porte à la main; il a sept pouces de hauteur, huit de longueur et dix de largeur. Il est construit en bonne et belle peau de veau, et d'une solidité à toute épreuve. En l'ouvrant, on aperçoit une partie des médicamens rangés artistement et de manière à ne pouvoir vaciller, se déchirer ou se rompre, dans des cases distinctes et solides; la partie moyenne de ce casier s'enlève par deux rubans attachés latéralement; au-dessous se trouve le reste des médicamens, et surtout les paquets contenant les poudres; au fond, dans une case creuse, de la charpie et des compresses. Sous le couvercle est un compartiment à gousset, qui est mobile, dans lequel sont placés l'amadou et l'instruction pharmaceutique et toxicologique. Le second couvercle abaissé, laisse à découvert le fond supérieur de la boîte, où sont des anneaux en peau, dans lesquels passent et sont retenus, la sonde œsophagienne, une bougie, une sonde de gomme élastique, un fer à cautériser, une spatule, une seringue à injection en ivoire, etc.

Les compartimens de notre Pharmacie portative sont disposés de telle sorte qu'un médecin appelé à donner des soins à la campagne, peut substituer très facilement un flacon à un autre, et remplacer par le médicament dont il prévoit le besoin, celui qu'il pense devoir être sans utilité dans le cas particulier qui l'occupe.

Nous avons cru devoir placer ici, sur plusieurs colonnes bien distinctes, les prix des flacons et des boîtes qui renferment les médicamens et ceux de ces mêmes médicamens; MM les Médecins pourront savoir ainsi, au premier coup-d'œil, combien leur coûteront les médicamens que contient la Pharmacie.

S'ils veulent bien s'adresser à nous pour renouveler ces médicamens, nous ferons plus encore en leur faveur, car nous leur accorderons une remise de 20 ou 25 pour 100, selon qu'ils nous demanderont une quantité 8 ou 16 fois plus grande que celle qui entre dans la composition de la Pharmacie portative. Les acheteurs auront du reste la faculté de diminuer le prix de la Pharmacie portative, en nous indiquant tel ou tel article à retrancher.

Nous prions MM. les Médecins de vouloir bien prendre note que nous nous chargerons également de l'achat, aux prix les plus modérés, des instrumens de médecine et de chirurgie; nos rapports avec les fabricans nous mettant à même de leur faire obtenir les concessions les plus larges. Nous nous engageons, par conséquent, à remplir immédiatement toutes les commissions dont on voudra bien nous charger en ce genre, moyennant une simple remise de 3 pour 100.

AVIS IMPORTANT A MM. LES ARMATEURS ET CAPITAINES DE NAVIRE.

Nous prévenons MM. les Armateurs que, nous occupant spécialement de la fabrication des Pharmacies portatives et des instrumens et médicamens, nous nous chargerons de faire confectionner, pour leur usage, des Pharmacies de telle forme ou de telle grandeur qu'il leur conviendra.

Articles divers contenus dans cette Pharmacie portative.

Médicamens.

		f.	c.
32 gramm. (1 once)	de vinaigre anglais.	» f.	60 c.
32 *id.*	d'extrait de saturne.	»	10
32 *id.*	poudre d'alun.	»	10
32 *id.*	— colophane.	»	10
32 *id.*	d'alcool camphré à 36 degrés.	»	15
32 *id.*	d'eau de Rabel.	»	15
32 *id.*	de laudanum de Sydenham.	»	60
32 *id.*	d'éther sulfurique.	»	25
24 pilules	d'extrait de belladone d'un demi-grain.	»	20
24 *id.*	de digitale *id.*	»	20
16 gramm. (1/2 once)	de beurre (chlorure) d'antimoine.	»	20
20 pastilles	de potasse caustique pour cautères.	»	10
Un morceau	de nitrate d'arg. (pierre infernale), 50 gr.	»	80
32 grammes	de pommade ammoniacale de Gondret.	»	20
	id. à vésicatoire.	»	20
16 gramm. (1/2 once)	d'ammoniaque (alcali volatil).	»	10
12 paquets	de poudre de jalap (de 20 grains chaque).	»	50
12 *id.*	de mercure doux (de 8 gr. chaque).	»	40
12 *id.*	de poudre de rhubarbe (de 12 gr. chaque)	»	30
24 *id.*	de pilules d'aloès (de 5 gr. chaque).	»	20
12 *id.*	d'émétique (de 1 gr. chaque).	»	20
12 *id.*	de poudre de seigle ergoté (de 5 gr. ch.)	»	30
12 *id.*	de poudre d'ipécacuanha (de 8 gr. chaque).	»	40
24 *id.*	de bonbons de sulfate de quinine (de 2 gr.).	2	70
12 *id.*	de sel de nitre (de 18 gr. chaque).	»	30

	f.	c.
32 grammes (1 once) de cérat de Galien.	»	15
64 gramm. (2 onces) sulfate de soude.	»	10
64 *id.* — de magnésie.	»	15
Vaccin (mémoire).	»	»
3 vésicatoires du Dr Trousseau.	»	50
	10 f.	25 c.

Articles pour pansemens.

	f.	c.
32 grammes (1 once) de charpie.	» f.	25 c.
4 mèches de charpie longue.	»	10
2 rouleaux de sparadrap de diachylon.	»	80
1 morceau d'agaric de chêne de 16 grammes.	»	30
2 bandes dextrinées pour fractures.	1	»
2 bandes de linge roulées.	»	60
1 feuille de taffetas d'Angleterre.	»	15
4 feuilles de papier brouillard.	»	5
50 pois à cautères assortis.	»	30
Fils cirés pour ligatures.	»	10
2 ccomprsses.	»	40
	4 f.	65 c.

Instrumens, Flacons, Boîtes, etc.

	f.	c.
Une sonde œsophagienne.	1 f.	30 c.
Un fer à cautériser.	1	25
Une sonde en gomme élastique.	»	40
Une bougie *id.*	»	40
Une seringue à injection en ivoire.	»	80
Une aiguille à suture.	»	60
25 épingles à ligature.	»	10
2 pinceaux à cautérisation.	»	20
7 flacons bouchés à l'émeri, contenant laudanum, éther, etc. (1)	2	10
1 flacon à large ouverture.	»	65
4 boîtes rondes, avec couvercle en fer-blanc, contenant cérat, pommade, etc.	1	60
1 boîte contenant aiguilles et épingles.	»	5
7 tubes contenant pilules, etc.	»	70
1 boîte en fer-blanc à sangsues.	»	40
1 spatule en fer.	»	50
1 canule.	»	30
1 suspensoir en tricot.	»	90
Le coffret.	17	35
	30 f.	10 c.

(1) Si on désire des flacons à *étiquettes vitrifiées*, le prix de chaque flacon sera de 65 cent. au lieu de 50 cent.

Paris, impr[illegible] de Vaugirard, 36.]

SAMEDI 21 MARS 1840. (15e ANNÉE.) N° 35, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

MAISON ROYALE DE SANTÉ. — M. MONOD.

(Faubourg Saint-Denis.)

Anévrisme faux spontané de l'artère fémorale, siégeant près du passage de ce vaisseau à travers l'anneau des adducteurs. Rupture du sac anévrismal et formation d'un anévrisme diffus qui est pris pour un abcès. Coup de bistouri qui donne issue à du sang. Ligature de l'artère iliaque externe par le procédé de sir A. Cooper. Mort. Examen nécropsique.

Quelques renseignemens nous étant arrivés sur un fait très intéressant qui a été observé ces jours derniers à la Maison royale de santé, nous nous empressons de donner à ce fait toute la publicité qu'il mérite, nous réservant de le reprendre plus tard s'il en est besoin, pour le compléter ou rectifier quelques-uns des détails dans lesquels nous allons entrer, et dont nous ne pouvons garantir l'entière exactitude, nous étant arrivés d'une manière indirecte.

Un homme de soixante-trois ans environ, d'une constitution et d'un tempérament primitivement bon, mais détérioré par l'usage habituel et immodéré des boissons alcooliques, postillon ou courrier de profession, et continuellement exposé, par conséquent, aux conditions atmosphériques, bonnes ou mauvaises, en faisant un jour son trajet obligé de Paris à Saint-Cloud, eut la cuisse droite prise entre son cheval (le pommeau de la selle, je crois) et un haquet. La cuisse fut horriblement froissée à sa partie supérieure et externe. Arrivé à sa destination, il fit appeler un chirurgien, et fut soigné comme dans le cas de contusion et d'entorse. Bientôt rétabli de son accident, il éprouva, quelque temps après, des douleurs sourdes dans la même cuisse, ce qui motiva de nouveau l'appel du chirurgien; celui-ci crut reconnaître l'existence d'un abcès profond de la cuisse; mais n'étant qu'officier de santé, il ne voulut pas l'ouvrir ni prendre sur lui la responsabilité d'une pareille opération. Un docteur, M. Thierry père, fut consulté, et il partagea l'opinion de l'officier de santé relativement à l'existence d'un abcès profond de la cuisse, dont l'ouverture fut décidée. Le docteur Thierry fils fut chargé de cette opération et envoyé auprès du malade; il trouva, en effet, dans le membre la sensation d'une fluctuation profonde; les antécédens du malade étaient d'ailleurs de nature à faire diagnostiquer un abcès de la cuisse, et, d'autre part, il n'existait pas la moindre trace, le moindre indice de battemens artériels, de mouvemens isochrones à ceux du pouls.

Nous croyons utile d'ajouter que le volume de la cuisse était augmenté, qu'elle était douloureuse et qu'elle présentait un état d'empâtement qui semblait indiquer une gêne dans la circulation des vaisseaux profonds, que l'on était en droit d'attribuer à la compression exercée sur eux par l'accumulation du pus; fortement et passivement comprimés; d'autre part, par l'aponévrose d'enveloppe de la cuisse.

Le bistouri fut plongé à la partie supérieure, antérieure et externe de la cuisse, à cinq ou six pouces environ au-dessous de l'arcade crurale (en parlant de l'examen cadavérique, nous pourrons peut-être mieux préciser le siége de cette incision); il en jaillit immédiatement du sang.

M. Thierry reconnut alors que le hazard venait de lui offrir un de ces cas faits pour tromper la vigilance des yeux les mieux exercés. Il ne conserva plus aucun doute sur l'existence d'un anévrisme, rapprocha les bords de l'incision à l'aide de deux points de suture et fit transporter le malade à la Maison de Santé pour être confié aux soins de M. Monod.

Un nouvel examen attentif du membre ne réussit pas mieux à faire reconnaître le siége de la tumeur anévrismale qui, à coup sûr, devait exister, et auquel lieu au moins devait correspondre la rupture de l'artère en l'absence même d'un sac anévrismal proprement dit.

L'incision seule, pratiquée par M. Thierry fils, pouvait peut-être faire présumer que le vaisseau était ouvert assez haut; quelle que soit d'ailleurs la valeur de cette présomption, nous croyons qu'elle a prévalu et a fait pencher l'opérateur en faveur de la ligature de l'artère iliaque externe plutôt que de l'artère crurale. Nous rappellerons à peine ici que l'absence de pulsations dans le membre fut de nouveau constatée, par plusieurs personnes, à la Maison de Santé.

L'artère iliaque externe fut donc liée, et l'on adopta pour cette opération le procédé de sir A. Cooper, c'est-à-dire qu'une incision légèrement courbe, à convexité inférieure, a été pratiquée dans le sens des fibres du grand oblique et qui, commençant un peu au-dessus de l'épine iliaque, s'est terminée un peu au-dessus du bord interne de l'anneau inguinal et à quelques lignes en dedans de la partie moyenne de l'arcade crurale. La peau ainsi divisée, que l'aponévrose du grand oblique, et le lambeau qui en résulte ayant été soulevé, on a aperçu le cordon spermatique qui passe sous le bord du petit oblique et du transverse à travers l'orifice interne du canal inguinal. Cet orifice a se trouve à peu près au milieu de l'arcade crurale; l'artère épigastrique longe son bord interne; l'iliaque externe était immédiatement au-dessous. L'incision de cet orifice a dû être pratiquée en dehors sur une sonde canelée. Alors l'artère a été isolée et ensuite liée.

A la suite de cette grave opération, le malade a présenté quelques symptômes de péritonite, tels que des hoquets, un léger balonnement du ventre; mais à ces symptômes paraissent avoir succédé ceux encore plus graves d'une résorption purulente. Au bout de huit à neuf jours le malade a succombé à l'intensité des symptômes de forme typhoïde qui accompagnent le transport du pus dans le système circulatoire.

Examen du membre. Du sang est épanché en très grande quantité dans les interstices des muscles de la cuisse; plusieurs muscles en sont infiltrés, présentent un aspect noirâtre et une consistance putrilagineuse. Cet épanchement interstitiel du sang monte aux régions antérieure et interne de la cuisse jusqu'aux environs de l'arcade crurale; les muscles qui offrent à un plus haut degré les caractères indiqués plus haut sont le couturier et les droits interne et antérieur; tous les autres muscles de la cuisse sont plus ou moins infiltrés par le sang.

L'artère crurale paraît avoir subi un commencement d'ossification. A trois ou quatre travers de doigt environ avant son passage à travers l'anneau aponévrotique des adducteurs, elle présente un sac anévrismal du volume d'une petite noix, dont la dilacération, qui existe à la partie antérieure et externe, a permis la formation de l'anévrisme diffus dont nous venons d'énoncer les caractères anatomiques, et qui en a imposé pour un abcès profond de la cuisse.

Les parois du sac sont peu épaisses et ne sont pas doublées par des caillots sanguins stratiformes bien prononcés. La poche contient un noyau de matière grisâtre assez diffluente, libre de toute sorte d'adhérence, et ayant quelque analogie avec un coagulum de lymphe plastique; ce noyau est entouré de caillots sanguins semi-fluides.

La poche, nous a-t-on assuré, ne paraissait d'ailleurs pas bien ancienne. Le coup de bistouri porté par M. Thierry, loin de l'avoir intéressée, en était éloignée de cinq à six pouces environ. La ligature appliquée sur l'iliaque externe est en place, et par le palper on peut s'assurer qu'un caillot s'est formé au-dessus d'elle. (Au moment où ces renseignemens nous ont été donnés, l'autopsie n'était point terminée et le vaisseau n'avait point encore été examiné dans son intérieur.) Il n'en est pas de même au bout inférieur de l'artère (immédiatement au-dessous de la poche anévrismale); ici aucun caillot ne paraît s'y être formé; ce qui fait présumer que la circulation latérale ne s'était point établie. Nous ferons remarquer toutefois que le membre a conservé sa chaleur naturelle et sa sensibilité jusqu'au dernier moment. On n'a rencontré aucune anomalie artérielle; le péritoine était sain.

En terminant d'exposer ces quelques renseignemens qui nous sont arrivés sur ce fait, digne à tant de titres d'un si grand intérêt, nous devons dire que M. Thierry pense, dit-on, que l'anévrisme faux spontané préexistait à l'accident arrivé au malade en se rendant à cheval de Paris à St-Cloud, et que cet accident même, ayant déterminé la rupture du sac anévrismal, est devenu la cause de l'anévrisme diffus.

K....

FEUILLETON.

NOTICE MÉDICALE SUR QUELQUES CANTONS DE LA SUISSE ALLEMANDE;

Par F. MICHEA, D.-M.-P.

(Suite du n° précédent.)

Ce fut en vain que je parcourus la ville en tous les sens et dans le plus petit détail, pensant découvrir quelque ruine de la maison habitée jadis par Félix Plater; « de cette maison, dit Montaigne dans son Journal de voyage, la plus pinte et enrichie de mignardises à la française qu'il est possible de voir; laquelle ledit médecin a bâtie fort grande, ample et somptueuse. »

Cette habitation splendide, et remarquable surtout (ce qui était tout nouveau alors) par ses collections scientifiques, attirait au seizième siècle une foule de voyageurs célèbres. Le grand sceptique que je viens de nommer y fut reçu avec tous les honneurs dus à son talent, son esprit et sa renommée. A table il prit place à côté de Zwinger, de Bauhin et de Grimeus, auteur d'un très bel éloge de la médecine, singulier contraste avec le philosophe gascon, qui s'était toujours montré son adversaire passionné. Il ne dit rien de la conversation qu'il eut avec eux, si ce n'est que convertis extérieurement à la confession d'Augsbourg, ils paraissaient plutôt pencher au fond du cœur vers la cour de Rome que vers Luther. Toutefois il ne peut s'empêcher d'admirer Félix Plâter.

« Entr'autres choses, ajoute-t-il, il dressa un livre de simples qui est des-jà fort avancé; et au lieu que les autres font peindre les herbes selon leurs coleurs, lui a trouvé l'art de les coler toutes naturelles si proprement sur le papier, que les moindres feuilles et fibres y apparoissent comme elles sont, et il feuillette son livre sans que rien en eschappe, et montrant des simples qui y estoient collés y avoient plus de vingt ans.

» Nous vismes aussi chez lui des anatomies entières d'homes mors qui se tiennent. »

L'art de conserver les plantes dans des herbiers, et celui bien plus extraordinaire de faire subir aux cadavres certaines préparations qui permettent de constater les mystères de l'organisme, étaient encore des choses si récentes, qu'elles passaient pour de véritables merveilles, même aux plus grandes intelligences de l'époque.

L'herbier et les pièces anatomiques de Félix Plater se voient encore aujourd'hui dans le musée de médecine. Précieuses pour le temps, ces collections n'offrent maintenant plus d'autre intérêt que celui de la curiosité historique.

Bâle possède trois hôpitaux: l'hôpital de la ville, autrement dit Cantonnal, celui des Enfans et des Vénériens, et celui des Aliénés. Le premier renferme à peu près 200 lits. Il est placé sous la surveillance d'un directeur nommé par le gouvernement, et confié aux soins de deux médecins et d'un chirurgien. A considérer les précautions hygiéniques, l'ordre et la régularité qui règnent en Suisse dans tous les établissemens de ce genre, on est étonné de trouver celui-ci en-dehors de ces mesures. Les malades y sont entassés pêle-mêle dans des salles basses, petites et obscures, sans égard pour la distinction des affections externes ou internes, et les inconvéniens nombreux qui résultent d'un pareil mélange. Le docteur Young, professeur de mérite et praticien distingué, est chargé du principal service médical; mais depuis la décadence de l'université, son enseignement clinique est demeuré suspendu. Ce qu'il en reste se réduit à peine à quelques conférences au lit des malades, entreprises moins par amour de la science que dans le but d'empêcher de s'éteindre entièrement la vieille réputation de sa clinique.

Les affections qu'on y observe le plus fréquemment sont toutes celles qui reconnaissent pour cause l'influence du froid et de l'humidité: notamment la phthisie et le rhumatisme articulaire aigu. Outre que le canton de Bâle est celui qui se trouve le plus avancé vers le nord, les ouvriers de ce pays industrieux et manufactier ont la funeste habitude de travailler dans des caves; condition singulièrement propice au développement du rhumatisme.

En tête des affections chroniques se rangent les scrofules, qui absorbent, ici comme dans les autres hôpitaux de la Suisse, une somme considérable de lits.

Le temps ne me permit pas de visiter l'hôpital des Vénériens et des Enfans. Quant à celui des Aliénés, il est loin d'approcher de nos établissemens de ce genre, soit publics, soit particuliers.

Le local est une ancienne abbaye de forme quadrilatère, au milieu de laquelle règne une cour sombre, environnée de galeries couvertes. Du reste, point de divisions ni de classement suivant l'ordre ou la nature du délire. C'est à peine si les sexes sont séparés.

On construit en ce moment, à l'est de la ville, sur un terrain légué par un grand duc de Baden, un bâtiment magnifique qui paraît devoir réunir toutes les conditions d'hygiène et de commodité nécessaires à la conservation et au traitement de ces malheureux.

Outre cela, il existe à Bâle un grand nombre de collections publiques et privées; des herbiers très riches en plantes alpestres, des galéries zoologiques très complètes, qu'il n'entre pas dans mon plan d'analyser ici.

Canton d'Argovie. Il a été surnommé les plaines de la Suisse, à cause du petit nombre et du peu d'élévation de ses montagnes. Arau, son chef-lieu, est une ville sans importance scientifique; il faut aller jusqu'à Koënigsfelden, village voisin de Brouy, patrie de Zimmermann, pour trouver les hôpitaux du canton. Ces établissemens, au nombre de deux réunis dans le même local, occupent les arceaux d'un cloître fondé par la reine Agnès de Habsbourg, en memoire de la mort de son père, l'empereur Albert Ier, assassiné en cet endroit l'an 1308. Cet édifice n'a subi nul changement. Ce sont les mêmes galeries gothiques, les mêmes cellules sombres, les mêmes cours, tristes et silencieuses; leur destication seule a varié. Au lieu d'être habitées, comme au moyen âge, par des nonnes et des moines, elles servent d'asile à des fous et à des scrofuleux.

Je mentionne principalement ces deux sortes de malades parce qu'on n'en rencontre presque pas d'autres. Sur 100 lits que cet hôpital commun possède, plus de la moitié est affectée aux scrofuleux, et la presque totalité du reste aux affections mentales. Le médecin de l'établissement m'a dit n'avoir reçu, depuis trois ans, que 2 cas de maladies aiguës. Cette constitution médicale, si différente de celle du canton de Bâle, dont Koënigsfelden, n'est distant que de quelques lieues, tient probablement à un ordre de causes purement géographiques, d'accidens locaux et de circonstances spéciales.

Un reproche grave que nous devons leur adresser, c'est leur voisinage trop intime, et pour ainsi dire leur communauté.

Malgré les nombreux travaux, tant anciens que modernes, entrepris dans le but d'éclairer l'étiologie des scrofules, cette partie de leur histoire n'en est pas moins encore la plus obscure et la plus incomplète. La viciation de l'air, dont on a parlé dans ces derniers temps, son altération dans les lieux bas, étroits et bien clos, est une hypothèse renversée journellement par l'observation. D'une part, le canton d'Argovie, quoiqu'ayant un petit nombre de montagnes comparativement aux autres cantons, est généralement élevé de 1100 pieds au-dessus du niveau de la mer;

)PITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. Paul Dubois.

Revue de la Salle d'Accouchemens.

Ce service, bien que peu considérable, présente dans ce ment un assez bon nombre de faits intéressans ; aussi is proposons-nous de les passer rapidement en revue, insistant sur ce qu'ils paraissent nous offrir d'impor- t sous le point de vue pratique.

— Au n° 1 est couchée une jeune femme, enceinte pour leuxième fois. Interrogée sur le point de sa grossesse, déclare qu'elle est dans son quatrième mois ; mais en tinuant les questions, on voit qu'elle commet une er- r qui trompe beaucoup de femmes, c'est-à-dire qu'elle apte le début de sa grossesse depuis sa dernière époque astruelle : elle n'a guère atteint que le milieu du troi- ne mois. Il y a quelques jours, cette femme a été prise ne toux assez opiniâtre, et aussitôt après une hémor- gie s'étant manifestée, elle en attribue la cause à cette isposition. Depuis ce moment, l'hémorrhagie a conti- sans offrir des caractères inquiétans. Dimanche, 14 rs, l'écoulement sanguin est devenu plus considérable, rdi 16, il durait encore ; mais ce jour, la malade per- une assez grande quantité d'eaux mélangées avec le g. Des contractions utérines incertaines apparurent, laissant entre elles des intervalles de temps fort irré- iers ; elles étaient d'ailleurs insuffisantes. En pratiquant oucher, on reconnaît que l'orifice du col n'est pas di- , qu'il permet à peine l'introduction de l'extrémité du gt ; il est en même temps assez rigide.

omme rien encore ne devait exiger l'emploi des moyens l'art peut tenter dans les circonstances analogues, on référé temporiser, et l'on attend que l'indication de- ane plus pressante.

— N° 2. Nous avons déjà parlé de cette malade (*voir* lu 14 mars). Elle a présenté vers la fin de sa grossesse hémorrhagies répétées, et le toucher avait fait recon- tre l'implantation du bord du placenta sur l'orifice in- ne de l'utérus.

e 10 mars, l'accouchement a cependant pu se terminer s être précédé ou suivi de nouvelles pertes de sang ; et amen du placenta a fait reconnaître qu'une portion de i-ci, voisine de sa circonférence, avait seule eu des rap- ts avec le pourtour de l'orifice.

ette femme est dans un état satisfaisant.

— N° 4. Femme prise d'hémorrhagies répétées depuis 19 janvier, à la suite d'une querelle, et délivrée le 16 rs d'un enfant mort, âgé de cinq mois environ. Ce fœ- , peu volumineux, offre cependant au sommet du crâne bosse sanguine fort considérable, qui fournit à M. bois l'occasion de quelques considérations sur le déve- pement des tumeurs de cette nature. Il est facile de se vaincre, par l'examen de cette pièce et par celles du me genre, que la bosse sanguine répond au vide qu'of- t le col de l'utérus et les parties molles du bassin, et toutes les autres parties de la tête étaient comprimées, epté celle-ci, qui seule avait pu se laisser distendre par liquides, attendu qu'elle manquait de point d'appui.

es tumeurs de ce genre ont donné lieu à plusieurs mé- ses. Antoine Dubois fut un jour chargé d'examiner un us mort-né offrant une altération de cette nature ; l'ac- chement avait été fait par une sage-femme, et un pra- en avait conclu de l'examen de la tête que l'accouche- nt avait eu lieu par suite de manœuvres criminelles dont il croyait retrouver la preuve dans la tumeur sanguine.

A cet âge le volume du placenta égale celui du fœtus, et lorsque l'issue de celui-ci a été difficile, il faut s'attendre aux mêmes difficultés lors de l'extraction du délivre. C'est pour ainsi dire une seconde expulsion qui demande, comme la première, un travail de contraction de la part de la matrice.

— N° 5. Femme rachitique, primipare, arrivée à la troisième semaine du septième mois de la grossesse. Le diamètre sacro-pubien offre, chez elle, trois pouces et demi. L'examen du col, pratiqué ces jours derniers, n'indiquait pas la moindre tendance à un commencement de travail ; cependant cette femme est accouchée seule, le 14 mars, d'un enfant qui pesait trois livres. Cette terminaison, qui déjà a été observée par beaucoup de praticiens, mérite d'être envisagée avec soin.

— N° 11. Cette femme est dans des conditions toutes particulières, qui méritent de fixer l'attention. En effet, elle nous offre des accidens dont la cause a été depuis long-temps l'occasion de fréquentes controverses entre les praticiens.

Le sujet de cette observation est âgé de vingt-un ans et demi ; elle a été mariée à l'âge de seize ans, elle est enceinte pour la troisième fois. Lors de sa seconde grossesse elle offrit quelques symptômes de congestion cérébrale, et fut saignée. L'accouchement eut lieu sans accident. Cette fois, vers le deuxième mois, elle fut prise de tremblement de la main gauche et de l'extrémité inférieure du même côté, la parole devint aussi embarrassée. Cet état de faiblesse du côté du tronc continua de faire du progrès. Le 23 janvier, la malade perdit connaissance et fit une chute. On lui a dit que lors de cet accident elle présenta une contracture violente du bras et de la mâchoire. En février, la vision était nette, la pupille gauche plus contractée que la droite ; la langue tirée hors de la bouche a présenté, dit-on, une légère déviation. Mais ce phénomène n'est pas apparent aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, cet organe est agité d'un espèce de tremblement, de mouvemens saccadés, toutes les syllabes sont mouillées ; la malade n'a pas d'appétit, elle est fort constipée. Tout récemment encore elle a senti les mouvemens de son enfant ; les mouvemens des membres thoraciques et abdominaux du côté gauche sont affaiblis, incertains. La malade peut à peine serrer un objet avec la main de ce côté ; la sensibilité est fort incomplète du même côté. Aujourd'hui la paralysie incomplète du mouvement et du sentiment persiste à gauche ; la parole est très difficile, l'intelligence a beaucoup faibli.

Y a-t-il, dans ce cas, simple coïncidence entre l'affection cérébrale et la grossesse, ou véritable relation de cause à effet ? Cette question est loin d'être résolue de la même manière par tous les accoucheurs. M. Dubois est pour l'affirmative. Il suppose que l'état puerpéral avant, pendant et même quelque temps après l'accouchement, est une de ces prédispositions à l'hémorrhagie cérébrale qu'on ne saurait peut-être trop bien expliquer, mais qu'on est forcé d'admettre. En effet, dans le cas dont nous nous occupons ici, le professeur pense avoir affaire à un épanchement de cette nature. Quant à l'opinion des médecins qui pourraient croire que dans une semblable circonstance il ne s'agit pas d'une hémorrhagie, mais d'une affection nerveuse immatérielle, pour ainsi dire, comme on l'a prétendu, elle n'est pas admissible, quand bien même ils invoqueraient à leur aide la production d'accidens nerveux très graves pendant la grossesse, comme l'éclampsie, par exemple. En effet, il serait facile de les combattre par les résultats de l'ouverture des cadavres de plusieurs femmes ayant succombé à des accidens de cette nature. En voici quelques cas.

1° Une femme de vingt-sept ans, de force moyenne, d'un embonpoint médiocre, arrivée au huitième mois de sa troisième grossesse, fait une longue route à pied, elle se fatigue, et éprouve les douleurs de l'accouchement ; on la délivre d'un enfant qui meurt bientôt. Au moment des dernières douleurs expulsives, elle est prise de mouvemens convulsifs dans un bras ; la respiration devient stertoreuse ; la mort arrive au bout de douze heures.

A l'ouverture du corps, on trouve les deux ventricules latéraux remplis de sang noir et solide ; le septum lucidum est rompu ; les corps striés gauche et droit sont érodés ; la portion externe du ventricule droit est rompue, et c'est par là que l'hémorrhagie a commencé. (Schedell.)

2° Une femme de vingt-deux ans, enceinte pour la deuxième fois, éprouve pendant le travail des vertiges, des symptômes de congestion cérébrale, etc. On lui tire trois palettes de sang, on lui applique douze sangsues au cou ; soulagement momentané. Bientôt après, perte de connaissance ; mort. Opération césarienne pour extraire un enfant qui vécut quelques jours, et mourut des convulsions.

Nécropsie. On constate la rupture du corps strié du côté droit ; les deux ventricules latéraux ; le ventricule moyen, l'aqueduc de Sylvius et le quatrième ventricule sont remplis par une quantité considérable de sang noir. (Madame Lachapelle.)

3° Une femme de trente-cinq ans, primipare, peu robuste, arrivée au terme de sa grossesse, expulsa en une seule douleur le fœtus et l'arrière-faix. Quatre heures après, respiration stertoreuse, pâleur de la face ; mort au bout de six heures.

Nécropsie. Cerveau volumineux, distendu ; couche optique déchirée, septum lucidum détruit, ventricules remplis de sang coagulé.

— N° 13. Cette malade a été accouchée par la craniotomie. Elle porte une tumeur abdominale, que l'on suppose avoir son siége dans l'ovaire du côté gauche ; elle a été cause d'une prolongation assez considérable du travail. Cette tumeur, à peine accessible aux moyens d'investigation avant l'accouchement, a fait des progrès depuis ; elle s'est élevée jusqu'au dessus du détroit supérieur ; auparavant elle pouvait se déplacer, et depuis cette époque, sous l'influence de l'espèce de stimulus qu'elle a éprouvé, elle a contracté des adhérences intimes avec le côté gauche de l'abdomen. On attendra.

— N° 14. Nous avons déjà parlé de cette malade, qui a été en proie à une attaque d'éclampsie avant l'accouchement et qui a été délivrée de deux enfans morts. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet. (*V.*, n° du 14 mars.)

— N° 18. On a observé sur cette femme une présentation pelvienne ; l'accouchement a été facilement terminé.

— N° 23. Cette femme, arrivée au terme de sa grossesse, a offert, après un travail assez court, un affaiblissement notable des contractions utérines, et le 17 au soir, vers neuf heures et demie, on a été obligé d'avoir recours à l'application du forceps. Le travail, après avoir présenté la marche ordinaire, s'était prolongé un jour entier sans résultat après la rupture des membranes qui avait eu lieu d'une manière fort rapide ; les douleurs étaient fort

---

ne autre part, le peuple des villes et des villages est logé con- ablement : ses habitations sont larges, bien aérées, bien dis- uées ; il n'est pas plus sédentaire que le peuple des montagnes, ourtant les scrofules y sont endémiques, tandis que le con- re a lieu dans les Alpes.

a diminution de l'oxygène, et la plus grande quantité d'acide onique de l'air dans un temps donné, seraient-elles la vérita- cause des scrofules ? Rien ne le prouve. Des expériences de M. odore de Saussure viennent, au contraire, constater une plus e proportion d'acide carbonique dans l'atmosphère des monta- s que dans celui des plaines.

On a pensé que les impondérables pouvaient jouer quelque M. de Humboldt a dit positivement qu'il croyait qu'une di- ution dans la quantité du fluide électrique concourt pour lque chose au développement et au progrès de la disposition fuleuse. Si l'on rapproche cette opinion des résultats obtenus M. de Saussure dans son célèbre voyage aux Alpes, résul- qui établissent que sur les montagnes, et en général dans les lités parfaitement isolées, l'atmosphère renfermait une plus nde quantité d'électricité que dans les plaines et les vallées ; l'électricité aérienne était nulle dans les maisons, sous les es, dans les cours, et en général dans les lieux renfermés de tes parts ; on est en droit d'affirmer qu'elle est loin d'être raisemblable.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point de vue, revenons à l'hô- l de Kœnigsfelden. On y voit toutes les formes de l'affection fuleuse depuis les engorgemens glanduleux jusqu'à la dartre ou l'esthiomène. Cette dernière forme, très rare à Paris, est très fréquente. Elle attaque presque toujours les jeunes sujets sexe féminin, et ses symptômes sont comme ailleurs les plus elles à tout espèce de traitement.

A trois quarts de lieue de là, dans la vallée romantique du lpisberg, au pied de la montagne de Habsbourg, berceau de maison d'Autriche, on trouve les bains de Schinznach. Mal- son voisinage marécageux, et sa position défavorable hygié- uement parlant, cet établissement thermal est néanmoins que année le rendez-vous d'une société brillante. Il est très quenté depuis le mois de mai jusqu'à la fin de septembre.

es eaux analysées par M. Bauhof, et en dernier lieu par M. en, contiennent le quart de leur volume d'acide sulfhydrique e ; elles sont transparentes à la source, mais exposées à l'air ne tardent pas à se recouvrir d'une légère pellicule. Leur t est amer ; elles exhalent une odeur d'œufs pourris assez prononcée ; leur température s'élève à 31°,2 centigrades.

Ces eaux se prennent principalement en bains, dont la durée varie depuis une demi-heure jusqu'à cinq heures par jour. Elles sont réputées très efficaces dans l'eczéma et l'impétigo chroniques, le prurigo, le psoriasis, les vieux ulcères, les plaies d'armes à feu, les scrofules et les rhumatismes. En très peu d'heures, on va de ces bains à ceux de Baden. L'antiquité de ces derniers les a rendus plus célèbres. Ce sont, de toutes les eaux thermales de l'Europe, celles qui ont vu se succéder le plus grand nombre de générations. Les Romains de la république venaient y recouvrer leur vigueur épuisée par les fatigues de la guerre, comme les chevaliers de l'empire, amollis au sein des voluptés de Messaline et des festins de Trimalchion, vinrent plus tard y ranimer leur santé languissante et leurs désirs affaiblis.

Au quinzième siècle, les huit cents courtisanes du concile de Constance y menèrent, dit-on, si joyeuse vie, que l'Arétin lui-même en fut scandalisé.

Montaigne, qui les a visités au milieu du seizième siècle, fait le plus grand éloge de leurs vertus ; il les met au-dessus de toutes celles des autres eaux minérales connues alors. Du reste, il a décrit fort au long le nombre des sources, leur disposition, les détails de localité, etc., et cela si fidèlement qu'au bout de deux siècles il y a peu de chose à dire contre sa description. Toutefois, on ne se fait plus, selon son expression, corneter (ventouser) et saigner au milieu des piscines comme jadis ; et la superstition qui les avait douées de la merveilleuse propriété de favoriser la fécondation, semble avoir disparu. Au moyen-âge, les femmes privées de l'avantage d'être mères y accouraient en foule ; c'était sur un petit banc de pierre percé d'une ouverture circulaire, qu'on voit encore et qu'on regardait comme ayant appartenu à sainte Vérene, qu'elles allaient s'asseoir pendant quelques heures, dans le but que leurs vœux s'exauçassent. Aujourd'hui, cependant, quelques personnes s'y rendent encore, à ce qu'on prétend, pour le même motif ; mais elles ont grand soin de choisir une période avancée de la nuit pour effectuer leur pélérinage.

Ces eaux sont de nature complexe, c'est-à-dire, à la fois sulfureuses et salines ; elles sont presque exclusivement fréquentées par les Suisses, qui les vantent dans les affections viscérales chroniques, dans la goutte et les rhumatismes.

Canton de Zurich. Zurich est la capitale intellectuelle de la Suisse allemande. La patrie de Conrad Gessner et de Lavater n'a jamais démérité son antique surnom d'Athènes helvétique. Nulle part dans les autres villes il existe autant de mouvement, d'activité, en un mot de vie morale. L'instruction publique, tant primaire que supérieure, n'y laisse rien à désirer. A l'université seulement, il se fait chaque année plus de 500 cours dont voici les matières : théologie, 11 ; droit et politique, 16 ; médecine et chirurgie, 24 ; histoire, philosophie et philologie, 54. Une coïncidence curieuse, c'est qu'il y en a autant et peut être plus que d'étudians. Réorganisée en 1833 sur des bases plus larges, elle se divise comme toutes les universités d'Allemagne, en quatre sections ou facultés, composée chacune de sept à huit professeurs titulaires, de professeurs agrégés ou secondaires en même quantité, et enfin d'un nombre illimité des *privats docentes* sans traitement.

L'institution des *privats docentes* est la pépinière des savans de l'Allemagne ; plus libérale et moins exigeante que le concours chez nous, elle le remplace avec un incontestable avantage. L'homme de science quel qu'il soit, jeune ou vieux, connu ou ignoré, peut se présenter à la barre du sénat sans plus de formalités que l'exhibition de son titre ; encore celui-ci n'est-il pas rigoureusement indispensable. S'il fait preuve d'érudition et de talent, soit dans la discussion, soit par des écrits, on l'admet au sein de la compagnie ; il devient agrégé, puis professeur avec le temps. Dans le cas contraire, il rentre dans l'obscurité d'où il était sorti, et on l'oublie.

Je mentionnerai, parmi les professeurs de l'université de Zurich, un homme dont les travaux ont éclairé plusieurs points importans de physiologie humaine, Oken, le premier savant de l'Allemagne, son Cuvier, le génie devant lequel elle s'incline dans le domaine des connaissances naturelles, comme devant celui de Goëthe en poésie. Ancien professeur de physiologie à Munich et à Iéna, fondateur de la Société des médecins et naturalistes allemands qu'il préside chaque année, Oken s'est distingué dans toutes les branches des sciences positives ; celles qu'il affectionne le plus, sont la zoologie, la zootomie et la physiologie.

Il a publié des traités sur la formation des os du crâne, le développement et la thérapeutique des hernies ombilicales. Dans un mémoire sur la génération, il avance que la vésicule ombilicale n'est qu'un appendice du canal intestinal, laquelle venant à se séparer contribue à former le cœcum. De cette façon il explique comment la liqueur qu'elle renferme traverse les intestins pour nourrir l'embryon. Mais ses deux plus célèbres ouvrages, ceux dans lesquels il s'est montré philosophe

vives, et cependant la dilatation du col de l'utérus ne se manifestait pas. On saigna; la pommade de belladone fut appliquée sur le col de l'utérus et cependant la dilatation se fit d'une manière fort lente. Après trente-six heures environ, la tête avait franchi le détroit supérieur et était arrivée dans l'excavation. On eut alors recours au forceps.

M. Dubois attribue dans ce cas la lenteur des contractions à la rupture prématurée des membranes de l'œuf; dans ces cas, en effet, à chaque contraction de l'utérus, une petite quantité de liquide s'en échappe par suite de l'espèce de soulèvement que la compression fait opérer à la tête du fœtus; par suite de cette déplétion successive, il arrive bientôt que les contractions deviennent très faibles.

C'est encore ici le lieu de faire voir que l'emploi du seigle ergoté eût été intempestif, attendu qu'une fois la tête arrivée dans l'excavation, il fallait une délivrance rapide qu'on ne pouvait confier à l'effet d'un médicament. Restait l'application du forceps qui était indiquée dans cette circonstance, bien qu'il ne faille pas oublier combien on en a abusé dans beaucoup de cas. En effet, nous aurons occasion de prouver que son application n'est pas sans danger pour l'enfant.

— N° 25. Huitième grossesse, pertes sanguines assez abondantes depuis quelque temps, affaiblissement de la malade; l'orifice se dilata peu à peu, et un commencement de travail se manifesta. Quoi qu'il en soit il resta fort incertain, et ce retard donnant des inquiétudes, on administra le seigle ergoté; les membranes se rompirent peu de temps après. A huit heures et demie, le col présentait une dilatation de l'étendue d'une pièce de deux francs environ, et à huit heures 50 minutes, l'accouchement fut terminé.

— N° 35. Cette malade, accouchée depuis quelque temps, est dans des conditions très fâcheuses; elle est atteinte d'une affection de forme typhoïde, bien que l'on pense qu'elle ne soit pas accompagnée des accidens anatomiques de cette maladie: il y a de la toux, et des signes d'engorgement hypostatique du poumon gauche.

Académie des Sciences. — Séance du 16 mars.

M. le président rappelle que l'Académie doit procéder au remplacement d'un associé étranger qu'elle a perdu depuis peu de temps, du célèbre Blumenbach. On procède, en conséquence, à la formation d'une commission de six membres pour présenter une liste de candidats: trois de ces membres doivent être pris dans les sections des sciences physiques, et trois dans les sections des sciences mathématiques. La majorité des suffrages se réunit sur MM, Arago, Gay-Lussac, Biot, de Mirbel, Alexandre Brongniart et Dumas.

Action de la garance sur les dents. — M. Flourens entretient l'académie de ce sujet, qui fait la suite de précédentes recherches.

Belchier avait remarqué que, sous l'influence de la garance, les dents se colorent, à l'exception de l'émail qui est d'une substance différente. Duhamel ne parle point de ce sujet, mais il l'a connu. En effet, Fougeroux nous dit que les racines des dents sont de véritables os, et que ces os, ainsi que l'a prouvé Duhamel dans ses expériences sur la garance, se forment par des couches qui se recouvrent les unes les autres.

J. Hunter a vu également la coloration de la portion osseuse des dents par la garance. Blake l'a de même observée. Ainsi, c'est un fait connu, du moins d'une manière vague, car on n'a pas suivi la marche de la garance dans la dent, et on ne s'est pas servi de cette marche pour suivre le développement de la dent, développement inverse de celui des os. Cette marche est rendue manifeste par les pièces que M. Flourens met sous les yeux de l'Académie.

Dans un jeune porc soumis durant quatorze jours au régime de la garance, la couche extérieure de la dent est blanche; c'est celle qui a été formée avant que l'animal fût mis à la garance. La couche intérieure est rouge; c'est la partie nouvelle. Les dents croissent donc par couches internes.

Une autre pièce est la dent molaire d'un jeune porc qui, après quinze jours du régime de la garance, a été remis à la nourriture ordinaire pendant vingt jours, et l'ordre des couches renversé; c'est la couche rouge qui est externe, et la blanche qui est interne. Cette dernière est certainement celle qui s'est formée depuis la cessation de l'usage de la garance; mais qu'est devenue la couche qui était déjà formée avant que l'animal fût soumis à ce régime? Elle devrait se trouver en dehors de la couche rouge, la cacher. Or, puisque celle-ci est maintenant la plus externe, c'est que l'autre a été résorbée, et cette résorption est rendue encore plus manifeste par une autre pièce où la couche la première formée n'est encore qu'incomplètement résorbée; de sorte que la sous jacente, celle qui a été formée pendant le régime de la garance, se montre déjà à travers.

On peut varier de plusieurs manières ces expériences, et toujours on est conduit à des résultats qui prouvent:

1° Que les dents croissent comme les os par couches distinctes et juxta-posées.

2° Que dans le développement des dents, comme dans celui des os, il y a tout à la fois suraddition de lames par un côté et résorption de lames par l'autre.

3° Que cette suraddition et cette résorption se font dans la dent en sens inverse de ce qui a lieu dans l'os; la suraddition qui est externe dans l'os étant interne dans la dent, et la résorption qui est interne dans l'os étant externe dans la dent.

4° Que la seule partie de la dent qui se colore est la *partie osseuse*. L'émail ne se colore point.

Si l'on plonge des dents colorées par la garance dans de l'acide hydrochlorique, les sels terreux sont complètement enlevés, et il ne reste que le cartilage pur et flexible; mais il est à remarquer que ce cartilage n'est pas complètement décoloré, et qu'il faut pour le blanchir complètement employer un acide assez fort.

D'après ce que nous venons d'exposer, il n'est plus permis d'admettre la théorie mécanique qui ne voit dans la partie osseuse de la dent que de simples couches terreuses, de simples couches mortes transsudées par le noyau pulpeux, et la théorie plus récente proposée par M. Owen, qui n'y voit que l'ossification du noyau pulpeux lui-même, n'est pas plus admissible. La vraie théorie, dit M. Flourens, voit dans la formation de la substance osseuse des dents une véritable ossification qui se fait dans un véritable cartilage; ce cartilage se forme autour du bulbe ou noyau pulpeux; il est successivement pénétré par les molécules terreuses, mais il subsiste toujours, puisque les acides, en le dépouillant de ces molécules terreuses, le restituent ou le ramènent à son état primitif et flexible.

Distillation des matières animales. — M. Dumas lit un rapport fait au nom d'une commission par M. Darcet, sur un mémoire dans lequel M. Séguin s'est occupé d'étudier l'action de la chaleur sur les matières animales traitées en vases clos, et d'examiner les diverses applications qu'on peut faire des produits solides et gazeux provenant de cette distillation.

Le but que s'est proposé l'auteur est à la fois de tirer parti des débris de matières animales et de contribuer à l'assainissement des villes, but qu'ont d'ailleurs cherché à atteindre ceux qui se sont occupés de la préparation de certains engrais artificiels. Toutefois, dans cette dernière branche d'industrie, on n'utilise point en général les produits gazeux, et c'est sur ces produits préparés pour l'éclairage des villes que M. Seguin fonde son gain principal. Cette idée, au reste, ne lui appartient pas; mais les moyens d'exécution auxquels il a recours semblent plus parfaits que ceux employés jusqu'ici, et paraissent promettre un succès qu'on n'avait pas encore atteint.

M. Seguin a porté son attention sur les muscles des animaux, et par un moyen simple il est parvenu à les dessécher de manière à ce que, sans qu'ils répandent d'émanations nuisibles, on puisse les conserver en magasin, afin de fournir régulièrement à la fabrication du gaz.

Les produits que l'on obtient de la distillation des matières animales sont, comme on le sait, plus nombreux et plus compliqués que ceux que l'on a ordinairement à traiter dans les usines à gaz. Les produits solides, qui sont le noir d'os et le charbon des muscles, peuvent être versés immédiatement dans le commerce; mais il n'en est pas de même des autres produits, tels que des carbures d'hydrogène, les uns liquides et les autres gazeux, du carbonate, de l'acétate et de l'hydrosulfate d'ammoniaque, etc.

M. Seguin s'est particulièrement occupé de l'épuration des produits volatils et gazeux. Parmi les divers procédés qu'il était possible d'employer, il a donné la préférence à l'emploi d'une faible condensation réunie au lavage et à l'épuration au moyen de la dissolution saturée de chlorure de calcium, et il est ainsi parvenu à conserver au gaz son pouvoir éclairant, tout en séparant complètement les sels ammoniacaux qui le rendent fétide et en les convertissant directement en hydrochlorure d'ammoniaque.

Le gaz, après avoir été ainsi purifié, ne contient plus, d'après M. Seguin, qu'environ dix grammes de vapeurs empyreumatiques par mètre cube, et il jouit d'un pouvoir éclairant tel qu'il n'en faut que vingt-deux litres pour donner pendant une heure autant de lumière qu'en produit la lampe Carcel.

M. Seguin a reconnu que les vapeurs empyreumatiques mélangées à ce gaz n'étaient point condensées par les basses températures de l'atmosphère; mais qu'elles pouvaient être liquéfiées par compression et qu'elles fournissaient alors un liquide ayant l'apparence de l'éther sous le rapport de la fluidité, et brûlant sans odeur avec une flamme fuligineuse.

Relativement à la quantité des divers produits, l'auteur annonce qu'en soumettant à la distillation un cheval du poids de 255 kilog., on obtient 22,309 litres de gaz pouvant entretenir un grand bec d'éclairage pendant 359 heures, de plus 11 kilog. 35 de sel ammoniac et 15, 75 de noir d'os. La commission fait remarquer que M. Seguin n'a pas tenu compte du charbon des muscles, et que les deux produits solides que nous venons de signaler, peuvent, d'après les documens que fournissent les usines dans lesquelles on s'occupe spécialement de leur fabrication, être obtenus en proportion beaucoup plus considérable.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux

Monsieur le rédacteur,

Les réflexions fort sages, selon moi, que vous suggère l'observation intitulée: *Anasarque, éclampsie; administration du seigle ergoté; venue de deux enfans morts* (*Voir* le n° du 14 mars dernier), recueillie dans le service de M. le professeur Dubois, appellent les méditations de tous les médecins et surtout des accoucheurs. Permettez-moi donc de payer à la science mon faible tribut dans une question que je considère comme d'une haute importance, je veux parler *de l'emploi du seigle ergoté pour aider ou provoquer la parturition.*

Comme je suis de ceux qui pensent qu'en accouchement du moins, hors les *cas d'urgence* bien déterminés, il ne faut pas *hâter*, mais au contraire *laisser agir* la nature, je fus tout d'abord peu favorable au seigle ergoté, comme moyen célériparе. Le second motif de ma réserve dans l'emploi de ce moyen, vanté d'abord avec enthousiasme, fut la répugnance raisonnée qu'il inspira bientôt à un accoucheur des plus distingués, notre excellent maître M. Capuron. Plus tard, d'autres répugnances, traduites en faits, ayant été produites par divers médecins, au point de vue pratique ou purement physiologique, je devins encore plus circonspect. Enfin, quelques nouveaux faits défavorables à l'emploi ou du moins à l'emploi peu judicieux de ce médicament étant parvenus à ma connaissance, je crois en devoir compte à mes confrères. Entre autres bien constatés, je citerai les deux suivans:

Deux dames, jeunes, bien portantes et de fort bonne bien que différente constitution, étaient arrivées sans nul accident au terme de leur grossesse; le mouvement actif était manifeste;

---

et penseur transcendant, sont la Biologie, et celui qui a pour titre l'Univers, continuation du système sensitif. Le point de vue qui leur sert de base n'est autre que l'identité absolue de Schelling, qu'il formule et fait entrer le premier dans l'explication des phénomènes naturels sous le nom de *philosophie de la nature*. Parti des données idéologistes de Kant, des notions subjectives, du *moi* de Fichte, il s'élance du vol de l'aigle au sein de l'infini, de la substance de l'être, de l'unité d'où il fait sortir, par une série d'évolutions successives, le monde extérieur et ses formes multiples, l'homme et ses attributs variés. Je n'entreprendrai pas de le suivre à travers les nuages de la métaphysique allemande, je suis même loin de partager ses vues sur les applications qu'il en a faites à la médecine, mais dans les généralités et la philosophie des sciences, ce système est un guide sûr et un flambeau précieux.

Oken est âgé de soixante ans; sa taille est peu élevée; toute sa physionomie exprime à un degré éminent les qualités qui le distinguent, l'exactitude et la méthode. Son élocution est facile, sa phrase nette et concise, quelquefois brillante, mais toujours pleine de justesse. Parmi les hommes les plus remarquables de la section de médecine, on compte M. Arnoldt, professeur d'anatomie, connu en France par ses belles préparations de névrologie fine. Ancien prosecteur à Heidelberg, il s'y fit remarquer par un premier travail sur la communication du grand sympathique avec les nerfs crâniens. Il a publié dans ces derniers temps un complément ou plutôt un exposé de ses essais sur l'anatomie du système nerveux avec de superbes planches, et il se propose de donner par la suite un ensemble de toutes les connaissances anatomiques sous le nom de *Theatrum anatomicum*.

M. Schœnlaie, professeur de pathologie et de clinique interne, est regardé généralement comme un des premiers praticiens de l'Allemagne. Déjà médecin du roi des Belges, le roi de Prusse vient de l'attacher récemment à sa personne et de l'appeler à l'université de Berlin. Son prochain départ pour cette capitale est une perte dont se ressentira long-temps la ville de Zurich, où ses cours avaient le privilège d'attirer un nombre considérable d'étudians étrangers. Sa physionomie, sa constitution, ses manières, rappellent beaucoup Dupuytren. C'est la même sagacité, la même précision, le même talent de diagnostic. Comme lui, et probablement par défaut de temps, il n'a presque rien écrit; sans les nombreux élèves qui recueillent et publient ses leçons, les résultats de sa pratique seraient perdus pour la généralité des médecins.

Après ces deux professeurs viennent, par ordre de réputation, MM. Locher Zwingli, qui enseigne la chirurgie, et Locher Balber, célèbre ophthalmologiste: les autres sont beaucoup moins connus.

Dans ses réglemens et ses statuts, l'université de Zurich offre la plus grande ressemblance avec les universités allemandes; elle a son sénat à part et sa juridiction spéciale, ses libertés et ses privilèges comme celles-ci.

La même analogie règne dans ses mœurs, qui réfléchissent encore à un si haut degré les coutumes et les habitudes du moyen-âge, l'esprit et le caractère de la vieille Allemagne. Les étudians ont toujours pour devise cette maxime de Luther: « Celui qui n'aime pas le vin, l'amour et le chant, celui-là demeurera fou toute sa vie. » Que seraient-ils, en effet, sans la musique de Mozart, la sentimentalité à la Werther, sans l'extase que leur procurent les vapeurs du vin ou la fumée du tabac? Le dimanche a conservé pour eux la solennité des premiers âges. C'est le jour du repos et de la joie. Voyez-les se livrer au plaisir, chacun selon ses goûts et ses habitudes. Celui-ci mélancolique et silencieux en est encore à son premier amour; il poursuit l'ombre de quelque jeune fille qui passe dans ses rêves, aussi pure et aussi candide que Marguerite avant d'appartenir à Faust; celui là débite au milieu d'un profond recueillement un conte d'Hoffmann, une ballade d'Uland, ou une scène de Schiller. Un troisième s'entretient des destinées de la philosophie, des problèmes de la science ou des merveilles de l'art. Puis viennent les toasts portés à l'Université, à l'union et à la fraternité des étudians, les chansons bachiques, les chœurs de Weber, exécutés avec un rare talent d'ensemble. La soirée finie, chacun rentre au logis et le travail recommence jusqu'au dimanche prochain.

Zurich possède un musée d'anatomie remarquable par les préparations névrologiques du professeur Arnold. Comme ces pièces ont servi de modèle aux planches qu'il a publiées, je ne crois pas devoir en parler plus en détail.

On y compte trois hôpitaux, dont un seul mérite d'être mentionné: c'est celui dans lequel ont lieu les cliniques de la Faculté de médecine.

La réaction qui s'opère en France contre le solidisme ou l'école de localisation pure est depuis long temps posée en principe et passée en fait dans les écoles de l'Allemagne, et dans celle-ci en particulier. Leur thérapeutique est tellement empreinte du nouveau point de vue de l'altération des humeurs, que tous les agens médicamenteux sont employés dans le but d'éliminer le principe délétère, de débarrasser l'organisme des substances hétérogènes qui en troublent momentanément l'harmonie. Dans les maladies aiguës en général, M. Schoenlaie est partisan très modéré de la saignée. Elle lui paraît surtout contre-indiquée dans les fièvres éruptives et typhoïdes. Les antiputrides sont plus convenables selon lui dans ces dernières, le chlore en particulier.

Dans les fièvres intermittentes, il emploie le chlorhydrate de quinine de préférence au sulfate, comme ayant une action plus prompte et une propriété désinfectante spécifique plus énergique. En chirurgie, M. Locher Zwingli suit les traces de Greef, de Berlin, son maître. Il en possède tout le savoir et toute l'adresse. Je lui vis pratiquer avec beaucoup de promptitude et de méthode la résection partielle de la mâchoire supérieure sur un homme affecté de tumeur fongueuse. L'opération eut un plein succès. C'est du reste la troisième de ce genre qu'il tente depuis quelques mois.

Chez deux enfants au berceau qui se trouvent dans ses salles pour cause de spinosa bifida, il se propose de recourir à la ponction réitérée plusieurs fois, avec un instrument très fin et très aigu, comme le conseille et l'emploie Astley Cooper, dans le but de donner issue au liquide rachidien lentement et insensiblement. En évitant le contact de l'air qui aurait eu lieu nécessairement si on eût fait à la tumeur une ouverture large et unique, il espère prolonger les jours des petits malades, et les mettre à l'abri de tout phénomène ultérieur de compression de la moelle. J'ignore quel fut le résultat de ces opérations, mon départ ayant eu lieu la veille du jour qui leur était consacré.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— M. Dujardin, professeur de minéralogie, et M. Quatrefages, professeur de zoologie de la faculté des siences de Toulouse, viennent de faire une excursion scientifique sur les bords de la Méditerranée, dans le but de compléter quelques-unes des collections de la faculté.

Errata. — Dans le numéro du 17 mars, Clinique de M. Ricord, page 130, ligne 32, *au lieu de* syphilitiques, *lisez* maladies vénériennes.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

Les premières douleurs paraissent ; elles se calment bientôt. L'accoucheur appelé croit devoir donner le seigle ergoté pour les provoquer de nouveau ; les douleurs reparaissent aussitôt et l'opération se termine promptement, mais chez toutes les deux l'enfant est mort ! et chez toutes les deux cependant il y avait eu, ou il y a eu depuis, des accouchemens heureux, naturels et faciles, mais sans administration de médicamens quelconques. Plusieurs fois encore j'ai vu, après l'emploi du seigle ergoté chez des femmes à la fois surexcitées par le modificateur, et affaiblies par l'énergie des contractions et l'insensité des douleurs, survenir tantôt de violentes hémorrhagies, tantôt un épuisement inquiétant, d'autres fois de violentes péritonites ou métro-péritonites ; complications toujours graves et quelquefois fatales, dont on n'apercevait pas ailleurs la cause.....

Non pas que je veuille dire pourtant que le seigle ergoté doive être banni de la thérapeutique ; j'en ai usé moi-même, et très utilement, comme anti-hémorrhagique après la délivrance, la femme étant épuisée, menacée de destruction, et le froid, les acides, la compression de l'aorte ayant échoué. J'en ai usé aussi comme coadjuvant de l'accouchement, mais à des doses (1) modérées et alors seulement que le travail était commencé, la dilatation du col avancée, l'enfant au détroit inférieur, l'inertie de la matrice patente. Comme *provocateur* ou *accélérateur* de cette fonction, je ne l'ai jamais osé, considérant, à ce titre, ce moyen comme toujours téméraire, souvent dangereux et parfois directement ou indirectement, mais promptement mortel. Je ne puis donc mieux faire, cher confrère, que de répéter avec vous, en terminant ma lettre : « Oui, *cette question a besoin d'être encore examinée avant qu'on puisse porter une opinion décisive.* »

Agréez, etc. LA CORBIÈRE.

Paris, 18 mars 1840.

(1) Ces doses varient beaucoup suivant la nature du médicament qui, pour atteindre sûrement le but, sans excès ni défaut d'action, doit toujours être pur, récemment préparé et administré de 50 à 150 centig. dans 12 à 18 décag. d'eau sucrée, pris en trois fois à une demi-heure d'intervalle, afin de pouvoir étudier l'effet produit et de supprimer la seconde ou la troisième fraction si la première ou la seconde suffit.

— *Ongles incarnés.* M. le docteur Rousse, de Bagnères, nous écrit qu'il sait parfaitement que M. Besuchet ne détruit pas l'ongle, mais bien les chairs ; aussi, quand il dit dans son observation C que le mal s'est reproduit avec l'ongle dont la matrice n'a pas sans doute été enlevée ou détruite, il n'a pu parler que des procédés Baudens et Dupuytren.

C.... a été opéré par M. le chirurgien de l'hôpital militaire de B...., d'après la méthode Besuchet ; 2° à P...., d'après la méthode Baudens ; 3° à B...., d'après la méthode Dupuytren. — A-t-on bien opéré ? C'est ce que je ne puis avancer. M. Rousse ne peut pas non plus dire, comme M. Besuchet, que c'est beaucoup d'opérations pour *un petit mal* ; en effet, ce petit mal s'était compliqué d'attaques épileptiformes qui ont nécessité un congé. Ces attaques ne se sont pas reproduites pendant et après l'opération faite par M. Rousse.

Mon honorable confrère cherche, à l'aide de son procédé, la destruction charnue qui recouvre l'ongle d'une façon anormale ; je crois, parce qu'il le dit, qu'il a pu réussir souvent chez des personnes de la haute société, avares de leurs pas, soigneuses de leurs pieds, mais jamais chez des individus qui doivent gagner leur vie en courant. L'effet est détruit, et non la cause.

M. Rousse ne considère pas comme un très grand avantage de conserver l'ongle pour assurer l'action du gros orteil dans la marche, pour le protéger contre la chute ou le contact des corps contondans. La substance cornée, lorsqu'elle se produit sur les points où a été l'ongle, et de plus un bon soulier ou un sabot, obvient à tous ces inconvéniens.

M. Rousse pense que son procédé, loin d'être une légère extension de celui de M. Besuchet, est tout-à-fait opposé, pour ce qui a rapport à la similitude par extension entre les deux méthodes.

Si M. Rousse n'a pas donné le nom du malade et des chirurgiens qui l'ont opéré, et des villes où il a été opéré, c'est que le sujet n'est pas encore réformé définitivement.

— M. le docteur Putégnat, de Lunéville, nous adresse la réclamation suivante :

1° L'appareil inventé par M. Malgaigne, pour contenir les hernies ombilicales, et pour les guérir radicalement chez l'enfant, n'est point nouveau à mes yeux. Depuis plusieurs années, le mécanicien Tétard me fournit des bandages faits sur ce modèle donné par moi. S'il fallait une preuve à l'appui de ma réclamation, je dirais que la dame Etienne (place du Château) porte ce bandage depuis plusieurs années ; que feue dame Stofflet (rue de Metz) en avait un ; que le sieur Roch, instituteur à Bénansécier, en porte aussi un ; que le petit Sorge (rue du Château) a été ainsi guéri ; que, etc., etc.

A ce champignon, non pas en bois, mais en peau de chamois rembourée, appliqué au centre d'une plaque un peu concave, *ovalaire* et légèrement garnie, je fais donner un diamètre et une hauteur différentes suivant les circonstances.

2° En même temps, je dirai que j'ai fait connaître mes recherches sur les bruits *physiologiques et pathologiques* perçus par l'auscultation ou *médiate et immédiate*, ou *à distance*, du *murmure respiratoire, de la toux et de la voix*, ainsi que les *différens râles et autres phénomènes stéthoscopiques*, dans un ouvrage intitulé *Pathologie interne du système respiratoire*, publié avant les savantes *Recherches* de M. Fournet sur l'auscultation.

L'on verra que je dis vrai, si l'on veut lire ce que j'ai écrit de la page 13 à la page 84 du t. I ; et le chapitre du t. II, où j'ai parlé de la phthisie pulmonaire et de son traitement tant *préservatif* que *curatif*, par conséquent bien avant M. Coster (*v. Gazette des Hôpitaux*, 1840, p. 55), et M. Amédée Latour.

MARDI 24 MARS 1840. (15e ANNÉE.) N° 36, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger, 1 an, 45 f.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçon du 13 mars 1840, recueillie par M. E. DUBREUIL-HÉLION, élève des hôpitaux.

Apoplexie; son siége, ses symptômes; rapports des symptômes à la lésion cérébrale.— Des maladies du cœur chez les apoplectiques.—Maladie des vaisseaux considérée comme cause d'apoplexie.

Le sujet dont nous avons fait l'autopsie hier était un homme âgé de cinquante-huit ans, ancien militaire qui, avant l'invasion de la maladie, était employé à garder une maison nouvellement bâtie près de l'Odéon.

Cet homme, apporté à l'hôpital il y a huit jours dans un état d'apoplexie, a été pris de gangrène à la jambe gauche, et a succombé aux progrès du sphacèle plutôt qu'à l'hémorrhagie cérébrale.

A son entrée à l'hôpital, le 24 février dernier, voici ce que l'on a constaté. La langue sortie de la bouche est déviée à gauche ; si l'on pique le côté gauche de la face, le malade ne ressent rien ; la vue du côté gauche est conservée; la salive s'écoule involontairement de la commissure des lèvres du même côté. Le membre thoracique gauche est paralysé, la piqûre n'y donne lieu à aucun signe de douleur ; la main de ce côté ne peut exercer aucun effort de pression, ce que l'on peut constater en cherchant à se faire presser la main par le malade. Le membre abdominal gauche présentait la paralysie portée à un haut degré; le malade peut le mouvoir encore, mais faiblement ; la sensibilité y est également très affaiblie.

A raison des phénomènes observés, nous avons diagnostiqué une hémorrhagie cérébrale siégeant dans l'axe de l'hémisphère droit, au fond de la scissure de Sylvius, aux environs du corps strié et de la couche optique.

L'autopsie en effet a fait reconnaître la présence d'un épanchement hémorrhagique dans l'axe de l'hémisphère droit, c'est-à-dire sur le trajet des fibres des pédoncules cérébraux, au fond de la scissure de Sylvius. Le foyer occupait une partie du lobe moyen, et s'étendait dans le sens des fibres jusque dans le lobule antérieur, en contournant le corps strié et la couche optique restés sains. Il avait environ la grosseur d'un petit œuf de poule allongé suivant son grand axe.

La parole cependant avait toujours été conservée, quoi qu'en aient dit certains auteurs qui ont attribué la perte de la parole à la lésion du lobule antérieur.

Les épanchemens considérables ont lieu en général dans le sens des fibres cérébrales, qu'ils ne font quelquefois qu'écarter. Alors on conçoit que la cicatrisation sera bien plus facile que lorsque le tissu cérébral est lacéré, puisqu'il suffira du simple rapprochement de ses fibres, à mesure que la résorption s'opère, pour qu'elle puisse avoir lieu.

L'étendue de la lésion ne rend donc pas toujours compte de la gravité des phénomènes : ainsi un épanchement peu considérable, mais étendu en travers de manière à produire la lacération, la solution de continuité des fibres cérébrales, aura des suites bien autrement graves que les précédens, en raison d'abord du dégât plus grand subi par les parties, et puis de l'intensité plus grande du travail phlegmasique qui en est la suite nécessaire et la condition sous l'influence de laquelle a lieu la cicatrisation.

Il est donc extrêmement difficile de pronostiquer jusqu'à quel point disparaîtra la paralysie après la résorption du foyer ; plusieurs circonstances rendent le pronostic difficile pour les médecins : ainsi, l'âge du sujet, l'état des vaisseaux encéphaliques, le siége immédiat de l'épanchement.

Aussi le pronostic doit-il être porté dans tous les cas avec une extrême réserve. Tel foyer très étendu peut être facilement résorbé, s'il n'a produit que le décollement des fibres, et partant une paralysie très étendue disparaître entièrement, et vice versâ.

Les épanchemens autour des corps striés et de la couche optique présentent de grands dangers, à cause de la possibilité de leur irruption dans les ventricules latéraux. Elle peut devenir mortelle instantanément, si elle rompt subitement la cloison inter-ventriculaire: c'est une des formes de l'apoplexie foudroyante; mais ce n'est pas le cas le plus commun.

Le plus souvent l'extravasation se fait successivement, et met un ou deux jours à se produire. La marche de ces apoplexies est particulière. Dans le raptus hémorrhagique, le malade est renversé tout à coup ; si l'on pratique une émission sanguine, la connaissance peut ne pas tarder à revenir, mais l'hémiplégie reste. Il ne faut pas se hâter de porter un pronostic trop favorable ; car bientôt survient quelquefois un état comateux qui se termine par la mort du malade. Alors on voit ordinairement à l'autopsie que le ventricule a été envahi, et que l'hémorrhagie a continué à se produire.

Une autre circonstance peut se présenter. Ainsi, le malade ayant repris connaissance, et l'hémiplégie persistant, le sujet reste dans cet état cinq à six jours plus ou moins ; dans ce cas, le travail inflammatoire, qui doit avoir pour résultat l'élimination du sang et du tissu lacéré, détermine un ramollissement plus ou moins profond de la pulpe cérébrale, et devient ainsi le moyen d'introduction du foyer dans les ventricules.

Le cœur de ce malade présentait une hypertrophie du ventricule gauche. Le tissu du cœur avait l'aspect de ce qu'on a appelé *cœur cuit*. Les orifices et ses valvules ne présentaient rien d'anormal; les valvules de l'aorte ne laissaient pas écouler l'eau.

A ce propos, nous devons signaler la fréquente coïncidence des maladies du cœur et de l'apoplexie, attribuée par beaucoup d'auteurs à la suractivité du système circulatoire. Mais cette opinion n'est pas exacte dans le plus grand nombre des cas. Dans la plupart des hypertrophies, en effet, il n'y a ni congestion du côté de la tête, ni hémorrhagie. Quand elle a lieu, on trouve presque toujours une affection des vaisseaux qui a été cause de leur rupture; le plus souvent c'est une phlegmasie chronique qui a produit une infiltration crayeuse de leurs parois, laquelle a pour résultat de diminuer leur élasticité, sous l'influence de laquelle, aussi bien que de l'impulsion du cœur, a lieu la circulation.

Ainsi, s'il survient si fréquemment des hémorrhagies cérébrales chez les sujets atteints de maladies du cœur, ce n'est pas celle-ci qui est la cause immédiate de l'hémorrhagie, mais bien la maladie des vaisseaux. C'est à la gêne de la circulation dans les vaisseaux que doit être attribuée leur rupture. Cette gêne est non-seulement le résultat de la perte d'élasticité des artères, et des rugosités qui tapissent leurs parois et dont la présence est nécessairement un obstacle au cours du sang ; elle est encore puissamment aidée par la pression atmosphérique, sous l'influence de laquelle, plus peut-être que sous celle des contractions du cœur et de l'élasticité des tuniques artérielles, a lieu la circulation.

La pression atmosphérique, en effet, n'a pas d'action immédiate sur la circulation intra-cérébrale, en raison de la résistance que lui oppose la boîte osseuse qui le renferme; en sorte que, dans le crâne, où l'antagonisme de la pesanteur de l'air n'existe pas, la circulation veineuse afférente n'a lieu que sous la seule influence de l'action du cœur secondée par l'action des artères, indispensable pour continuer et transmettre celle du cœur. L'induration des artères détruisant leur élasticité, diminue la puissance de l'impulsion; il en résulte nécessairement un obstacle à la circulation et un état consécutif de congestion sanguine.

Chez ce malade, l'artère basilaire présentait des ossifications; l'artère cérébrale moyenne était également indurée. L'hémorrhagie avait été produite par la rupture de ses ramifications. C'est aux affections de cette artère que sont dues le plus grand nombre des hémorrhagies cérébrales; aussi leur siége le plus fréquent est-il au fond de la scissure de Sylvius, soit dans le réseau cellulaire de la pie-mère, soit au fond des circonvolutions qui avoisinent la couche optique et le corps strié.

Malgré l'hypertrophie du ventricule gauche, la circulation dans les artères est faible. On peut facilement s'en convaincre en comparant la force d'impulsion systolique du cœur avec la diastole artérielle, qui sont loin d'être en rapport d'intensiité. L'hypertrophie ne se produit que pour résister à un obstacle, et cela est si vrai, que le ventricule lui-même finit par se dilater et céder à la longue.

FEUILLETON.

DE LA NATURE DE LA VIE ET DES MALADIES DU SANG;

Mémoire lu devant le Congrès scientifique de Pise, le 4 octobre 1839; par M. GIACOMINI, professeur à Padoue.

(Suite du n° 31.)

La composition du sang récemment tiré des vaisseaux résulte au dire des chimistes, d'albumine, d'hématosine, d'eau et de sels, tels que chlorure de sodium, sulfate de soude et de potasse, phosphate de soude et de chaux, de la chaux, de la magnésie, de la soude, du fer, des acides oléique, margarique. Ces principes se trouvent dans le sang ou plutôt s'obtiennent du sang constamment. Home crut trouver dans le sang de la gélatine ; d'autres y rencontrèrent de l'osmazome ; d'autres des matières grasses, de la séroline, de la cérébrine, de la caséine, de la salivine, etc.; mais M. Raspail fait observer judicieusement que ces produits divers sont le résultat des différens procédés chimiques employés. Si l'on traite le sang avec un acide ou un alcali, la matière grasse se trouve unie à l'albumine, et l'on aura pour résidu un mélange qui n'offre aucun des caractère distinctifs des deux substances. Tantôt la même matière se présentera sans couleur, tantôt imprégnée de matière colorante, tantôt dépourvue de sels ammoniacaux, tantôt combinée avec du phosphate d'ammoniaque, et est par conséquent considérée comme phosphorée; tantôt enfin à l'état oléagineux ou bien sous forme de graisse, et toujours avec des variantes. Ce que l'un appelle de la graisse, l'autre le nomme savon si elle se trouve combinée avec l'ammoniaque et la potasse, tandis que d'autres la décorent du nom de séroline, de cholesterine, selon que la manipulation en aura altéré plus ou moins la solubilité. Ce que l'un regarde comme un principe extractif, l'autre nous dit que c'est de l'osmazome ou de la gélatine. Le même sang entre les mains de vingt chimistes fournit des résultats analytiques tels qu'on les croirait appartenir à vingt espèces différentes de sang (Nouv. syst. de chim. organ., t. III, p. 242).

Qu'une substance organique puisse, sous l'influence de différens procédés chimiques, subir plusieurs transformations, c'est un fait généralement reconnu. La gélatine ou le gluten est un produit de la coction des substances animales. Berthollet, après avoir extrait de la viande tout le gluten qu'elle contenait, de manière que la coction n'en donnait plus un atome, la laissa putréfier dans un air clos. Il vit qu'en dégageant du gaz acide carbonique, la même viande reprenait la propriété de donner indéfiniment de la gélatine. Qui pourra donc nier raisonnablement qu'elle ne soit un produit des opérations qu'on a mises en usage? C'est ainsi que les substances animales molles se convertissent entièrement en stéarine, en adipocire, et il suffit pour cela de les laisser pendant long-temps dans de l'eau courante. Berzelius avait dit très judicieusement que la fibrine, l'albumine, l'hématosine pouvaient bien n'être que de simples modifications de la même substance animale. La prévision de ce grand chimiste s'est déjà vérifiée relativement à la fibrine, et l'on ne tardera pas à reconnaître la même vérité pour les deux autres substances.

Quand je réfléchis que le chimiste qui examine le même sang à différentes époques rencontre des principes divers ; que Davy a obtenu des résultats différens du sang d'une même saignée divisé en plusieurs portions et analysé en même temps (The Edim. med. and surg. jonrn., octob. 1828) ; que M. Denis a eu aussi des différences notables de combinaison d'un même sang partagé dans plusieurs vases et placé à des températures atmosphériques diverses (Essai sur l'appl., etc., p. 181) ; que le sang sorti de la veine varie d'heure en heure de composition, sous l'influence de la lumière, du calorique, de l'électricité et de l'air atmosphérique, acquiert de nouveaux principes et en exhale d'autres à mesure qu'il s'achemine vers la corruption ; quand je réfléchis, dis-je, à tous ces faits, je suis porté à admettre une conclusion qui ne flattera pas les chimistes, mais qui n'en sera cependant pas moins raisonnable et fondée ; la voici : la chimie ne nous apprend pas quels sont les véritables élémens constitutifs du sang.

Les principes, en effet, que la chimie nous donne comme tels, savoir: l'albumine, l'hématosine, le sérum et les sels, ne sont autre chose que le produit du procédé chimique qu'on a mis en usage, ou des changemens spontanés que le sang a subi sous l'influence des agens physico-chimiques extérieurs.

Tant qu'il circule dans l'organisme vivant, le sang est un fluide homogène qui ne présente aucun des caractères de l'eau ni du cruor, n'offre ni albumine coagulée, ni albumine dissoute, ni de l'hématosine, ni de la graisse, ni de sels, ni d'acides, ni d'alcalis libres. Pour que l'une ou l'autre de ces substances se présente à nos sens avec ses caractères propres, il faut que tout le sang soit soustrait à l'influence vitale ; en un mot, qu'il soit mort. Il ne s'agit plus alors du sang, mais d'un autre fluide aussi différent du premier que la vie l'est de la mort. La coagulation et la séparation du sérum et du cruor sont les premiers produits du sang qui vient de mourir, et constituent le premier signe sensible de la mort. On avait supposé que dans l'organisme vivant ce sont le mouvement et la chaleur qui tiennent le sang à l'état fluide et indécomposé ; l'expérience la plus vulgaire prouve qu'après être sorti des vaisseaux, le mouvement qu'on lui imprime à l'aide des verges fait coaguler et séparer l'albumine coagulable ou la fibrine, et la chaleur extérieure elle-même, qu'elle soit au degré de la température animale ou au-dessus, coagule non seulement le grumeau, mais même le sérum. Vous avez beau rechercher dans les lois physiques ou chimiques l'explication de ces phénomènes; leur essence dépend précisément de l'indépendance du sang de ces mêmes lois, et de sa liaison avec les lois de la vie qu'on appelle conventionnellement dynamiques.

Le chimiste pourra bien nous dire que le sang mort fournit, dans des circonstances déterminées, de l'albumine, de l'hématosine, etc, Mais il ne peut affirmer que l'albumine, l'hématosine, etc., constituent le sang vivant, puisqu'avec ces mêmes principes il ne sait pas le recomposer, et que d'ailleurs il n'a jamais analysé et n'est pas en état d'analyser le sang vivant.

Les chimistes qui voudraient chercher, par hasard, la composition du sang, non par l'analyse du sang lui-même, mais par celle des matériaux primitifs qui concourent à sa formation, tels que l'air atmosphérique, les alimens, les boissons et autres substances qui entrent dans l'assimilation organique après avoir subi des transformations particulières dans des laboratoires vitaux, reconnaîtraient encore davantage l'impuissance de la chimie sous ce rapport. Celui qui dirait, en effet, que les animaux carnivores alimentent l'albumine et l'hématosine de leur sang à l'aide de l'albumine et de l'hématosine des viandes dont ils se nourrissent, trouveraient un écueil insurmontable chez les nombreux animaux dont les alimens n'en contiennent aucunement, et dont le sang, pourtant, n'offre pas moins la même composition que chez les carnivores; et pour peu qu'il sût de physiologie, il verrait que l'albumine même, la fibrine, l'hématosine, avant d'entrer dans le sang, cessent d'être ce qu'elles étaient, et se convertissent en chyle ou en lymphe, et pour peu encore qu'il étendît ses recherches chimiques, il reconnaîtrait en outre ce grand fait important, constaté par les grands chimistes de tous les temps, que les substances minérales, telles que le nitre, le prussiate de fer, le mercure, l'arsenic, dont la présence est généralement si facile à constater à l'aide des agens chimiques, ne se rencontrent

Ainsi donc, les hémorrhagies cérébrales se rattachent bien plutôt à des obstacles à la circulation qu'à une circulation plus énergique. L'augmentation d'activité du cœur et son hypertrophie ne sont donc ici que consécutives à la lésion artérielle.

C'est ce qui fait que les émissions sanguines n'ont pas toujours les effets qu'on en attend, la lésion des artères persistant. La circulation intrà-cérébrale étant soustraite à la pression atmosphérique, les émissions sanguines ne peuvent agir sur elle que d'une manière très médiate ; de là l'avantage qu'il y a à les pratiquer sur les vaisseaux qui ont avec elle les rapports les plus immédiats. Aussi les anciens, et surtout Fracastor, conseillaient d'agir sur le système vasculaire de la base du crâne, et surtout de la région occipitale ; c'est pourquoi nous appliquons les ventouses sur ce siége.

La gangrène que cet homme a présentée à la jambe gauche dans les derniers temps de sa maladie peut être considérée sous le point de vue de la cause qui a agi en diminuant l'influx nerveux, et sous le point de vue de l'affection des vaisseaux qui a eu pour effet la stase du sang, résultat de la perte d'élasticité des troncs vasculaires. En effet, la crurale gauche était affectée de phlegmasie chronique, et présentait des indurations crayeuses ; le détroit l'était également, et cependant la gangrène ne l'a pas envahie. Celle-ci s'observe dans les affections des artères, mais surtout dans les membres frappés de paralysie, et ce cas en est un exemple qui vient à l'appui de cette proposition, que la paralysie est une des causes proégumènes de la gangrène.

L'aorte était fortement indurée ; elle présentait un grand nombre de plaques crayeuses qui soulevaient la membrane interne, laquelle, dans quelques points, offrait de petites fissures. La crosse de l'aorte, outre ces indurations, était légèrement dilatée, et contenait des concrétions de fibrine décolorée ; ses valvules étaient indurées, mais ne présentaient pas d'insuffisance.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Ricord.

Leçons sur les maladies vénériennes.

(Deuxième article.)

Revenons un instant sur cette classification des symptômes de la syphilis (1).

1° *Accidens primitifs*. Le chancre dû à l'action directe du virus qu'il reproduit, et à l'aide duquel il se propage par voie de contagion d'un individu malade à un individu sain, ou par l'inoculation de la même manière, ou enfin sur l'individu lui-même, d'un point à un autre, sans se transmettre par voie d'hérédité, avec son caractère principal : la possibilité de s'inoculer ; mais pouvant produire l'infection primitive de l'enfant, au moment de la parturition ou après.

2° *Accidens successifs*. Ceux qui arrivent de proche en proche ou par la simple extension du premier symptôme local, tels que de nouveaux chancres, des abcès simplement inflammatoires ou virulens, etc.

3° *Accidens secondaires* ou d'infection générale, dans laquelle le virus a subi certaines modifications, et donne lieu à la diathèse, au tempérament syphilitique, pour ainsi dire. Ces accidens se développent sur la peau, sur les muqueuses, sur les yeux, sur les testicules, et arrivent à une époque plus ou moins rapprochée ou éloignée, rarement avant les deux premières semaines de la durée de l'accident primitif, mais le plus ordinairement après la quatrième, sixième, huitième semaine ou plus tard. Ces phénomènes secondaires peuvent se transmettre par voie d'hérédité de la mère aux enfants, qui présentent après leur naissance des symptômes généraux analogues à ceux de leur mère, sans qu'ils aient eu de phénomènes primitifs.

4° *Accidens tertiaires*. Arrivant à des époques indéterminées, mais plus ordinairement long-temps après la cessation de l'accident primitif, ne se montrant sur le plus grand nombre de sujets que lorsque les symptômes ont déjà eu lieu, soit qu'ils aient disparu ou qu'ils persistent encore, ce qui ne doit pas être négligé pour le diagnostic ; accidens qui, non seulement ne s'inoculent plus, mais qui même ne sont plus susceptibles de se transmettre par voie d'hérédité, avec les caractères spécifiques de la vérole, comme les secondaires, et sont peut-être une cause fréquente, par la génération, de la production des scrofules, qui souvent ne sont qu'une syphilis dégénérée. Parmi ces accidens tertiaires, il faut ranger les nodus, les tubercules profonds, ceux du tissu cellulaire ; les périostoses, les exostoses, les caries, les nécroses, les tubercules syphilitiques du cerveau, etc.

5° *Des maladies étrangères* dont la syphilis a pu favoriser le développement et qui ne lui sont pas liées, telles que la phthisie, le cancer, les scrofules sur l'individu primitivement affecté, qu'il faut distinguer des scrofules transmises dont nous avons parlé plus haut ; le scorbut, différentes phlegmasies aiguës ou chroniques qui n'ont alors rien de spécifique et qui, à cause de l'antécédent apparent, pourraient être rapportées à la vérole et seraient, dans ce cas, la cause de graves erreurs dans le traitement.

Causes des affections virulentes. Elles sont multiples : il faut d'abord admettre une cause unique, spécifique, puis des causes prédisposantes sans lesquelles l'action de la cause spécifique est nulle, enfin des causes occasionnelles.

1° *Cause spécifique*. Sans elle les accidens ne pourraient avoir lieu ; nous la considérons comme une condition absolue de leur développement ; régulière dans sa source, régulière à suivre dans ses conséquences, elle est distincte de toutes les autres causes morbifiques ; nous lui donnons le nom de *virus syphilitique*, c'est lui que Benedictus appela *teinture vénérienne* ; Hunter, *poison morbide vénérien* ; d'autres, *lues venerea*, *mode vénérien*, *ferment délétère particulier*. Si l'origine première de ce virus nous est pour le moment inconnue, nous avons la certitude de bien connaître son origine actuelle qui est le *chancre* ; cet ulcère en est la source régulière, constante, indispensable.

Mais le chancre fournit-il le pus spécial virulent dans toutes ses périodes, dans toutes ses formes ? Cette question, disons-le, a été fort mal jugée et est devenue la source de malheureuses dissidences.

Pour nous, cet accident offre deux périodes tranchées : l'une spécifique, ulcérative, de progrès ou de *statu quo* ulcéreux. Celle-ci ayant une fois accompli sa durée, commence la période de réparation ; l'ulcère n'est pas encore cicatrisé et cependant il ne fournit plus le pus spécifique. En admettant l'existence de cette période ulcéreuse, offre-t-elle, sous le point de vue de l'ulcération des tissus, des caractères toujours identiques ? La base, le fond, les bords de l'ulcère présentent-ils toujours une forme semblable ? Nous résoudrons cette question par la négative : non, la forme de période spécifique du chancre n'a pas de type ; il n'y a pas identité absolue de formes, mais bien identité de produit et d'effets. Ce sont ces différences qui ont servi d'argument à ceux qui ont voulu rejeter l'identité de la cause.

Le pus virulent sécrété par le chancre, cet organe de sécrétion virulente accidentel, est-il la conséquence d'une altération du pus ordinaire une fois qu'il est sécrété ? est-il la conséquence de phénomènes se passant à l'extérieur de la surface malade ou bien celle d'un travail plus profond ? Ces deux hypothèses ont été admises et l'expérience a décidé.

Si on emporte la surface d'un ulcère virulent et que l'on coupe près de la partie ulcérée, on voit souvent cette plaie nouvelle passer à l'état d'ulcère virulent et fournir elle-même le pus virulent ; mais jusqu'à quelle profondeur, jusqu'à quelle distance ce travail morbide peut-il se produire ? Nos expériences ne sont pas encore concluantes ; mais nous pouvons assurer que cet effet se produit presque constamment dans le rayon d'un pouce d'étendue. Cela nous ferait penser qu'il existe alors une modification des tissus plus profonde que la surface apparente de l'ulcération ; dans ce cas, il serait impossible d'invoquer l'action des agens extérieurs comme cause ou comme agent de cette modification. En effet, s'il en était ainsi, toute ulcération, quelle que soit sa nature, pourrait acquérir de semblables propriétés, et les expériences d'inoculation nous ont prouvé d'une manière manifeste que le pus virulent se trouve formé de toutes pièces dans les ganglions lymphatiques suppurés avant que le contact de l'air ait pu exercer son action, dans les cas où l'absorption avait eu lieu.

Dans ces derniers temps, quelques médecins ont cherché à nier l'existence de cette source, non pas à la vérité en niant sa transmission, mais en soutenant qu'elle pouvait se développer de toutes pièces, sans transmission, entre deux individus sains. Sans doute dans tous les temps il y a eu des observations difficiles à expliquer, surtout quand on s'en est rapporté à la bonne foi ou au souvenir des malades ; mais quand sur 100 faits 99 supportent à priori les explications les plus rigoureuses, tandis qu'un seul nous échappe et nous jette dans toutes les incertitudes, n'est-il pas rationnel de croire dans ce cas à l'erreur, et d'admettre encore les conséquences des faits explicables.

Ceux qui ont admis la possibilité de cette espèce de développement spontané, M. Richond, par exemple, ont dit qu'il n'y avait pas besoin de contagion, de coït suspect, d'infection primitive pour produire des symptômes tout à fait analogues. Ainsi, 1° une fille d'auberge qui n'avait pas eu de traces d'accidens primitifs présente des symptômes constitutionnels ; 2° un jeune homme a des relations avec une femme : il s'écorche le frein ; l'examen de la femme démontre qu'elle est tout à fait saine ; (mais on sait très bien qu'à cette époque on se contentait d'un examen superficiel et que l'emploi du spéculum n'était pas encore appliqué au diagnostic de cette classe de maladies ;) quelque temps après cet individu est pris d'ulcérations, d'un écoulement violent, d'une éruption de syphilides ; 3° M. Jourdan raconte que, pendant la campagne d'Allemagne, trois officiers passent la nuit avec la même femme : elle contracte une vaginite ; le premier des militaires une blennorrhagie bâtarde, le second une blennorrhagie, le

(1) N° du 17 mars, page 130, 3e colonne, dans le titre ; *lisez* maladies vénériennes *au lieu de* maladies syphilitiques.

---

point dans le sang quoiqu'elles y aient été sûrement transportées par l'absorption (1), tandis que les mêmes substances sont ensuite séparées dans les excrétions. L'acide oxalique lui-même, qu'on a injecté dans les veines, n'a pu être retrouvé dans le sang des mêmes veines. J'ai parlé plus longuement de ces faits dans plusieurs endroits de mon ouvrage, et c'est probablement à l'occasion de ces faits et de plusieurs autres analogues, qu'un profond philosophe a dit que le sang vivant est capable de soustraire une substance métallique aux réactifs chimiques les plus énergiques, en formant avec lui un tel ensemble, à ne pas permettre d'y reconnaître les substances qui y avaient été injectées. (Raspail, Nouv. Syst. de Chim. org., *l. c.*) Il est donc vrai de dire que, quelle que soit la voie qu'elle choisit, la chimie est incapable de pénétrer dans le secret des corps vivans, et que ses déductions à ce sujet sont en contradiction manifeste avec les faits. Il est, en conséquence, aussi vrai d'ajouter que, pour nous former une idée, sinon complète, au moins exacte, sur le sang vivant, il faut absolument abandonner la chimie et avoir recours à la physiologie.

Tout ce que nous avons dit jusqu'à présent est relatif au vrai sang, soit veineux, soit artériel, et ne saurait être appliqué à l'autre espèce de sang que nous avons appelé mésentérique, et qui se rencontre dans toutes les veines de l'abdomen, lesquelles concourent à la formation de la veine porte. Ce fluide se distingue considérablement du sang veineux ou artériel, et par ses caractères physiques et par sa composition chimique que l'analyse a en différens temps fait connaître.

Le sang de la veine porte, en effet, n'a pas toujours donné à l'analyse chimique de l'albumine, de l'eau, de l'hématosine et différens sels, tantôt l'un, tantôt l'autre de ces principes ayant manqué ; et en outre, on y a rencontré le plus souvent des principes qu'on ne trouve point dans le sang circulant dans les autres vaisseaux. Ces principes sont de nature résineuse : l'adipocire, la cholestérine, l'huile des substances colorantes, des substances minérales diverses, et souvent aussi, particulièrement, les remèdes et les poisons qui avaient été introduits dans l'estomac. J'ai cité ailleurs les belles observations de cette nature de Tiedemann et Gmelin, de Magendie, de Delille, de Westrumb, de Flandrin, de Krimer, de la Société médicale de Philadelphie, de Lawrence, de Contes et d'un grand nombre d'autres. Nous nous sommes fondés sur ces observations et sur un autre fait général très important (savoir, qu'on ne trouve pas dans le sang de la veine cave, ni des autres veines où le sang de la veine porte vient se décharger, les mêmes substances qu'on rencontre dans cette dernière) pour éclairer notre doctrine sur l'assimilation organique, sur les fonctions du foie et sur l'absorption intestinale. Ce sujet, que j'ai effleuré dans le Traité de pharmacologie, se trouve longuement développé dans mon Traité de physiologie qui paraîtra prochainement.

Je dirai seulement ici : 1° Que, pour nous, le système de la veine porte appartient moins au système circulatoire qu'au système absorbant ;

2° Que l'humeur qu'elle contient n'est pas du sang véritable, c'est une humeur qui n'a pas encore subi le travail de l'assimilation organique ;

3° Que le foie est un organe excréteur qui dépouille l'humeur de la veine porte des principes qui passent dans la bile et qui sont impropres à l'assimilation ;

4° Que la véritable assimilation est celle qui ôte pendant un certain temps aux substances introduites dans l'économie leur organisation première pour les réduire à substances organiques et les y fixer, ou bien pour être désassimilées ensuite, et, réduites plus ou moins à leur ancienne forme, être expulsées par la voie des urines ou des exhalaisons.

On conçoit, d'après ces simples remarques, pourquoi l'humeur de la veine porte, ou le sang mésaraïque, peut être en partie encore sous le domaine de la chimie.

Ce fait si important que j'ai fait connaître depuis 1836 (Farmacologia, t. IV, p. 5), et un autre relatif aux reins et à l'urine que j'ai signalé dès 1834 (Ibid., t. II, p. 66 et 219), sont susceptibles d'une heureuse application, et je m'étonne que les médecins légistes et les chimistes toxicologues n'en aient pas encore tiré parti pour chercher les poisons dans le sang de la veine porte, dans le foie, dans la vésicule biliaire et dans les urines ; ils se rencontrent effectivement plus facilement dans ces parties que dans le reste du corps, et je ne suis pas éloigné de croire que la méthode de l'ébullition ou de la carbonisation de tout le cadavre que suit depuis peu M. Orfila ne fournît les principales traces du poison que par ces parties ; je pense, en conséquence, que si l'on excluait ces parties du pot-au-feu, on n'aurait que des traces extrêmemement faibles qui proviendraient des exhalaisons séreuses, ou bien le résultat de l'opération serait tout à fait négatif. On peut vérifier aisément la déduction que je viens de présenter en empoisonnant des animaux avec un poison métallique, et en analysant ensuite le sang de la veine porte, le foie, la vésicule biliaire et l'urine d'une part, de l'autre le sang des autres vaisseaux et les chairs.

Revenons à notre sujet. Nous venons de prouver que la chimie était tout à fait insuffisante pour nous donner une idée exacte de la nature du sang normal vivant et circulant. Voyons maintenant si la même science nous éclaire davantage sur le sang pathologique. C'est là un sujet vaste et embrouillé. Essayons cependant de le simplifier et de le rendre aussi intelligible que nous le permet l'état actuel des connaissances ; c'est ce que nous allons faire dans un des paragraphes suivans. Disons seulement ici qu'indépendamment du sang plus ou moins oxigéné, fibrineux ou défibriné, couenneux, dissous, aqueux, séreux, riche ou pauvre en globules, la chimie a signalé d'autres particularités. Dans le sang de sujets scorbutiques et de sujets typhoïques Parmentier et Deyeux n'ont rien trouvé de particulier qui le distinguât de celui d'individus sains et robustes. Plusieurs chimistes, et M. Lecanu est de ce nombre, avaient, plutôt d'après le raisonnement que d'après l'analyse, avancé que le sang était dissous et peu coagulable dans la fièvre typhoïde. M. Denis cependant, qui a analysé le sang de trois cents individus atteints de cette maladie, a démenti cette assertion. (Essai sur l'Appl., p. 300.) Chez les ictériques, ce chimiste n'a rencontré dans le sang aucun principe particulier, mais il était fortement couenneux (p. 309). Le sang couenneux n'offre aucune différence à l'analyse avec le sang normal. Le sang d'un sujet atteint de diabète sucré n'a présenté aucune trace de sucre à M. Lecanu. Le sang noir des cholériques, analysé par plusieurs chimistes, entre autres par MM. Lecanu et Denis, n'a rien offert de particulier à ce qu'ils assurent ; il était pareil au sang sain, si ce n'est qu'il contenait moins d'eau et une plus grande quantité de globules. (*Ibid.*, p. 314.) Je crois, en vérité, inutile d'accumuler d'autres faits pour prouver que la chimie est tout à fait impuissante à nous signaler les véritables altérations du sang chez les sujets atteints de maladie, et cela parce qu'elle ne nous donne que ses propres produits et nullement les élémens de ce corps. Et si l'on voulait prendre ces produits comme des résultats concluans, savez-vous à quelle conséquence on serait conduit ? Que le sang d'un sujet atteint d'artérite ou de phlébite serait égal à celui d'un homme sain, et que

(1) Les assertions récentes de M. Orfila, qui prétend découvrir les traces de l'arsenic dans le sang tiré des personnes empoisonnées, doivent être confirmées par d'autres chimistes avant d'être admises comme une exception au fait général que je viens d'énoncer. Quant à l'arsenic et aux autres poisons que cet auteur dit avoir trouvés dans la totalité du cadavre qu'il met en pot-au-feu, ou en les carbonisant, cela rentre dans un autre fait dont nous devons bientôt parler. (*Note de l'auteur.*)

troisième des ulcérations. On a encore cité autrefois l'histoire de ces religieuses qui étaient cloîtrées et qui avaient cependant la vérole. On se rappelle que Fallope expliquait méchamment ce fait par le contact de l'eau bénite. De semblables objections, appuyées de faits de ce genre, méritent-elles d'être combattues?

Est-ce le pus lui-même qui constitue ce virus? Non; il n'en est que *le véhicule*. L'examen microscopique, l'analyse chimique, tous les moyens d'investigation nous laissent dans une ignorance absolue sur son essence. Nous n'en avons qu'une seule preuve, mais bien manifeste: c'est la possibilité de l'inoculer, et de le voir jouir de la propriété de reproduire une maladie en tout semblable à celle dont il a pris naissance.

Outre ce véhicule ordinaire, on a pensé que la salive, la sueur, le lait, le sperme, le souffle même pouvaient également lui servir de moyen de transmission. Cela peut avoir lieu dans quelques circonstances; on a cité des individus qui avaient transmis la syphilis par éjaculation. « Un jeune homme avait l'habitude d'éjaculer sur le ventre d'une dame mariée qu'il avait pour maîtresse. Celle-ci présenta au bout d'un certain temps un chancre auprès de l'ombilic. » (Cullerier.) On a cité des malades qui avaient contracté la syphilis pour avoir couché dans des draps qui avaient servi à un syphilitique.

Une demoiselle contracta une blennorrhagie en flairant un bouquet qui lui avait été donné par un jeune homme: « Mademoiselle, lui dit Petit-Radel, ne flairez jamais ces bouquets que devant votre mère, et je vous garantis que pareil accident ne se renouvellera pas. » On sait encore que le cardinal Volsey fut accusé d'avoir donné la vérole au roi d'Angleterre en lui parlant à l'oreille. Jusqu'à un certain point quelques-uns de ces faits sont explicables, mais non pas à la manière de ceux qui ont voulu en faire un argument contre le mode de transmission du virus. Dans ces cas, différens liquides animaux, différentes parties de l'économie, des corps étrangers même, tels que le sperme, l'urine, la sueur, le lait, la salive, la peau, les muqueuses, ont servi de véhicule, soit par le transport direct, soit en étendant, en délayant le produit morbide; ces véhicules sont *accidentels, secondaires*, s'il nous est permis d'employer cette expression.

Le pus du chancre, quel que soit le siége de celui-ci, est dans tous les cas indispensable pour donner lieu à la production de cette même altération. Nous savons bien que depuis Paracelse tous ceux qui ont admis l'identité du pus de la blennorrhagie et de celui du chancre ont cité de nombreuses observations à l'appui de leur manière de voir; mais nous avons le droit de les récuser, ces faits ayant été recueillis avant l'emploi du spéculum pour l'exploration des organes génitaux. Et d'ailleurs, il est suffisamment prouvé aujourd'hui, comme nous le verrons plus loin, que le muco-pus d'une blennorrhagie sans ulcération ne peut, par l'inoculation ou autrement, donner naissance au chancre; que le pus de l'ophthalmie blennorrhagique, s'il n'y a pas de chancre sur la conjonctive, ne peut non plus déterminer cet accident.

Voulant rechercher l'existence et les propriétés du virus, on a fait de nombreuses expériences sur le pus; on l'a trouvé tour-à-tour acide, alcalin, fixe, coagulable, dissolvant, glutineux. Les uns l'ont dit lent dans son action; les autres, corrosif et inflammatoire. Bru s'imagine que c'est du fluide électrique altéré; Haupmann, puis Déidier, plus tard M. Donné, l'ont cru animé. Ces prétendues dissidences ont fourni un long texte à ceux qui niaient l'existence du virus. Comment croire, disaient-ils, à l'existence d'un principe auquel on donne des propriétés si opposées? Mais disons qu'on s'est mal expliqué, et qu'il est absurde de conclure que ce qu'on a mal décrit n'existe pas.

J'ai établi plus haut que le virus n'était pas le pus: ce n'est pas lui dans toutes les parties qui constitue la cause virulente, mais bien un quelque chose à part dont nous ne distinguons que les effets, c'est donc à tort qu'on lui donnerait les caractères de son véhicule, dont les caractères varient réellement selon quelques circonstances; ainsi ce dernier, pris dans le vagin est acide; il est ordinairement alcalin pris sur le col de l'utérus et sur le gland. Il est putride dans les ulcérations gangréneuses; comme presque toutes les espèces de pus il est fixe, coagulable, ce qui dépend des proportions d'albumine qu'ils renferment. Il est sulfureux, mais cela dépend de quelques conditions de voisinage, de décomposition, etc., etc. Quant à son identité avec le fluide électrique, c'est du mysticisme scientifique que nous n'avons pas la prétention de débrouiller; enfin animé, ce qui a été constaté surtout depuis les intéressantes recherches de M. Donné. Selon cet auteur, le pus fourni par l'urètre de l'homme et par celui de la femme n'a jamais offert de traces d'animalcules; dans celui du chancre, ce médecin a constaté la présence d'un grand nombre d'animalcules ayant la forme du *vibrio lineola* décrit par Muller. Le pus des ulcères syphilitiques situés ailleurs que sur le gland ou à la vulve n'a jamais offert d'animalcules. Le pus du bubon de l'aîne chez les malades affectés de chancres n'a jamais offert de vibrions. Plus tard il en retrouve dans le pus de la balanite, dans les pustules d'inoculation. En examinant le pus et le mucus vaginal, il constate que le mucus ne présente jamais d'animalcules, et il découvre au contraire dans la matière purulente le *trico-monas*. Le mucus utérin, de son côté, ne contient jamais d'animalcules.

Au sujet de ces observations, l'auteur s'est demandé si les animalcules en question sont caractéristiques du virus syphilitique, ou du moins s'ils jouent un rôle dans la transmission des affections vénériennes? Plus tard, il a été près de les regarder comme une condition de virulence, sinon comme le principe lui-même; il allait conclure, mais le résultat même de ses expériences l'a forcé de garder le silence. En effet, malheureusement pour lui, il avait obtenu des résultats contraires dans des maladies identiques, la balanite simple et les blennorrhagies simples. Il n'avait pas trouvé de vibrions dans le pus du bubon qui n'a pas été en contact avec l'air, et cependant ce pus est inoculable; puis le pus de la balanite qui contient autant de vibrions que celui du chancre ne peut s'inoculer. Des injections alcalines dans le vagin tuent la trico-monas, et le pus du vagin n'en est pas moins inoculable.

Ces animalcules ne sont donc que des conditions accessoires du véhicule de la cause spécifique; leur présence n'est due qu'à un travail de décomposition du pus qui se trouve surtout au gland et à la vulve en contact avec des sécrétions particulières qui s'altèrent avec la plus grande facilité. Ils se rencontrent dans certaines conditions, mais non pas absolument dans le pus servant de véhicule à la matière virulente; ils ne sont que l'indice de modifications subies par le liquide purulent, et non l'expression du virus.

HOPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES.

M. Vitterhoeven.

Inoculation du farcin. Mort. Autopsie. (Observation recueillie par M. S. Bougard, interne. *Arch. de Médecine Belge*, 1840, p. 145.)

Le 11 juillet 1839, on reçut à l'hôpital Saint-Jean le nommé François Héliart, cultivateur, âgé de trente-sept ans, d'un tempérament lymphatico-bilieux, et assez fort de constitution.

Depuis plusieurs semaines il frictionnait impunément, avec la main nue chargée d'onguent mercuriel, un cheval atteint de farcin, lorsqu'il se fit une plaie légère par arrachement à l'indicateur de la main droite, à la partie antérieure de l'articulation phalangetto-phalangienne. Cet individu, dans une ignorance complète du danger qui menaçait son existence, continua de la même manière les frictions hydrargyriques.

Il répéta pendant trois jours encore cette imprudente manœuvre; mais alors il survint de la tuméfaction sans chaleur ni douleur au pourtour de la petite plaie, et un abcès s'y manifesta; il le laissa s'ouvrir spontanément; le pus en était séreux et fétide. L'espace compris entre la peau et l'indicateur devint aussi le siége d'une tuméfaction qui s'abcéda promptement.

Deux cordons durs et légèrement douloureux se manifestèrent peu après à la partie externe des deux mollets. Ce fut dans cet état qu'il entra dans les salles de chirurgie de l'hôpital. Ces abcès et engorgemens n'avaient que faiblement altéré sa santé par une perturbation légère des fonctions digestives, consistant en perte d'appétit, soif, constipation; langue recouverte d'un léger enduit blanchâtre.

Dès son entrée, on pratiqua une issue à la collection purulente siégeant entre la peau et l'indicateur; il en sortit un liquide séroso-purulent. Pansement deux fois par jour, en maintenant les doigts dans la demi-flexion sur un coussinet arrondi, placé dans la paume de la main; frictions mercurielles sur les engorgemens des mollets, qui ne tardèrent pas à s'abcéder à leur tour; on en fit l'ouverture le 16 juillet; pus de même qualité qu'aux précédentes collections.

Bientôt un nouvel engorgement se déclara à la partie supérieure et postérieure de l'avant-bras droit, en déterminant une douleur assez vive. La fluctuation fut manifeste le 24; on donna issue à la matière au moyen de la potasse caustique, et il sortit une grande quantité de pus de meilleure nature que le précédent. Pansement au styrax. Les endroits affectés restèrent flasques, les bords des plaies blafards, la suppuration peu consistante; elle diminua cependant peu à peu. A partir du 26 juillet, le malade prit des bains généraux tous les deux jours, et une livre de décoction de sassafras tous les jours. Il eut des sueurs abondantes.

Le 10 août, l'indicateur et les mollets cessèrent de suppurer; les plaies se cicatrisèrent; état général satisfaisant; l'appétit revient; sueurs copieuses.

Le 12, on s'aperçut qu'une nouvelle tuméfaction s'était développée à la partie interne du mollet droit, une autre au milieu de la partie interne du bras gauche. On y appliqua des emplâtres de Vigo cum mercurio, et elles se terminèrent par suppuration.

L'avant-bras droit cessa de suppurer à son tour, et Héliart obtint sa sortie le 21 août.

Le 6 septembre il se représenta à l'hôpital dans l'état suivant: face et extrémités cyanosées, grande prostration, amaigrissement considérable, tremblement général, langue sèche, raccornie; soif, perte d'appétit, douleurs épigastriques, constipation opiniâtre, pouls très accéléré, petit, frissons irréguliers, peau sèche, dypsnée, respiration fréquente, petite, urine rare et rouge.

Traitement. Potion composée d'esprit de Mendérérus, demi-once, dans un véhicule de 6 onces.

Les 7 et 8, tous ces symptômes acquièrent plus d'intensité, il accuse de vives douleurs dans toutes les parties du corps, mais particulièrement à l'hypochondre droit; même traitement.

Le 10, soubresauts des tendons, état sub-délirant, stupeur, frissons, sueurs très abondantes, teinte ictérique.

Le 11, la dyspnée augmente de plus en plus, perte de l'intelligence et diminution de la sensibilité générale, facies très altéré, carphologie. Il expire le 12.

Autopsie faite vingt-six heures après la mort; température chaude et humide.

Tête. Ne présente aucune altération.

Thorax. Les poumons sont parsemés de foyers purulens; la membrane interne dss veines sous-clavières, des veines caves inférieure et supérieure, des cavités droites du cœur, présente une couleur rouge foncé et un grand degré de ramollissement.

Abdomen. Le foie, très volumineux chez ce sujet, est presque entièrement converti en pus, et contient des collections de la grosseur d'une orange; les veines sont remplies de pus, une pression légère le fait jaillir en abondance. La rate est aussi le siége de foyers purulents. La muqueuse digestive présente des traces d'inflammation dans presque toute la longueur de ce conduit. Le muscle biceps brachial gauche et le doigt indicatsur droit présentent des abcès.

Paris, le 21 mars 1840.

Monsieur le Rédacteur,

Dans l'analyse que vous avez faite de la séance de l'Académie

---

le sang couenneux ou non couenneux, celui des sujets ictériques, scorbutiques, cholériques, n'offrent entre eux aucune différence, tandis que ces différences sont si frappantes à l'œil nu. Concluons donc, en confirmant encore une fois cette grande vérité, que là où la vie règne la chimie inorganique et même la chimie dite organique n'ont aucun accès, et que celui qui se prévaudrait de ces dernières pour comprendre les phénomènes vitaux, serait comme cet observateur qui, pour voir plus loin, banderait ses yeux d'un corps opaque.

§ III. *Notions physiologiques*. La seule voie qui nous reste pour découvrir la véritable nature du sang est celle dans laquelle nous allons entrer, la voie physiologique. Voyons quelles sont ses sources, les offices qu'il remplit dans l'économie et la manière dont il s'emploie et se consomme.

Trois laboratoires principaux de l'économie sont incessamment affectés à la formation du sang, la digestion, l'absorption et la respiration. Tout ce que nous retirons des alimens et des boissons moyennant cet appareil si compliqué placé dans le bas-ventre; tout ce que les vaisseaux lymphatiques et les autres vaisseaux absorbans retirent des surfaces interne et externe du corps et du parenchyme des viscères sains et malades; tout ce qu'enfin nous recevons par l'air atmosphérique qui entre dans les poumons, tout cela réuni, disons-nous, fournit incessamment la matière du sang nouveau. Avant d'arriver dans les canaux sanguins tous ces matériaux sont obligés de passer par différens tissus, subir à chaque pas des changemens, des transformations essentielles. Les vaisseaux lymphatiques du derme et des autres tissus transportent les matières gazeuses ou liquides qu'ils reçoivent aux ganglions où elles sont converties en lymphe. Celle-ci offre déjà des caractères organiques et vitaux qui ne ressemblent guère à ceux des matières premières. Nous ignorons comment cette transformation a lieu. On pourrait cependant se demander si les choses ne se passeraient pas de l'une ou de l'autre des trois manières suivantes: Ou bien les mêmes principes entrent dans des combinaisons nouvelles par suite de nouvelles affinités qu'ils acquièrent, ou bien les mêmes principes absorbés se décomposent et perdent dans le courant des vaisseaux lymphatiques et des glandes une partie de leurs élémens, ou bien enfin ils rencontrent dans l'organisme d'autres élémens auxquels ils se combinent et forment un ensemble nouveau qui ne ressemble point à la matière absorbée.

La première ni la seconde de ces hypothèses ne sont admissibles; la première, en effet, n'expliquerait point le phénomène; la seconde encore moins, car les vaisseaux et ganglions lymphatiques n'ont pas de conduits excréteurs pour rejeter le résidu de la composition; la troisième, c'est-à-dire que les substances passées dans les lymphatiques et dans les glandes conglobées se convertissent en lymphe en s'unissant à de nouveaux élémens organiques provenant des lymphatiques mêmes et des ganglions, nous paraîtrait plus conforme à la logique et aux connaissances acquises. On n'ignore pas, en effet, que les lymphatiques et les ganglions ont eux-mêmes leurs petites artères nourricières et secrètent à leur intérieur une matière particulière. Quoi qu'il en soit de cette explication, il est de fait que plus la lymphe s'avance dans sa marche dans les vaisseaux lymphatiques, plus elle se perfectionne; mais elle ne se convertit en sang véritable que lorsqu'elle passe dans les veines avec lesquelles les lymphatiques communiquent soit directement, soit par l'intermédiaire des glandes conglobées. Arrivée dans les canaux veineux, elle rencontre, en effet, de nouveaux matériaux avec lesquels elle se mêle, s'identifie et forme ce tout homogène qu'on appelle sang. La matière de la digestion passe par un procédé analogue du tube gastro-entérique dans les veines et se convertit en sang. En laissant de côté les différens actes de la digestion, dont le but est de préparer les matières ingérées et de les rendre propres à l'absorption des lymphatiques abdominaux qu'on appelle chylifères, l'humeur que cette fonction fournit passe également par le laboratoire des ganglions (moins celle cependant qui doit se diriger dans la veine-porte et dans le foie), et subit les mêmes transformations organiques que nous venons d'étudier, avant d'arriver dans le torrent veineux.

En comparant la lymphe et le chyle avec le sang veineux, la différence est grande et saute aux yeux de tout le monde. Si l'on réfléchit à la quantité considérable de lymphe et de chyle qui arrive de toutes parts et continuellement dans les veines, on sera obligé de convenir que la chaleur rouge foncée et les autres qualités que le sang de ces vaisseaux présente est moins le résultat d'un simple mélange que d'une élaboration consécutive que le fluide subit dans les veines sous l'influence d'une force vitale particulière de leurs parois. Il me paraît même suffisamment prouvé que les veines elles-mêmes ne remplissent d'autre office dans l'économie que de transporter le sang au cœur, et de convertir en même temps la lymphe et le chyle en sang veineux en lui imprimant ce caractère d'homogénéité et de crâse qu'on lui connaît.

(*La suite à un prochain numéro.*)

de médecine du 17 mars, vous avez omis de parler de la présentation que j'ai eu l'honneur de faire à cette compagnie savante, des bandages francs-comtois que j'ai inventés, et pour lesquels j'ai obtenu un brevet d'invention. J'ai montré à l'Académie deux hommes atteints d'une hernie inguinale directe que les principaux bandagistes de Paris n'avaient pu maintenir, et que je contiens sans gêne et sans douleur au moyen de mes bandages. Ces faits intéressent assez la science pour qu'ils ne passent pas inaperçus, et je tiens à ce qu'ils soient consignés dans votre estimable Journal.

Mes bandages sont confectionnés de manière que la ceinture est dépourvue de ressort. La pression que je puis exercer à volonté de 2 à 8 ou 10 kilog., est exercée par la pelote qui renferme une helice en fil d'acier. MM. Amussat, Velpeau, Larrey, Bérard, qui ont vu mes bandages, ont bien voulu déjà les recommander à leurs malades, comme les seuls qui puissent convenir dans les cas simples, et aussi dans les cas les plus compliqués, les plus difficiles.

Veuillez, je vous prie, M. le rédacteur, faire réparer cette omission, afin de répandre un moyen de contention qui présente d'aussi avantageux résultats.

Agréez, etc. J.-V. PERNET.

EXTRAIT DU RAPPORT ADRESSÉ A M. LE PRÉFET DE POLICE SUR LES FAITS DE MORVE DU CHEVAL COMMUNIQUÉ A L'HOMME.

Ce rapport, signé par MM. Pariset, Juge, Emery, Guérard, Huzard, rapporteur, a été approuvé par le Conseil de salubrité, dans sa séance du 8 novembre 1839.

La commission, après avoir rappelé les faits relatifs à la transmission de la morve du cheval au cheval et du cheval à l'homme, et après avoir exposé les opinions des vétérinaires sur cette grave question, a terminé son rapport en proposant les mesures suivantes :

Par rapport aux Palefreniers.

Art. 1er. Il est défendu à qui que ce soit de coucher ou de faire coucher des palefreniers dans les écuries où il se trouverait des chevaux seulement suspectés de morve. Il est défendu même de coucher et de faire coucher des palefreniers dons des écuries servant d'infirmeries de chevaux, et même dans tout local servant à loger des animaux malades, de quelque espèce qu'ils soient.

Art. 2. Les personnes qui seraient exceptionnellement autorisées à traiter des chevaux morveux ou suspectés de morve, ou qui auraient des infirmeries vétérinaires et qui voudraient faire surveiller leurs animaux pendant la nuit, devront faire établir la chambre du gardien de manière qu'elle ne communique point avec l'écurie, et que la surveillance s'exerce au moyen d'un châssis vitré.

Par rapport aux chevaux morveux, farcineux ou seulement suspectés de morve.

Art. 3. Toute personne qui aurait en sa possession des chevaux, ânes ou mulets atteints ou suspectés de morve ou de farcin, sera tenue d'en faire sur-le-champ sa déclaration, dans les communes rurales du ressort de la Préfecture de police devant le maire, et, à Paris, devant un commissaire de police.

Art. 4. Il est défendu de vendre et d'exposer en vente, dans les marchés et partout ailleurs, des chevaux, ânes ou mulets atteints ou seulement suspectés de morve ou de farcin ; il est également défendu d'employer à un service quelconque et même de conduire sur la voie publique les animaux qui se trouveront dans ce cas.

Art. 5. Il sera fait de fréquentes visites par un vétérinaire ou par tout autre préposé à cet effet, soit dans les marchés, soit sur les places affectées au stationnement des voitures de place, et sur tout autre point de la voie publique, à l'effet de rechercher les animaux présentant des signes de morve ou de farcin.

Art. 6. Les animaux qui seront dans le cas des articles précédens seront, à Paris, conduits dans une fourrière destinée à les recevoir, et, dans les communes rurales, conduits dans une fourrière semblable, s'il y en a une, ou consignés chez le propriétaire, s'il est habitant de la commune, ou consignés dans tel endroit que le maire jugera convenable, si le propriétaire de l'animal n'est pas un habitant de cette commune.

L'animal, dans le plus court délai possible, sera visité par un vétérinaire désigné par l'autorité.

Art. 7. Si l'animal est reconnu sain par le vétérinaire commis par l'autorité, il sera rendu au propriétaire.

Art. 8. Si le cheval est reconnu morveux incurable par le vétérinaire, et si le propriétaire consent à ce que l'animal soit abattu, il sera marqué d'un *M* fait au ciseau dans le poil de la croupe, pour être livré sans délai à l'équarrisseur. Il sera dressé de la visite un procès-verbal qui contiendra le consentement de l'abattage.

L'abattage devra avoir lieu en présence du vétérinaire ou de tout autre préposé de l'administration qui en rendra compte au préfet.

Art. 9. Si le propriétaire ne consent pas à l'abattage, il nommera un vétérinaire breveté des écoles pour visiter l'animal d'une manière contradictoire : en cas de dissidence, il sera nommé un tiers-expert par l'autorité qui, sur le rapport du tiers expert, statuera sur ce qu'il appartiendra.

Art. 10. Si, dans la visite du tiers-expert, l'animal est déclaré morveux ou farcineux incurable, il sera abattu comme il est dit à l'art. 8.

Toutefois le propriétaire pourra, à ses frais, faire conduire l'animal à Alfort, pour y être traité si l'École juge devoir essayer un traitement, sinon l'animal sera abattu immédiatement dans ladite Ecole ou livré à son équarrisseur.

Art. 11. Si l'animal est déclaré, par le vétérinaire de l'administration ou par le tiers-expert-vétérinaire, seulement suspecté de morve ou atteint de farcin, dont la guérison est encore à espérer, il sera loisible au propriétaire de le faire traiter soit à l'École royale d'Alfort, soit dans sa propre écurie, mais dans ce dernier cas aux conditions suivantes :

L'animal sera marqué d'un signe représentant une équerre tracée au ciseau dans le poil, au défaut de l'épaule gauche

L'écurie où devra être placé le cheval en traitement, non-seulement sera isolée de manière qu'elle ne puisse présenter de dangers de contagion pour les animaux bien portans, mais encore elle devra être très saine et suffisamment large pour que le traitement et le pansement soient faciles ; elle ne devra même contenir aucun autre cheval ou animal quelconque.

Cette écurie sera désignée par le vétérinaire de l'administration, et l'animal ne pourra y être placé que sur l'avis de ce vétérinaire et d'après la permission de l'autorité ; jusqu'à ce moment l'animal restera dans la fourrière destinée aux animaux suspects de morve.

L'animal en traitement ne pourra plus ni travailler, ni même être promené sur la voie publique ou dans tout autre lieu, où il pourrait se trouver en contact avec des animaux sains.

Enfin, il devra toujours être soumis aux visites des préposés de l'administration.

S'il paraissait guéri, le propriétaire en ferait la déclaration à l'autorité qui, sur une nouvelle visite du vétérinaire commis par elle, donnera ou refusera l'autorisation de s'en servir aux travaux ordinaires.

Art. 12. Lorsque le cheval suspecté de morve aura été arrêté loin de la demeure du maître, et lorsque celui-ci fera traiter l'animal soit chez lui, soit à l'école d'Alfort, l'autorité désignera la route que le cheval devra suivre, les lieux où il devra stationner si la route est trop longue pour être parcourue en une seule marche, et le propriétaire devra se conformer strictement à ces prescriptions ; il ne devra surtout pas faire passer la nuit à l'animal dans tout local servant à des chevaux sains.

Toutes les fois que l'autorité le jugera convenable, elle fera accompagner l'animal suspect par un préposé et aux frais du propriétaire.

Enfin, si celui-ci habite une autre commune que celle où l'arrestation aura été opérée, l'autorité qui aura fait l'arrestation préviendra aussitôt, de tout ce qui se sera passé, le maire de la commune du propriétaire.

Art. 13. Des visites faites par un vétérinaire commis par l'autorité seront faites de temps en temps dans les écuries des entrepreneurs de diligences de messageries, des aubergistes, des voituriers, des rouliers, maîtres de poste, loueurs de voitures et marchands de chevaux.

Toutes les fois qu'il sera nécessaire, l'expert vétérinaire sera accompagné dans ces visites par le maire de la commune ou par le commissaire de police.

Il sera procédé, à l'égard des chevaux malades dans ces établissemens, comme il est dit aux articles 8, 9, 10 et 11.

Art. 14. Faute par le propriétaire qui aurait des animaux dans le cas de l'article 11, de vouloir ou de pouvoir se conformer aux prescriptions de cet article, les animaux suspectés de morve ou farcineux seront conduits à la fourrière destinée à recevoir ces animaux.

Le propriétaire sera tenu de consigner le montant des frais de nourriture pour huit jours, sauf la restitution d'une partie de ces frais, si l'animal était abattu ou rendu avant l'expiration de la huitaine.

Si le propriétaire se refusait à faire cette consignation, l'animal serait abattu.

Art. 15. Les écuries et autres localités dans lesquelles auront séjourné les animaux morveux, farcineux ou seulement suspectés de morve, seront aérés et purifiés à la diligence des maires ou des commissaires de police par les soins des personnes de l'art.

Ces écuries ne pourront être occupées par d'autres animaux qu'après qu'il aura été constaté, en présence d'un expert-vétérinaire, que les causes d'infection n'existent plus.

Ces dispositions sont également applicables aux équipages, harnais et colliers.

Dispositions générales.

Art. 16. La présente ordonnance sera affichée dans les écuries des entrepreneurs de diligences, de messageries, des aubergistes, des voituriers, rouliers, maîtres de poste, loueurs de voitures, marchands de chevaux et dans toutes les infirmeries vétérinaires.

Société royale de médecine de Marseille. Prix. — Le procès-verbal de la séance publique, tenue par la Société royale de médecine en 1839 sous la présidence de M. le docteur Martin, et le compte-rendu de ses travaux pendant les années 1838 et 1839, rédigé par M. le docteur Vincent Seux, ex-secrétaire-général, viennent de paraître en une brochure format in-8°, de 112 pages.

La Société propose, pour le concours de 1841, la question suivante :

« Fixer la thérapeutique des maladies des veines. »

En mettant au concours une question qui depuis quelques années attire l'attention des praticiens, la Société royale de médecine de Marseille désire que MM. les concurrens :

1° Déterminent autant que possible le traitement à opposer aux diverses maladies des veines, partout où elles sont accessibles à nos moyens thérapeutiques ;

2° Qu'ils éclairent ce traitement par la connaissance des divers états pathologiques du système veineux.

3° Enfin qu'ils indiquent les affections consécutives aux maladies des veines et les moyens de les prévenir. »

L'auteur du meilleur mémoire recevra une médaille d'or du prix de 300 fr.

Les mémoires devront être adressés, francs de port, à M. le docteur Chargé, secrétaire-général, avant le 1er septembre 1841, place du Lycée, 2.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 26 MARS 1840. (13e ANNÉE) N° 37, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 f.

HOPITAL NECKER. — M. Bérard jeune.

Gangrène de l'appendice vermiforme du cœcum, péritonite partielle. Rémission des symptômes. Phénomènes indiquant un obstacle à la circulation artérielle dans le membre inférieur droit. Mort. Oblitération de l'artère crurale.

Une femme très bien constituée, âgée de cinquante ans, fut admise, il y a un mois environ, dans la salle des femmes (service de M. Bérard jeune), pour se faire pratiquer l'opération de la cataracte. L'opération fut faite dans le courant du mois de février, et n'offrait aucune particularité remarquable; aucun accident ne se manifesta.

La malade commençait déjà à se lever et à exercer sa vue, lorsque vers le 6 mars, sans cause appréciable, elle éprouva tout-à-coup des symptômes inflammatoires très violens. Le ventre devint extrêmement douloureux dans la région hypogastrique; la douleur se continuait presque en même temps vers l'hypochondre du même côté; la moindre pression l'exaspérait encore et la rendait intolérable; des vomissemens opiniâtres se déclarèrent, le pouls était d'une fréquence extrême et fort petit, la céphalalgie opiniâtre.

Ces symptômes de péritonite continuèrent avec la même intensité pendant quelques jours, malgré le traitement énergique qui fut employé pour les combattre; puis ils parurent devenir moins intenses. Les vomissemens cessèrent; le pouls se releva et devint moins fréquent; en un mot, il y eut une rémission assez sensible dans les phénomènes qui avaient été d'abord observés. On avait diagnostiqué une perforation intestinale, avec épanchement plus ou moins abondant des matières de l'intestin dans la cavité péritonéale; ce qui expliquait le développement de la péritonite.

La malade était donc ainsi en voie d'amélioration lorsqu'on vit apparaître des symptômes tout nouveaux, et paraissant d'ailleurs se rattacher à une maladie bien différente de la première; cette femme accusa une sensation particulière de froid et d'engourdissement dans le membre abdominal du côté droit. Cet accident nouveau, survenant immédiatement après le développement des symptômes de la péritonite, rendit le diagnostic beaucoup moins certain qu'il ne l'était auparavant, à cause de l'impossibilité de rattacher l'un à l'autre des effets aussi différens. Le traitement auquel on eut recours n'eut aucun succès, et la malade mourut le 25 mars.

Autopsie pratiquée trente heures après la mort.

Cavité abdominale. — On trouve vers la partie antérieure et interne du cœcum une large plaque noirâtre présentant déjà un degré assez avancé de ramollissement; en l'examinant avec attention il est facile de voir qu'elle est formée par une portion mortifiée du péritoine. Si on racle la surface de cette espèce d'ulcération et si l'on pénètre plus profondément pour s'assurer de l'état des tuniques intestinales, on peut se convaincre que l'altération a pris naissance de dehors en dedans, et que les membranes de l'intestin ne participent en rien à la désorganisation dont nous avons parlé. En suivant les limites de cette plaque qui se prolonge vers l'insertion de l'appendice iléo-cœcal, on trouve ce dernier organe et toute une portion de la tunique péritonéale voisine également envahis par la gangrène. Ces tissus sont noirâtres, ramollis. Si, après avoir ouvert la cavité de l'intestin, on introduit un stylet mousse dans la cavité de l'appendice vermiforme, en le faisant pénétrer par son orifice cœcal, on voit, après un trajet de deux ou trois pouces environ (vers le milieu de la longueur totale de cet appendice), l'extrémité mousse de cet instrument faire issue par une petite ouverture irrégulière; on fend ensuite le prolongement cœcal selon sa longueur, et on le trouve profondément altéré dans sa structure. Vers ce point perforé existent de nombreuses adhérences assez bien organisées avec le péritoine de l'excavation du bassin, ce qui explique comment les symptômes fort graves d'abord ont pu présenter une véritable amélioration.

Les autres organes de la cavité abdominale n'offrent rien de remarquable. La face inférieure du lobe droit du foie présentait seule au niveau de son bord antérieur une altération particulière consistant en une eschare ramollie, formée par une espèce de putrilage noirâtre, ayant l'étendue d'un pouce environ dans tous les sens et quelques lignes de profondeur: on pensa qu'on pouvait l'attribuer à une gangrène superficielle du tissu propre de ce viscère.

Restait à expliquer la cause des phénomènes qu'avait offerts la malade dans toute l'étendue du membre inférieur droit; tels que le refroidissement et l'engourdissement des parties, etc. On fendit alors l'artère iliaque externe depuis le milieu de son trajet environ, et cette division fut prolongée le long de l'artère fémorale, dans une étendue de quatre à cinq douces environ; on ne trouva dans ces vaisseaux qu'une petite quantité de sang coagulé; et en examinant la surface interne des parois de l'artère, on vit qu'elles offraient une coloration légèrement rosée assez uniforme. Cette particularité ne paraît pas devoir être attribuée à un travail d'imbibition; en même temps l'examen de la membrane interne de l'artère fit constater un léger épaississement de cette tunique. Ces altérations, quoique assez caractéristiques, ne pouvaient cependant suffire pour expliquer les accidens présentés pendant la vie par la malade. On poursuivit les recherches vers la partie inférieure de l'artère, et au niveau de la partie moyenne de la cuisse à peu près on trouva un caillot sanguin d'une assez grande étendue, déjà dur, présentant des traces d'un commencement de désorganisation. Il oblitérait entièrement la cavité du vaisseau, et avait dû interrompre complètement le cours du sang dans la partie inférieure du membre pendant la vie.

La surface interne de l'artère fémorale a présenté de plus une altération assez singulière, que M. Bérard dit n'avoir vu indiquée nulle part: dans toute la partie interne de cette surface, dans la portion qui correspondait au trajet de la veine fémorale, on voyait en-dedans de l'artère une tache longitudinale, régulière, colorée en rouge noirâtre; on crut pouvoir l'attribuer à la transsudation qui se serait opérée à travers les parois de la veine et aurait continué son action à travers la portion voisine de l'artère.

Cette malade a présenté la réunion de deux affections toutes deux imprévues et fort intéressantes. Il serait difficile de saisir entre elles quelque relation de cause et d'effet; elles ont été selon toutes les apparences absolument indépendantes l'une de l'autre. Une d'elles surtout souleva une des questions les plus intéressantes d'anatomie pathologique et de médecine pratique: c'est *l'artérite*. Ici, en effet, on a observé la réunion de la plupart des symptômes qui annoncent cette affection: pesanteur dans le membre, engourdissement, sensation de froid. A l'examen, on a observé cette coloration rouge sur laquelle on a tant discuté, et qu'on paraît, dans des circonstances données, vouloir attribuer définitivement à certains degrés de l'inflammation des artères. Il y a eu de plus ce phénomène d'imbibition signalé par M. Bérard, et occasionné par le contact de l'artère et de la veine fémorale. On a aussi remarqué cet état de la membrane interne que l'on signale par le mot de *dépoli*; examinée à contre-jour, cette membrane paraît ridée. Ce sont autant de phénomènes que l'on rapporte à un premier degré d'inflammation. Enfin, vers une partie plus déclive, on a observé la coagulation du sang, la formation d'un caillot, autre circonstance caractéristique de la phlegmasie artérielle.

Plaie à la paume de la main gauche; cicatrisation vicieuse; bride cutanée maintenant le médius dans une flexion permanente. Opération chirurgicale dans le but de faire disparaître cette difformité.

Le nommé Dupont (Charles), âgé de dix-sept ans, exerçant la profession de tisserand, a été admis à l'hôpital Necker le 16 mars, et couché au n° 32 de la salle des hommes (salle Saint-Pierre). Ce jeune homme, travaillant, il y a quelques années, dans une manufacture, eut la main gauche engagée dans une machine à carder, qui lui occasionna une plaie irrégulière à la partie interne de la main et du doigt du milieu. N'ayant pas jugé à propos de réclamer les secours d'un médecin, il se fit appliquer un appareil et resta chez lui. Les personnes qui lui firent ce pansement, placèrent le doigt dans une flexion forcée; la plaie se cicatrisa dans cette position vicieuse, et il en résulta une bride longitudinale qui maintint le doigt fortement fléchi vers la paume de la main.

Tous les moyens qui furent successivement essayés par le malade dans le but de rendre les mouvemens plus faciles restèrent infructueux, et il est entré à l'hôpital pour réclamer une opération chirurgicale.

En examinant la partie malade, on trouve le doigt du milieu fortement fléchi; la déviation a surtout pour siége l'articulation métacarpo-phalangienne, dont la flexion est considérable: il est maintenu en position par une bride assez épaisse, résistante, formée dans toute son épaisseur par la peau. En effet, on peut acquérir la certitude que le tendon n'en fait pas partie; le malade peut encore imprimer à son doigt quelques légers mouvemens. La section de cette bride fut décidée.

Le 24 mars, M. Bérard procède à l'opération en pratiquant sur la bride deux incisions transversales sans perte de substance, qui la divisent dans toute son épaisseur jusqu'à la base. Ceci étant fait, il est possible de redresser un peu le doigt. Il s'agit alors de le placer dans l'extension et de le ramener progressivement à sa position normale. Dans ce but, on applique sur la face dorsale de l'avant-bras et de la main une attelle de bois qui est fixée solidement au moyen d'un bandage roulé. L'extrémité antérieure de cette attelle supporte un prolongement plus étroit qu'elle et proportionné à la largeur et à la longueur du doigt. Sur l'extrémité de cette saillie sont pratiquées deux fissures par lesquelles il est possible d'introduire un lacs qu'on laisse à demeure. Au moyen de cet appareil on peut aller chercher l'extrémité du doigt malade, la fixer et obtenir ainsi une espèce d'extension continuée et s'opposer au retrait de la nouvelle cicatrice, ce qui permettra d'amener peu à peu le doigt à la ligne droite qu'il doit occuper.

La plaie faite à la bride a été recouverte d'un linge fenêtré enduit de cérat; un plumasseau de charpie a été placé par-dessus, et le tout a été maintenu par un léger appareil contentif.

Nous indiquerons le résultat de cette opération.

Contusion violente de l'articulation huméro-cubitale; épanchement synovial, etc.

Le même jour a été couché au n° 8 de la même salle le nommé Durand, terrassier, âgé de soixante ans. Cet homme a reçu sur le coude droit, il y a plusieurs jours, le choc d'une pièce de bois. On a remarqué une légère déformation accompagnée de tuméfaction qui paraît avoir soin point de départ dans l'articulation même. Il est facile de s'assurer par une exploration attentive que cet engorgement est profond, et qu'il donne à travers les parties voisines la sensation de la fluctuation.

L'augmentation de volume est sensible en arrière de chacun des côtés de l'olécrane et du tendon du triceps; en avant, la tumeur est sentie sous le tendon du biceps. On peut alternativement, en variant les points de compression, déplacer le liquide qui paraît donner lieu à cette tumeur, et le faire saillir vers les parties opposées. Le malade a, dit-il, déjà éprouvé plusieurs fois des phénomènes analogues vers cette articulation, et la résorption du liquide a été prompte. En effet, il s'agit ici d'une collection de synovie; car il n'existe aucun symptôme qui puisse faire admettre dans ce point la présence d'une collection sanguine ou purulente. On aura recours à des moyens résolutifs.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Leçons sur les signes et le traitement de la chlorose, recueillies par M. Dubreuil-Hélion, élève des hôpitaux.

Le bruit de frottement ronflant des artères diffère du bruit de frottement sec et rugueux.

Il peut se rapporter à deux causes:

1° A une modification dans les parois artérielles. On peut le produire, par exemple, en appuyant fortement le stéthoscope; aussi cette circonstance est-elle souvent une cause d'erreur.

2° Il peut dépendre de l'état du sang, car il n'est que le résultat des oscillations de ce fluide, différentes suivant sa nature ou en raison des obstacles qui s'opposent à son cours. C'est à la modification du sang qu'est due son existence dans la chlorose.

Chez une de nos malades, l'administration du sous-carbonate de fer a déterminé des accidens qu'il faut signaler.

Chez les chlorotiques, il y a une susceptibilité nerveuse qui fait que ces femmes se dégoûtent facilement, et qui rend le traitement de la chlorose fort difficile, de sorte qu'il faut pouvoir varier souvent les préparations de fer. De plus, le fer est très difficilement supporté par les estomacs irritables, par les sujets qui ont des dyspepsies, et les chlorotiques sont souvent dans ce cas.

Le carbonate de fer détermine fréquemment des douleurs d'estomac, quelquefois des vomissemens et des déjections alvines. La limaille de fer est aussi difficilement supportée; il faut souvent y ajouter, pour la rendre tolérable, des poudres ou des teintures aromatiques, telles que la cannelle, etc.

La solution de sulfate de fer est très difficilement supportée, ou il faut ne le donner qu'à très petites doses; mais les préparations de fer doivent, pour être efficaces, être données à une certaine dose. Le tartrate de fer a été aussi employé, mais il en faut des doses assez élevées.

De toutes les substances ferrugineuses, les eaux minérales ferrugineuses alcalines sont celles qui surchargent le moins les organes digestifs, soit que le fer soit plus complètement absorbé, soit que les substances gazeuses et alcalines favorisent son action.

Récemment le lactate de fer a été préconisé; mais comme, pour plusieurs chimistes, l'acide lactique et l'acide acétique sont le même acide, il y a lieu de penser que l'emploi de ce médicament n'est pas nouveau; l'acétate de fer a été employé il y a déjà long-temps, notamment par Tissot. Quoi qu'il en soit, ce médicament renfermant un acide ne doit pas être plus facilement supporté que les précédens par les malades qui ont des dyspepsies. Il en est un qui est excellent dans ce cas, c'est l'éthiops martial.

Dans le traitement de la chlorose, il ne faut pas se borner aux moyens que nous venons d'énumérer ; on doit y joindre les divers moyens hygiéniques, tels que l'habitation dans un lieu sec, aéré, exposé à la lumière ; les boissons habituellement toniques, une nourriture substantielle, etc.

Il est des chlorotiques au plus haut degré, chez lesquels on voit survenir des bouffées de chaleur, des sueurs. Dans ce cas, faut-il pratiquer des émissions sanguines ? De Haen, malgré l'état général des sujets, se prononça pour l'affirmative, sous peine, dit-il, de voir survenir des congestions sanguines, des phlegmasies d'organes profonds. Il est surtout une sorte d'accidens fréquens, ce sont ceux qui ont leur siége vers les organes génitaux, chez les femmes qui n'ont pas une suppression complète des règles ; ces accidens se manifestent par des douleurs profondes, une congestion sanguine qui se rattache à la fonction organique qui s'accomplit dans l'ovaire. Alors les émissions sanguines doivent être employées surtout vers les organes génitaux.

Mais chez les chlorotiques, il faut tirer du sang avec beaucoup plus de précaution que chez les autres sujets, et continuer l'emploi des préparations ferrugineuses.

Ainsi donc, au traitement de la chlorose se rattache celui des dyspepsies intercurrentes, de l'état général d'affaiblissement des fonctions organiques et des congestions sanguines, circonstances dont la présence complique le traitement de la chlorose.

On se trouve bien aussi des bains alcalins, des bains froids, qui ont pour résultat d'activer la circulation capillaire et de rendre leur énergie aux fonctions organiques.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Sanson.

M. Lenoir, chargé du service *par intérim*.

Ouverture d'un abcès froid du creux poplité.

Au n° 19 de la salle Saint-Jean est entrée, le 9 mars, la nommée Félicité G., âgée de trente-deux ans, ouvrière en linge, d'une constitution lymphatique à un degré très prononcé, pour une grosseur qu'elle porte au creux du jarret.

Il y a quatre ans que cette femme a été atteinte d'une fièvre muqueuse qui l'a retenue trois mois dans son lit, et qui, à son dire, lui a laissé pendant quelque temps comme reliquat des douleurs à la jambe droite, mais principalement dans le gras du mollet. Au bout de deux ans, et ces douleurs continuant toujours, un abcès froid se développa sur le dos du pied, qui ne fut rien moins que deux mois à prendre le volume d'un œuf de perdrix, dont il avait en outre la forme. Son accroissement ne s'est accompagné que de très légères douleurs ; la peau qui le recouvrait, violette d'abord, a fini par blanchir ; tout en s'amincissant graduellement jusqu'à la rupture ; l'abcès se vida alors, il suppura abondamment pendant les huit ou dix premiers jours, et au bout de quinze il était entièrement cicatrisé.

Il y a deux ans actuellement que des douleurs ayant quelque analogie avec celles que la malade avait ressenties à la jambe se développèrent au creux poplité ; c'est-à-dire qu'elles commencèrent peu de temps après la cicatrisation de l'abcès du coude-pied. Toutefois il n'y a que trois mois qu'une grosseur commença à s'y manifester ; la malade n'y a jamais remarqué de battemens. Les douleurs devenaient plus vives à la suite des marches prolongées, et alors le genou se gonflait. Dans ces derniers temps, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de poule, le genou ne pouvait plus être plié, et la marche était gênée.

Entrée à la clinique, on trouva dans l'espace poplité du membre droit une tumeur du volume d'un œuf de poule, presque indolente à la pression, sans changement de couleur à la peau, présentant une fluctuation obscure et n'étant accompagnée d'aucune espèce de battement ni de mouvement d'expansion qui fût capable de faire soupçonner l'existence d'un anévrisme de l'artère poplitée. D'autre part, le commémoratif fourni par la malade était bien mieux de nature à faire croire que la tumeur consistait en un simple abcès froid analogue à celui qui s'était développé deux ans avant : la constitution scrofuleuse de la malade se prêtait d'ailleurs à cette interprétation.

En conséquence, la tumeur fut ouverte, tout en y procédant cependant avec la prudence et la circonspection que réclamaient le siége de la maladie, et la crainte de toute erreur sur la nature de la tumeur ; et enfin tous les doutes ayant cessé sur la crainte relative à l'existence d'une altération de l'artère poplitée, on plongea l'instrument tranchant dans le foyer de l'abcès, qui contenait en abondance un pus blanchâtre et qui contenait des flocons analogues à du plâtre. La suppuration, qui a été assez abondante les premiers jours, n'a pas tardé à se tarir, et le foyer à marcher vers la cicatrisation.

— Dans ce fait, c'est principalement le siége de l'abcès qui nous a semblé mériter une attention spéciale.

Luxation sous-coracoïdienne de l'humérus ; réduction facile.

Au n° 40 de la salle Saint-Gabriel, est entré, le 16 mars dernier, le nommé Louis Laurent, âgé de cinquante-huit ans, garçon boulanger. La veille, il a éprouvé un étourdissement, à la suite duquel il est tombé, dit-il, sur l'épaule gauche. Immédiatement il a ressenti une douleur très vive accompagnée de craquemens, et bientôt il lui a été impossible de se servir de son bras.

En entrant à la clinique, il s'est présenté dans l'état suivant : allongement du bras gauche, qui est écarté du corps ; les efforts que l'on fait dans le but de l'en rapprocher restent sans résultat, et déterminent de vives douleurs. La tête et le tronc sont inclinés du côté malade ; l'avant-bras est dans la demi-flexion sur le bras ; les mouvemens spontanés d'élévation et de rotation sont impossibles ; ceux que l'on imprime au membre dans ces sens donnent lieu à de la douleur. L'épaule est déformée ; une saillie osseuse, au lieu de l'acromion, est formée par cet os, au-dessous de laquelle on remarque une dépression très sensible. Une tumeur également osseuse, arrondie, existe au creux de l'aisselle, évidemment formée par la tête de l'humérus, qui a déjà éprouvé un déplacement consécutif bien sensible en dedans. La réduction de cette luxation n'a pas été difficile, et n'a rien offert de remarquable.

— Ce fait nous a semblé digne de quelqu'intérêt sous le rapport de la cause de la luxation, si toutefois le malade ne se trompe pas. On sait, en effet, que la luxation de l'humérus en bas et en dedans arrive plus fréquemment dans les chutes sur la paume de la main, le bras étant plus ou moins écarté du tronc, que dans celles où la violence de la chute exerce directement son action sur le moignon de l'épaule.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX DE LONDRES.

Cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux. — Médication antiphlogistique. — Mort.

Le 17 janvier dernier on a reçu à Saint-Thomas hospital une petite femme nommée Sarah Emery, âgée de vingt à trente ans, dans le service de M. Robert Villiams. Il est minuit au moment de son entrée. On rapporte qu'à six heures et demie du soir elle avait pris la valeur d'un sou d'arsenic blanc (*a penny worth*) à la suite d'une querelle qu'elle venait d'avoir avec son amant. Aussitôt qu'elle eut avalé le poison elle était sortie de chez elle et avait bu un peu d'eau-de-vie appelée *gin* (genièvre) ; elle est rentrée, et pendant deux heures elle avait éprouvé des nausées, des faiblesses, des évanouissemens, grande soif, douleurs considérables et chaleur brûlante à l'épigastre, avec chaleur et sécheresse à la gorge, et un besoin continuel d'avaler sa salive. Elle va alors chez un droguiste et avoue son malheur ; on lui administre un émétique (vin antimonial) ; la malade vomit abondamment, mais ses douleurs augmentent, sa voix devient de plus en plus rauque et comme sépulcrale.

A son entrée à l'hôpital, elle offre une faiblesse extrême ; le pouls est petit et bat 130 fois par minute. Cinq heures et demie s'étaient déjà écoulées depuis l'ingestion du poison et la femme avait vomi un grand nombre de fois. On lui applique la sonde gastrique et on lave l'estomac à l'aide d'abondantes injections d'eau. Le liquide retiré, ayant été analysé par M. Leeson, n'a offert que de très faibles traces d'arsenic. On prescrit pour premier médicament une mixture d'huile d'olive et de mucilage d'*acacia* à prendre dans les intervalles des vomissemens, qui revenaient d'heure en heure.

Le lendemain matin 18, pas de changement, l'abdomen est plus sensible au toucher, respiration précipitée, pouls petit, à 120, pas de garderobes. On prescrit huile de ricin 15 grammes (demi-once), sinapisme sur l'abdomen, potion effervescente de carbonate de potasse et d'acide nitrique.

Le soir, les vomissemens continuent, la faiblesse est plus prononcée, la malade est affaissée. On prescrit deux gouttes d'acide hydrocianique toutes les quatre heures dans de l'eau de menthe et d'orge épaissie avec de la gomme arabique.

Le 19, vomissemens moins forts, abdomen sensible partout, respiration diaphragmatique, les inspirations sont douloureuses, bruit crépitant vers la portion inférieure du poumon gauche. Pouls 130, filiforme, garderobes fétides et noires, urine rare. On continue l'acide hydrocianique ; vésicatoire à l'épigastre.

Le 20, sensibilité abdominale moindre ; vomissemens moins violens, pouls presque imperceptible, action du cœur flottante et irrégulière, langue humide, soif moindre, garderobes continues, respiration moins gênée. On prescrit 4 grammes (1 gros) de sirop de pavot blanc dans un mucilage toutes les quatre heures.

Le 21, pas de changement.

Le soir, extrémités froides, sueurs visqueuses générales, face livide, anxiété. Action irrégulière des organes urinaires et du rectum.

Le 22, affaissement extrême, mort dans la matinée.

A l'autopsie, faite huit heures après, on est étonné de ne trouver ni d'eschares, ni même d'inflammation manifeste dans l'estomac. Ce viscère est blanc, distendu par des gaz, contient de la matière verdâtre et sale (une pinte environ) ; les membranes sont vascularisées d'un sang noir évidemment veineux, la muqueuse est ramollie, un peu épaissie, se détache facilement avec la pince ; elle est érosée sur quelques points près du cardia, des caillots de sang existent sur ces érosions ; des bulles d'air se présentent dans le tissu sous-muqueux. Les intestins grêles sont pleins de matières noires et fétides, leur muqueuse est également vascularisée par des veines gorgées de sang noir.

Le péritoine offre de la sérosité, et une injection vasculaire simulant la péritonite, mais pas de lymphe plastique ni de fausses membranes.

Au cerveau, pas d'inflammation ni d'autre lésion ; on trouve seulement un peu de sérosité ; la pie-mère est injectée de sang veineux.

A la poitrine, même absence de lésions ; les veines sont également gorgées de sang.

Le foie est gros, ramolli et comme graisseux.

La substance corticale des reins semble granuleuse.

(*The Lancette*, février, 1840.)

— Voyez où conduisent les idées erronées établies par des hommes systématiques, et qu'un intérêt d'amour-propre soutient encore à l'aide d'une coterie déplorable, au mépris de la vie de nos semblables ! On s'était imaginé que l'empoisonnement par l'acide arsenieux n'était autre chose qu'une inflammation, une brulure des organes gastriques, et cette présomption désastreuse est soutenue encore aujourd'hui par le crédit de quelques hommes haut placés, et malgré le démenti le plus formel donné par un grand nombre d'autopsies, d'expériences sur les animaux, au nombre desquelles j'ose aussi compter les miennes, et que confirme pleinement le fait que nous venons de reproduire.

On avait enfanté ensuite une inflammation du cœur et des méninges sous l'influence du même poison ; le mensonge même et l'intrigue les plus fâcheux pour la science, ont été habilement mis en usage dans le cas de la rue Richelieu pour soutenir les hypothèses favorites. Le cadavre muet d'un criminel cependant (Soufflard) a fait justice de la science *à priori* de ces hommes : la prétendue inflammation du cœur et des meninges a trouvé là, comme dans mes expériences, un complet démenti ; elle en trouve encore un aujourd'hui non moins décisif, dans le fait dont on vient de lire les détails. Appréciez d'ailleurs ces symptômes patens d'asthénie progressive, ce pouls filiforme, cet état humide de la langue, la décalorification cutanée, ces sueurs froides et visqueuses, cet affaissement direct en un mot de la force de l'organisme, et dites-nous quel est le praticien sensé qui pourrait songer un instant à la médication sanguinaire, antiphlogistique, qu'on prône encore du haut de la chaire. Malheureusement le fait ci-dessus n'est pas une exception, car le fond de la symptomatologie est le même dans tous les cas pour les hommes qui savent les apprécier sans prévention.

On revient aujourd'hui, en France, de l'erreur funeste que nous combattons depuis plus d'un an. On exalte cependant malheureusement une autre méthode non moins désastreuse, la neutralisation chimique à l'aide des oxydes de fer.

Des faits insignifians, des expériences absurdes sont mis en avant en faveur de cette médication, et l'on berce ainsi sur des illusions et sa propre imagination et la confiance des praticiens, au mépris de la logique la plus naturelle et des faits contradictoires les plus simples.

On n'a pas réfléchi que les symptômes mortels de l'empoisonnement sont constitués par l'arsenic absorbé, non par celui resté dans l'estomac, et que le seul vomissement suffit pour faire rejeter. On n'a pas songé que tous les neutralisans du monde ne peuvent avoir la moindre prise sur l'arsenic déjà passé dans le sang, et que le rejet ou la neutralisation de la portion restée dans l'estomac n'empêche pas la mort de survenir si la dose ingérée avait été assez forte. Malheureusement l'absorption s'opère avec une rapidité incroyable, lorsque surtout l'estomac est à peu près vide.

Pour ne pas sortir du fait que nous venons de rapporter, voyons ce qui s'est passé : Cinq heures et demie après l'ingestion du poison, la pompe gastrique n'a retiré que de très faibles traces d'arsenic. A quoi aurait donc servi le tritoxide de fer ? Mais fût-il employé plus tôt, il n'aurait pas servi davantage, car le vomissement avait déjà mieux fait que le tritaxide, puisqu'il avait expulsé le reste du poison, et pourtant la maladie a suivi son cours et s'est terminée fatalement.

Avons-nous besoin maintenant de combattre en détail la malheureuse routine suivie par notre confrère de Londres ? A quoi servent vos mucilages, vos potions effervescentes, votre huile de ricin, votre acide hydrocyanique, vos sinapismes, vos vésicatoires ? A hâter la précipitation du malade au tombeau, car l'action de tous ces moyens est asthénisante comme celle de l'arsenic, et il est même probable que la malade n'eût pas succombé si son mal avait été abandonné à lui-même, vu la petite quantité d'arsenic qu'elle avait pris et le peu de *gin* qu'elle avait bu. Il est déplorable de voir encore de nouvelles victimes immolées à l'erreur, à l'entêtement et à la faiblesse d'un amour-propre froissé en face d'un corps savant officiel.

Dans ma conviction, la malade en question aurait pu être sauvée si elle eût été traitée par la méthode stimulante. Le temps n'est pas éloigné, nous l'espérons, où des faits viendront à l'appui de nos prévisions ; on sera étonné de voir guérir des sujets voués à une mort certaine. Je ne reproduirai pas ici les règles indispensables à suivre dans l'emploi de la méthode stimulante, tant pour les doses que pour les précautions à prendre dans le traitement aux différentes périodes de la maladie ; tout cela se trouvant nettement formulé dans la brochure que je viens de publier.

Je dois seulement ajouter ici qu'on aurait une fausse idée de cette méthode si l'on croyait qu'il suffit d'administrer telle ou telle substance réputée stimulante, comme le camphre, l'eau de menthe, etc., pour atteindre ce but. Beaucoup de médicamens réputés stimulans, comme le camphre, l'eau de menthe, le sulfate de quinine, le fer, la cantharide, etc., ne sont pas tels. Les alcooliques en général, l'eau de cannelle et l'opium, tels sont les seuls moyens auxquels peuvent être appliquées les règles que j'ai établies dans la formule de la méthode stimulante.

Hernie étranglée. Sonde rectale de M. O'Beirn. Guérison. par M. W. Haine Maunder.

Un homme âgé de quarante-six ans portait depuis trois ans une hernie scrotale du côté gauche, du volume du poing, ordinairement réductible par la position horizontale et quelques manœuvres exercées par le malade. Elle n'était pas contenue habituellement.

Le 21 décembre dernier, en faisant un effort pour relever un lourd fardeau, l'individu éprouva de la douleur dans la hernie et sentit descendre quelque chose dans les bourses ; la tumeur devint plus grosse sur-le-champ, dure, douloureuse et irréductible. Trois jours se sont passés dans cet état ; le ventre était resté constipé ; le malade avait vomi de temps en temps.

A cette époque, M. Maunder vit le malade ; il se plaignait d'anxiété à l'épigastre, son pouls était dur, peau chaude, abdomen très douloureux, langue blanche et couverte ; la hernie est irréductible et évidemment étranglée. On pratique une saignée de 1800 grammes (60 onces), et l'on essaie de nouveau le taxis, mais sans résultat.

Une consultation a lieu ; l'opération est jugée indispensable. M. Maunder allait la pratiquer en présence d'un des consultans, M. Smith ; mais avant il a désiré essayer l'emploi de la sonde rectale de M. O'Beirne. Il a donc introduit une grosse sonde dite œsophagienne dans le rectum et l'a fait pénétrer dans le colon ; là un obstacle s'est présenté qui a empêché la sonde de marcher : on a injecté une seringue d'une décoction émolliente tiède, et l'on a aspiré ensuite ; des matières et des gaz sont sortis. L'on a pu alors pousser la sonde jusqu'à la hauteur de 26 pouces. On a aspiré pendant dix minutes avec la même seringue : des gaz ont été retirés en quantité considérable. A l'instant le malade s'est senti soulagé, il a eu des rots abondans ; la tumeur s'est affaissée en partie, elle a perdu sa rénitence ; la douleur et l'anxiété ont diminué sur-le-champ. On continue les aspirations. On administre deux gouttes d'huile de croton tiglium, qu'on a éteint dans du sucre *Q. S.*, réduit en poudre, divisée en trois paquets, pour être donnés un toutes les trois heures ; on ajoute une potion saline. Les vomissemens ont cessé. Les garderobes se sont déclarées. La tumeur a pu être réduite, et le malade guérit. (*Ibid.*)

— Nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de parler de l'ingénieuse méthode de M. O'Beirne pour traiter la hernie étranglée ; nous ignorons cependant si on l'a encore essayée chez nous. Elle est d'autant plus digne d'attention qu'elle compte en sa faveur un grand nombre de faits et qu'elle n'offre par elle-même ni danger ni obstacle pour en venir au bistouri, si besoin en est. Nous présumons que des idées préconçues sur la nature de l'étranglement ont pu contribuer à faire faire peu de cas de la ressource en question. La plupart des auteurs modernes ne voient qu'un gonflement inflammatoire dans l'étranglement herniaire des sujets jeunes et pléthoriques. Il est probable cependant que plusieurs élémens mécaniques se joignent à la cause précédente, et qu'en combattant directement ceux-là on puisse plus facilement triompher de celle-ci sans opération. C'est sur cette manière de voir qu'est basée la médication de M. O'Beirne. On convient d'ailleurs que dans les hernies simplement engouées, l'étranglement inflammatoire n'est que très secondaire, et que les moyens mécaniques seuls peuvent très bien en triompher. Peut être en serait-il de même dans tous les cas indistinctement qu'on traiterait dès le début par la sonde rectale. Nous ne voulons, du reste, qu'appeler, pour le moment, l'attention des praticiens sur un fait que nous croyons important, la question générale à laquelle il se rattache étant trop complexe pour être abordée ici dans tous ses points. ROGNETTA.

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies ; par M. MALGAIGNE.

(Suite de la huitième leçon.)

La modification de M. Burat a cependant sur celle de M. Valérius la supériorité que je vais dire, c'est qu'elle permet toujours de ramener le ressort aux conditions du ressort anglais simple, sauf la complication du mécanisme qui devient absolument inutile. J'ai conduit plusieurs hernieux chez M. Burat, un entre autres sur lequel tous les autres bandagistes à brevet avaient échoué, M. Wickam lui-même. M. Burat réussit à contenir la hernie, mais en s'abstenant de faire usage de son mécanisme. Le ressort laissé droit, la hernie était maintenue ; le ressort un tant soit peu coudé, la hernie filait.

Mais, dira-t-on, pourquoi le ressort pur de Wickam avait-il échoué? C'est qu'un bandage n'est pas seulement formé par le ressort, et ce qui donna dans cette circonstance la supériorité à Burat, ce fut la forme de la pelote. Mais je vous rapporterai plus tard ces expériences avec tous leurs détails.

J'ai vu un autre ressort anglais brisé de la même manière, mais par un autre mécanisme, chez M. Absil, autre bandagiste plein de talent et de probité. Il avait pris un brevet d'invention ; quand la suite de mes expériences l'eut éclairé, il reconnut lui-même que son bandage était mauvais, et il est revenu au ressort simple.

Après toute cette longue série de ressorts, j'ai encore à vous entretenir de deux autres, qui ont été ou inventés ou importés par M. Wickam. Le premier est un ressort brisé, mais d'une nature toute particulière. Ce n'est plus une lame, c'est une tige d'acier à-peu-près demi-cylindre qui fait l'office de ceinture. A quelques pouces de son extrémité antérieure, cette tige est brisée, non pour réfléchir le ressort en haut ou en bas, mais pour permettre, à l'aide d'une vis, de porter son extrémité antérieure plus en arrière, et d'accroître ainsi à volonté la force de la pression. Je n'aime pas les complications, surtout quand le ressort simple parvient aux mêmes résultats. Ce qui m'a paru le plus clair en ceci, c'est que M. Wickam, arrivé au bout de son brevet d'invention pour le ressort-Salmon, avait voulu avoir un brevet d'invention pour son propre compte.

Mais il y a cependant une petite complication du ressort ordinaire qu'il ne faut peut-être pas rejeter sans examen. Un ressort est trop faible : vous ajoutez par-dessus un ressort supplémentaire, et vous avez la force requise. On dira : Mais cela fait deux ressorts pour un effet qu'on obtiendrait à l'aide d'un seul. Cela est vrai, mais ces deux ressorts qui se soutiennent mutuellement ne sont-ils pas par là même moins sujets à s'affaiblir, à se forcer, à se briser ? Les carrossiers ne s'en fient pas à un seul ressort pour la suspension des voitures ; ils en superposent plusieurs. Cette analogie m'a séduit ; c'est une question que je veux éclaircir par des expériences ultérieures.

Ici s'arrête ce que j'avais à dire sur les ressorts ; et comme vous le voyez, c'est au ressort anglais de Salmon que j'accorde absolument la préférence. Cette préférence, je ne l'ai point appuyée sur des théories, sur des raisonnemens : on en a fait trop long-temps abus en pareille matière. J'ai pris tous les ressorts, je les ai essayés sur les malades, j'ai étudié les résultats ; en dernière analyse, *j'ai voulu voir, j'ai vu.* Et notez ceci, Messieurs, c'est que l'expérience a complètement renversé mes prévisions théoriques, et qu'elle m'a forcé de regarder comme le meilleur le ressort anglais que j'avais d'abord cru le plus mauvais de tous. Dans la prochaine séance, nous étudierons de même les pelottes herniaires, et là encore nous apprendrons de l'expérience à nous méfier des théories et des raisonnemens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 24 mars.

Médecine navale. — *M. Chervin* fait un rapport sur un travail manuscrit de M. le docteur Le Vicaire, chirurgien en chef de la marine à Toulon, sur des faits divers extraits de ses journaux durant deux longs voyages maritimes. Ces faits sont relatifs au mal de mer, au scorbut et à différentes autres affections. L'auteur a observé que le tabac fumé ou chiqué est un excellent moyen pour prévenir le mal de mer. Quant au scorbut, il a retiré les plus heureux effets de l'usage des pastèques. (Remercîmens ; dépôt du manuscrit aux archives ; inscription du nom de l'auteur sur la liste des candidats.)

M. Londe trouve singulière l'observation de l'auteur concernant l'efficacité du tabac contre le mal de mer, puisqu'il est connu, dit-il, que les effets de cette substance chez l'homme bien portant offrent quelque chose d'analogue aux symptômes du mal de mer. Des faits positifs prouvent, ajoute M. Londe, qu'un moyen prophylactique réellement efficace contre le mal de mer, c'est de rester dans la position horizontale. Quant au scorbut, M. Londe rappelle les bienfaits qu'on a obtenus de l'usage des pommes de terre crues ou cuites, et qu'en conséquence les navires qui font de longs voyages devraient être bien pourvus de ce végétal.

M. Larrey regrette que, faute de sangsues, l'auteur ait été obligé d'abandonner à leur marche naturelle quelques maladies dont la terminaison a été fâcheuse. Les ventouses scarifiées remplacent parfaitement les sangsues, dit M. Larrey ; l'expérience ayant prononcé depuis long-temps à ce sujet.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

Eaux de Vichy contre la goutte. — *M. Patissier* fait au nom d'une commission un rapport officiel concernant l'efficacité des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte compliquée ou non de gravelle. L'occasion de ce rapport est assez piquante : un grand nombre de goutteux de haut rang réunis à Vichy ont écrit a M. le ministre du commerce, le priant de demander à l'Académie son avis sur l'utilité et les inconvéniens qu'ils pourraient retirer des eaux de Vichy contre leur mal.

M. Boulay demande que l'un des inspecteurs des eaux de Vichy, M. le docteur Petit, qui est présent à la séance, ait la bonté de s'éloigner durant la lecture du rapport, les réglemens s'opposant a ce que l'auteur d'un travail soit présent alors qu'on le juge par un rapport.

M. Londe fait observer que M. Petit peut assister à la séance sans enfreindre les réglemens, puisque c'est M. le ministre, non M. Petit, qui a demandé l'avis de l'Académie sur l'importante question dont il s'agit.

La commission avait donc à juger si l'usage des eaux de Vichy pouvait être utile ou nuisible aux goutteux. Elle ne pouvait le faire sans avoir à sa disposition un grand nombre de faits authentiques bien détaillés. M. le docteur Petit lui en ayant fourni 80, c'est sur cette masse considérable d'observations recueillies avec soin par un médecin éclairé et d'une bonne foi reconnue, et sur des renseignemens particuliers donnés par ce confrère et par d'autres médecins, membres de l'Académie, que la commission s'est fondée pour traiter cette belle question de pratique.

Il résulte du savant travail de la commission que les eaux de Vichy sont un excellent remède pour le traitement de la goutte soit aiguë, soit chronique, soit articulaire, soit ab-articulaire ou interne, et que jamais leur usage bien dirigé ne saurait nuire aux personnes atteintes de cette affection. Des faits bien positifs prouvent que les premiers bienfaits des eaux de Vichy sont de rendre libres les articulations des goutteux et de permettre la marche qui était auparavant impossible ; les accès qui reparaissent sont et moins douloureux et moins durables, ils deviennent de plus en plus rares, et enfin dans un assez grand nombre de cas ils finissent par disparaître complètement sans aucun inconvénient pour l'organisme. Des individus soumis à ce traitement n'ont pas eu un seul accès de goutte depuis plusieurs années qu'ils font usage des eaux de Vichy. La commission a discuté la question de savoir si la goutte pouvait être guérie radicalement sans inconvénient pour l'organisme : elle l'a résolue affirmativement. Un autre fait non moins remarquable, c'est qu'en guérissant de la goutte, les eaux de Vichy débarrassent en même temps les malades de la gravelle.

En résumé, la commission propose de répondre à M. le ministre que les goutteux peuvent, non-seulement sans inconvénient faire un usage abondant des eaux de Vichy naturelles, mais encore espérer une très grande amélioration et même la guérison radicale de leur affection.

L'Académie a écouté avec un vif intérêt l'important rapport de la commission ; mais l'heure étant avancée, elle a remis à la prochaine séance la discussion (1).

Morve chez l'homme. — *M. Renauld*, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort, lit les détails de deux cas intéressans de morve chez deux militaires qui avaient approché des chevaux morveux. (Commission.)

Ankylose angulaire du genou. — *M. Blandin* présente une jeune femme qu'il a guérie d'une ankylose angulaire du genou, suite d'une tumeur blanche, à l'aide de l'extension lente exercée avec un appareil très simple. Deux mois d'extension ont suffi pour remettre le membre dans la rectitude, sans douleur violente ni aucune espèce d'accident. Le mal datait de dix-huit mois (2).

M. Blandin présente en même temps une tumeur encéphaloïde du volume du poing, qu'il vient d'extirper de la région latérale du cou d'un jeune homme qu'il a opéré à la Maison de Santé et de Médecine opératoire. Cette opération a exigé beaucoup de précautions à cause de la région délicate qu'elle occupait : les suites paraissent heureuses.

— *M. Bérard* a présenté une pièce pathologique relative à un anus contre nature, guéri en partie à l'aide de l'entérotome de Dupuytren.

— *M. Rayer* montre, de la part de M. Roux, une pièce pathologique offrant l'exemple très rare d'une gangrène de la muqueuse nasale, de la langue et de quelques points de la figure, survenue spontanément six jours après l'accouchement.

— Séance levée.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Première lettre sur la syphilis, ou Examen critique des doctrines de M. Ricord (3).

La guerre est au camp des syphiliographes. M. Devergie aîné, auteur de la Clinique des Maladies syphilitiques, ouvrage recommandable sous plus d'un rapport, blessé des expressions employées par M. Ricord contre les médecins écrivant l'histoire de la maladie vénérienne sous l'influence des doctrines de l'école physiologique, entre en lice, et vient de faire paraître une première lettre sur la syphilis.

On publie en ce moment des lettres de M. Desruelles sur le même sujet. Nous ne pouvons savoir quel sera le résultat de cette lutte ; mais nous pouvons prédire que la science ne peut qu'y gagner beaucoup ; nous leur devons en grande partie la réforme thérapeutique introduite depuis 1825 dans le traitement de la maladie vénérienne, et c'est déjà un important service rendu à l'humanité que d'avoir fait apprécier aux médecins judicieux combien on avait porté à l'excès l'emploi du mercure dans les temps qui précédaient.

Nous ne suivrons pas M. Devergie dans tout le cours de sa première lettre qui est une revue succincte, analytique, claire et précise de tout ce qui a été fait et écrit de remarquable sur la syphilis depuis 1800 jusqu'à ce jour. Nous engageons le lecteur à lire cet exposé et à se pénétrer de son contenu, pour bien apprécier l'époque actuelle de l'histoire de cette maladie. Nous nous bornerons à en indiquer les points les plus saillans et les plus remarquables.

M. Devergie reproche à M. Ricord d'avoir attaqué vivement, sans réserve, sans ménagement les opinions des médecins physiologistes, et surtout de les avoir mal compris ou mal interprétés, et de leur faire tenir un langage opposé à ce qu'ils ont écrit : il en donne pour preuve les épithètes distribuées libéralement par M. Ricord, et quelques phrases tirées de son ouvrage.

Ainsi, on trouve les dénominations « d'observateurs superficiels de la médecine physiologique, les fauteurs d'une soi-disant nouvelle doctrine, les athlètes de l'école physiologique, etc. » M. Ricord les accuse d'avoir écrit dans *l'intérêt seul d'une doctrine.*

L'auteur de la lettre gourmande vivement le chirurgien des vénériens sur la composition de son Traité pratique des Maladies vénériennes, qui ne contient, selon lui, que trois choses distinctes : 1° Inoculation du virus vénérien ; 2° thérapeutique des maladies vénériennes ; 3° un petit formulaire.

Nous citons textuellement le passage suivant de la lettre ; le lecteur pourra mieux apprécier les motifs qui ont dirigé son auteur dans la défense des principes combattus.

« Mais c'est à tort que M. Ricord nous accuse d'avoir nié la contagion syphilitique ; c'est une erreur grave de dire « qu'il importait à l'école physiologique d'en rejeter l'existence et de prouver que la syphilis n'était qu'une affection phlegmasique simple » dont la physionomie dépendait plutôt du mode de vitalité particulier des organes primitivement malades, et de la puissance sympathique de ceux-ci sur tel ou tel point de l'économie qui doivent s'effectuer consécutivement. C'est encore une accusation injuste que d'ajouter « que cette école physiologique soutenait l'hypothèse de la spontanéité absolue des maladies vénériennes, » et qu'il était plus simple de nier l'existence d'un virus, et de rapporter les maladies qu'on lui attribuait aux causes communes des autres affections.

» Il faut encore regarder comme une erreur la phrase suivante de M. Ricord ; « Les médecins militaires ont nié l'hérédité de la syphilis. » On ne peut pas dire non plus à l'égard du temps qui

---

(1) Il serait à désirer que les orateurs qui se proposent de prendre part à la discussion se pénétrassent de toute l'importance du sujet, et traitassent à fond la question de la goutte sur laquelle des idées absurdes règnent encore dans l'esprit de la majorité des praticiens. Il y a là, comme on le voit, une double question : l'une purement expérimentale ou empirique, celle de l'efficacité remarquable des eaux de Vichy ; l'autre scientifique, sur la condition pathologique de la goutte et sur le mode d'action de ces eaux.

(2) On comprend par là les belles guérisons que M. le docteur Duval obtient tous les jours de la même infirmité dans un temps très court, en coupant d'abord les cordes tendineuses sous le jarret par une petite section sous-cutanée tout à fait innocente, et en étendant le membre ensuite.

(3) Chez G. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 11.

l'a précédé, qu'il y eut « exagération des écoles modernes sur l'a- » bus du mercure, » et le relevé des maladies consécutives fait à l'hôpital du Midi, par M. Lucas-Championière, met au néant l'assertion suivante : « que c'est à tort qu'on accuse le mercure » d'aider à la production des accidens consécutifs. »

M. Devergie, en homme initié dans l'histoire de la maladie vénérienne, trace à grands traits l'époque de 1800, où feu Cullerier rendit un véritable service en faisant cesser, par son exemple, « le traitement par salivation, si funeste et si préjudiciable à l'humanité, et qui était la source de désordres irréparables et souvent mortels, ce qui prouve que le langage des écoles modernes sur l'abus du mercure n'est pas une exagération. » Il passe en revue le temps où l'école de Chaussier et de Bichat renversait la théorie virulente, et fit disparaître de la nomenclature médicale dix-huit virus bien accrédités. Quatre seulement ont survécu à cette déroute physiologico-pathologique. Abordant la réforme thérapeutique, il cite les noms et les travaux des médecins civils et militaires de tous les pays qui travaillèrent avec succès à cette ère de régénération, et indique sommairement sa progression rapide.

« Le point le plus remarquable de ces travaux importans fut de démontrer :

1° Que la syphilis, comme toutes les maladies contagieuses, pouvait se guérir sans spécifique ; 2° que le mercure ne jouissait pas de cette propriété ; 3° qu'il ne guérissait pas toujours la syphilis ; 4° qu'il ne prévenait ni les rechutes, ni les accidens secondaires, ni les consécutifs ; 5° que les accidens secondaires ou consécutifs étaient alors plus tenaces, plus graves, et exigeaient plus de temps pour être amenés à guérison ; 6° que le mercure développe chez certains malades une diathèse pseudo-syphilitique qu'on exaspère encore par la continuation du même remède ; 7° qu'il occasionne des désordres graves par son emploi prolongé dans l'économie, souvent incurables chez certains individus ; 8° que beaucoup d'autres médicamens partagent avec lui le titre d'anti-syphilitiques ; 9° qu'enfin la plus grande partie des affections multipliées connues sous la dénomination de syphilitiques ou vénériennes, primitives ou secondaires, paraît se guérir sans mercure, et que beaucoup d'affections constitutionnelles cédaient encore à d'autres traitemens que les mercuriaux. »

M. le docteur Devergie termine sa lettre par les considérations suivantes : Récapitulons les résultats obtenus par suite des observations multipliées et les travaux des médecins français et étrangers qui se sont spécialement occupés de la réforme thérapeutique des maladies vénériennes depuis trente ans, et particulièrement depuis 1822.

1° Le traitement simple et rationnel ou antiphlogistique est préférable au traitement mercuriel dans les maladies vénériennes ou syphilitiques récentes, récidivées ou secondaires.

2° Il est actuellement adopté généralement dans un grand nombre d'hôpitaux civils et militaires de France et de l'étranger.

3° Les avantages obtenus par cette nouvelle méthode sont nombreux, incontestables, et doivent être envisagés sous deux points de vue ; sous le rapport administratif et sous le rapport hygiénique.

4° Sous le rapport administratif, les hôpitaux civils et militaires n'ont plus à regretter la perte immense de fournitures qui ne pouvaient être consacrées qu'aux vénériens. Tous, en effet, conservaient une couleur noire, une odeur détestable qui, non seulement, faisait l'objet des plaintes continuelles et réitérées des malades, mais encore les empreintes mercurielles altéraient promptement le tissu de toutes ces étoffes ; l'aspect dégoûtant des salles au noir a disparu sans retour, et il n'en sort plus ces exhalaisons mercurielles si fortes, si nauséabondes, si difficiles à supporter, si préjudiciables aux malades ; la propreté est actuellement facile à entretenir, et il n'existe plus maintenant aucune différence entre les lieux consacrés au traitement de cette maladie et les salles destinées aux autres malades.

5° Le séjour des malades y est beaucoup plus court, quel que soit le genre des symptômes primitifs, ou secondaires, ou consécutifs.

6° La santé est moins altérée, les désordres maladifs sont incomparablement moindres, les salivations n'existent plus, la mortalité est presque nulle et les convalescences rapides.

7° Les récidives ou rechutes sont moins nombreuses, les accidens secondaires moins fréquens, moins graves et moins difficiles à traiter ; ils cèdent pour la plupart au traitement simple, et très peu exigent l'emploi des sudorifiques. On remarque également beaucoup moins d'affections constitutionnelles.

8° Ce traitement est tellement avantageux qu'en Suède, où la syphilis sévit avec plus de violence à cause de la rigueur de la température, où de 1822 à 1827 on ne traitait encore que le quart des malades syphilisés par la diet-kur, les fumigations, les moyens locaux ; actuellement, en 1839, plus des trois-quarts des maladies primitives, secondaires et consécutives sont guéries par le traitement simple et sans mercure.

9° Le traitement simple ne suffit pas toujours dans les affections consécutives, ou constitutionnelles, ou tertiaires, qui réclament alors des modificateurs plus puissans, tels que les sudorifiques composés, les préparations mercurielles, l'or, l'iodure de potassium, l'opium, etc.

10° Dans les affections graves et profondes de l'économie, syphilitique-chronique, invétérée, dégénérée (syphilitico-mercurielle), où les individus ont été saturés de mercure, le traitement simple est le seul et le meilleur moyen de guérison.

11° Les maladies des os deviennent plus rares ; elles ont presque disparu en Portugal, où depuis longues années on traite sans mercure les militaires et les gens du peuple. En Suède le nombre des caries, exostoses, douleurs ostéocopes, qui avant 1822 étaient de 54 sur 100 dans les récidives, après le traitement mercuriel, a diminué progressivement à un tel point que, depuis 1827 jusqu'en 1831, il n'était plus que de 6 1/2 sur 100 ; qu'actuellement, 1839, on n'en compte plus que 3 à 4 sur 100 ; dans nos hôpitaux militaires, où le traitement simple est préconisé, à peine en voyons-nous 1 sur 500.

12° On ne rencontre plus que très rarement dans nos hôpitaux civils et militaires les tableaux hideux et les désordres graves qui ont servi à feu Dupont à modeler ces faits curieux qui enrichissent la clinique de la maladie syphilitique et le musée Dupuytren, et qui, en 1826, étaient si communs dans les hôpitaux de Paris, tels que celui des Vénériens, Saint-Louis, Val-de-Grâce, etc.

13° Ces figures hideuses et ces désordres graves de l'économie sont encore fréquens et très communs dans les pays où le mercure fait la base du traitement des maladies syphilitiques, en Angleterre par exemple, et Londres en particulier.

14° Enfin, les travaux des médecins de l'école physiologique ont eu pour résultat important de modifier tellement les opinions des médecins partisans du mercure, comme méthode générale de traitement, que ce médicament puissant n'est plus administré par la plupart d'entre eux ni à aussi fortes doses, ni aussi long-temps ; que le traitement général par frictions, liqueur, pilules de Belloste, est presque abandonné et est remplacé par des préparations moins actives, plus commodes, plus faciles à administrer et moins préjudiciables au malade.

Nota. Dans une lettre du 15 janvier 1840, adressée de Londres à M. Duval (Vincent), rédacteur de la Revue des Spécialités, M. le docteur B....y, lui fait part que M. Mayo, à l'hôpital de Middlesex, professe dans ses leçons sur les maladies syphilitiques les mêmes principes que l'école physiologique, c'est-à-dire « qu'il » n'est pas partisan du mercure dans la syphilis primitive ; qu'il » s'est assuré, par l'expérience, que les simples antiphlogistiques » guérissent en général mieux que les mercuriaux, et que si ces » derniers sont mis en usage, ils n'empêchent pas le mal de re- » paraître s'il est de nature à repulluler. » Mais par une de ces erreurs que M. Duvergie a signalées au commencement de sa lettre, on attribue au professeur dont on suit les leçons les heureux changemens survenus en thérapeutique quand celui-ci n'indique pas la source où il a puisé ses documens. M. B....y les regarde comme l'œuvre de M. Ricord, sans se douter que ces avantages immenses sont dus aux recherches de MM. Jourdan, Richond, Devergie et Desruelles, Cullerier, etc., et que M. Ricord n'a fait que suivre l'impulsion et accepter la conséquence de la réforme faite avant lui.

Le docteur F....R.

Cours de Lithotritie théorique et pratique professé par le docteur LABAT, ex-chirurgien du vice-roi d'Égypte.

Ce cours, destiné à enseigner en peu de temps la lithotritie pratique, a commencé le 25 mars à 4 heures, rue de Grenelle-Saint-Germain, 59, et sera continué tous les jours à la même heure, excepté le dimanche.

Durant chaque séance, tous les élèves seront *simultanément* exercés au manuel des diverses opérations qui sont du ressort de la lithotritie.

Chacune de ces opérations, ainsi que le *cathétérisme rectiligne et curviligne*, sera ensuite répétée sur le cadavre.

L'expérience de plusieurs années a prouvé qu'immédiatement après chaque cours, MM. les élèves sont en état de pratiquer avec succès l'opération de la lithotritie sur le vivant.

En outre du cours général, M. Labat fait des cours particuliers de Lithotritie et des cours sur les affections des voies urinaires pour ceux de ses confrères qui veulent s'occuper spécialement du traitement de ces maladies.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 28 MARS 1840. [(13e ANNÉE.) N° 38, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 f.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MALGAIGNE.

De la fistule lacrymale et de son traitement; par N. Manzini.

La fistule lacrymale a été généralement présentée, surtout dans l'époque qui vient de s'écouler, comme une affection légère, qu'on guérit fréquemment par un traitement médical, qu'on guérit plus vite encore par une opération chirurgicale; et les procédés, et les méthodes se sont tellement multipliés, que nulle autre partie de l'art n'offre peut-être une égale richesse. Mais quand on en vient à examiner les choses de près, on s'aperçoit bientôt que ces richesses apparentes cachent une pauvreté réelle, et que, comme pour certaines maladies du ressort de la médecine interne, nous n'avons tant de méthodes et de procédés divers, que parce que nous n'en possédons pas un bon.

Les anciens s'étaient déjà bien aperçus de l'opiniâtreté de cette maladie; et, ignorant l'anatomie et la physiologie des voies lacrymales, ils attribuaient à la carie de l'os unguis le flux séreux qu'ils ne pouvaient tarir.

Il importe de bien connaître les idées des anciens sur la nature de cette affection, pour se rendre compte des méthodes de traitement par eux employées. Du reste, tout en acquérant des notions plus exactes sur les causes de la fistule lacrymale, la plupart des chirurgiens modernes admettent encore, à titre de complication, même assez fréquente, la carie de l'os unguis, que bien peu, assurément, ont eu occasion d'observer; erreur traditionnelle d'autant moins étrange, que, par sa texture, cet os est tout au plus susceptible de nécrose, et aucunement de carie.

Ce ne fut qu'au commencement du siècle dernier que la véritable nature de la fistule lacrymale fut entrevue; les études furent portées sur un terrain légitime, et l'on reconnut que l'épiphora, la tumeur et la fistule provenaient d'un obstacle apporté au cours naturel des larmes, obstacle qui siégeait spécialement dans le canal nasal. Ces idées nouvelles devaient nécessairement entraîner une révolution dans la thérapeutique de la fistule lacrymale, ce qui en effet ne tarda pas à avoir lieu. On comprit donc que l'indication imminente était de rétablir la perméabilité du canal nasal, et que sans cette condition on ne pouvait espérer de voir l'épiphora s'arrêter.

Dès lors trois méthodes principales prirent naissance, chacune tendant au même but, mais visant à y arriver par un chemin différent. Ce furent les méthodes suivantes:

1° La dilatation temporaire;
2° La dilatation perpétuelle par un instrument à demeure;
3° Un traitement médical.

Le traitement médical a fait grand bruit dans notre siècle, surtout en Allemagne, où la chirurgie, depuis long-temps désarmée par Paracelse, ennemi du fer et du feu, se confiait davantage à l'action des médicamens. L'Allemagne conserve encore cette impulsion dont ses traités d'ophthalmologie se ressentent; aussi y rencontre-t-on plus de médecine que de procédés. Les écoles de Beer et de Sichel ont surtout insisté sur le traitement médical de la fistule lacrymale.

En France, Demours et M. Lisfranc ont essayé le traitement médical et en ont obtenu quelque succès; mais il serait à désirer qu'on eût bien constaté si la cure était complète et radicale; on sait, par exemple, qu'il est des sujets scrofuleux atteints seulement d'une inflammation chronique du canal nasal, donnant lieu aux symptômes de la fistule lacrymale, et chez lesquels ces symptômes, qui existent pendant les temps brumeux et humides, cessent avec la chaleur et les temps secs. On conçoit que dans des cas de ce genre un traitement médical ait pu amener une cure apparente, et telle que la nature seule en produit quelquefois.

Scarpa vint plus tard et s'aperçut que quelquefois l'épiphora dépend d'une augmentation de la sécrétion des larmes, sans qu'il y ait obstruction du canal nasal, et proclame que si l'épiphora était souvent le résultat de l'obstruction du canal, d'autres fois aussi il ne dépendait que de cette augmentation dans la quantité de la sécrétion lacrymal qu'il appela *flux palpébral puriforme*.

Au total, malgré les prétendus succès obtenus en Allemagne et en France, par la méthode médicale, dans le plus grand nombre des cas, il est nécessaire d'avoir recours à d'autres moyens. Les méthodes opératoires ont été très multipliées, et je ne veux pas les énumérer ici. Cependant elles peuvent se rapporter à deux types principaux: la dilatation temporaire du canal, et la dilatation permanente qui se résume en France dans l'emploi de la canule.

La canule a surtout été préconisée par Dupuytren. Je tiens de M. Lisfranc, qu'à l'époque où Pelletan était chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu, et Dupuytren chirurgien en second, le premier employait la dilatation temporaire, tandis que le second se bornait à la canule. M. Lisfranc fut chargé par Dupuytren de suivre long-temps après l'opération les sujets traités par l'une et l'autre méthodes, et il constata que les récidives étaient plus fréquentes parmi les malades qui avaient été opérés par Pelletan que parmi ceux de Dupuytren. J'admets volontiers ce résultat, et mes propres observations ne sont pas plus favorables à la dilatation temporaire; toutefois, je n'accorde pas à la canule une efficacité beaucoup plus grande, et il est permis de penser que les malades opérés par Dupuytren à l'aide de la nouvelle méthode n'ont pas été suivis assez long-temps. Si les récidives chez les malades opérés par le procédé de la canule sont en effet plus tardives, elles ne sont peut-être pas moins nombreuses.

Le procédé de la canule a quelque chose de séduisant qui a entraîné les jeunes chirurgiens. Nous également nous l'avions pleinement adopté; et dans notre thèse pour l'agrégation, tout en rappelant les graves objections que dès lors on lui avait déjà adressées, nous avions pensé qu'il fallait attribuer les inconvéniens signalés à la forme et à la matière de la canule. J'indiquai donc certaines modifications qui devaient la rendre irréprochable; elle était trop longue et allait quelquefois s'implanter dans le plancher des fosses nasales, je la réduisis à huit lignes; elle était conique et remontait facilement, je lui rendis les deux bourrelets de Pellier; l'argent était attaqué et se transformait en sulfure, je la fis fabriquer en platine. Eh bien, voici un cas de fistule lacrymale traitée par une canule de platine ayant toutes les modifications requises, et la guérison ne s'est pas soutenue plus de quatre mois.

Le malade qui nous fournit l'occasion d'entrer dans ces considérations est un jeune homme, coloriste de son état. On ne veut plus de lui dans l'atelier où il avait toujours travaillé avant d'être atteint de son infirmité; et cela à cause du dégoût qu'inspire la suppuration de sa fistule, et le larmoiement continuel auquel il est sujet.

L'épiphora, d'ailleurs, le gêne doublement en ce sens que les larmes lui offusquent la vue d'une part, tandis qu'en outre elles menacent à chaque instant de tomber sur son ouvrage. En définitive, il a été renvoyé de son atelier, et par suite d'une affection si légère en apparence pour ce qui a trait aux conséquences qu'elle peut entraîner, ce malheureux jeune homme se trouve privé de son état.

Il y a dix-huit mois qu'il se présenta à l'hôpital des Enfans, dont le chirurgien, sachant sans doute à quoi s'en tenir sur la valeur des procédés opératoires, ne voulut pas l'opérer. Il revint durant les vacances de l'année dernière; nous étions alors chargé du service; nous lui plaçâmes à demeure une canule de platine, et cette opération fut promptement suivie de guérison; mais celle-ci ne se soutint que quatre mois, et au bout de ce temps il y eut récidive.

Nous n'avons pas cru cependant qu'il fallût se décourager pour cela. Et d'abord, la médecine opératoire actuelle nous offrirait déjà deux autres ressources à tenter, savoir: de toucher le sac lacrymal avec le fer ou le feu, comme le veut Woolhouse; ou bien encore l'oblitération des points lacrymaux selon la méthode de Bosch, de Montpellier, provoquée par le nitrate d'argent, lequel détermine d'abord leur ulcération, qui elle-même finit par être suivie de leur cicatrisation.

Il est, en effet, des individus chez lesquels la sécrétion des larmes ne se fait pas dans l'état physiologique de l'appareil destiné à accomplir cette fonction. La science possède des faits qui attestent la vérité de cette assertion. En voici du reste un qui nous est propre: en 1829, il se présenta dans le service de Broussais, dont j'étais alors chef

---

FEUILLETON.

NOTICE MÉDICALE SUR QUELQUES CANTONS DE LA SUISSE ALLEMANDE;

Par F. MICHEA, D.-M.-P.

(Suite du n. 35.)

Canton de Lucerne. Jusque-là, j'avais omis à dessein de parler des maladies endémiques de la Suisse, par la raison que je m'étais réservé d'en rendre compte à propos du canton de Lucerne. En effet, ce canton les offre toutes; il en est l'abrégé, pour ainsi dire, par sa position géographique plus accusée que partout ailleurs.

Ces maladies sont, dans les vallées et les plaines, les scrofules, la dysenterie, le goitre, le crétinisme, les fièvres intermittentes et les affections rhumatismales. Je parlerai plus loin de celles des montagnes.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit des scrofules au sujet du canton d'Argovie: je passe sur-le-champ à la dysenterie. Cette affection fait chaque année beaucoup de ravages depuis le commencement de l'été jusqu'à la mi-septembre, terminaison ordinaire des fortes chaleurs. De tout temps celles-ci en ont été considérées comme la cause déterminante, moins peut-être en vertu de leur influence propre, que sous le rapport des variations brusques de température qui en sont la suite, du passage rapide du chaud au froid ou du froid au chaud, si fréquent à cette époque de l'anné.

Une condition extérieure qui n'a pas été jusqu'ici suffisamment appréciée, sans doute par les nombreuses difficultés qu'elle présente, c'est l'état chimique de l'air et des eaux. On sait bien qu'il faut une certaine somme de chaleur et d'humidité pour qu'un miasme prenne naissance, mais on ignore entièrement sa nature; les sens seuls ou aidés des instrumens de physique et de chimie sont incapables d'en démontrer l'existence. Aussi je ne disputerai pas sur ce miasme, pourvu qu'on l'admette par hypothèse. Dans cette saison donc, les vents chauds de l'Italie, chargés de vapeurs impures et des débris moléculaires d'animaux ou des végétaux qu'ils ont ramassés sur leur route, soufflent sur le sommet des montagnes et liquéfient les glaces et les neiges, dont les flots se précipitent alors dans les plaines et dans les vallées. Les principes hétérogènes, les détritus organiques qu'ils contenaient condensés et congelés avec eux se décomposent, se gazéifient sous l'influence de la chaleur et de l'humidité; d'où les effets funestes et les propriétés délétères du miasme dont je suppose l'existence. Que ce miasme soit ou non une substance hydrogénée, du gaz hydrogène carboné, comme tendraient à le faire croire les expériences de M. Boussingault, toujours est-il qu'à lui seul il rend mieux compte des phénomènes de la dysenterie; qu'il explique mieux sa marche, son invasion épidémique, etc., etc., que les accidens d'alimentation et autres, qu'on envisageait naguère comme sa cause exclusive.

Ces phénomènes se montrent sous trois formes: l'inflammatoire, la bilieuse, l'adynamique ou la putride. Cette dernière, la plus grave de toutes, est heureusement la moins fréquente. Depuis quelques années, la forme bilieuse apparaît plus particulièrement dans le canton de Lucerne, où elle sévit durant une grande partie de l'été.

Dans la première de ces formes, les médecins suisses se trouvent très bien de l'emploi de la saignée; dans la seconde ils ont recours aux éméto-cathartiques; et dans la dernière ils donnent la préférence aux narcotiques et aux toniques. C'est, comme on voit, la même méthode que Zimmermann mettait en usage dans les épidémies de ce genre. C'est aussi la seule que l'observation des anciens et l'expérience des modernes approuvent et sanctionnent complètement.

L'étiologie du goître est encore une question à revoir et un problème à résoudre. Toutefois, à défaut de résultats satisfaisans, c'est-à-dire de démonstration palpable, les hypothèses ne manquent pas. On ne s'arrête plus avec juste raison à l'idée de l'usage des eaux provenant de la fonte des neiges pour expliquer ses phénomènes. Les variations brusques de la température, la stagnation de l'air dans les gorges étroites et profondes sont les causes dont la valeur est la plus accréditée par les auteurs. En admettant ces causes, il reste à se demander comment il se fait que dans des gorges aussi étroites et aussi profondes, mais situées à 500 ou 600 toises plus haut que les premières, on ne rencontre plus de goîtreux? Il faut donc qu'il existe dans les couches élevées de l'atmosphère, quelque chose de particulier qui s'oppose à la manifestation de cet état morbide. Est-ce, comme on l'a déjà dit, une modification survenue dans sa composition, ou bien un vice dans la qualité, ou les proportions des fluides lumineux, magnétiques et électriques? C'est ce qu'on ignore. Néanmoins, eu égard à l'analogie de développement du goître et des scrofules, à la marche de leurs symptômes, et aux modes de leur traitement absolument identiques, on est en droit de supposer ici, comme dans l'étiologie des scrofules, que l'hypothèse d'une diminution de quantité du fluide électrique dans les régions inférieures de l'atmosphère, loin d'être déraisonnable, serait au contraire tout à fait plausible. Cela deviendrait d'autant plus rationnel que beaucoup d'auteurs, et Fodéré, entr'autres, ont considéré ces deux maladies de concert avec le crétinisme dont je m'occuperai tout à l'heure, comme une seule et même affection sous des apparences diverses; comme une affection variant d'aspect et de formes, mais restant au fond une et identique. Ce qui vient confirmer de plus en plus cette opinion, c'est la fréquente coexistence de ces trois maladies chez un même individu, leur mélange réciproque, leur transformation graduelle et insensible, sans nier toutefois leur indépendance et leur isolement dans beaucoup de cas.

Quoi qu'il en soit, le goître, seul ou réuni au crétinisme et aux scrofules, s'observe dans tous les cantons de la Suisse, notamment aux environs des montagnes élevées, dans les vallées étroites et profondes. Cette hypertrophie de la glande thyroïde est plutôt une infirmité qu'une véritable lésion pathologique susceptible d'influer sur la santé générale, puisque l'ordre et l'harmonie de celle-ci ne sont jamais troublées par elle. L'introduction de l'air dans les voies respiratoires, et la phonation n'en sont nullement gênées, comme pourrait le faire supposer quelquefois l'inspection du volume de la glande. La dégénérescence cancéreuse si redoutée, n'est pas plus à craindre. Aussi n'est-ce pas sans surprise qu'on voit des chirurgiens habiles et consciencieux entreprendre une opération grave et difficile, dans le but de délivrer d'une incommodité innocente et légère.

Le crétinisme existe plus particulièrement dans le canton du Valais, aux alentours de Sion. Les autres cantons sont loin d'en être exempts, mais on ne rencontre pas comme dans celui-ci les cretins dans les rues; ils sont presque tous renfermés dans les hospices.

Ce que j'ai dit plus haut relativement à l'étiologie des scrofules et du goître, peut se rapporter aussi bien à celle du crétinisme; je ne m'y arrêterai pas. Je ferai seulement remarquer que les enfans contractent cette maladie de huit à neuf ans, et que passé cet âge, ils en sont ordinairement préservés.

Elle est tellement peu héréditaire que des crétins donnent le jour à des rejètons intelligens et bien conformés; tandis que ceux des étrangers qui se trouvent dans les conditions requises, en

de clinique, un soldat qui portait une tumeur à l'angle interne de l'œil droit, datant de la bataille de Marengo ; cet homme mourut, et à l'autopsie je trouvai le sac lacrymal converti en un kyste isolé par l'oblitération complète des conduits lacrymaux et du canal nasal ; de son vivant il n'avait jamais larmoyé.

Samuel Cooper a également rapporté un cas d'oblitération des voies lacrymales qui ne s'était jamais accompagné de larmoiement.

J.-L. Petit a rencontré un fait à peu près analogue : la malade ne larmoyait que par les temps humides.

Mais chez notre malade, le larmoiement est continuel, et par conséquent ni la méthode deWoolhouse, ni celle de Bosch ne sont applicables. Que nous reste-t-il donc à faire? D'employer le stylet des Anglais? M. Amussat n'opère jamais autrement ; en effet ce procédé est presque constamment suivi de la cessation du larmoiement ; mais il faut lui reconnaître un grave inconvénient : celui d'entretenir éternellement la fistule. C'est cette circonstance qui nous avait engagé d'abord à préférer la canule, laquelle, ainsi que nous venons de le dire, n'a amené qu'une guérison temporaire qui, au bout de quatre mois, a été suivie de récidive.

Il m'est venu en idée que si je plaçais dans le canal un stylet analogue à celui de Ware, mais terminé supérieurement par une tête arrondie qui occuperait le sac lacrymal de manière à pouvoir fermer la plaie extérieure, nous aurions tous les avantages de la méthode anglaise sans avoir ses inconvéniens.

Nous avons extrait la canule, nous avons placé à demeure un clou de plomb, et en effet nous avons obtenu dès les premiers jours la cicatrisation de la fistule et une guérison apparente. Mais peu après la cicatrice s'est rompue ; le sac lacrymal sécrète un mucus épais dont une partie passe dans les narines en suivant le canal, et le reste traverse la fistule : ceci tiendrait-il à quelque irritation accidentelle ou à quelque modification chimique survenue à la surface du stylet de plomb? Nous allons agir d'abord dans la première supposition : si nous échouons et que la seconde se réalise, on pourrait substituer au clou de plomb un clou de platine, ou plus simplement un clou de verre.

Quoi qu'il arrive, ce cas est intéressant, puisqu'il vous montre toute l'opiniâtreté et le caractère rebelle d'une affection que vous seriez tenté de croire plus bénigne, si vous vous en rapportiez à vos livres classiques.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Jobert.

Névralgie traumatique du bras à la suite d'une saignée du bras ; guérison par la section du nerf lésé.

L'histoire des névralgies est encore entourée d'une profonde obscurité, et par suite la thérapeutique de cette affection est si peu avancée qu'il est impossible de rencontrer quelque accord entre les divers chirurgiens qui s'en sont occupés.

On cite, en effet, sur ce sujet les opinions les plus contradictoires. Pour chaque pathologiste le traitement qui a réussi une fois est celui que l'on doit à tout jamais adopter. Il faut se garder en médecine de se passionner exclusivement pour tel ou tel moyen ; car on n'a pas à traiter une maladie toujours la même, mais une maladie présentant autant de variétés, autant de nuances, qu'il y a d'individualités.

Depuis bien long-temps le traitement des névralgies a fixé l'attention des médecins ; des essais de tout genre, de nombreuses expériences ont été tentées, et nous devons le dire les succès obtenus ont été rares, et souvent la nature a fait seule ce que le médecin n'avait pu faire ; mais les douleurs endurées par les malades sont si violentes, que l'on doit s'efforcer de trouver un moyen de les faire disparaître ; car elles peuvent quelquefois entraîner des accidens mortels.

Quand on a vu des personnes atteintes de névralgie, on conçoit que les moyens les plus énergiques aient été proposés par les médecins et acceptés par les malades. Les vésicatoires, les moxas, les cautérisations avec le fer rouge ont été employés avec des succès divers. Il en est de même de l'acupuncture et de l'électropuncture, qui à leur origine semblaient promettre merveille.

Enfin l'on a eu recours à la section du nerf malade. Sans vouloir donner à ce traitement un rang plus élevé qu'il ne le mérite, nous devons dire que dans plusieurs occasions nous l'avons vu réussir, et l'observation que nous allons rapporter nous semble digne de fixer l'attention des chirurgiens. Nous nous empressons d'autant plus volontiers de la publier, que déjà dans ce journal il y a été fait allusion, et qu'elle a été considérée comme un cas d'insuccès : cette rectification nous paraît donc d'une grande importance. Voici l'observation :

Marie-Sydonie-Julienne Boissart, âgée de dix-huit ans, couturière, bien constituée, d'un tempérament éminemment sanguin a été réglée à l'âge de dix ans. Depuis cette époque elle eut successivement la variole et la rougeole ; sa santé se rétablit ensuite.

Elle habitait la Normandie, lorsqu'il y a quatorze mois elle vins se fixer à Paris. Peut-être sous l'influence du changement de climat elle eut une suppression du flux menstruel, et dès-lors elle ressentit des douleurs du ventre assez vives, et les symptômes d'une irritation gastro-intestinale. Elle consulta les Sœurs de Charité de son quartier, qui jugèrent à propos de lui pratiquer une saignée du bras.

Cette saignée, dont on peut parfaitement voir la cicatrice sur la médiane céphalique, produisit immédiatement une vive douleur, et l'avant-bras fut involontairement et subitement porté dans une flexion à angle droit sur le bras.

La douleur. d'abord limitée au lieu de la piqûre, s'irradia vers le pouce pendant huit jours ; elle fut modérée, et la malade y attachant fort peu d'importance, essaya tant bien que mal de continuer son travail.

Une quinzaine de jours après, la douleur qui était fixée comme nous l'avons dit à l'avant-bras et au pouce, s'étendit vers l'aisselle, remontant à la partie interne du bras, de telle sorte qu'elle existait dans toute l'étendue d'une ligne qui, partant de la face palmaire du pouce, se rendait vers le creux de l'aisselle en passant par le pli du coude sur le point piqué par la lancette.

La douleur était violente et souvent empêchait le sommeil. Pendant les dix mois qui suivirent la saignée, la malade ne consulta personne : elle se contenta de quelques applications émollientes qui n'amenèrent aucun résultat.

Il y a quatre mois seulement, elle se décida, ne pouvant plus endurer son mal, à demander des consultations à un médecin, qui ordonna l'application d'emplâtres de ciguë, des vésicatoires au haut du bras, des cataplasmes de fécule de pomme de terre, et en outre des frictions avec une pommade dont la malade ne peut nous dire la composition.

Ce traitement n'arrêta pas le mal : alors la malade entra à l'hôpital Saint-Louis le 11 décembre 1839.

Etat de la malade lors de son entrée. L'état général est bon, toute la souffrance est locale et ne paraît pas avoir altéré la constitution ; l'avant-bras est toujours retenu dans une flexion forcée sur le bras ; le coude représente un angle aigu ; quelque puissance qu'on y mette, on ne peut ramener le bras dans sa rectitude. Du reste, sur le trajet du nerf qui paraît le siége de la névralgie, on ne sent aucune dureté ; la pression augmente la douleur.

Immédiatement, M. Jobert fit appliquer un vésicatoire volant régnant dans toute l'étendue du bras, sur le trajet de la douleur, et sur la plaie il fit étendre du datura stramonium ; ce médicament lui a souvent réussi dans les cas de névralgie. Il eut recours ensuite à la cautérisation transcurrente faite suivant les principes qu'il a exposés dans l'ouvrage que nous avons déjà cité.

Aucun soulagement ne fut obtenu. Alors le chirurgien mit en usage un moyen plus énergique ; il pratiqua la section du nerf malade. Nous allons donner les détails des opérations successives qui furent faites sur le bras.

1° Au mois de janvier, M. Jobert fit venir la malade à l'amphithéâtre. Cette femme ayant assuré que le point le plus douloureux était à l'extrémité inférieure de l'avant-bras sur la face palmaire, au-devant de l'extrémité du radius, une incision transversale de quinze millimètres environ y fut pratiquée ; l'opérateur mit à nu un filet nerveux qu'il coupa. Cette opération fut très douloureuse, surtout lorsque le nerf fut saisi pour être incisé. Un peu de phlogose survint, qui dura deux jours ; elle disparut ensuite. La douleur primitive n'existait plus depuis l'incision jusqu'au pli du coude ; elle persistait en bas depuis cette incision jusqu'au bout du pouce, et en haut depuis le pli du conde jusqu'à l'aisselle. Au sixième jour, la plaie était cicatrisée.

2° Huit jours après, nouvelle opération. La douleur étant surtout violente au pli du coude, M. Jobert fit une incision transversale comme la précédente, et de même étendue ; un filet nerveux fut mis à découvert. Le moindre tiraillement sur ce nerf produisait d'atroces douleurs ; l'opérateur l'incisa, et la douleur disparut en ce point. Le lendemain, comme lors de la précédente opération, il y avait autour de la plaie une inflammation qui, deux jours après, avait disparu.

3° Une semaine après, la plaie du coude était cicatrisée ; il restait deux points douloureux encore, l'un d'eux en haut du bras sur le trajet primitif, et l'autre au pouce. M. Jobert, enhardi par les succès partiels obtenus, se décida à poursuivre la douleur aux points où elle existait encore.

Une première incision fut faite en haut du bras et une seconde sur l'extrémité palmaire du pouce.

Un érysipèle un peu plus violent que les précédens survint autour de l'incision supérieure ; il fut accompagné de quelques symptômes généraux, fièvre, altération, etc.

Cette inflammation disparut peu de jours après. Pendant les huit jours qui suivirent cette opération, la malade éprouva encore quelques douleurs dans le bras, mais elles n'avaient pas le même caractère et ne suivaient pas le trajet primitif.

L'état de flexion forcée avait cédé ; la malade étendait l'avant-bras presque complètement. En promenant sur le bras les barbes d'une plume, la malade ayant les yeux fermés, je me suis assuré que la sensibilité n'était émoussée

---

sont atteints comme les gens du pays.

Du reste, leur nombre diminue sensiblement en Suisse. On attribue cette amélioration au dessèchement des terrains humides, et notamment au défrichement des forêts. On sait, en effet, que sur les sols éclaircis l'air ambiant contient non-seulement moins d'acide carbonique et plus d'oxygène, mais encore une proportion plus forte de fluide électrique que nous avons considéré comme une des conditions essentielles de toute bonne hématose.

Dans l'espèce, ces êtres dégradés ne semblent pas devoir appartenir à la classe des anomalies humaines connue sous le nom de *monstruosité*. Leur vice organique tient moins à un défaut d'évolution embryonnaire, à un arrêt de développement, ou à une altération quelconque contractée au sein de la mère qu'à une modification accidentelle, à un trouble survenu dans l'organisme à l'occasion d'un agent extérieur qui a frappé sur toutes ses molécules. C'est en vain que de la configuration de leur crâne on chercherait à tirer des inductions rigoureuses relativement à la détermination de la nature, du genre ou de l'intensité des phénomènes morbides qu'ils présentent. Chez le plus grand nombre il est vrai, la portion antérieure du crâne est rétrécie et va en fuyant en arrière, mais on en voit aussi plusieurs qui ont des fronts hauts, larges et parfaitement réguliers.

La constitution et l'habitude extérieure du corps, sont les caractères qui servent à différencier les crétins des idiots et des imbécilles ; ils ont seulement de commun avec ces derniers la même incapacité ou la même faiblesse des fonctions innervatrices, le même défaut d'intelligence et de raisonnement.

Leurs extrémités et leur colonne vertébrale sont incurvées dans tous les sens, ce qui leur fait une taille épaisse et rabougrie. Les tissus sont pâles et flasques ; sans tonicité et sans réaction aucunes ; la peau de leur visage est terne et comme plombée ; leurs yeux sont enfoncés et immobiles, et la salive s'échappe à chaque instant de leurs lèvres pendantes. La seule portion du système nerveux qui conserve de l'empire chez ces individus, c'est celle qu'on suppose devoir présider aux besoins purement instinctifs et commander aux appétits exclusivement animaux, c'est-à-dire l'élément qui sollicite la sensation de la faim, de la soif, des excrétions, de la reproduction ; à part cela tout est chétif et languissant chez eux dans l'ordre physique comme dans l'ordre moral. C'est à peine s'ils articulent quelques sons, s'ils peuvent se tenir debout ou se livrer à la marche.

Je ne m'appesentirai pas sur les causes des rhumatismes et des fièvres intermittentes qui règnent ici comme dans tous les pays humides et marécageux. Depuis qu'on a resserré le cours de la Reuss, on voit moins de ces dernières au rapport des médecins de Lucerne.

En revanche, il est d'autres affections qui sont presque inconnues aux habitans de la Suisse. De ce nombre je citerai la gravelle, la pierre et la goutte. S'il fallait chercher la raison de leur rareté, nous la trouverions sans peine dans leurs mœurs et leurs habitudes, dans cette activité physique, ce besoin de mouvement et ces exercices musculaires auxquels ils se complaisent et se livrent avec beaucoup d'habileté. De cette façon se trouve éliminé l'excès d'azote, le surplus d'animalisation qui reste dans l'économie chez les individus oisifs ou chez les peuples plus contemplatifs, comme les Allemands par exemple.

Lucerne n'a d'intéressant pour le médecin que son hôpital, le mieux entretenu et administré que j'aie vu. Cet établissement ne laisse presque rien à désirer. Conditions d'architecture extérieure, bonne distribution des salles ; dans le service, ordre, activité, zèle, soins bien entendus ; en un mot, tous les élémens d'un hôpital modèle s'y trouvent réunis. Le canton étant catholique, la direction des malades est confiée à des religieuses de Saint-Vincent-de-Paule. En général, j'ai remarqué dans ces dernières plus de douceur, plus de dévouement, plus de véritable sentiment du devoir et de leurs fonctions que chez les serviteurs à gages des hôpitaux protestans.

Canton de Berne. S'il est une gloire dont la ville de Berne puisse s'énorgueillir à juste titre, c'est assurément celle d'avoir donné le jour au grand Haller. Ce nom lui est cher sous plus d'un rapport. Non seulement Haller fut pour elle l'anatomiste, le physiologiste, le botaniste, le médecin, le linguiste, le poète, l'administrateur et le politique que nous connaissons tous, mais encore un père et un bienfaiteur : il aimait sa ville natale autant que sa famille.

A Goëttingue, au sein de la jeunesse et de la vigueur de son génie, dans tout l'éclat de sa puissance et de sa renommée, il regrettait Berne ; il lui fut impossible de maîtriser plus longtems son ennui ; il revint s'y fixer et publier là sa grande physiologie, le plus bel ouvrage scientifique du dix-huitième siècle.

Membre du conseil souverain de sa patrie, magistrat habile et philantrope sincère, il la dota de plusieurs institutions charitables, entre autres d'un établissement pour les orphelins et de plusieurs écoles. Aussi Berne a-t-elle été reconnaissante en multipliant les statues érigées à sa mémoire, en conservant sa maison et beaucoup d'objets qui lui appartinrent.

La maison où il reçut le jour, vécut et mourut est devenue la propriété du docteur Schenell, savant distingué, pour qui j'avais une lettre de recommandation ; elle est encore la même que du temps de Haller. Qui donc eût osé y changer quelque chose? Je me découvris en entrant dans la pièce qui servait de chambre à coucher à l'illustre vieillard et je m'inclinai respectueusement à la vue du lit mortuaire au chevet duquel Joseph II ne dédaigna point de venir s'asseoir.

En vertu de son importance officielle et politique, Berne devait tenir le premier rang parmi les écoles de la Suisse. Le budget de l'instruction publique y étant plus élevé que dans toutes les autres villes, elle est à même de multiplier les cours et d'appeler dans son sein les plus célèbres professeurs.

Son université ne possède pas moins de trente membres titulaires, sans compter les agrégés et les privats docentes bien plus nombreux, Toutefois, je dois dire que la faculté de médecine est la moins brillante des quatre, qu'elle renferme moins d'illustrations scientifiques que celle de philosophie (qui comprend ce que nous appelons, en France, les sciences accessoires) ; mais cette lacune n'est que provisoire. Berne est destinée à devenir le foyer de l'instruction médicale en Suisse ; d'abord, comme je l'ai déjà fait remarquer, par les avantages pécuniaires qu'y trouvent les professeurs, ensuite par l'émulation et les ressources de tout genre qu'offre cette capitale.

Son université de date que de 1805. Elle a été réorganisée en 1834, telle qu'elle existe aujourd'hui. Voici les noms des professeurs titulaires de la section de médecine et de celle des sciences accessoires, avec les matières qu'ils enseignent.

MM.

Vogt, doyen. Thérapeutique, pathologie et clinique internes.
Demme. Pathologie et clinique chirurgicales.
Fucter. Pathologie et thérapeutique générales.
Tribolet. Médecine légale.
Valentin. Physiologie humaine et comparée.
Theille. Anatomie descriptive.
Rau. Ophthalmologie.
Hermann. Accouchemens et ovologie.
Brunner. Chimie.
Treschel. Physique.
Perty. Zoologie.
Studer. Minéralogie et géologie.
Widlex. Botanique,

On compte à Berne cinq hôpitaux. Le Burger Spital, ou Hôpi-

en aucun point : il n'existait aucun engourdissement sur le trajet du nerf.

Le 15 février cette femme sortit dans un état parfait, promettant de revenir si la douleur reparaissait.

Ce fait important nous démontre donc l'utilité de la section des nerfs dans les névralgies ; c'est un moyen énergique, il est vrai, mais on pourra le réserver pour les cas où toutes les médications auraient échoué, comme chez cette femme.

Nous constatons en outre que, comme M. Jobert l'a dit depuis long-temps, il n'est pas nécessaire pour obtenir la guérison, d'enlever une portion du nerf, la simple section étant suffisante

Ed. L.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Aménorrhée; fièvre intermittente; réflexions.

Au nº 1 de la salle Saint-Joseph est entrée une femme qui depuis 6 mois a éprouvé successivement différens accidens morbides ; ses règles se sont d'abord supprimées, et à partir de ce moment sa santé a été mauvaise. D'après quelques renseignemens que nous avons recueillis, il résulterait que la suppression des règles est arrivée à la suite d'une chute sur le siége ; que depuis cet accident elle a éprouvé des douleurs dans le bas-ventre et dans le bassin, et qu'enfin elle a eu des selles purulentes. Nous nous sommes demandé alors si cette femme n'aurait pas eu d'abcès dans l'épaisseur du ligament large de l'utérus, lequel se serait fait jour dans le rectum, et si telle n'aurait pas été la source du pus rendu par les selles.

Quoi qu'il en soit, les règles, disons-nous, n'ont plus fait leur apparition depuis le moment de l'accident indiqué ; la malade a dès-lors été faible, souffrante et sujette à des battemens de cœur. C'est au milieu de telles conditions qu'elle a été prise il y a quinze jours, sur l'heure de midi, de frissons bientôt suivis de chaleur vive et de sueurs abondantes ; en d'autres termes, elle a passé par les trois stades d'une fièvre intermittente. Deux jours après, l'accès s'est renouvelé, et une fièvre intermittente tierce bien caractérisée s'est établie ; non accompagnée d'accidens insolites. Les accès d'ailleurs ne sont pas très longs et cessent dans la nuit.

A l'examen de cette femme, nous avons rencontré une tumeur dans l'hypochondre gauche, de forme allongée, s'étendant vers l'ombilic ; telle est en effet la forme qu'affecte la rate engorgée dans les fièvres intermittentes. En explorant l'hypochondre droit, nous avons pu constater que le foie fait une saillie de trois travers de doigts au-dessous du rebord des fausses côtes. En outre la malade a de la toux, ce qui nous a engagé à examiner la poitrine ; néanmoins nous avons trouvé la respiration pure dans toute l'étendue du thorax ; le cœur, d'autre part, n'a présenté rien d'anormal soit dans le rhythme, soit dans l'intensité de ses battemens, soit dans les bruits qui accompagnent ces derniers ; mais à partir du tronc brachio-céphalique, nous avons constaté l'existence d'un bruit de frottement ronflant se prolongeant dans les carotides. Disons enfin que la surface du corps de cette malade présente une coloration jaune légèrement terreuse, non pas telle qu'on l'observe dans l'icter et dans les affections du foie, mais semblable à celle qui accompagne les affections cachectiques et chlorotiques.

C'est en vain que nous avons tâché de remonter à la cause de la fièvre intermittente : cette femme ne demeure ni sur le bord de la rivière ni sur celui du canal, ni dans un quartier bas et marécageux. D'autre part, la fièvre présente les caractères de la fièvre intermittente des marais, c'est-à-dire qu'elle est bien caractérisée par les trois stades ordinaires qui sont séparés de l'accès suivant par une apyrexie complète. Les accès commencent, au dire de la malade, vers midi, à quelques petites variations près ; rien d'ailleurs n'est plus commun que d'observer dans les fièvres intermittentes de ces variations dans l'heure de l'apparition des accès ; il n'est pas rare en effet d'observer à cet égard des anticipations ou des retards d'une ou de deux heures, circonstance qui n'a du reste aucune importance pratique. Du moment où les accès sont caractérisés par les trois stades de froid, de chaleur et de sueur, leur ensemble doit suffire pour qualifier l'état morbide et mettre hors de doute l'existence d'une fièvre intermittente.

Dans tout sujet affecté de fièvre périodique, il y a à examiner deux ordres de phénomènes pathologiques bien distincts ; le premier, passager, constitué par l'accès lui-même ; le second, permanent, continu ou consécutif. Nous allons dire quelques mots de ce dernier.

L'état morbide consécutif qui se rattache aux fièvres intermittentes est caractérisé par la coloration jaune de la peau et per l'engorgement de la rate et du foie ; c'est là l'état morbide continu d'une fièvre intermittente qui constitue une véritable cachexie, à laquelle se rattache une détérioration des fonctions digestives, qui devient la source de l'état saburral qui accompagne les fièvree intermittentes. Les médecins qui sont à même de soigner les fièvres intermittentes des marais, connaissent mieux que certains médecins de l'école de Paris, cette espèce de lésion de sécrétion du tube digestif ; ils savent, en effet, que c'est ordinairement par ces troubles gastro-intestinaux que commence la maladie, et que les accès n'arrivent qu'ensuite.

Cependant, il n'en est pas toujours de même, et quelquefois la fièvre intermittente marenmateuse commence en même temps que l'état saburral, que l'on voit persister alors. Dans le sujet qui nous occupe, l'important n'est pas de connaître la connexion des phénomènes que nous venons de signaler ; l'importance réside plutôt dans la connaissance des conditions cachectiques générales, et dans celle des accidens pyrétiques. Il importe, en effet, au praticien, de savoir qu'il a à combattre l'altération de sécrétion du tube digestif, avant d'en venir à l'emploi des agens fébrifuges ; car lorsque ceux-ci sont administrés de but en blanc, ils ne modifient pas, ou que d'une manière incomplète, la fièvre périodique, qui souvent n'en persiste pas moins. C'est donc une erreur, selon nous, de recourir immédiatement aux agens fébrifuges ; et l'observation nous démontre que dans les cas ordinaires il est beaucoup plus avantageux de faire usage d'abord des moyens propres à combattre l'état cachectique. Cette règle, cependant, souffre une rigoureuse exception toutes les fois que la fièvre intermittente paraît menacer de la forme pernicieuse, car alors l'indication pressante est d'enrayer au plus tôt l'état périodique.

Pratiquant donc la médecine à la mode des anciens, nous avons prescrit à notre malade un éméto-catarthique pour détruire l'état saburral qui existe, et pour mieux profiter, dans la suite de l'action efficace des anti-périodiques, quand le moment favorable pour les employer sera arrivé. Si, sous l'influence de l'émétique associé à l'ipécacuanha, l'état saburral vient à cesser, alors nous aurons recours aux fébrifuges. Souvent un seul évacuant ne suffit pas pour arriver à ce résultat, et il importe d'y revenir ; mais aussi, il n'est pas rare de les voir faire cesser la fièvre.

Nous remarquerons d'ailleurs, si après l'emploi des évacuans, la fièvre intermittente, tout en persistant, diminue néanmoins d'intensité ; car, s'il en était ainsi, nous nous abstiendrions encore d'employer les fébrifuges ; l'expérience nous ayant démontré que dans de telles conditions la diminution est progressive et après six ou sept accès la fièvre disparaît entièrement. C'est là le sort le plus fréquent des fièvres intermittentes de Paris, circonstance à laquelle il faut attribuer l'application avec succès de tant de nouveaux moyens de traitement qui sont loin de réussir contre les véritables fièvres intermittentes des marais, contre lesquelles il n'y a que deux seuls médicamens qui réussissent, le quinquina et l'arsenic.

La question des lésions locales est importante dans la pratique ; il est incontestable que dans les fièvres intermittentes surtout, qui doivent leur origine aux miasmes maremmateux, l'engorgement du foie et de la rate se présentent. Ceux, parmi les médecins, qui regardent ces engorgemens comme le point de départ de la fièvre, reconnaissent la nécessité de dégorger principalement la rate, et, dans ce but, font des applications de ventouses et de sangsues à l'hypochondre gauche, ou bien ils ont recours à la ligature des membres, dont les effets sont d'empêcher mécaniquement les congestions intérieures.

La conduite que tiennent les médecins des campagnes démontre qu'une telle pratique est inutile et que les engorgemens en question cessent par l'action des fébrifuges. Or, faut-il croire que ceux-ci portent plutôt leur action sur les organes engorgés que sur le principe de la maladie ? Non, assurément ; car les fébrifuges guérissent de la même manière, alors même que ces engorgemens n'existent pas. D'autre part cependant, lorsque après la disparition de la fièvre les engorgemens viscéraux persistent et lui survivent, ce qui est surtout fréquent dans les fièvres intermittentes endémiques, les fébrifuges encore les font cesser.

C'est, ayant égard à ces circonstances, que je dois vous engager à suivre avec attention cette malade ; car si après les évacuans la fièvre ne cesse pas, alors nous emploierons les fébrifuges, et sous leur influence vous pourrez voir les engorgemens du foie et de la rate se dissiper graduellement et disparaître enfin.

Considérée au point de vue des accidens antérieurs à la manifestation de la fièvre intermitente, cette malade mérite encore un grand intérêt sous le rapport de l'abcès du ligament large ; affection bien moins rare qu'on ne le pense généralement. D'un autre côté, dans l'état actuel des choses, il est difficile de savoir si nous avons affaire à un sujet chlorotique et si cet état ne serait pas une conséquence de l'aposthème du ligament large de la matrice, ou bien si la prétendue chlorose ne serait autre chose actuellement que la cachexie déterminée par la fièvre intermittente.

Dans les cachexies fébriles, en effet, on remarque ordinairement les mêmes phénomènes que dans la chlorose ; ainsi, le bruit artériel, le frottement ronflant, les palpitations, la suppression des règles ; il faut avouer toutefois que tous ces phénomènes sont bien plus évidens dans la chlorose. Nous devons vous faire remarquer néanmoins que la suppression des règles existe depuis six mois, tandis que la fièvre intermittente ne date que de quinze jours, c'est-à-dire que cette dernière remonte peut-être à une époque trop peu éloignée pour que l'on puisse raisonnablement lui attribuer les désordres constitutionnels profonds qui existent, qu'il faut apparemment rechercher dans un état morbide plus ancien.

Si après la guérison de la fièvre intermittente, l'état cachectique persiste, nous aviserons aux moyens propres à combattre soit l'état chlorotique, soit l'aménorrhée ; affections qui ne sont, quant à présent, bien démontrées ni l'une ni l'autre, à cause de l'existence simultanée de la fièvre intermittente.

Jusqu'à quel point l'aposthème du ligament large a-t-il contribué à la suppression des règles ? L'expérience vous prouvera que ni les abcès du bassin, ni la suppuration même d'un ovaire ne suffisent pas pour arrêter les règles ; il n'en est plus de même lorsque l'inflammation qui accompagne ces états, a pu nécessiter l'emploi des évacuations sanguines. Alors, en effet, par suite de saignées spoliatives, les conditions de la chlorose, non-seulement peuvent prendre naissance, mais la masse du sang étant trop diminuée, l'urgence n'existe plus pour que l'acte menstruel s'accomplisse. Il est possible, d'ailleurs, que des circonstances analogues aient amené l'état cachectique qui existe ; ce que nous ne croyons pas cependant, c'est que l'aménorrhée soit occasionnée par une phlegmasie viscérale du bassin.

De la saignée dans la grossesse.

Une femme, enceinte de quatre mois, a été admise dans le service, par suite de douleurs vives qu'elle ressentait depuis quelques jours, soit dans les lombes, dans le bassin et pendant l'expulsion des urines ; celle-ci surtout était accompagnée de ténesmes qui fatiguaient beaucoup cette femme. Je veux appeler sur elle votre attention ; car les phénomènes qu'elle vous présente se rencontrent chez le plus grand nombre des femmes enceintes, entrées à la même époque de la grossesse.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler ici quels sont les phénomènes sympathiques qui s'observent généralement chez les femmes dans les trois premiers mois de la gestation. Je me contenterai de vous dire que quelques fem-

---

tal des Bourgeois ; l'Insel, ou l'Infirmerie de l'île ; la Maison des Aliénés, l'Hôpital des Enfans et celui des Vénériens.

L'Hôpital des Bourgeois est moins un hôpital qu'un hôtel, malgré la sentence *Christo pauperibus*, qui surmonte la grille de l'entrée principale. C'est un établissement magnifique, dans lequel sont reçus les habitans du canton ou les étrangers ; établissement qui les nourrit, les héberge et les soigne quand ils sont malades, moyennant une rétribution et quelquefois gratuitement. Le monument de date récente est le plus vaste et le plus beau de la ville. Il est isolé et forme un quarré composé de trois étages, autour duquel, intérieurement, règnent des galeries couvertes. Les conditions hygiéniques, qui en font un modèle sous ce rapport, sont l'excellente distribution des salles, l'excessive propreté et l'avantage immense d'être exposé toute l'année aux rayons du soleil ; avantage dont la construction de la ville de Berne ne permet pas de jouir partout ; aussi les malades et les convalescens se trouvent-ils très bien du séjour dans ce lieu.

L'Hôpital de l'île mérite mieux ce nom que le précédent ; il sert de résidence aux cliniques ; il est le seul qui possède un service médical complet et régulier, en même temps qu'il est le seul qui soit fréquenté par les étudians. C'est également un bâtiment moderne, isolé et construit pour pour la destination à laquelle il est affecté. Il occupe la base d'un petit monticule au sud de la ville ; il se compose de deux pavillons et d'un corps de logis en renfoncement, le tout d'une longueur de 185 pas. La façade extérieure, qui occupe toute une rue, est percée de 23 fenêtres ; la façade opposée en a autant. Du haut des terrasses dont elle est environnée, on jouit de la vue des Alpes, de la distraction qu'elles apportent, ainsi que d'un air extraordinairement pur. Ce dernier avantage fait compensation à l'inconvénient que présente la façade principale de rester toute l'année dans l'ombre. Il contient environ 500 lits répartis dans les deux étages. Ces lits de bois, lourds et malpropres, contrastent singulièrement avec le linge blanc et recherché dont ils sont garnis, avec les salles claires, aérées et élégantes dans lesquelles ils sont placés.

Je ne dirai rien des autres hôpitaux, que des circonstances imprévues m'empêchèrent d'aller visiter.

Il existe un Jardin-des-Plantes, un musée zoologique des plus riches, et un théâtre anatomique. Ce dernier est moins remarquable que celui de Zurich sous beaucoup de points, mais il lui est supérieur sous quelques autres. C'est ainsi qu'il renferme une collection très curieuse et très complète de crânes de jeunes sujets, d'adultes et de vieillards des deux sexes ; un très grand nombre d'embryons et de fœtus contenus dans de l'alcool, et disposés de telle façon qu'on peut étudier très bien le germe dans son évolution graduelle et successive, à partir du moment où ses diverses phases sont appréciables à l'œil jusqu'à l'époque où, son développement étant terminé, il arrive qu'il tend à sortir du sein de sa mère. On y voit aussi plusieurs belles pièces pathologiques : entr'autres, le cœur hypertrophié d'un militaire, qui, tout desséché qu'il est, pèse encore environ douze livres.

Il existe aussi à Berne une société de médecine, qui s'assemble chaque mois pour discuter des questions d'art, de salubrité et d'hygiène publique, ainsi que des cabinets et des musées scientifiques, possessions particulières qu'envierait plus d'une grande ville de l'Europe.

Je crois devoir mentionner un usage de ce canton qui influe d'une manière puissante sur la santé et la constitution de ses habitans : je veux parler des luttes corporelles et des exercices gymnastiques. Ces jeux salutaires occupent non-seulement les loisirs des bergers et des gens du peuple, mais ils servent encore d'occupation à la jeunesse patricienne, et de délassement à tous les citoyens. Peut être faut-il leur attribuer l'extrême rareté des affections calculeuses et goutteuses, rareté qui s'observe plus particulièrement dans ce canton. Durant toute l'année, les paysans s'assemblent dans un pré ou dans tout autre lieu propice, pour essayer leurs forces et mesurer leur adresse.

Puis quand vient le lundi de Pâques, jour des grands jeux gymnastiques, ils se réunissent sur les remparts de Berne devant un nombreux concours de curieux, et de juges qui leur décernent des récompenses, et distribuent des éloges. Les lutteurs les plus habiles, et cela en quelque sorte héréditairement ou par tradition, sont fournis par la vallée de Hasli et le village de Brienz.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

mes les conservent pendant plus long-temps, et même parfois jusqu'au terme de la grossesse. Toutefois, je le répète, d'ordinaire ils cessent au troisième mois. Plus tard, lorsque l'utérus, par suite de son développement, atteint, atteint la marge du bassin et s'incline en avant, on voit apparaître des douleurs de reins, d'autres dans le bassin même, et l'émission des urines devient elle-même douloureuse et accompagnée de ténesmes. On a attribué ces accidens à la compression exercée par l'utérus sur la vessie, ce qui n'est peut être pas rigoureusement démontré. Quoi qu'il en soit, une remarque bien plus importante, c'est que c'est à la même époque de la grossesse que s'effectue le plus grand nombre d'avortemens, et qu'il paraît alors s'effectuer un travail qui tend à décoller le placenta.

C'est donc cette issue qu'il faut craindre alors, et s'attacher à l'éloigner autant que possible. Dans ce but, dès que les douleurs de reins apparaissent accompagnées de douleurs semblables dans le bassin, de l'émission douloureuse des urines et de tenesmes vésicaux, il faut ordonner aux femmes la position horizontale et l'éloignement de tout travail pénible. Ces moyens suffisent d'ordinaire pour faire cesser la pression que le globe utérin exerce sur la vessie, et facilite en outre le libre cours du sang. Si le repos horizontal ne suffisait pas, il faudrait alors employer les émissions sanguines générales, si les conditions du sujet ne s'y opposaient pas. C'est de là, du reste, qu'a pris naissance la pratique vulgaire de saigner à cette époque de la grossesse. Cela ne doit assurément pas constituer une indication invariable pour le médecin, qui doit toujours attendre l'apparition des phénomènes que notre malade a présentés avant de s'y décider. Alors la médication devient indispensable, et s'y soustraire serait s'exposer à voir la grossesse interrompue. Il est bon de faire observer cependant que chez notre malade la position horizontale a suffi à elle seule, quant à présent, au moins, ce qui démontre encore qu'il ne faut néanmoins pas trop se hâter d'agir.

K...

Pathologie générale. — Cours de M. Andral.

(Suite du nº 33.)

§ 3. *Système nerveux.*

1° *Centres nerveux.* L'appareil nerveux central s'enflamme beaucoup plus rarement que ne le prétendent certains observateurs. Pour éclaircir cette question, il est bon d'étudier l'inflammation traumatique des centres nerveux, c'est-à-dire celle dont on peut le mieux constater l'existence et dont le mode de production est le plus facilement appréciable. Examinons donc quels désordres produit un corps étranger engagé dans l'encéphale. Les parties qui l'environnent sont le siége d'une injection sanguine manifeste; elles se ramollissent, et plus tard une véritable suppuration s'y développe. La coïncidence seule de ces trois circonstances permet d'affirmer qu'une inflammation s'est développée dans un point des centres nerveux. En effet, s'il n'existait que de l'injection, il y aurait témérité à proclamer que la partie a été enflammée; vous savez tous que le genre de mort, que la position donnée au cadavre influe singulièrement sur l'accumulation du sang dans certaines parties, et je dois encore vous prévenir contre une cause d'erreur dans l'examen de la pulpe nerveuse : elle consiste à comprimer cette pulpe avec une main, pendant qu'avec l'autre on la coupe par tranches; la compression fait affluer le sang à la surface coupée, et si on n'en était prévenu, on pourrait croire à une injection très prononcée.

Le ramollissement, s'il existe seul, ne prouve pas plus que l'injection l'existence d'une inflammation. Toutefois, il se rencontre constamment dans l'inflammation aiguë; il occupe le plus souvent les couches optiques et les corps striés; mais on le rencontre dans tous les autres points de l'encéphale. On doit distinguer une espèce particulière de ramollissement qui attaque la substance grise des circonvolutions, et qui est consécutif à la méningite.

Au sein d'une partie des centres nerveux ramollie par suite de l'inflammation, on peut trouver des épanchemens sanguins; d'autres fois, c'est du pus en nature qui est infiltré ou réuni en foyer. S'il est infiltré, on le sépare pour en démontrer plus facilement l'existence à l'aide d'un filet d'eau. La formation du pus, sa réunion en collection est quelquefois très lente; d'autres fois elle se fait avec une rapidité remarquable. Dans les centres nerveux comme ailleurs, un abcès formé s'entoure d'une membrane pyogénique. Parmi ces abcès, les uns sont spontanés, les autres sont dus à une cause traumatique; ces derniers sont de beaucoup les plus fréquens dans le cerveau. On rencontre des abcès qui, à proprement parler, ne sont ni traumatiques, ni spontanés. Ils dépendent de la carie du rocher; cet os malade irrite la dure-mère qui le recouvre; celle-ci suppure, se décolle, et transmet au cerveau par voie de continuité l'irritation dont elle est le siége.

Dans l'inflammation chronique des centres nerveux, la partie malade peut être ramollie, mais beaucoup plus souvent on la trouve indurée; elle est diversement colorée, quelquefois rouge, plus fréquemment d'une teinte brune foncée ou même noirâtre.

2° *Cordons nerveux.* Quand ils s'enflamment, l'injection a plutôt lieu dans le tissu cellulaire qui entre dans leur composition, que dans la fibrille nerveuse elle-même. Mais cette dernière se ramollit, devient friable. En même temps, des troubles de sécrétion se manifestent. Le nerf enflammé produit une sérosité trouble, ou même de véritable pus. L'inflammation des cordons nerveux a lieu surtout sous l'influence de causes traumatiques; rarement elle se développe d'une manière spontanée.

3° *Grand-sympathique.* Rien n'est moins certainement connu que l'inflammation de cette partie importante du système nerveux. On a bien voulu voir dans cette inflammation le caractère anatomique du choléra et de plusieurs autres maladies encore. Mais tout ce qu'on a dit à ce sujet repose sur des hypothèses. Les dissections de Delpech ne me paraissent pas plus concluantes. Je ne crois pas que M. le Dr Pascal ait démontré d'une manière convaincante que dans la colique de plomb le grand-sympathique est enflammé. A cet égard, il est bon de savoir que les ganglions du grand-sympathique varient très fréquemment dans leur couleur. Il est commun de les trouver, surtout le semi-lunaire, avec une coloration rouge assez prononcée. Fréquemment aussi ils sont injectés d'un liquide gélatineux qu'on pourrait prendre pour un produit phlegmasique; mais je ne puis reconnaître là les véritables caractères d'une inflammation.

En résumé, je crois que souvent on a constaté des congestions sanguines des ganglions sypathiques, mais jamais d'inflammation dont on puisse en toute certitude assurer l'existence.

A. le F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Concours de 1841.

La Société de médecine d'Anvers, dans sa séance du 28 septembre, a proposé la question suivante pour le concours de 1841:

« Donner une esquisse rapide de l'état de la médecine en Belgique, depuis le commencement du dix-neuvième siècle jusqu'à nos jours, afin de montrer les services que nos compatriotes ont rendus à l'avancement des sciences médicales. »

Une médaille d'or de la valeur de 300 fr. sera décernée à l'auteur de la meilleure réponse à cette question.

Les mémoires écrits lisiblement en flamand, français, allemand ou latin devront être remis (*franc de port*) avant le 1er janvier 1844, au Secrétariat de la Société.

Les auteurs seront tenus d'inscrire leurs noms, qualités et demeure, sur un billet cacheté, portant à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire.

Les manuscrits envoyés au concours deviennent la propriété de la Société; il est toutefois loisible aux concurrens d'en faire prendre copie.

Le secrétaire de la Société,
C. Broeckx.

La Société royale de médecine de Marseille propose pour le concours de 1840 la question suivante :

« Fixer la thérapeutique des maladies des veines. »

En mettant au concours une question qui depuis quelques années attire l'attention des praticiens, la Société royale de médecine de Marseille désire que MM. les concurrens :

1° Déterminent autant que possible le traitement à opposer aux diverses maladies des veines partout où elles sont accessibles à nos moyens thérapeutiques;

2° Qu'ils éclairent ce traitement par la connaissance des divers états pathologiques du système veineux;

3° Enfin, qu'ils indiquent les affections consécutives aux maladies des veines et les moyens de les prévenir.

L'auteur du meilleur mémoire recevra une médaille d'or du prix de 300 francs.

Les mémoires devront être adressés francs de port à M. Chargé, secrétaire général, avant le 1er septembre 1841.

Nous avons déjà parlé avec avantage des produits de M. LEPERDRIEL, Pharmacien à Paris; nous les recommandons de nouveau d'une manière toute spéciale aux médecins et aux malades. (*Voir* les numéros des 18 et 26 décembre 1838.)

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 31 MARS 1840. (13e ANNÉE.) N° 39, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger. 1 an, 45 f.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Phymosis; ses variétés; opérations.

Par l'effet d'un hasard vraiment extraordinaire, trois malades couchés aux n. 2, 8 et 46 de la salle Sainte Vierge viennent à la fois offrir à l'observation chacun un cas de phimosis, qui ensemble laissent à examiner du même coup trois des principales variétés de cette affection, soit uniquement sous le point de vue des accidens constitutifs de la maladie elle-même, soit de plus sous celui des complications qu'elle entraîne. Cette circonstance a donc engagé M. Velpeau à présenter sur ce sujet quelques considérations générales qui, ici comme à la clinique, nous paraissent d'autant plus intéressantes à être recueillies, que le genre d'affection dont il s'agit a été assez peu étudié, peut-être parce qu'il est commun et regardé comme peu grave.

On distingue d'abord le *phymosis naturel* ou *congénial* qui, à vrai dire, est moins une maladie qu'un simple vice de conformation, quand il n'est constitué que par un rétrécissement du prépuce, qui ne fait qu'empêcher de découvrir le gland. S'il n'en résulte en effet d'autre incommodité, ordinairement cet état reste assez long-temps inaperçu ou négligé, et pour demander qu'on y remédie, tel individu arrivera jusqu'à l'âge de la puberté, tel autre attendra davantage encore, suivant l'époque où l'envie et le besoin des rapports sexuels feront mieux sentir cet inconvénient. Mais le plus souvent d'ici là divers accidens surviennent qui obligent d'y porter attention ; ainsi, l'émission des urines est gênée, et même sans cela il peut se faire que quelques gouttes s'infiltrent entre le prépuce et le gland, soient retenues au fond de ce sac, où elles amènent de l'inflammation, des abcès, des chaudepisses bâtardes, etc., si d'ailleurs, par la concrétion des sels qui s'y amassent, il ne s'y forme pas de calculs soit multiples, soit d'un seul morceau, se moulant alors sur le gland, comme M. Velpeau en a vu un pesant environ 130 grammes (de 4 à 5 onces) et présentant une rigole en avant pour le jet de l'urine.

Vient ensuite le *phymosis inflammatoire* ou *des adultes* qui, comme on le voit, peut être la conséquence du phymosis congénial tout aussi bien que le résultat d'une maladie récemment contractée ; mais il est remarquable que l'inflammation se montre consécutivement au phimosis congénial avec d'autant plus de fréquence et de facilité que les tissus sont préalablement épaissis.

Chez les adultes qui ont le prépuce très long sans qu'il soit resserré, il peut se faire que la stagnation de matières âcres, provenant de la décomposition des urines, y amène l'inflammation, et par suite occasionne un phymosis; mais le phymosis inflammatoire que l'on peut appeler accidentel par excellence, c'est celui qui est amené par les ravages d'un ou plusieurs chancres intéressant toute l'épaisseur du prépuce ou à peu près. Celui-ci expose à des inconvéniens très graves qui n'ont guère été signalés et dont va offrir l'exemple un des malades que nous examinerons. C'est ainsi que quand l'inflammation a altéré tous les tissus, quand un ulcère profond s'est propagée au loin, on peut voir la gangrène survenir rapidement ; une suppuration abondante entoure le point mortifié, qui bientôt se détache, et comme cela arrive le plus souvent à la partie supérieure du prépuce, celui-ci se perce et laisse passer le gland au travers de la solution de continuité qui fait entièrement tomber le prépuce en-dessous, de manière à laisser le gland complètement découvert. Quand la plaque gangréneuse est ainsi détachée, le plus ordinairement les symptômes généraux cessent, la fièvre diminue, la phlogose perd de son intensité, et la cicatrisation ne semble ni difficile ni longue à obtenir.

Cette fâcheuse terminaison, qui est singulièrement favorisée par la présence d'un ulcère vénérien, peut tout aussi bien survenir sans l'existence de cette cause spéciale ; car on conçoit qu'elle doive également être le résultat de toute autre inflammation active d'un érysipèle gangréneux, d'un phlegmon diffus, etc.

Enfin, un autre genre de phymosis n'a pas été classé dans les traités, suivant M. Velpeau, qui a proposé de le nommer *phymosis éléphantiaque*, *ligneux* ou *des vieillards*; il est assez rare, dit M. Velpeau. M. Kerst, en Hollande, M. Liston, en Anglerre, en ont vu chacun exemple; M. Voisin, de Limoges, en a cité deux cas dans la Gazette médicale, et peut-être M. Roux en a-t-il rapporté aussi une observation.

Cette espèce de phymosis, qui est le résultat de quelque phlegmasie chronique, est le plus souvent occasionnée par la malpropreté habituelle des parties, qui y amène d'abord un état œdémateux ; puis l'endurcissement vient avec l'irritation, lui succède et s'exagère au point qu'il reste autour du gland comme une coque solide et dure laissant à peine une petite perforation pour le passage de l'urine.

Voilà en quelques mots les principales variétés de phymosis ; parlons aussi rapidement des diverses opérations qui ont été faites pour y remédier.

On sait que de toute antiquité les peuples d'Orient pratiquaient l'excision d'une partie du prépuce ; ils le faisaient, non sous le point de vue chirurgical, mais par un principe religieux ayant bien pu naître d'un précepe d'hygiène dans l'esprit de quelques législateurs qui, pour mieux intéresser les hommes à la conservation de leur santé, auraient converti en loi divine la recommandation d'employer un moyen propre à prévenir les divers accidens auxquels, dans ces contrées, un prépuce long et mal soigné exposerait davantage.

Dans nos pays, et de notre temps même, cette idée est venue à l'esprit d'un médecin anglais, M. Brown, qui en a vainement proposé l'exécution ; la mise en pratique n'a souri à personne. Cependant si l'opération de la circoncision n'est plus pratiquée pour prévenir le phymosis, on y a eu quelquefois recours, et à une époque encore peu éloignée, pour y porter remède ; mais on a dû y renoncer à cause d'inconvéniens qui en résultaient, comme, par exemple, la sensibilité du gland émoussé quand il restait trop découvert, etc., etc. Comme cette méthode est généralement abandonnée, nous ne nous y arrêterons pas davantage.

Le procédé le plus usité pour faire l'opération du phymosis consiste à fendre le prépuce sur la ligne médiane de la région dorsale ou urétrale de la verge, dans le sens de sa longueur, une sonde cannelée étant introduite entre le gland et le prépuce, l'incision doit être faite d'un seul coup, en ramenant un bistouri d'arrière en avant et de dedans en dehors, pour séparer à la fois la muqueuse et la peau qu'on a tâché préalablement de maintenir sur un plan parallèle, ce qui n'est pas toujours aisé ; on y parvient peut-être plus facilement, suivant l'avis de MM. Heurtaut et Tavernier, en retirant en arrière les tégumens jusqu'à ce que la partie rosée du prépuce qui marque la limite entre la peau et la muqueuse se laisse voir ; on maintient ainsi ces parties légèrement tendues l'une sur l'autre pendant l'introduction de la sonde et l'action de l'instrument tranchant.

Alors les tissus sont renversés, et l'on a un large prépuce.

Nous venons de dire que l'incision doit être faite en dessus ou en dessous de la verge; bien qu'il n'y ait pas de règle précise à cet égard, il n'est cependant pas indifférent de choisir un côté plutôt que l'autre; il faut calculer les avantages et les inconvéniens qui s'y trouvent.

Or, sur le dos de la verge, on a, pour premier et principal désavantage, une plaie longue, dont les bords, en oreilles, forment deux bourrelets d'une cicatrisation difficile, qui s'épaississent, se durcissent, et offrent une difformité désagréable et gênante, surtout dans les rapports sexuels

Ce procédé était cependant le plus généralement suivi, quand M. J. Cloquet proposa d'y substituer l'incision en dessous, qu'il fit revivre ; car sans diminuer en rien le mérite qu'il y a toujours à faire valoir des avantages oubliés ou méconnus, il est vrai de dire que ce procédé opératoire était mis en pratique du temps de Celse, et que Guillemot, élève de Paré, n'a pas omis d'en parler dans ses écrits.

De cette manière, en effet, la plaie est moins étendue, se guérit beaucoup plus rapidement et laisse peu de difformité; il y a aussi moins de vaisseaux à léser qu'en dessus; mais une autre difficulté se présente : la section du frein. On essaie de la faire avant si c'est possible; sinon l'incision du prépuce étant pratiquée comme sur la région dorsale, on revient à la section du frein, qui est alors toute simple et commode.

Quel que soit l'endroit choisi pour rompre le resserrement du prépuce, il y a encore en différentes manières d'y procéder : ainsi M. Ricord, il y a quelques années, employait à la fois trois paires de pinces avec lesquelles il distendait le prépuce, en introduisant une de leurs branches sur trois points opposés qu'il éloignait, l'un de l'autre en produisant un écartement semblable à trois cordes tirées dans un cercle, et sur l'une desquelles, entre deux des pinces, il opérait la section d'un seul coup de ciseaux. Il est permis de croire que ce phymosis ne peut être à un degré de resserrement bien intense, qui permet d'introduire ainsi trois paires de pince et une paire de ciseaux, et nous pensons que cette manœuvre, si elle n'est pas abandonnée, n'est pas praticable en bien des cas.

Un chirurgien de Paris, avec des ciseaux courbes, enlève une portion semi-lunaire de la partie antérieure du prépuce ; cette manière ne présente aucun avantage, dit M. Velpeau, et quand on veut faire autrement que les autres, il faudrait que les modifications apportassent quelque chose de mieux.

Un autre fait en dessous une double incision en forme de V qui comprend le frein et l'emporte. Cette méthode pourrait être bonne pour l'opération du phymosis *ligneux*, en y adjoignant la compression consécutive, au lieu d'enlever tout le prépuce, comme le conseille M. Kerst. On pourrait peut-être encore l'employer contre le phymosis *congénial*; dans le cas où le prépuce étant très long, il est convenable d'en diminuer l'étendue ; mais elle ne doit pas être avantageuse dans le phymosis *inflammatoire*, ou des adultes.

M. Bégin propose de n'inciser que la membrane interne du prépuce ; mais il indique une manœuvre opératoire que nous n'avons pas saisie.

En résumé, comme on le voit, pour cette opération, beaucoup de procédés sont entièrement facultatifs ; l'espèce de phymosis ou ses complications doivent indiquer celui à prendre, mais empêchant que rien soit fixé à cet égard, notamment pour le lieu de l'incision, le point le plus important. Quand, par exemple, il s'agit de concrétions calculeuses qui peuvent se développer plutôt d'un côté que de l'autre, il est évident que l'endroit à inciser doit varier en conséquence ; il est encore bon de remarquer que dans le phymosis inflammatoire, le bistouri ne doit passer à travers les tissus affectés de chancres et d'ulcères.

Cependant, bien qu'aucune règle ne soit exclusivement applicable, on peut néanmoins poser en principe général que l'incision doit être faite dans l'endroit où l'incision doit être moins longue, où la cicatrice doit être moins difforme et moins gênante ; or, dans ce sens, s'il n'existe aucune circonstance ni indication spéciales, la portion urétrale du prépuce sera en quelque sorte le lieu à choisir pour mieux réussir dans la majorité des cas.

Il est bien clair que si le gland a traversé quelque point gangréné du prépuce et s'en est séparé, comme nous l'avons enseigné plus haut, il ne s'agit plus alors d'une simple incision, comme pour l'opération du phymosis, mais bien de l'ablation complète de cette partie des tégumens.

— C'est précisément le cas où se trouvait l'un de nos trois malades ; car nous arrivons à en parler.

Celui-ci, couché au n° 46, avait contracté, vers le commencement du mois, une maladie vénérienne caractérisée par l'apparition de plusieurs chancres à la partie interne et surtout inférieure du prépuce ; un gonflement inflammatoire intense survint de plus, et ne tarda pas à amener la mortification d'un point assez étendu à la partie supérieure du prépuce, pour que le gland passât bientôt au travers, la plaque gangréneuse s'étant rapidement formée et détachée.

Quand le malade entra dans les salles, le gland était tout-à-fait découvert jusqu'à sa base en dessus ; aux deux côtés et inférieurement le prépuce était encore adhérent comme à l'état normal, mais son extrémité libre, tombée en dessous et recoquillée sur elle-même, formait un petit paquet qui affectait presque la forme d'un autre gland. Les points ulcérés étaient encore en plein état de suppuration à l'intérieur de ce lambeau de chair, mais les bords de la perforation supérieure marchaient déjà vers une cicatrisation qui semblait prompte à venir, malgré le peu de temps que tous ces accidens avaient mis à paraître et à devenir complets. L'indication était formelle et le procédé tout simple à remplir. D'un coup de bistouri, M. Velpeau a enlevé tout le prépuce, et, après quelques jours d'un pansement ordinaire avec cérat et charpie, le malade est sorti sans autre inconvénient que d'avoir le gland totalement découvert. Comme nous l'avions indiqué précédemment, toute trace de phlogose avait disparu aussitôt après la chute de l'eschare gangréneuse, ce qui avait facilité l'exécution instantanée de l'opération et rendu la cicatrisation de la plaie si prompte.

Le second malade, couché au n° 8, avait tout simplement un phymosis naturel ou congénial, qu'il portait depuis dix-neuf ans ; il a été opéré par l'incision du prépuce en dessous, et huit jours ont suffi pour que la plaie fût entièrement cicatrisée et sans difformité sensible, soit qu'il laisse son gland découvert, soit qu'il attire au-delà la portion intacte de tégument qui est dessus. Quelques points de suture, qui auraient réuni les bords de la solution de continuité immédiatement après l'opération, auraient pu hâter la guérison, mais n'auraient certainement pas donné un meilleur résultat pour la terminaison.

Mais le cas le plus intéressant est celui du malade couché au n° 2, ouvrier maçon, âgé de vingt-cinq ans et affecté d'un phymosis congénial dont l'existence ne lui a, à ce qu'il paraît, jamais causé d'autre inconvénient que celui de rendre l'émission des urines de plus en plus difficile, au point qu'elles ont fini par ne plus sortir que par jet et s'arrêter même souvent. De plus, depuis une époque qu'il ne peut préciser, le bout de la verge est devenu plus gros, douloureux ; ces accidens ont augmenté d'intensité en même temps qu'une vive inflammation s'est emparée dernièrement de toute cette partie des organes génitaux ; ce qui l'a décidé, cette fois, à implorer quelques secours.

A son entrée dans les salles, voici quel était son état : Le pénis, long d'environ 12 centimètres (4 à 5 pouces), présentait, dans les quatre cinquièmes antérieurs de cette étendue un gonflement considérable qui dépendait autant de l'inflammation et de l'épaississement des parties char-

nues que d'un amas de concrétions calculeuses qu'elles recouvraient évidemment, car sous le doigt on sentait et on entendait très distinctement le froissement de plusieurs pierres l'une contre l'autre, mais on ne pouvait savoir si c'était la réunion de calculs multiples formés isolément, ou si c'étaient les fragmens d'un seul qui aurait été brisé sous la pression.

La phlogose de ces parties, et par suite le resserrement du prépuce, étaient tels qu'à l'extrémité il n'y avait, pour l'émission des urines, qu'un pertuis du 2 millimètres environ d'ouverture. On conçoit alors comment une grande partie de ce liquide restait continuellement dans le sac; et, par la stagnation des matières qu'il contenait, ou qui provenaient de sa décomposition, combien étaient favorisées l'inflammation des tissus et l'agglomération des concrétions calculeuses dont l'intérieur du prépuce était rempli.

Il n'y avait rien autre chose à faire que de pratiquer l'opération toute simple du phymosis naturel; d'abord pour débrider et agrandir le prépuce et pour extraire ensuite les calculs qu'il renfermait. L'incision ayant été faite en dessous, on reçut dans un bassin, on peut le dire sans hyperbole, une grêle de pierres; il en sortit, en effet, trente-sept calculs de grosseur différente, et variant depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'une lentille. Leur poids total était de 13 grammes; le plus gros pesait à lui seul 5 grammes. Tous ces calculs s'étaient formés bien isolément l'un de l'autre; car aucun d'eux ne présentait si rugosités, ni surfaces irrégulières; ils étaient, pour la plupart, arrondis et plus ou moins aplatis. Voici leur composition chimique: les deux ou trois plus gros avaient au centre du phosphate de chaux; quelques-uns avaient une écorce mince formée presqu'uniquement de phosphate ammoniaco-magnésien. On peut remarquer que c'est, du reste, la composition assez ordinaire des calculs qui se développent dans cette partie.

Le malade va bien; la cicatrisation de la plaie se fait très convenablement, et tout porte à penser qu'il sortira bientôt guéri de tous ces accidens sans plus d'embarras ni de difformité que s'il se fût agi du phimosis le plus simple, comme au n° 8.

— Nous reparlerons, dans quelques jours, de nos derniers opérés. L...., E.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Ricord.

Leçons sur les maladies vénériennes.

(Troisième article.)

Conditions de transmission du virus. Le principe vénérien est identique, avons-nous dit, mais il importe qu'il trouve certaines conditions d'action pour agir. Boisseau s'est encore efforcé de soutenir l'opinion contraire: « Il ne connaît pas, dit-il, de cause spécifique qui ait besoin de conditions pour agir. » Est-il nécessaire de relever un semblable argument.

Quelques pathologistes ont pensé que le virus pouvait avoir des degrés d'intensité différens. Cette opinion est erronée: la cause spécifique ne peut être ni plus ni moins intense, elle est une; le véhicule qui la transmet peut seul varier. Et si dans quelques circonstances l'aspect, la forme, l'étendue des pustules d'inoculation ont pu varier, et donner ainsi lieu aux idées que nous combattons, il faut attribuer ces différences à des causes nombreuses, diverses, tout-à-fait autres que le degré d'énergie de la cause virulente. Ainsi toutes les fois que le pus virulent n'est pas mélangé à des substances capables de le neutraliser, quelles que soient les proportions du mélange, il conserve toutes ses propriétés. Hunter avait déjà signalé cette vérité: « L'expérience nous apprend, dit-il, que le pus vénérien ne présente pas des espèces diverses, et qu'aucune différence ne peut être produite dans la manifestation de la maladie par une différence de force dans la matière purulente; mais le même pus affecte très différemment des personnes différentes, et les symptômes divers qu'on observe chez les divers individus dépendent de la constitution et de l'état général de l'économie au moment de l'infection. »

On a dit que ce pus pour agir devait avoir été fourni plus ou moins médiatement par les organes génitaux. Cullerier l'ancien pensait qu'il devait être doué d'un degré de chaleur, d'une espèce de vie, qui conserve au virus la force de s'attacher au nouveau corps auquel il a été transmis.

Il ne faut rien de tout cela; la production récente, la chaleur ne sont pas nécessaires. J'ai pris du pus de chancres et du pus de pustules d'inoculation; ce pus a été conservé pendant sept jours dans des tubes semblables à ceux dans lesquels on conserve le vaccin, et l'inoculation s'est faite comme avec du pus récent. J'ai conservé de la même manière, et comparativement, du muco pus blennorrhagique, du pus phlegmoneux, du pus d'ulcères simples, de bubons non virulens, et les résultats de l'inoculation ont été négatifs. Ce qui a pu être noté, sans cependant le donner comme signe constant, c'est que le pus inoculable a toujours conservé plus de fluidité que celui qui n'était pas virulent.

Que sont devenus maintenant l'organisme des organes génitaux, les sympathies, etc.? Le pus pris avec la pointe d'une lancette froide sur un chancre du synciput, et inoculé sur la cuisse, donne naissance à la pustule et au chancre. Faites, après cela, des théories sentimentales!

Causes adjuvantes. Y a-t-il des tissus privilégiés réfractaires à l'action de la cause virulente, et d'autres de toute nécessité accessibles à cette action? C'est une question toute pratique, et, pour y répondre d'une manière absolue, il faudrait avoir expérimenté sur tous les points de la surface du corps. Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que tous les points accessibles des muqueuses peuvent être affectés; nous avons vu des chancres sur toutes ces membranes, nous en avons également trouvé sur toutes les parties de la peau. Que devient, après ces faits, le domaine des organes génitaux? Mais aussi l'état des surfaces, leur intégrité rendent l'individu plus ou moins apte à la contagion. Que la peau soit intègre, qu'il en soit de même d'une membrane muqueuse, qu'elle soit en plus garantie par la matière de sa sécrétion, le virus, quelque bien appliqué qu'il soit sur ces parties, n'aura pas d'action. Qu'au lieu de cela, il puisse pénétrer dans un follicule béant, dans une érosion, une éraillure, conséquence de la destruction de l'épiderme ou de l'épithélium, son action sera prompte et efficace. Mais il peut se faire aussi que la matière virulente déposée sur une surface muqueuse, sur un follicule, vienne à irriter ces parties, les corroder; après cela, son action peut encore être plus intense, et l'infection avoir lieu. Ce sont là des faits d'observation journalière: c'est ainsi que l'on peut expliquer comment un individu atteint d'un chancre donne une blennorrhagie simple; tandis que jamais une blennorrhagie non virulente n'a donné naissance à un chancre.

Il y a donc quelque chose de trop absolu dans cette idée de Hunter, que les surfaces sécrétantes fussent plutôt propres à la blennorrhagie, tandis que les surfaces non sécrétantes se prêtaient plutôt au développement du chancre.

Causes prédisposantes. Les âges ont-ils quelqu'influence sur l'action de la cause spécifique? Le contraire est prouvé. Seulement, si les maladies vénériennes sont plus fréquentes à certaines époques de la vie, cela tient, comme chacun le comprend, à ce que, dans quelques périodes de la vie, les individus sont exposés plus fréquemment à l'action du virus.

Sexe. Les très jeunes filles affectées sont plus nombreuses que les jeunes garçons; plus tard, le nombre d'hommes malades est bien plus élevé que celui des femmes; cela tient à beaucoup de causes, les hommes s'exposent plus à la contagion; une femme infectée peut transmettre la maladie à un grand nombre d'hommes, tandis que le contraire est fort rare; la disposition des organes génitaux de l'homme paraît aussi le prédisposer davantage, etc.

Tempéramens. De nos jours, l'influence des idiosyncrasies ne peut être admise dans cette circonstance; il faut expliquer ce qu'on en a dit par les conditions des tissus.

Professions. Une profession en elle-même, si ce n'est celle de fille publique, ne peut exposer à la contagion plus fréquemment que toute autre, si ce n'est dans les cas où elle expose à des rapports plus ou mois fréquens avec des individus malades; tel est le cas des médecins, accoucheurs, etc.

Climats. L'influence des climats sur la disposition à contracter la maladie, quoi qu'on en ait dit, est nulle. Si les étrangers dans toutes les contrés sont en général, souvent infectés et plus gravement, cela tient à des causes autres que celles de localité et nous n'avons pas besoin de les développer.

Habitude. Il est une espèce d'acclimatement fort singulière, l'habitude que des individus acquièrent par une longue liaison, de ne pas contracter des affections vénériennes dans des relations qui, au contraire, ont des conséquences opposées pour d'autres individus: ainsi des maris, des amans depuis long-temps habitués à une même femme ne contracteront pas de maladie, tandis qu'un nouveau venu ne jouira pas du même privilége. Cela est vrai pour la blennorrhagie simple; mais quand à la faculté de ne pas contracter le chancre, il n'y a de privilége pour personne.

Saisons. Ceux qui se sont occupés de statistique n'ont rien pu déterminer de positif à ce sujet. Nous pensons que les momens de fêtes, de grandes réunions, les plaisirs du carnaval, sont les causes principales qui font varier le nombre des malades à telle ou telle époque de l'année. Tous les praticiens ont pu surtout constater l'influence du carnaval. Parent-Duchâtelet, au contraire, paraît attribuer une action plus déterminée au mois de janvier sur le développement des affections vénériennes. Ce n'est pas à l'action du froid dans ce cas qu'il croit devoir attribuer l'augmentation du nombre des malades, mais bien à l'aisance momentanée dans laquelle se trouvent des classes inférieures et la jeune population. De tout temps, en effet, on a remarqué une plus grande quantité de malades aux époques de prospérité générale; les filles publiques sont presque délaissées, au contraire, en temps de calamité. Ainsi, pendant le choléra, l'épidémie sévit en avril, et l'on ne compta pendant ce mois qu'une fille infectée sur soixante-sept, tandis que dans les mois qui précédèrent et qui suivirent il y en eut une sur trente-six et sur trente-cinq.

Moyens de transport. Nous revenons un instant sur ce point que nous avons abordé dans un autre lieu en nous occupant des véhicules du virus. Comme on le sait, il ne faut ni chaleur, ni vitalité, ni organisme, pour que l'application de la cause spécifique soit suivie d'infection. Quelques histoires de syphilis transmises par les vêtemens pouvaient être vraies. Nous avons vu une fille qui porta pendant un jour le pantalon d'un individu qui avait des chancres sur le gland: la couture du pantalon était souillée par du pus desséché, elle porta entre les grandes lèvres, les excoria, et l'on vit se développer dans ce point plusieurs chancres inoculables. Cette femme n'avait aucun motif pour nier l'action de toute autre cause. Ces faits peuvent donner lieu à des questions médico-légales intéressantes et souvent difficiles à résoudre, et dans lesquelles il faut surtout bien établir ou envisager la valeur des faits. Des draps, des masques ou d'autres objets ont pu également servir de moyen de transmission. Voici un fait fort intéressant: une femme couchée aux Vénériens portait des chancres nombreux à la vulve: ces chancres étaient primitifs, à la période de progrès, et fournissaient une abondante suppuration, lorsqu'elle fut prise d'une douleur rhumatismal: à la malléole externe droite. On lui mit des sangsues. Quelques jours après, la malade d'abord soulagée se plaignit beaucoup de sa douleur, et fut examinée: on trouva des pustules aux quelles succédèrent bientôt des ulcérations ayant les caractères admis du véritable chancre. Le point où les sangsues avaient été appliquées, la distance du siége primitif des ulcères de la vulve, firent considérer ces ulcères comme une conséquence de l'infection générale. On appliqua des sangsues à l'autre jambe, et on en mit à la première, en ayant soin de garantir ces nouvelles piqûres et de les isoler d'un contact quelconque; et alors tandis que deux piqûres faites à la lancette, l'une avec du pus pris aux chancres de la vulve, l'autre aux piqûres de sangsues ulcérées, donnaient lieu à des chancres analogues à ceux qui avaient fourni le pus, les piqûres de sangsues garanties de souillures se cicatrisaient sans accident. Ce fait a trait d'ailleurs à un autre point de doctrine que nous aurons occasion d'examiner.

Des instrumens de chirurgie mal nettoyés, ayant servi à pratiquer l'inoculation, ou bien ayant été en contact, dans une trousse, avec des instrumens malpropres, servant journellement au pansement des ulcères vénériens, peuvent communiquer le chancre. Deux fois, à l'hôpital des Vénériens, des saignées faites dans des conditions semblables ont été suivies du développement de chancres. Un malade ayant des chancres au prépuce fut opéré du phimosis; quelques lits plus loin, le même instrument servit à pratiquer la même opération sur un jeune homme qui n'était pas atteint d'accidens vénériens, et toute la plaie prit l'apparence du chancre, et le pus fourni par elle donna naissance à la pustule ordinaire d'inoculation. Un autre malade fut opéré pour une nécrose du coronal; l'aspect de la plaie était des plus satisfaisans, lorsque, par l'application d'une compresse que l'on sut depuis avoir été souillée de pus virulent, toute sa surface se couvrit d'un chancre phagédénique; le pus donna lieu à la pustule, tandis que le même essai, pratiqué avant l'inoculation accidentelle, n'avait été suivi d'aucun symptôme.

Les alimens peuvent-ils servir de moyen de transport au virus? Aucun fait ne le prouve: jamais, par exemple, l'allaitement n'a été pour l'enfant ou pour la nourrice une occasion de contracter la syphilis, à moins que l'un des deux n'ait été atteint de l'ulcération spécifique. Quant à l'ingestion dans l'estomac du pus vénérien, les faits rapportés par Hunter prouvent qu'il n'affecte ni le viscère, ni la constitution, mais est digéré, ainsi qu'on le voit évidemment dans les faits suivans.

« Un homme atteint de chancres qui suppuraient abondamment avait l'habitude de se laver les parties malades dans une tasse à thé, avec du lait dont il imbibait un peu de charpie, et il laissait ordinairement la charpie avec le lait dans la tasse. Un petit garçon de la maison déroba le lait et le but, mais on ne put savoir si la charpie avait été avalée ou non. Le malade ne fit connaître ce qu'il en était ni à l'enfant ni à sa famille, mais à l'insu de celle-ci il surveilla très attentivement la santé de cet enfant pendant plusieurs années. Il ne survint rien qui pût donner le moindre soupçon qu'il eût été affecté de syphilis, soit localement dans l'estomac, soit constitutionnellement.

» Un autre malade était atteint d'une violente gonorrhée, remarquable surtout par l'intensité de l'inflammation et l'abondance de l'écoulement. Il avait aussi une cordée, qui était très pénible pendant la nuit. Afin de rafraîchir les parties et de les tenir propres, il avait auprès de son lit un petit bassin rempli de lait dans lequel, lorsque la cordée était trop douloureuse, il plongeait sa verge et la lavait. Il répétait fréquemment cette opération pendant la nuit. Pendant qu'il était affecté de cette maladie, il laissa coucher avec lui une jeune femme qui était accoutumée à avoir auprès de son lit un bol de thé, qu'elle buvait le matin avant de se lever; malheureusement elle se trompa un matin, et avala le lait au lieu de thé. Cet événement ne fut connu que lorsqu'elle se leva, c'est-à-dire, au bout de cinq ou six heures. On m'envoya chercher immédiatement, et en même temps elle s'efforça de vomir, mais sans pouvoir le faire. Je prescrivis de l'ipécacuanha, qui opéra lentement. Elle vomit, mais ce ne fut que plus de huit heures après avoir bu le lait, et elle ne rendit rien autre chose que de l'écume, des mucosités et de l'eau; le lait avait été digéré. Je surveillai attentivement les suites de cette méprise; mais il ne survint rien d'extraordinaire, au moins pendant plusieurs mois. »

A côté de ces faits on a recueilli sans commentaire, il y a quelques années, l'histoire suivante, racontée par M. Taxant, dans les Archives.

Un homme voulant se venger de sa femme infidèle, et punir à-la-fois elle et son amant, va contracter une blennorrhagie; ne pouvant réussir à avoir de nouveaux rapports avec sa femme, il s'imagina de lui communiquer la maladie en lui faisant prendre du lait dans lequel il ajoutait chaque matin du muco-pus blennorrhagique. Quelque temps après la femme et l'amant furent pris de blennorrhagie. Et l'on accepte ces faits sans discuter s'il n'y avait pas eu pour le virus une voie plus simple, plus directe, entre la femme et l'amant et réciproquement.

L'attouchement des parties infectées ne donne pas la sy-

philis ; la peau est trop serrée, l'épiderme est trop épais, pour que le virus puisse l'altérer; il n'en serait pas de même s'il y avait de petits ulcères, une simple excoriation, un arrachement de l'épiderme.

Des médecins, des accoucheurs surtout, des sages-femmes en constatant la grossesse et en facilitant le travail de l'enfantement ont pris la maladie dont les femmes étaient atteintes, par de légères excoriations, résultat de l'arrachement de ces petits prolongemens épidermiques situés près des ongles et qu'on appelle *envies ;* il n'en est pas de même dans d'autres régions.

Un médecin avait une blennorrhagie intense, il se pansait lui-même, il contracta un panaris dont l'origine était facile à suivre ; du même côté il eut un bubon à l'aisselle. M. Jourdan qui rapporte ce fait, aime mieux méconnaître cette succession toute rationnelle, toute régulière, et explique le développement du bubon axillaire par le contact d'une espèce *d'aura* blennorrhagique.

Tels sont les faits simples, explicables toujours de la même manière, faciles à reproduire, susceptibles d'une expérimentation positive que les médecins de l'école physiologique ont pour la plupart repoussés. Aujourd'hui, les mêmes hommes, dans une véritable réclame scientifique, viennent nous accuser de les avoir mal compris ou mal interprétés.

« Je leur ai fait nier la contagion syphilitique ; je leur ai fait admettre la spontanéité ; je leur ai fait repousser l'hérédité de la syphilis ! »

Voyons leur propre langage ; nous copions textuellement.

Au résumé :

« 1° Le virus n'existe pas.

» 2° Les maladies vénériennes primitives sont le produit de l'irritation causée en premier lieu sur les membranes vivantes par le pus qui est sécrété par la membrane muqueuse génitale enflammée ou ulcérée.

» 3° Les affections secondaires dépendent de la sympathie qui existe entre les parties de l'organisme, qui n'est la même ni chez tous les sujets, ni entre tous les organes, ni dans toutes les circonstances de la vie. Il n'y a jamais absorption de principes toxiques.

» 4° Aucune de ces maladies n'est héréditaire. »

(*Jourdan.* Traité des Maladies vénériennes, p. 430. 1826.)

Je vous le demande : Est-ce une conversion ? est-ce une apostasie ?

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

Nul ne peut élever des doutes sur la supériorité de la méthode opératoire qui consiste à attaquer au moyen de la potasse caustique le mal à sa racine ou matrice, dans le traitement de l'ongle incarné. L'expérience a, depuis quelques années, résolu cette question. Reste maintenant à savoir à qui doit revenir l'honneur de cette idée, si réellement honneur il y a.

M. le docteur Rousse a revendiqué la priorité en sa faveur, et il s'exprime en ces termes : « Que M. Gairal lise attentivement mes observations, et il verra que ce caustique (potasse) fait tomber l'ongle lorsqu'on l'applique seulement sur sa matrice, effet qu'il n'a jamais obtenu ni cherché à obtenir en agissant comme j'ai agi : c'est en cela que consiste mon procédé. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

Ce n'est qu'après avoir lu attentivement les intéressantes observations de notre honorable collègue, que j'ai eu l'honneur de vous adresser, M. le rédacteur, ma lettre du 15 janvier, dans laquelle j'exprimais le regret que M. Rousse n'eût pas eu l'occasion de lire le n° 4 du Bulletin clinique, année 1836, 1er août, dont j'extrais aujourd'hui l'article qui m'appartient, pour vous prier de l'insérer textuellement dans votre journal, seul moyen de décider la question.

De l'ongle incarné, et de son traitement au moyen d'un nouveau procédé opératoire ; par M. J.-V. GAIRAL, aide-major au 12e dragons.

L'onyxis, ou ongle incarné, a fixé l'attention des chirurgiens depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Tous ont dirigé leurs recherches vers la découverte d'un moyen à l'aide duquel l'on pût obtenir une guérison sûre, prompte et peu douloureuse. Dans ce but, les uns ont enlevé avec le bistouri la pulpe qui s'élevait au-dessus des bords de l'ongle et l'ont cautérisé ensuite ; d'autres ont employé en même temps et le caustique et la compression. Certains se sont bornés à couper l'ongle, et tandis que l'arrachement comptait quelques partisans, le soulèvement des bords et leur traction vers le centre à l'aide de divers moyens mécaniques, étaient mis en usage par plusieurs praticiens.

Parmi ceux qui ont eu recours à l'excision de la pulpe et à la cautérisation, l'on compte Albucasis, Paul d'Egine, Amb. Paré, MM. Brachet, Levrat-Perroton, Lisfranc, Bégin. Le caustique et la compression ont été mis en usage par Fabrice d'Aquapendente, Fabrice de Hilden, Dessault, Foyer, MM. Jules Cloquet, Marjolin, Blandin. Tous ces chirurgiens ont agi directement sur les parties molles. Quant à ceux qui ont préféré attaquer l'ongle, l'on compte MM. Guilmot et Sommé, qui se bornaient à couper souvent le bord incarné ; Dupuytren, Pelletan et M. Blaquier, qui en opéraient l'arrachement ; et MM. Lafaye et Vésigné, qui ont préféré éloigner de la pulpe les bords de l'ongle, soit en agissant sur son bord libre, soit en agissant sur les bords latéraux.

De toutes ces manières de faire dont M. Jardou a indiqué les avantages et les inconvéniens dans une thèse infiniment remarquable soutenue en avril dernier, celle par arrachement serait sans contredit la plus avantageuse, si elle était moins douloureuse. En effet Dupuytren et ceux qui faisaient comme lui attaquaient le mal à sa véritable source, en agissant directement sur l'ongle. Ils étaient pénétrés de l'action primitive exercée par les bords latéraux qui affectent une direction vicieuse et ordinairement perpendiculaire aux parties subjacentes, les incisent, les pénètrent, s'enfoncent dans leurs tissus et les traverseraient même jusqu'à la face plantaire, si les douleurs atroces et la difficulté de la progression ne forçaient le malade à réclamer les secours de l'art qui, pour l'ordinaire, ne le soulagent que momentanément ; ils savaient d'ailleurs que la saillie de la pulpe au-dessus du niveau de la face supérieure de l'ongle n'est que consécutive aux altérations signalées plus haut et dont le développement est favorisé par la résistancte du sol dans l'acte de la progression.

Interprétant ainsi le pourquoi Dupuytren a proposé l'arrachement, nous restons convaincu de la résidence dans l'ongle, de la cause déterminane de l'affection qui nous occupe ; et nous disons :

L'ongle affectant une direction vicieuse pour pénétrer dans les chairs, est, à proprement parler, ce que l'on doit entendre par ongle incarné. C'est donc à changer cette direction que doit tendre le traitement ; et tel est, en effet, le but que se sont proposé les chirurgiens qui ont agi directement sur lui ; mais ils n'ont pu que pallier le mal en ne l'attaquant pas à sa racine. Dupuytren l'avait bien senti ; il est fâcheux que sa méthode soit si douloureuse et si souvent suivie de récidive, parce qu'il n'est pas rare que quelque portion de la racine de l'ongle résiste à l'arrachement, ce qui suffit pour le reproduire, et, avec lui, l'infirmité.

Suivons l'idée du grand chirurgien, comme lui déracinons l'ongle, et tâchons d'obtenir une guérison complète (1) ; mais comment y parvenir sans beaucoup de temps, et sans déterminer de grandes douleurs ?

C'est ce que nous nous sommes proposé d'indiquer :

Le procédé dont nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de faire l'application, nous a constamment réussi ; nous le recommandons tant sous le rapport de la promptitude et de la facilité de son exécution, que parce qu'il ne nous a jamais offert de récidive : nous pourrions rapporter à ce sujet l'exemple d'un dragon opéré et pansé par nous en présence de M. Baffos, chirurgien-major. Au bout de quinze jours, le malade qui, avant l'opération, ne pouvait pas marcher, reprit son service qu'il a continué pendant fort long-temps, c'est-à-dire, jusqu'à l'époque où il a eu son congé, sans éprouver la moindre récidive.

Voici comment nous procédons :

Le malade étant couché sur le dos, la cuisse fléchie sur le bassin, et la jambe sur la cuisse, de manière que la plante du pied pose bien sur le lit, le chirurgien, avec le pouce et l'indicateur d'une main, saisit le gros orteil malade, et le tient solidement fixé, tandis que le bord cubital de la même main appuie fortement sur le coude-pied ; le médius et l'annulaire sur le côté externe des premières phalanges, et le petit doigt sur le côté externe de l'articulation métatarso-phalangienne ; ensuite, de l'autre main, tenant dans la première position un bistouri à lame droite et étroite, il l'enfonce perpendiculairement d'une ligne environ au milieu de la racine de l'ongle, à deux lignes à peu près au-dessus du bord libre de la peau, le mène en droite ligne vers le bord libre de l'ongle, dans une étendue d'un demi-pouce, et le dégage. Cette première incision établit une ligne de démarcation entre la portion de l'ongle qui doit rester et celle qui doit être enlevée. Pour détacher cette dernière, l'on pratique sur le milieu de sa racine une incision semblable et parallèle à la précédente ; et dans cette incision l'on introduit un très petit fragment de potasse caustique réduite en poudre, que l'on soutient avec un petit morceau de sparadrap, une compresse et une bande. Par l'effet du caustique, la racine de la portion incarnée de l'ongle se trouve détruite (2). Le lendemain, après avoir fendu l'eschare, le chirurgien le coupe avec les ciseaux, ainsi que la partie enfoncée dans la pulpe, et panse avec une petite compresse fenêtrée, enduite de cérat, quelques brins de charpie, une compresse et une bande, qu'il continue jusqu'à parfaite guérison, pour laquelle quinze jours suffisent le plus souvent. Pendant que la guérison de la plaie marche, la portion de l'ongle restée intacte croît et entraîne avec elle celle qui lui est restée attachée, que l'on coupe à mesure qu'elle avance. En somme, cette opération se borne à deux petites incisions, à l'action d'un peu de potasse caustique et à quelques jours de repos. (Bulletin clinique.)

En attendant que l'on produise un écrit antérieur au mien, je veis, de ce qui précède, tirer les conclusions suivantes :

1° J'ai le premier indiqué l'emploi de la potasse caustique dans le traitement de l'ongle incarné ;

2° Le premier j'ai reconnu que la guérison ne pouvait être complète, c'est-à-dire sans récidive, qu'en détruisant la matrice de l'ongle, et c'est ce que j'ai fait avec la potasse ;

3° Le premier enfin, je me suis borné à détruire la moitié malade de l'ongle, afin de conserver à la pulpe la moitié de son soutien et la garantir de la pression de l'empeigne de la chaussure.

Agréez, etc.,

GAIRAL,
Aide-major au 12e dragons.

(1) Qui ne prévoit déjà mon intention d'attaquer la racine de l'ongle, quoi qu'en dise M. Rousse ?

(2) Peut-il rester quelques doutes sur l'action exclusive de la potasse sur la matrice de l'ongle ? Aussi est-ce par ce moyen que j'ai cherché à obtenir, et que j'ai obtenu en effet sa destruction et sa chute.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 23 mars.

Sur deux procédés propres à déceler et à isoler l'arsenic dans les matières organiques ou inorganiques qui en contiennent. — *M. Persoz* adresse un mémoire sur ce sujet. Ce qui semble résulter de son travail, c'est que l'arsenic renfermé dans un minerai ou dans une substance organique, étant préalablement transformé en arséniate, peut toujours être isolé et séparé, en faisant passer l'acide arsénique à l'état d'acide arsénieux, soit par l'acide sulfureux, soit par le chloride ammoniaque. Cet acide arsénieux est transformé ensuite en sulfide arsénieux au moyen du sulfide hydrique.

Vaccination avec le cow-pox. — *M. Doin*, médecin à Romorantin, adresse pour le concours ouvert relativement à diverses questions concernant la variole et la vaccine, une note ayant pour objet de prouver que dès le mois de juin 1831 il avait retrouvé le *cow-pox* sur le pis d'une jeune vache et s'en était servi pour faire plusieurs vaccinations qui ont complètement réussi. (Renvoi à la commission du prix de vaccine.)

Action des sels métalliques sur l'albumine liquide et sur certains tissus de l'économie animale. — *M. Pelouze* fait, en son nom et celui de M. Robiquet, un rapport sur un mémoire de M. Lassaigne, concernant cette action.

Dans ce travail qui fait suite à celui qu'il avait précédemment présenté sur les combinaisons du bichlorure de mercure avec l'albumine et la fibrine, M. Lassaigne a eu pour but principal de s'assurer par la voie de l'expérimentation si ces composés résultent exclusivement de la combinaison de la matière animale avec un oxyde métallique, comme l'affirment quelques chimistes, ou s'ils contiennent, au contraire et intégralement, les élémens du sel, comme le pensent plusieurs savans, et particulièrement M. Berzelius et M. Thénard. La question, au reste, dont s'est occupé M. Lassaigne, n'intéresse pas seulement la chimie ; elle est plus importante encore pour la toxicologie et la médecine légale.

Que devient une dissolution saline métallique dans son contact avec l'albumine et les tissus animaux ? Une dissolution métallique vénéneuse, un sel de cuivre, par exemple, étant engagé dans l'estomac d'un animal, que devient-il ? Sous quelle forme, dans quel état de combinaison le retrouve t-on ? Voilà des questions sur lesquelles il était certes fort important de jeter du jour.

Voici les principales propriétés des combinaisons décrites dans le mémoire de M. Lassaigne :

Elles sont amorphes et contiennent, lors de leur précipitation, une quantité d'eau toujours très considérable, environ les trois quarts de leur poids. Celles de cuivre et d'argent sont transparentes et colorées : la première est verte, la seconde est jaune. Toutes jouissent de la propriété d'être solubles dans un grand nombre de sels et de matières diverses parmi lesquelles nous citerons le sel marin, le sel ammoniac, le nitrate de potasse, l'eau de chaux, l'ammoniaque, etc. Elles présentent une propriété singulière signalée déjà depuis long-temps dans des combinaisons analogues, et plus récemment par M. Mitscherlich, dans le sulfate de cuivre albumineux ; c'est que les réactifs qui servent tantôt à accuser la présence des sels, tantôt à en doser rigoureusement les proportions, cessent de manifester dans ces sortes de combinaisons les phénomènes ordinaires de précipitation ou de coloration caractéristiques pour ces sels. C'est ainsi que l'oxide de cuivre n'est précipité ni par la potasse ni par l'hydrogène sulfuré, etc., etc.

Ces circonstances et beaucoup d'autres de même ordre ont été signalées avec un soin particulier par M. Lassaigne, qui en a senti l'importance. Ses expériences sur les tissus des animaux lui ont fait reconnaître dans ces matières la propriété de s'unir comme l'albumine aux sels métalliques sans les décomposer, et de former des composés insolubles dans l'eau que beaucoup de dissolutions salines peuvent détruire en redissolvant pour la plus grande partie le sel métallique qui était combiné à la substance organique.

M. Lassaigne croit que dans l'administration des sels métalliques à l'intérieur, il s'établit dans l'économie, par suite de l'absorption, des combinaisons semblables à celles dont nous avons parlé entre les sels métalliques et l'albumine contenus dans les divers fluides animaux, et que c'est probablement dans cet état qu'ils sont transportés dans nos humeurs et que leurs effets médicamenteux sont le plus souvent produits. D'un autre côté, il regarde comme vraisemblable que dans l'action d'un sel métallique sur un tissu animal quelconque, il s'établit d'abord une combinaison entre deux corps qui, venant à modifier les propriétés vitales de ces parties organiques, apporte un changement dans leurs fonctions.

En généralisant, comme il l'a fait, l'action des dissolutions métalliques sur l'albumine et sur les tissus de nos organes, en appelant plus qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui l'attention des chimistes sur les modifications que l'intervention d'une matière animale apporte dans les propriétés caractéristiques des sels, M. Lassaigne, disent les rapporteurs, a fait, selon nous, un travail utile, et nous le croyons digne de l'insertion dans le recueil des savans étrangers.

Ces conclusions sont adoptées.

DU PRONOSTIC EN CHIRURGIE ET DE SES SOURCES ;

Par J. FRANC, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier,

Les médecins n'ont pas donné la même signification au mot pronostic ; pour les uns, c'est seulement un jugement sur l'issue probable de la maladie ; pour les autres, et pour M. Franc en particulier, c'est la prescience de tout ce qui doit arriver pendant la série morbide. Le pronostic avait été considéré de cette manière par le vieillard de Cos, et il faut avouer que cette tâche convenait merveilleusement à son génie.

Pour arriver à la connaissance du pronostic, il faut d'abord, par une observation constante au lit du malade, examiner les périodes des maladies, les accidens qui peuvent les compliquer, les phénomènes critiques qui surviennent, l'éventualité des récidives, l'influence des traitemens ; ensuite on applique l'intelligence à toutes ces données, on les coordonne et on en fait jaillir des lois qui servent aux cas particuliers à venir. Le pronostic suppose toute la science des maladies, et il mérite bien, comme le remarque M. Franc, qu'on lui accorde la plus sérieuse attention, quand on songe qu'il intéresse à la fois l'existence des malades, la tranquillité et la réputation du chirurgien.

Une fois fixé sur ce qu'il faut entendre par pronostic en général, M. Franc étudie les différences qui peuvent exister entre le pronostic en médecine et le pronostic en chirurgie. Dans les deux cas, le pronostic se rapporte à tout ce qui a trait à la maladie ; mais en chirurgie, quand le mal est incurable et qu'il peut être extirpé, le pronostic se présente sous un nouveau point de vue, je veux dire relativement à la médecine opératoire, il nécessite alors une double prévoyance ; d'abord pour l'issue de la maladie, ensuite pour les résultats de l'opération.

Quelles sont les sources du pronostic ? M. Franc les cherche dans tout ce qui a rapport à la maladie et à l'individu malade ; dans toutes les modifications externes et internes, sous toutes les combinaisons possibles. Ainsi il examine successivement du côté de la maladie : le diagnostic, les causes, le siége, la marche, la durée, les terminaisons, les complications, le traitement ; du côté de l'individu malade, l'âge, le sexe, le tempérament, la constitution, l'idiosyncrasie, la profession, l'hérédité, les passions et certains états diathésiques qu'il est nécessaire de grouper ensemble pour bien les étudier ; du côté des modifications externes, les saisons, les climats, les épidémies, les endémies, les constitutions médicales et atmosphériques, certaines positions spéciales, comme le soldat blessé sur le champ de bataille, etc.

Après avoir indiqué les sources du pronostic d'une manière générale, M. Franc les reprend une à une, et entre dans tous les développemens nécessaires sans négliger la marche et les progrès de la science ; ainsi il reconnaît, avec raison, que le pronostic chirurgical qui a sa source dans la connaissance du genre de maladie, n'a pas toujours été le même aux différentes époques de la chirurgie.

Il y a loin, en effet, dit-il, du pronostic du calcul vésical au temps du père de la médecine, quand le vieillard de Cos faisait

jurer à ses disciples de ne jamais inciser la vessie, à celui des époques brillantes de la lithotomie, depuis Celse jusqu'à nos jours; il y a loin surtout de ce pronostic comparé à ce qu'il est maintenant, après l'invention admirable de la lithotritie, qui a éloigné presque toutes les chances graves de mort attachées autrefois à la présence d'un calcul dans la vessie. On peut faire la même remarque pour les lésions qui réclamaient l'amputation d'un membre avant la découverte de la ligature des artères par Ambroise Paré, et quand, pour arrêter le sang, on trempait le moignon dans l'huile bouillante. Combien les progrès successifs de la science chirurgicale ont diminué la gravité des anévrysmes externes, des fistules vésico-vaginales, des pertes de substance de la face, etc.

Il est facile de reconnaître que le diagnostic est la source la plus féconde du pronostic en chirurgie; mais la cause, dans deux maladies semblables, déterminera un pronostic différent: par exemple, l'anévrysme par cause externe n'est pas identique avec celui qui s'est développé dans l'étendue d'un membre sans cause connue. N'y a-t-il pas une grande différence entre la carie par cause traumatique, vénérienne ou scrofuleuse. La notion du siége fait varier aussi la gravité d'une maladie, suivant qu'elle est générale ou locale, suivant l'organe ou la région affectés, suivant que la maladie est fixée ou ambulante, etc.

Nous ne pouvons pas suivre M. Franc dans toutes les parties de son travail, nous nous contenterons d'assurer qu'il est frappé au coin de la plus saine pratique; il n'y a aucune proposition de hasardée; toujours l'exemple vient appuyer le principe, et, quoique le cadre soit vaste et pris d'un point de vue très élevé, M. Franc l'a parfaitement rempli et a conduit son œuvre à bonne fin.

De la manière dont la question était posée, M. Franc n'avait pas à descendre dans chacune des individualités morbides, il pouvait se contenter de donner des appréciations en masse; cependant il a senti que l'application à une maladie des idées qu'il avait émises résumerait admirablement son travail sur le pronostic chirurgical. Pour cela faire, il a choisi une des maladies externes les mieux connues, la cataracte, et a jeté un coup d'œil rapide, complémentaire, sur les sources et la variété de son pronostic selon les divers cas.

Ce tableau, en style aphoristique, donne une idée exacte de tout l'ouvrage.

H. M.

Tablettes pectorales incisives.

M. le docteur Grünn, de Phalsbourg, préconise la formule suivante contre les catarrhes chroniques:

Prenez:	Sucre en poudre,	500 grammes.
	Manne en larme,	125
	Thridace,	8
	Ipécacuanha en poudre,	18
	Scille en poudre,	4
	Mucilage de gomme adragante,	q. s.

Mêlez; faites une pâte homogène que vous diviserez en tablettes de 1 gramme, 5 à 6 par jour.

Formule de la poudre de Carignan, employée contre les convulsions des enfans; communiquée par M. Boudet, telle qu'elle a été donnée à MM. Piat et Deyeux, par madame la princesse de Carignan.

Prenez:	Poudre de Guttète,	250 grammes.
	Ambre jaune porphyrisé,	375
	Corail rouge,	125
	Terre sigillée,	125
	Cinabre,	12
	Kermès minéral,	12
	Noir d'ivoire,	12

Mêlez selon l'art et divisez en prises de dix centigrammes.

(*Gaz. de med. prat.*)

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 2 AVRIL 1840. (13e ANNÉE.) N° 40, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Ophthalmie purulente; contagion; par M. Demarquay, élève des hôpitaux.

Le sujet de cette observation est une femme de trente-six ans, d'une petite taille, d'une assez forte constitution, mariée depuis quatre ans. Elle a déjà eu cinq enfans, dont trois sont morts peu de temps après la naissance. A l'âge de vingt-sept ans, elle a eu mal aux yeux pendant six mois; la malade peu intelligente ne peut donner aucun détail sur sa maladie. Depuis cette époque, sa vue paraît être affaiblie. Vers la fin d'octobre dernier, Pauline Beaubras touchait au terme de sa grossesse et se décida à aller faire ses couches à la Maternité, vu l'état de misère assez grande où elle se trouve. Ne pouvant garder près d'elle son petit garçon âgé de trente mois, parfaitement bien portant, au dire de la malade, elle le plaça à l'Enfant-Jésus où il resta jusqu'au 20 novembre, époque à laquelle sa mère sortit de la Maternité, très bien rétablie de ses couches et emportant avec elle son dernier-né. Pendant son séjour à l'Enfant-Jésus, l'aîné de ses fils contracta une ophthalmie purulente assez intense. De retour chez sa mère, l'enfant n'éprouva aucun soulagement; une matière verdâtre s'écoulait sans cesse de ses yeux dont les paupières étaient énormément tuméfiées. A cette maladie première vinrent se joindre une toux excessivement fatigante et une diarrhée qui affaiblit l'enfant à un tel point, qu'il ne pouvait plus se tenir sur les jambes.

L'enfant fut reconduit de nouveau le 30 décembre à l'Enfant-Jésus, d'où il était sorti 40 jours avant un peu moins malade qu'il ne l'était alors.

Pendant que Pauline Beaubras donnait ses soins à son enfant, elle fut prise elle-même de maux d'yeux. D'abord elle souffrit de l'œil droit qui devint rouge; ses paupières se gonflèrent à un tel point que la malade ne pouvait plus se servir de son œil, qui d'ailleurs devint en même temps extrêmement sensible à la lumière. Bientôt l'œil gauche se prit à son tour; la malade éprouvait de vives douleurs, et un mucus puriforme s'écoulait de ses yeux et lui enflammait les joues; elle se borna à faire des lotions émollientes, et vers le 20 de janvier elle souffrait un peu moins et ses paupières étaient moins gonflées. Alors son mari fit sortir son enfant de l'hôpital, ayant les yeux plus malades qu'à son entrée. Pauline Beaubras s'exposa au froid dans un endroit humide, et ses yeux devinrent bien plus malades qu'ils ne l'étaient. La malade éprouva des frissons et de la fièvre, elle perdit l'appétit, elle ressentit les maux de tête les plus violens, et ses paupières devinrent extrêmement volumineuses; une photophobie des plus intenses se déclara; une matière verdâtre s'écoulait incessamment de ses yeux. Le plus jeune de ses enfans, dont elle était accouchée deux mois auparavant, tomba malade à son tour; ses yeux devinrent rouges et larmoyans, ses paupières se tuméfièrent, et peu de jours après il était impossible de lui voir les yeux. A son entrée à l'hôpital, ses joues étaient rouges et escoriées comme celles de sa mère.

Tel était l'état dans lequel se trouvait Pauline Beaubras, lorsqu'elle fut placée avec son enfant dans le service de M. Blandin, salle Saint-Jean, n. 30. Ce fut en vain que cet habile chirurgien essaya de voir l'état dans lequel se trouvaient les yeux de ces deux malades; le gonflement des paupières était tel, et l'écoulement si abondant que ses efforts furent inutiles. L'aspect des yeux de ces deux malades, et l'ancienneté de la maladie pour la mère qui souffrait depuis un mois, tout pouvait faire craindre une altération profonde. Tout aussi devait porter le chirurgien à agir énergiquement; c'est ce qui eut lieu en effet. Un séton est placé derrière le cou de la mère, et un vésicatoire sur celui de l'enfant; les yeux des malades sont cautérisés avec le crayon de nitrate d'argent porté sur la conjonctive oculaire et palpébrale; un collyre au nitrate d'argent est prescrit (30 grammes d'eau pour un de nitrate d'argent); deux lavemens purgatifs sont ordonnés, et la malade a pour tisane deux pots de bouillon aux herbes avec 60 grammes de sulfate de magnésie. La diète absolue fut recommandée. Le collyre était commun à la mère et à l'enfant, qui prit du sirop de chicorée. Comme on le voit, aucune saignée n'a été pratiquée; la malade n'était pas d'un tempérament sanguin, et son pouls d'ailleurs ne battait que de 60 à 64 fois par minute.

Nous regrettons vivement de ne pouvoir reproduire ici les considérations pleines d'intérêt auxquelles M. Blandin s'est livré au sujet de cette malade, sur les ophthalmies purulentes.

Le 31 janvier, les paupières sont énormément tuméfiées et chevauchent tellement l'une sur l'autre, qu'il est impossible d'apercevoir l'œil en les soulevant. La même matière citée ci-dessus s'écoule des yeux des malades. La mère se plaint d'un violent mal de tête, insomnie, peu d'appétit, un peu de soif; point de fièvre. La cautérisation et le collyre la font beaucoup souffrir. La cautérisation répétée deux fois par jour, et le collyre au nitrate d'argent sont prescrits comme la veille; pansement du vésicatoire et du séton. Une bouteille d'eau de Sedlitz pour la mère avec du bouillon aux herbes, et du sirop de chicorée pour l'enfant.

Le 1er février, les malades se trouvent dans même état. La mère accuse des douleurs d'estomac et des faiblesses; ses seins sont flasques, et ne fournissent plus à la nourriture de son enfant. M. Blandin lui donne trois soupes et du lait. Même prescription.

Les jours suivans, nos deux malades se trouvèrent un peu mieux; ils commencèrent à reposer la nuit, et les paupières diminuèrent de volume. Le même traitement fut continué. Toutefois, ce ne fut que le 6 février, huit jours après l'entrée des malades, qu'il fut facile d'apercevoir les cornées et les conjonctives des yeux de la mère. Quant aux yeux de l'enfant, les efforts furent vains; aussitôt que le chirurgien essayait de lever la paupière supérieure, le muscle releveur de celle-ci se contractait énergiquement, et l'œil venait se cacher sous l'orbite.

Le 6 février, dis-je, les yeux purent être examinés, et voici ce que l'examen le plus attentif des yeux de la mère nous fit reconnaître.

Les paupières sont moins tuméfiées et ne chevauchent plus l'une sur l'autre comme autrefois. Les conjonctives oculaire et palpébrale sont couvertes de bourgeons cellulo-vasculaires; la matière qui s'écoule est moins abondante et moins verte; la cornée droite présente une ulcération en haut, au dessus du champ de la pupille; à gauche, l'iris est contracté et fait hernie au travers de la cornée, assez largement ulcérée à sa partie interne. La malade ne se plaint plus de douleurs de tête aussi violentes; elle ne souffre que quand on la cautérise ou qu'on lui met son collyre. Point de fièvre, peu de soif, et la mère réclame des alimens. Même traitement; tisane pectorale; des potages et du lait; un purgatif.

Nous croyons pouvoir nous dispenser de reproduire jour par jour les détails de cette observation. Nous dirons qu'à partir de cette époque, le mieux va croissant; la photophobie se calme, et la malade, à l'abri de ses rideaux, peut distinguer les objets qu'on lui présente. Bientôt la personne qui avait été chargée du soin de l'enfant apprit qu'il entr'ouvrait les yeux, et que l'altération qu'ils avaient éprouvée était peu grave. Le collyre et la cautérisation furent mis en usage pendant tout le mois de février. Les purgatifs furent répétés à des époques plus ou moins rapprochées, si bien que, dès les premiers jours de mars, nos deux malades étaient dans l'état le plus satisfaisant, ne présentaient plus aucune inquiétude. La mère et l'enfant sont sortis le 12 de ce mois parfaitement guéris. L'œil gauche de la mère présente un leucoma situé à la partie interne et supérieure de la cornée gauche. La vue de ce côté est un peu troublée; l'œil droit est tout à fait intact. Les yeux de l'enfant sont parfaitement conservés; il existe seulement un léger nuage sur un des deux yeux.

— Deux observations se présentent à l'esprit. La maladie dont Pauline Raubras a été affectée, ainsi que ses deux enfans, est-elle contagieuse? et le cas que nous présentons à nos lecteurs est-il un exemple de cette contagion admise par les uns et rejetée par les autres? Si on fait attention que l'enfant de cette malheureuse femme a été placé, pour ainsi dire, au foyer de cette maladie, et que la mère l'a contractée pendant qu'elle donnait ses soins à son enfant, le doute n'est point possible.

Une chose sur laquelle nous n'avons point insisté, et qui

FEUILLETON.

DE LA NATURE DE LA VIE ET DES MALADIES DU SANG;

Mémoire lu devant le Congrès scientifique de Pise, le 4 octobre 1839; par M. Giacomini, professeur à Padoue.

(Suite du n. 36.)

La grande influence des veines dans la fabrication du sang est si bien reconnue par les physiologistes modernes, qu'on accorde exclusivement au système veineux le grand œuvre de la sanguification. A l'accomplissement de cette œuvre mystérieuse cependant prennent aussi part, sans nul doute, les extrémités artérielles qui communiquent avec les veines, mais ce sont surtout les parois de ces dernières qui exhalent dans le fluide qu'elles transmettent les matériaux propres à la sanguification. On peut du reste dire que le sang veineux n'est autre chose qu'un produit organique ou vital des vaisseaux lymphatiques, des glandes conglobées et enfin des veines. Le sang veineux néanmoins, tant qu'il est dans ces vaisseaux, n'a pas encore atteint le plus haut degré de perfection organique, en conséquence il ne remplit jusque là d'autre office que d'exciter les veines qui le conduisent vers le cœur droit et d'exciter celui-ci qui, à son tour, le chasse dans les poumons. C'est dans ces organes que le sang se perfectione; il devient artériel moyennant un nouveau travail d'absorption que la surface interne des poumons exerce sur l'air atmosphérique inspiré, surtout sur l'oxigène. Nous ne dirons pas que par ce travail le sang s'oxide, car nous savons que l'oxigène lui-même, pour s'unir au sang vivant, doit être digéré, pour ainsi dire, et subir de nouvelles transformations. Toujours est il cependant que, dans cet appareil, le sang circulant devient parfait et par conséquent capable de remplir les plus importantes fonctions de la vie.

Le premier office du sang artériel est d'exciter les veines pulmonaires, l'oreillette et le ventribule gauche du cœur, l'aorte et ses innombrables ramifications dont les contractions doivent le faire parvenir dans les coins les plus éloignés de l'économie, qui se boursouflent, se colorent et s'échauffent sous son influence. Cette calorification est toute vitale, car elle se soustrait complètement aux lois physiques et aux particularités de la chaleur extérieure; elle reste toujours la même, tandis qu'en dehors de la vie le même degré de chaleur coagulerait certaines parties et le sang lui-même, et en liquéfierait plusieurs autres.

Les autres offices essentiles du sang artériel consistent à se distribuer dans les organes, dans les tissus et à se consommer petit à petit. Il restaure d'abord les forces de tous les organes, de tous les tissus en leur fournissant de nouvelles molécules propres à les nourrir, à les rajeunir, à les développer, les parties dures et molles ne recevant d'autre alimentation que celle qui leur est fournie par le sang artériel. Aussi a-t-on dit que le sang artériel était de la chair coulante, et que l'organisme entier n'était composé que de liquides. Cette belle phrase cependant est plutôt spécieuse que rigoureusement vraie, car on ne peut dire que le sang contienne en lui-même de la gélatine pour former le tissu cellulaire, de l'albumine pour la pulpe nerveuse ou cérébrale, de la chair pour les muscles, du phosphate de chaux pour les os, etc. Cette manière de voir serait par trop grossière et antiphysiologique. Il est plus conforme à la vérité de dire que le même sang, la même molécule sanguine, est, sous l'influence de la vie, apte à se convertir en matière nerveuse, tendineuse, membraneuse, osseuse, musculaire, etc., chacun de ces organes lui imprimant les modifications propres à son organisation. Or, les seuls élémens organiques capables d'opérer ces transformations sont les extrémités artérielles, qui toutes reçoivent le même sang qu'elles élaborent différemment selon l'organe qu'elles sont chargées de nourrir. En quoi consiste ce cachet particulier que les extrémités impriment constamment au sang pour former du même liquide ici de la fibre musculaire, là du tissu muqueux, à côté de la matière tendineuse, etc.? Nous l'ignorons complètement. Nous retenons cependant comme un fait physiologique démontré que les extrémités artérielles exercent une fonction active importante; cette vérité trouve d'heureuses applications en thérapeutique. En outre le sang artériel s'emploie et se consomme en assez grande quantité pour la matière des sécrétions. On ne dira pas pour cela que le sang contient de la salive, du mucus, du suc pancréatique, du sperme, etc. Ces transformations diverses, il les subit sous l'influence du travail des organes auxquels il est transmis, et qui lui impriment chacun des changemens particuliers selon leur organisation. Enfin le sang artériel s'emploie et se consomme pour les différentes excrétions fluides, telles que les urines, la sueur, la transpiration du derme interne, l'exhalation pulmonaire.

Je crois avoir démontré dans ma *Pharmacologie* que cette dernière excrétion provient du sang artériel et est fournie par les artères bronchiques, et non pas par l'artère pulmonaire qui transporte du sang veineux, ainsi que l'enseignent les physiologistes (t. III, p. 11). Les produits liquides ou gazeux ne remplissent dans l'économie aucun office, si ce n'est de débarrasser l'organisme de matières incapables d'une assimilation parfaite et durable; aussi sont-elles expulsées sans aucune élaboration et se classent-elles naturellement au nombre des excrétions simples.

Trois grandes fonctions sont donc affectées dans le corps humain à l'élaboration du sang, savoir : l'absorption universelle, la digestion et la respiration. La masse de ce liquide deviendrait par conséquent exorbitante si trois autres fonctions, savoir la nutrition organique, les sécrétions et les excrétions, n'étaient en même temps affectées à l'employer, à l'user, à la diminuer incessamment. La vie végétative par conséquent s'emploie tout entière à la fabrication et à la consommation du sang. L'ancienne question, savoir si le sang est ou non fourni de vie, se trouve par là aisément résolue. Personne n'osera en vérité admettre raisonnablement que le sang soit doué d'une vie propre et indépendante. Pourtant cette étrange croyance s'est enracinée dans quelques esprits qui regardent chaque globule du sang comme un être vivant de lui-même, comme un insecte ou un infusoire. Autant vaudrait dire que le sang est un organe ou un composé d'organes; qu'il a non-seulement une vie propre, mais plusieurs vies distinctes; car telle molécule qui est actuellement sang, ne l'était pas un moment auparavant, et ne le sera plus dans un autre moment. Effectivement l'animalcule présumé de la lymphe, qui s'est un instant après converti en animalcule veineux, doit dans quelques momens se métamorphoser en animalcule artériel, et ensuite en animalcules nerveux, musculaire, muqueux, salivaire, etc. En conséquence le même être subirait une série de métamorphoses éphémères, métamorphoses aussi variées qu'il y a de molécules solides et liquides dans l'économie.

Je n'ignore point que quelques personnes ont dernièrement cru découvrir des animalcules particuliers dans l'écoulement blanc du vagin, dans le mucus des parties malades, et qu'elles ont fait naître un végétal particulier des globulins du lait; mais en mettant de côté ce qui est relatif à l'affaire mystérieuse des animalcules spermatiques, que peut-on déduire de semblables observations? Une seule chose, c'est qu'elles confirment un fait déjà très connu, savoir que les substances animales séparées du corps et abandonnées aux influences extérieures peuvent se cor-

présente cependant de l'intérêt, c'est que son fils aîné, au dire de la malade, n'a été retiré de l'hôpital où il avait été placé une seconde fois, que d'après le conseil de M. Guersant, attendu que plusieurs cas d'ophthalmies purulentes très intenses existaient alors à l'hôpital. Ce conseil lui avait été donné comme le seul moyen de conserver la vue de son enfant. Toutefois, remarquons cette coïncidence, la mère de ce pauvre enfant se trouvait mieux, et ce fut le lendemain de la rentrée de son fils qu'elle devint plus malade et que son dernier né contracta la maladie cinq ou six jours après. Mais si la maladie est contagieuse, pourquoi le mari de cette femme ne l'a-t-il pas contractée? Nous répondrons que pour contracter une maladie contagieuse quelconque, il faut y être prédisposé. Ce mot est vague, nous le savons, mais il n'en exprime pas moins un fait vrai et inattaquable. D'ailleurs, cet homme est un manouvrier dont les occupations ne lui permettent pas de rester chez lui. Rien donc d'extraordinaire qu'il n'ait point contracté la maladie. S'il nous était permis d'exprimer notre opinion, nous dirions avec l'habile chirurgien aux soins de qui ces malades furent confiés, que l'ophthalmie purulente est contagieuse, et que le fait que nous rapportons en est une des preuves les moins attaquables. Mais comment cette contagion eut-elle lieu? le contact fut-il médiat ou immédiat? C'est ce que nous ignorons ! ! !

Quel a été le rôle du nitrate d'argent dans cette circonstance? a-t-il agi comme caustique ou comme spécifique, ainsi que quelques personnes le feraient croire? Ne vaut-il pas mieux admettre, avec M. Blandin, que ce corps agit en modifiant la vitalité des tissus. Il n'est pas moins extraordinaire de voir que chez nos deux malades ce médicament ait été porté à si haute dose sans aucun inconvénient. Et ne serait-on pas en droit de croire qu'il y a quelque chose de véritablement spécifique dans cette affection. Nous avons interrogé non-seulement la femme, mais encore le mari, pour savoir s'ils n'auraient point contracté quelque affection syphilitique; les deux époux sont des personnes de la campagne qui ne paraissent pas connaître ces maladies-là, et d'ailleurs leurs réponses ont été négatives.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. MALGAIGNE.

Enorme tumeur encéphaloïde du testicule. Dégénérescence cancéreuse des principaux organes, survenue en quelques mois chez un jeune homme de dix-huit ans. Mort. Autopsie.

Au n° 56 de la salle Saint-Jérôme, vient de succomber un jeune homme duquel n'entendront pas parler sans intérêt tous ceux qui l'avaient remarqué dans les services des hôpitaux de Paris où il a passé avant d'être relégué à Bicêtre. La terrible affection dont il était atteint avait été reconnue, dès le principe, au-dessus de toutes les ressources de l'art; mais si l'observation que nous publions n'apprend rien quant à l'étiologie, au diagnostic ni à la thérapeutique de la maladie qui a emporté ce sujet, l'examen nécroscopique a laissé, sous le point de vue d'anatomie pathologique, trop de détails curieux à constater pour que nous ne nous empressions pas d'en faire part à nos lecteurs.

Asselin (Edouard), d'un tempérament faible, lymphatique, garçon meûnier, âgé de dix-huit ans, avait eu souvent les testicules froissés en montant à cheval pour faire son état. Vers le mois de mai dernier, à la suite d'un pareil accident, son testicule gauche devint douloureux; et, environ deux mois après il survint en dehors une petite tumeur dure, qui fut bientôt le siége de douleurs lancinantes et souvent répétées. L'individu n'en discontinua pas cependant ses travaux, et ne fit même aucune attention à cela. Au mois de novembre seulement, on lui fit prendre un suspensoir, et ce ne fut que le 6 janvier dernier qu'il consulta pour la première fois un médecin, et lui fit voir sa tumeur, dont le volume grossissant toujours, commençait à l'inquiéter. Suivant l'avis de ce dernier, on fit pendant quinze jours, sur la tumeur, des frictions avec l'onguent napolitain, qui n'eurent d'autre effet que de calmer un peu les douleurs.

A la fin de ce mois de janvier, il fut amené de chez lui à Paris. Placé d'abord à l'hôpital des Enfans-Trouvés, il n'y resta que trois jours, après lesquels il fut reconduit à l'Hôtel-Dieu, et couché dans le service de M. Blandin, salle Sainte-Agnès, n° 8. Il y demeura vingt-neuf jours, pendant lesquels on ne fit aucun traitement, puis il fut définitivement renvoyé à Bicêtre.

A son arrivée, le 24 février, voici quel était son état: figure chétive, membres grêles; tout son corps, en un mot, offrant les traces d'un affaiblissement extrême; portant au côté gauche du scrotum une énorme tumeur qui, soulevée, semblait peser 3 kilogrammes environ, d'un aspect bleuâtre, sillonnée de veines très dilatées et recouverte d'une peau excessivement mince; des saillies rénitentes, de la grosseur d'un œuf de poule à peu près, apparaissaient çà et là sur la tumeur.

Le testicule droit était déjeté fortement en dehors, à sa hauteur ordinaire.

Le cordon testiculaire du côté de la tumeur était énormément dilaté, et les ganglions engorgés; le ventre était dur et tendu; la région du foie était aussi volumineuse et résistante; le malade éprouvait dans toutes ces parties des douleurs aiguës.

Son transport à Paris avait été fatigant pour lui et l'avait beaucoup fait souffrir. Depuis son arrivée, il avait perdu l'appétit; ses selles étaient assez faciles et sans diarrhée; son pouls était modéré, et il n'y a jamais eu de fièvre. A partir des deux dernières semaines de son séjour à l'Hôtel-Dieu, des sueurs assez abondantes le prenaient régulièrement tous les soirs et duraient pendant les premières heures de la nuit, ce qui avait contribué à l'affaiblir considérablement. A son entrée à Bicêtre il ne pouvait supporter qu'un peu de bouillie et de tisane sucrée. On lui administra une pilule de cynoglosse le matin, une autre le soir. Sous l'influence de ce médicament, les douleurs parurent se calmer, et le malade recouvra un peu de sommeil dont il ne jouissait plus depuis deux mois.

Le 4 mars on donna trois pilules de cynoglosse; la nuit fut moins bonne; il y eut peu de sommeil et beaucoup plus de sueurs.

Le 7, survinrent des vomissemens et un dégoût profond pour toute espèce de substances; les sueurs s'établirent continuelles, des douleurs plus vives se firent sentir depuis l'ombilic et sous le sternum jusqu'au côté droit du cou. Depuis lors l'affaiblissement devint de plus en plus sensible. Le 16 mars il y eut une rupture d'une des grosses veines superficielles de la tumeur du testicule, mais l'hémorrhagie fut facilement arrêtée; enfin les douleurs s'étant accrues à mesure que le peu de forces diminuaient toujours, le pauvre patient expira dans la matinée du 27 mars.

Voici maintenant les détails de l'autopsie, qui fut faite avec le plus grand soin, vingt heures après la mort.

L'aspect général du corps indique l'état de marasme le plus profond; le tronc, depuis l'extrémité supérieure du sternum jusqu'à la symphyse des pubis, est long de 55 centimètres; l'abdomen occupe lui seul environ 36 centimètres de cette étendue; il est ballonné, et il n'existe pas de ligne de démarcation entre la paroi abdominale et les dernières côtes.

Dans la poitrine, on trouve: entre les deux poumons, dans la région du thymus, une masse énorme de tissu encéphaloïde à l'état cru, recouvrant tout le péricarde sans y adhérer. Les poumons se joignent à la partie supérieure; sur presque toute leur surface s'élèvent des tumeurs de nature encéphaloïde, les unes étant tout à fait en dehors du parenchyme et comme pédiculées; d'autres faisant saillie d'une partie de leur circonférence, et d'autres enfin soulevant seulement le tissu de l'organe; leur grosseur varie depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'un gros marron.

Le poumon droit, séparé en deux moitiés longitudinalement, présente à l'intérieur, presque partout, le tissu normal, à l'exception de deux ou trois petites tumeurs de dimension mimime.

Le poumon gauche, coupé de la même manière, offre antérieurement, dans l'épaisseur de 3 à 4 centimètres, du tissu encéphaloïde aggloméré en masse. A la partie inférieure, on retrouve ce même tissu, mais un peu plus étendu en épaisseur et en hauteur, et contenant un kyste plein d'un liquide jaunâtre et presque transparent. Tout le côté externe de ce poumon, dans une largeur de 70 centimètres environ, a subi la même transformation qui, nulle part dans cet organe, n'est arrivée à l'état de ramollissement.

Le tissu est noir, brun et jaunâtre; la partie qui représente le lobe supérieur est séparée du lobe inférieur par une petite couche de tissu sain parsemé de plusieurs ganglions dont quelques-uns ont même la grosseur d'une noix.

Le cœur est sain; les caillots de sang qu'on y trouve n'ont rien d'anormal.

Dans l'abdomen, le foie paraît sans altération dans sa plus grande partie; à l'extérieur, on aperçoit cependant des masses blanchâtres qui émergent de sa substance comme si elles eussent ulcéré toutes ses tuniques. A sa face supérieure, au bord inférieur et à la face postérieure, on voit plusieurs tumeurs de grosseur différente, qui soulèvent ses tuniques sans les avoir érodées.

Le lobe gauche est sain; le lobe droit, coupé par tranches, est parsemé, à l'intérieur, d'un assez grand nombre de tumeurs dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un marron.

La vésicule du fiel est saine, ainsi que la rate, qui est seulement d'un très petit volume.

Les deux reins sont également à l'état normal; le gauche adhère à une tumeur dont nous allons parler tout à l'heure.

Voici ce qu'on remarque sous le péritoine et dans les intestins: l'épiploon, dans sa partie inférieure, est complètement transformé en tissu encéphaloïde; la partie moyenne est saine; mais entre l'arc du colon et la masse des intestins se trouve une énorme tumeur dont le plus grand diamètre est de 30 centimètres de largeur sur 25 de hauteur et 12 d'épaisseur. Elle est adhérente au rein gauche. Toute cette tumeur est formée par une masse de tissu encéphaloïde, blanche en général, fibreuse à sa circonférence. Plus profondément on voit des plaques

---

rompre et donner naissance à des êtres vivans, ainsi que de temps immémorial on en a vu des exemples dans les insectes des croûtes de la tête, dans les vers du pus des plaies, dans la putréfaction des matières fécales.

Je sais également que quelques personnes ont cru découvrir un mouvement spontané dans les molécules du sang; mais je sais aussi que Schultz, qui l'avait affirmé dans un temps (Der Lebens Process im Blute, Berlin 1822), changea d'opinion plus tard, en assurant que le mouvement en question n'était qu'une simple oscillation des molécules sanguines (Das System der Circulation, Stuttgart 1836). D'ailleurs, Rudolphi, Purkinje, Koch, Meyer, Müller se sont assurés positivement que le phénomène en question n'était qu'un simple jeu de lumière (Handbuch der Physiol. des Mensch., Coblenz, 1837, p. 139). Pour soutenir le mouvement spontané, quelques personnes ont avancé que chez le poussin l'auréole vasculaire se forme avant le cœur, et qu'en conséquence le sang était en mouvement avant qu'il ne pût être poussé par le cœur. Cette opinion, cependant, a été combattue par Baer et Wedemayer, qui par des observations se sont assurés que le sang n'a pas de mouvement avant que l'action du cœur ne commence (ouv. c.). On a dit aussi que sur une patte de grenouille qu'on vient d'exciser le mouvement du sang se continue pendant dix minutes, ce qu'on attribue à une action spontanée. Il a été prouvé cependant, par Wedemeyer, que ce mouvement dépendait de l'ésiccation, et conséquemment du resserrement des vaisseaux qui a lieu durant l'inspection microscopique: après qu'il a cessé, en effet, on peut le faire reparaître en humectant de nouveau les parties (*Ibid.*). Il suffirait d'ailleurs, pour expliquer ce fait, d'invoquer la contractilité des artères et la dilatation naturelle des veines.

Nierons-nous donc que le sang a réellement une vie? Mais non, car il vit sûrement, puisqu'il est un produit de la vie et le moyen producteur des organes vivans! Il faut cependant ajouter que sa vie n'est point indépendante; elle est intrinséquement liée et soumise à celle des tissus qui le fabriquent et le modifient sans cesse, et à celle des tissus qui le reçoivent et le métamorphosent. Le sang change sa manière de vivre en passant d'un vaisseau dans un autre, d'une famille de vaisseaux d'une région dans une autre, et sa vie cesse aussitôt qu'il sort de la sphère vitale des solides.

Il suit des faits et considérations qui précèdent:

1° Qu'on ne peut dire que le sang soit composé de fibrine, d'albumine, d'eau et de sels, car nous ne le savons pas d'une part; de l'autre, tant qu'il est vivant ces élémens ne se rencontrent point. Tout ce qu'on peut dire, c'est que le sang est un fluide *sui generis*, d'une condition spéciale, et qui ne peut se comparer à aucun autre fluide connu. Nous aimons, au reste, plutôt avouer notre ignorance à ce sujet, que de dire une chose qui n'est pas ou qui ne peut être.

3° Que le sang est vivant, mais que sa vie est extrêmement changeante, et étroitement liée à celle des solides dont il est le produit, et par lesquels il est modifié.

3° Que dans l'organisme vivant le sang remplit des offices très importans, savoir: d'exciter et de provoquer certaines fonctions; il est le premier des stimulus intérieurs; les organes réagissent à son action, et par ces actes les fonctions s'exécutent; il fournit les matériaux propres à la composition. au développement et au renouvellement des tissus, et à la production des fluides importans de l'économie et des fluides excrémentitiels.

4° La quadtité du sang circulant dans le corps humain est extrêmement variable, même en état de santé, dans les différentes heures du jour, et dans les différens états d'exercice et de repos.

Qu'une fonetion quelconque de la première série se ralentisse ou soit suspendue, une diminution proportionnelle a lieu dans la masse du sang. Qu'un dérangement arrive dans une des fonctions de la seconde série, c'est-à-dire de celles qui l'emploient et le consomment, la masse sanguine augmentera, et cela est compatible jusqu'à un certain point avec la santé. En conséquence, le calcul des physiologistes, qui évalue la masse du sang à vingt-huit livres chez l'homme adulte, est tout à fait hypothétique et souvent erroné. La quantité totale du sang ne peut être exactement déterminée d'après la capacité des vaisseanx, car d'une part ils sont contractiles; de l'autre, le sang devant se mouvoir librement, les vaisseaux ne sont jamais complètement pleins durant la vie. Jean Wallœus a cherché à calculer la quantité absolue du sang d'après la quantité que l'homme peut perdre sans que la vie cesse d'exister, ce qui remonterait à 24 livres (Instit. méd., cap. VI, p. 8); mais ce calcul n'est pas plus exact. D'autres ont élevé davantage ce dernier chiffre, en y comprenant le sang que l'homme peut perdre en plusieurs jours sans périr; mais cela est mal fondé, car nous verrons tout à l'heure que quand une perte sanguine a lieu, l'organisme en crée à l'instant une nouvelle quantité.

Un calcul basé sur la quantité de sang qu'on trouve dans les cadavres n'est pas plus exact, vu que cette quantité est extrêmement variable: cette quantité étant de quelques onces chez les uns, de quelques livres chez les autres. On trouve, il est vrai, sur quelques cadavres des quantités considérables de sang extravasé par suite de la rupture d'un vaisseau, mais on n'en a jamais trouvé sur un cadavre une quantité telle qui pût approcher de la dose énorme, présumée, de vingt-huit livres. Cette observation nous met dans la voie de conclure que chez l'homme vivant la quantité totale du sang est beaucoup moindre que celle qu'ont établie les physiologistes, et confirme en même temps l'opinion que nous avons émise, savoir: que ce liquide est un produit toujours nouveau, instantané et continu des solides.

§ IV. *Notions pathologiques* Pour compléter notre travail, il nous reste maintenant à étudier la partie pathologique et voir quels changemens d'aspect, quelles altérations intrinsèques le sang subit dans les différentes maladies. Ici se présente l'ancienne et célèbre question, savoir: si le sang est ou non sujet à des maladies essentielles ou primitives. Dans un temps où l'humorisme dominait dans les écoles, la question avait été généralement résolue par l'affirmative, et cela se conçoit, puisque toutes les maladies avaient leur siége dans le sang et dans les humeurs. Les doctrines de Stahl cependant, de Cullen, de Borden et particulièremnt de Brown et de ses réformateurs ont fait changer les choses de face, et la question a été résolue dans un sens diamétralement opposé. Depuis lors il n'avait plus été question des maladies primitives du sang. Aujourd'hui néanmoins la question a été remise sur le terrain, et l'on trouve des médecins d'un grand mérite qui s'occupent avec amour des altérations du sang.

Bien que la chimie soit incapable, ainsi que nous venons de le voir, de découvrir les changemens notables dans les élémens du sang de sujets atteints de différentes maladies, néanmoins nos sens nous font découvrir des changemens réels dans différentes affections sous le rapport de sa couleur, de sa consistance, de son odeur, etc., ce qui est suffisant pour nous faire constater que le sang diffère de celui de l'état normal. Il est donc impossible de nier raisonnablement les altérations du sang, mais là n'est pas la question; la question est de savoir si ces altérations sont primitives et indépendantes des solides, ou si elles ne seraient pas toujours secondaires et subordonnées à celles des solides.

Cette question s'est déjà présentée plusieurs fois dans mes travaux (Pharmacologie, t. I, p. 133; t. II, p. 327; t. III, p. 494, 499). Partant des données physiologiques qui enseignent que le sang n'a pas de sensibilité propre ni de tissu particulier, qu'il ne constitue pas un système organique ni un organe; qu'il n'est qu'une sorte de stimulus intérieur propre à provoquer l'action de

d'une teinte rosée, quelquefois grisâtre, ailleurs jaunâtre ; leur centre est circonscrit par des masses de tissu ramolli qui se laissent encore couper, mais qui sous le doigt se réduisent facilement en putrilage ; leur couleur approche de celle de la brique brune, parsemée de points noirs qui ressemblent assez bien à des grains de raisins de Corinthe sur un morceau de pudding. Dans quelques points plus rares se trouvent de petites cavités remplies d'un liquide jaunâtre et comme huileux.

La muqueuse de l'estomac se présente plissée, mais les autres tissus de ce viscère paraissent sains, ainsi que la totalité du tube intestinal.

Tumeur du testicule. Mesurée en divers sens, elle a donné dans sa plus grande circonférence transversale 69 centimètres, et 60 dans sa plus petite. De son origine à son extrémité, en suivant son contour, elle avait 36 centimètres. Elle se continue supérieurement avec une autre tumeur grosse comme un œuf de dinde, qui soulève le canal inguinal, et plus haut, à l'intérieur du péritoine, suit encore une autre tumeur beaucoup plus volumineuse, adhérente à cette dernière par en bas, mais indépendante de celle que nous avons décrite ci-dessus, et qui remplit la fosse iliaque gauche et tout le petit bassin. La tumeur du testicule et celle-ci pesées ensemble avec une balance romaine ont donné 7 kilogrammes et demi ; celle du testicule toute seule pesait 5 kilogrammes et demi.

La tumeur du bassin, coupée en travers, présente deux masses juxtà-posées, dont l'une, formée de matière brune, contient à l'intérieur un kyste irrégulier dans lequel flottent des lambeaux de tissu encéphaloïde presque ramolli au milieu d'un liquide rougeâtre et huileux ; l'autre portion, moins avancée, est presque blanche.

La tumeur du canal inguinal, demi-dure, demi-ramollie, présente au centre un kyste à parois régulières.

La tumeur du testicule contient, dans son quart inférieur, une poche énorme, irrégulière, renfermant des lambeaux de tissu jaune-grisâtre qui nagent dans un liquide brun, filant, inodore ; il ne reste aucune trace de matière pouvant rappeler le tissu propre du testicule, ni celui de la tunique vaginale ; le côté droit contient une autre poche pleine d'un liquide plus épais, semblable à de la bile ; tout le reste de la tumeur présente l'aspect général reconnu dans les autres, variant pour sa couleur du blanc au brun, et pour sa consistance de celle du tissu fibreux à celle du putrilage. La peau qui enveloppe toute la tumeur est saine et très mince, comme nous l'avons dit ; elle est facile à en séparer avec le dos du scalpel ; elle s'enlève comme par énucléation et est sillonnée de grosses veines remplies d'un sang noir qui paraît sans altération. Il faut remarquer que les deux kystes dont nous venons de parler étaient très rapprochés de la circonférence et répondaient à des saillies que présentait la tumeur, qui d'ailleurs contenait un grand nombre d'autres bosselures et de petites tumeurs dures ne renfermant point de kystes remplis de matières molles ou liquides.

L'aorte, la veine cave sont parfaitement saines ; la vessie et les ganglions de l'aine sont aussi à l'état normal.

Le pancréas n'a également subi aucune altération.

Enfin, les organes intérieurs du cerveau ne sont le siége d'aucune lésion ni modification ; aucune production morbide ne se rencontre parmi eux, et les ganglions du cou, de la mâchoire inférieure et ceux de l'aisselle sont reconnus sains.

Telle est donc l'histoire de cette terrible affection, dont les ravages si étendus, la marche si rapide, inspirent d'abord un sentiment d'effroi auquel se joint bientôt le regret plus pénible encore de se trouver, contre ces cas, dans une impuissance tellement absolue, qu'il est, en vérité, naturel, et nous dirons presque philantropique, de désirer que la mort vienne abréger de si cruelles souffrances, et apporter à tant de maux le seul remède qu'ils puissent attendre !

L..... E.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 31 mars.

Goutte. Eaux de Vichy. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport officiel concernant l'utilité des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte.

M. Pâtissier, rapporteur, occupe la tribune. Il résume le contenu de son rapport, rappelle les 80 faits sur lesquels a été basé son travail et les déductions naturelles qui en découlent de l'efficacité vraiment remarquable des eaux en question. L'orateur insiste sur la nature toute pratique du travail de la commission, et sur le soin qu'elle a pris d'élaguer toutes les questions de doctrine. En conséquence, ceux des membres qui se proposent de parler contre le rapport auront à se borner dans le cercle que la commission s'est tracé, et présenter des faits contraires à ceux qui ont servi de base à la commission, ou bien attaquer directement, s'il est possible, la valeur de ces derniers.

M. Bousquet défend M. Prunelle, inspecteur des eaux de Vichy, qui se trouve presque blâmé dans le rapport, en ce qu'il n'a pas répondu à trois lettres qui lui ont été adressées par la commission, l'une à son adresse à Lyon, une seconde à Vichy, et une troisième à un autre domicile de M. Prunelle, afin d'obtenir des renseignemens sur la grave question dont l'autorité avait demandé la solution. Il est possible, dit M. Bousquet, que M. Prunelle n'ait point reçu les lettres de la commission, ou bien qu'il ait répondu sans que sa lettre soit parvenue au secrétariat. Du reste, M. Prunelle pense, au dire de M. Bousquet, qu'il est dangereux de guérir la goutte.

M. Patissier consent de bonne grâce à changer la phrase en question ; il n'y avait pourtant attaché aucun sens désobligeant ; il avait voulu exprimer un fait vrai et un regret à la fois de n'avoir pu obtenir de M. Prunelle aucune réponse sur un sujet si important pour la société.

M. Pelletier prend la parole à l'occasion d'une phrase du rapport relative au colchique. Sans vouloir faire l'éloge de la vertu anti-goutteuse des préparations de colchique, il doit déclarer s'être bien trouvé de cette substance dans des accès de goutte qu'il a éprouvés.

M. Chevallier soutient la phrase du rapport relative à M. Prunelle, attendu que la chose était trop importante pour omettre de répondre à trois lettres qui lui ont été adressées par M. le secrétaire perpétuel au nom de l'Académie. M. Prunelle, en sa qualité d'inspecteur officiel, était tenu de fournir les renseignemens qui lui étaient demandés.

M. Nacquart n'entre pas dans le fond de la question ; il doit cependant déclarer qu'ayant été, il y a deux ans, à Vichy pour une malade qui l'intéressait de près, il a vu M. Prunelle et M. Petit qui l'ont reçu avec beaucoup de politesse, et l'ont mis en rapport avec un grand nombre de goutteux qui se trouvaient sur les lieux pour prendre les eaux. Ces malades, dont un certain nombre y avaient déjà été les années précédentes, lui ont tous déclaré s'être parfaitement bien trouvés de l'usage de ces eaux ; leur goutte était devenue beaucoup moins intense, et leurs accès beaucoup moins fréquens. M. Prunelle, du reste, ne lui a pas paru porté à repousser l'usage des eaux de Vichy pour les goutteux.

M. Londe demande à M. le rapporteur si les cas d'insuccès dont a parlé M. Bousquet au nom de M. Double, lui étaient connus.

M. le rapporteur répond qu'il ne sait à quel cas M. Bousquet a voulu faire illusion, puisqu'il n'a pas cité les noms des malades.

M. Castel examine la question sous différens points de vue. Il faut d'abord, dit-il, tenir compte de l'illusion que les inspecteurs des sources d'eaux minérales peuvent se faire dans l'appréciation des effets de ces dernières, attendu qu'ils ont intérêt à ce que leurs eaux prospèrent ; en conséquence on ne doit pas s'étonner si quelquefois ils s'efforcent de *faire mousser* leurs eaux (hilarité prolongée). Abordant la question générale de la goutte, M. Castel distingue l'état aigu ou inflammatoire de l'état chronique ou atonique. Dans le premier cas les eaux de Vichy ne lui paraissent pas applicables, d'ailleurs les malades ne pourraient pas alors se transporter sur les lieux. Dans le second, il convient que les eaux alcalines, et en particulier celles de Vichy, peuvent être fort utiles aux goutteux. Il ne les regarde du reste que comme un moyen palliatif. Quant aux 80 faits sur lesquels la commission s'est basée, il ne les croit pas suffisans pour décider le fait d'une manière absolue, ainsi que l'a fait la commission. Arrivant enfin à la question de personnalité qu'on a élevée relativement à l'inspecteur et au sous-inspecteur, M. Castel se demande pourquoi il est si rare que des médecins qui sont dans un même lieu et avec des intérêts communs s'entendent. J'en excepte pourtant, ajoute-t-il, cette assemblée, car nous nous aimons tous cordialement ! (Rires prolongés.)

M. Double ne pense pas que les dissidences dont vient de parler M. Castel soient exclusives aux médecins : elles se rencontrent également dans toutes les autres professions ; tout le monde ressemble à notre famille. Dans le cas actuel, M. Double ne pense pas qu'il soit convenable d'opposer un nom à un autre nom ; l'Académie ne doit s'occuper que de la partie scientifique de la question. M. Prunelle est un homme grave, jouissant d'une réputation bien méritée, et dans un âge où l'on est bien aise de ne pas figurer dans certaines discussions. D'ailleurs ceux qui savent dans quelles circonstances de douleurs domestiques se trouve M. Prunellle par la maladie grave dont sa femme est atteinte, excuseront aisément son silence à l'appel de l'Académie.

Arrivant enfin à la question de la goutte, M. Double rappelle que depuis long-temps les eaux alcalines avaient été préconisées par Stahl et Hoffmann contre cette maladie ; mais leurs bienfaits, qui avaient été tant vantés, n'ont pas résisté à l'épreuve du temps. Il y a deux cents ans que Claude Fouet, médecin des eaux de Vichy, avait signalé les effets de ces eaux contre la goutte ; il s'était assuré que leur usage n'était réellement utile que dans la goutte chronique ; dans la goutte aiguë il les craignait, car, selon lui et selon M. Double, les eaux alcalines agissent en stimulant l'organisme. Sans vouloir préjuger sur les éloges justement mérités que la commission a donnés à l'efficacité des eaux de Vichy, M. Double pense que la commission doit tenir compte des faits contradictoires. Il en connaît un pour son propre compte. Un homme fort, pléthorique, souffrait d'une goutte atonique depuis long-temps ; il alla aux eaux de Vichy ; il s'en est fort bien trouvé, sa goutte ayant complètement disparu. Plus tard cependant, il fut pris de symptômes d'une violente excitation intérieure, de péritonite et de pleurésie, et il est mort d'une hydropisie générale. Il existe, dit M. Double, d'autres faits analogues. En conséquence, il désirerait que la conclusion de la commission fût moins exclusive.

M. Patissier répond que tout ce que M. Double vient de dire n'infirme en rien la valeur des quatre-vingts faits recueillis avec soin et avec une grande bonne foi. Quant à la dernière observation invoquée par M. Double, elle n'est point concluante contre la médication en question, car il n'est pas logique d'attribuer aux eaux de Vichy les phlegmasies que le malade aurait éprouvées long-temps après l'usage de ces eaux.

M. Ferrus parle dans le sens de M. Double. Il rappelle qu'une foule de médicamens avaient été préconisés contre la goutte, et il cite l'emploi de pilules que M. Lartigue, pharmacien de Bordeaux, membre-correspondant de l'Académie de médecine de Paris, envoie à la pharmacie de M. Duclou, successeur de M. Pelletier, qu'il a laissé prendre, dit-il, à un de ses malades. Celui-ci en ressentit les plus heureux effets ; c'est-à-dire que ses douleurs disparurent le lendemain de l'emploi de ce médicament, et que depuis environ trois semaines aucune nouvelle douleur ne s'est montrée. De ce fait, M. Ferrus conclut à la possibilité d'un prompt soulagement par l'emploi de ce remède, mais non à l'entière guérison d'une maladie qu'il regarde comme incurable.

M. Patissier dit que ce fait se trouve consigné dans le mémoire de M. Petit avec la plus grande exactitude, et que ses détails sont loin de prouver que les affections que le malade a éprouvées huit années après aient pu être occasionnées par les

---

certains organes et à fournir des principes qui doivent composer les tissus de l'organisme et à réparer leurs pertes ; qu'il n'est enfin qu'un produit des organes sans avoir de vie propre et indépendante de celle des parties qui le contiennent, qui lui impriment le mouvement et l'élaborent, j'avais été porté à conclure qu'il serait contraire à la logiqua et aux faits d'admettre que le sang pût jamais s'altérer primitivement. Si en effet les organes qui le fabriquent sont sains ; si ceux qui éprouvent son action sont bien portans et réagissent convenablement, le sang ne peut être malade. Le sang cependant peut et doit s'altérer toutes les fois que les solides qui lui fournissent les élémens, qui l'élaborent ou agissent sur lui, sont malades. Nous croyons même que les altérations du sang sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne croit ; ces altérations ne peuvent jamais se dire ni primitives ni spontanées : toujours en effet elles sont communiquées ou secondaires, et personne, je crois, ne songera sérieusement à corriger l'état du sang comme s'il s'agissait d'un liquide dans un vase, et sans corriger les vices des tissus qui le produisent ; il serait aussi absurde que de vouloir puiser de l'eau limpide d'une rivière provenant d'une source impure.

Notez bien cependant qu'en niant les altérations spontanées du sang nous n'avons pas voulu soutenir que ce liquide ne puisse s'altérer indépendamment des solides et primitivement lorsqu'on injecte certaine substance dans les veines, ou par toute autre voie qui conduit dans le torrent de la circulation. Je me suis même efforcé de démontrer ce fait important dans mon ouvrage, savoir que les remèdes, les poisons et les matières contagieuses ne manifestent leurs effets sur la fibre organique qu'après être passées dans le sang et avoir changé la crase de ce liquide. Si cela n'avait point lieu, les effets salutaires ou nuisibles de ces substances ne seraient point universels. Mais ces altérations, si elles se manifestent primitivement dans le sang, ne restent pas dans ce liquide, puisqu'elles se communiquent immédiatement aux solides ou aux organes auxquelles le sang se distribue ; je dirai même que ces organes se les approprient presque en totalité. Les veines, le cœur, les artères, éprouvent les premiers les effets de ce stimulus hétérogène ; les tissus nourris par ces matériaux impurs, les organes qui dépendent de la circulation, en un mot, éprouvent aussitôt les effets du fluide insolite ; et jusqu'à ce qu'un changement quelconque survienne dans les fibres vivantes, le remède, le poison introduit est comme non avenu. Une matière contagieuse ou tout autre corps étranger qui resterait caché dans les liquides sans produire aucun trouble dans les fonctions des organes, ne constituerait pas une maladie. Il est généralement admis en effet qu'il n'y a pas de maladie sans dérangement fonctionnel, et qu'il n'y a pas de dérangement fonctionnel là où les organes conservent toute leur intégrité. Que si, partant de ce fait que l'altération des solides est secondaire ou provient de celle du sang, on voulait venir à conclure qu'on doit dans le traitement porter l'attention du côté du sang et diriger la médication de manière à corriger l'état de celui-ci comme étant la cause première de la maladie, on tomberait dans une erreur grave dont les conséquences seraient extrêmement fâcheuses et multiples.

Supposons maintenant, ce qui n'est pas, savoir : que nous connaissions en quoi l'altération du sang consiste réellement, soit à l'aide de l'analyse chimique, soit par d'autres moyens d'investigation, pouvons-nous dans aucun cas corriger directement l'état du liquide, en ôter une partie, introduire des substances particulières à ce qui reste, sans agir en même temps sur les solides ? Pour soutenir une pareille manière de voir, il faudrait considérer les cavités du corps vivant comme des matras de chimistes, et les vaisseaux sanguins comme des cornues inertes. Dans cette erreur sont tombés ceux qui, pour combattre l'affection rachitique, ont cru pouvoir remédier au défaut du phosphate de chaux qu'ils présumaient exister dans le sang, en introduisant dans l'économie, par toutes les voies possibles, du phosphate de chaux ou les élémens de cette substance. On n'avait pas réfléchi que ces substances, pour entrer dans le sang, devaient d'abord parcourir la voie de la première assimilation, dans laquelle les corps sont tellement changés de composition qu'ils deviennent irréconnaissables et doivent enfin se convertir en lymphe, en chyle, et que dans le sang même ils doivent subir encore de nouveaux changemens, acquérir une nouvelle forme, une nouvelle nature. On n'avait pas songé que le phosphate de chaux des os n'est pas le phosphate de chaux des laboratoires chimiques ; que celui que les enfans et beaucoup d'animaux emploient dans les premières voies pour développer si prodigieusement leur squelette ne provient point de l'extérieur, mais émane de l'assimilation organique, et est créé, pour ainsi dire, aux dépens de ces matériaux, qui appliqués ou introduits n'en contiennent point ou qu'à peine.

Mais nous fût-il permis de corriger directement le sang circulant, par des moyens appropriés, aurions-nous pour cela corrigé et guéri la masse des solides où l'altération a pénétré ? Et d'ailleurs, quand par les moyens thérapeutiques on vient à agir sur les solides, n'agit-on pas en même temps, même sans le vouloir, sur le sang qui vit sous la dépendance des solides et se trouve tellement uni à ces derniers que, durant la vie, il forme un tout inséparable ?

Sous quelque point de vue qu'on veuille envisager l'altération du sang, soit comme un produit des organes de la *lymphafisation*, de la sanguifiation et de la circulation, devenus malades, soit comme cause d'affection pathologique dans les organes arrosés par le sang, nourris et excités par lui ; on sera toujours obligé de conclure que cette condition du sang n'est que transitoire, jamais isolée, jamais indépendante, et que le pathologue, au lieu de s'égarer dans les obscures et inextricables altérations du sang, doit tenir son œil fixe sur l'état des organes et sur les souffrances évidentes qui résultent de la lésion de leurs fonctions, et le clinicien, au lieu de se livrer à la vaine prétention de recomposer les ingrédiens et les proportions du sang, doit plutôt viser à rendre aux organes leur intégrité première, d'où résulte le rétablissement de leurs fonctions normales et par conséquent de la santé.

Je sais bien que quelques personnes, qui sacrifient tout à leurs idées favorites, répondront par cette phrase inepte et ridicule, que c'est là de la théorie que l'observation pratique ne confirme point. J'avoue que je n'ai rien à répondre à ce misérable argument. Je dois néanmoins déclarer que si les considérations et les faits précédens ne m'avaient pas paru conformes à l'observation pratique de tous les jours, je ne les aurais pas invoqués. Nous allons voir, en effet, que tout cela est basé sur la pratique la plus rigoureuse.

(La fin à un prochain numéro.)

Erratum. A la fin de l'article sur le *Phymosis*, inséré dans notre dernier numéro, le passage relatif à la composition chimique des calculs extraits du prépuce de l'individu dont il était question, a été tronqué par une faute de typographie ; après ces mots : voici leur composition chimique ; *lisez* : les deux ou trois plus gros avaient au centre du phosphate de chaux pur, enveloppé dans une couche assez épaisse de phosphate ammoniaco-magnésien aussi presque pur, quelquefois mélangé d'un peu de phosphate calcaire ; le phosphate ammoniaco-magnésien prédominait d'ailleurs dans tous ; quelques-uns avaient en outre une écorce mince, formée presque uniquement de cette dernière substance. C'est, du reste, la composition assez ordinaire des calculs qui se développent dans cette partie.

eaux de Vichy. Les eaux de Vichy, dit M. le rapporteur, guérissent de la goutte ; mais elles ne rendent pas l'homme immortel.

M. Rochoux regarde les faits qui ont formé la base du rapport comme fort concluans et d'une valeur incontestable ; en conséquence aucune objection sérieuse ne saurait être élevée contre les conclusions de la commission. Quant à la question scientifique qui se rattache à ces faits, elle aurait pu, selon M. Rochoux, être traitée d'une manière plus détaillée. M. le rapporteur a dit ce qu'on savait sur la pathologie de la goutte, mais il n'a point dit ce qu'on pourrait savoir. On a parlé des accidens consécutifs de la goutte, des maladies qu'elle produit, pourtant on n'a pas encore précisé s'il y avait, par exemple, plus de pneumoniques, de pleurétiques, d'apoplectiques parmi les goutteux que parmi les sujets non goutteux.

M. Gimelle rapporte le cas d'une personne goutteuse offrant des symptômes de péricardite, et qui, étant allée à Vichy, éprouva une augmentation de la maladie pendant l'usage de ces eaux.

M. Gueneau de Mussy défend le rapport. Les faits qui ont servi de base au travail de la commission sont en nombre considérable, ils n'ont point été choisis à dessein dans le but de soutenir une idée dominante ; ils sont relatifs à tous les sujets traités pendant deux années à Vichy, notés indistinctement avec le plus grand soin, suivis, vérifiés en partie par la correspondance particulière de la commission : dans le nombre de 80, tout se trouve, le bon et le mauvais, les cas favorables comme les cas d'insuccès. Eh bien! sur ce chiffre de 80, 70 se rapportent à des sujets souffrant d'une goutte articulaire depuis longues années, éprouvant tous les ans ou plusieurs fois dans l'année, des accès intolérables, ne pouvant plus marcher, etc., et qui tous ont été, ou grandement soulagés, ou complètement guéris sous l'influence des eaux de Vichy. Quant aux dix autres, si on les examine de près, on verra qu'ils sont loin d'être contraires à l'efficacité des eaux de Vichy ; il s'agit en effet de cas compliqués, de goutte coexistante avec des maladies intérieures. Les eaux n'ont été employées qu'à peine, ou elles l'ont été pendant quelque temps sans succès ; mais dans aucun cas, leur usage bien réglé n'a nui à la maladie. Comment s'empêcher, d'après cela, d'exprimer une opinion favorable sur l'efficacité des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte?

M. Bérard rappelle quelques-unes des expériences qu'une commission fit, il y a deux ans, avec les eaux de Vichy, relativement à leur vertu lithotriptique.

M. Bouillaud examine d'abord la question de la goutte sous le rapport de ses complications. Il s'est assuré, par l'examen de plusieurs centaines de malades qu'il a traités à sa clinique depuis sept ans que presque toujours la goutte et le rhumatisme se trouvent compliquées de lésions intérieures, péricardite ou endocardite. Il cite les chiffres des relevés statistiques qu'il fait en ce moment pour un ouvrage qu'il va publier. Il déduit de ce seul fait que la mort des sujets dont ont parlé MM. Double et Ferrus ne saurait être raisonnablement attribuée à l'action des eaux de Vichy. Arrivant ensuite à l'efficacité particulière de ces eaux, M. Bouillaud exprime une opinion favorable et pense qu'elles ne peuvent être qu'utiles aux goutteux dans le plus grand nombre des cas. Il ne faut pas oublier du reste, ajoute-t-il en terminant, que les goutteux sont souvent affectés d'une maladie organique du cœur. Sur 300 cas de sujets atteints de maladies du cœur, il en a trouvé 150 qui étaient goutteux. Cette remarque est importante pour la direction du traitement.

M. Delens parle dans le sens du rapport. Il regarde les eaux de Vichy comme le remède souverain pour les goutteux, soit qu'on aille les boire à la source, soit qu'on les boive à Paris. Il cite le cas d'une dame qui se trouvait depuis douze ans dans l'état le plus déplorable par suite d'une goutte générale indomptable ; il l'envoya l'année dernière à Vichy ; elle en est revenue dans l'état le plus satisfaisant, et continue à jouir des bienfaits de la médication. Deux hommes, à Paris, souffrant habituellement de la goutte, sont traités par lui depuis deux ans à l'aide des eaux de Vichy, qu'ils boivent journellement ; ils n'ont plus éprouvé d'accès, et, chose remarquable, ils n'ont pas cessé de vivre d'ailleurs à leur ordinaire et de faire bonne chère.

Aux voix le rapport. Plusieurs amendemens sont proposés. Une légère modification, proposée par M. Bouillaud, a été adoptée.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés à l'unanimité.

Séance levée à cinq heures.

NOUVELLES DIVERSES.

— L'administration des hôpitaux créa, il y a dix ans, un service spécial pour le traitement des calculeux, et confia ce service à M. le docteur Civiale, afin de faire participer les malades indigens aux avantages de la lithotritie. Mais le nombre des lits dont M. Civiale pouvait disposer n'était pas suffisant ; déjà plusieurs malades avaient été refusés, et d'autres s'étaient résignés à attendre un lit vacant.

L'administration frappée de ces inconvéniens, vient, par un arrêté spécial, d'agrandir le service des calculeux, et de le compléter en y ajoutant quelques lits pour les femmes.

Cette nouvelle décision intéresse l'humanité et l'art chirurgical. Tous les malades qui se présenteront à l'hôpital Necker seront reçus et admis sur-le-champ ; et dans ce nombre plus considérable de faits, M. Civiale trouvera les occasions de compléter son enseignement sur un point important de chirurgie qu'il exerce avec la plus grande distinction.

— M. Boyer, professeur de pathologie externe à la Faculté de Strasbourg, demande à prendre la chaire de physiologie vacante par la nomination de M. Bouisson à la chaire de M. Dugès, à Montpellier.

— *Faculté de médecine de Paris.* A l'avenir, les candidats au cinquième examen de docteur seront alternativement interrogés dans la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu ou de la Charité, sur les maladies internes, après la visite des malades.

L'examen durera une heure pour chaque candidat, au lieu des trois quarts d'heure fixés par l'arrêté du conseil royal, en date du 26 septembre 1837.

— M. Bouillaud commencera ses leçons de clinique, le lundi 6 de ce mois.

Les visites auront lieu de sept à neuf heures du matin, et les leçons de neuf à dix heures.

La première leçon sera consacrée à l'exposition des principes et des progrès de la *Clinique exacte*.

Paris. — Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 4 AVRIL 1840. (13e ANNÉE.) N° 41, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.,
Etranger. 1 an, 45 f.

HOPITAL NECKER. — M. CIVIALE.

Service des calculeux.

Par une décision spéciale du conseil des hôpitaux, le service des calculeux dont M. Civiale est chargé depuis 10 ans à l'hôpital Necker, a été augmenté et complété. Cette utile mesure fera participer un plus grand nombre d'indigens aux bienfaits de la lithotritie. Aujourd'hui les malades sont admis directement et sur-le-champ, tandis qu'auparavant l'insuffisance des lits obligeait d'en refuser plusieurs ou de les faire attendre.

Sous le point de vue de l'enseignement et de la propagation de la nouvelle méthode, la décision de l'administration présente des avantages non moins sensibles. Tous les samedis, M. Civiale réunit à l'hôpital Necker un grand nombre de chirurgiens nationaux ou étrangers, et présente des considérations pratiques sur la spécialité qu'il cultive avec tant de succès. En se multipliant, et par les nuances qu'ils présentent, ces faits lui permettent d'agrandir le cadre de ses conférences, et le rapprochement des cas que le public a sous les yeux avec d'autres qui se présentent chaque jour dans sa pratique particulière, lui fournit l'occasion d'aborder les questions les plus délicates relatives aux maladies de l'appareil génito-urinaire. L'empressement avec lequel sa clinique est suivie, malgré la position peu centrale de l'hôpital Necker, prouve l'intérêt qu'elle inspire. Nous donnerons l'analyse de ces conférences et l'indication des faits les plus intéressans.

Samedi dernier, à l'occasion de deux malades dont la guérison venait d'être constatée, et qui ont quitté l'hôpital, M. Civiale a présenté des remarques fort intéressantes sur la récidive de l'affection calculeuse. Ces deux malades avaient la pierre pour la seconde fois. Chez l'un, la récidive était survenue rapidement ; chez l'autre, au contraire, elle n'avait eu lieu que plusieurs années après la première opération. Dans le premier cas, la nouvelle pierre était phosphatique, molle, friable et difficile à reconnaître au moyen de la sonde, à cause de son peu de consistance ; mais elle déterminait d'atroces douleurs, et quoiqu'elle n'existât que depuis quelques semaines, le malade avait maigri et perdu successivement l'appétit et le sommeil ; un catarrhe vésical était survenu aussi. Deux séances très courtes de lithotritie suffirent pour détruire le corps étranger, et dès lors le catarrhe de vessie disparut, le malade cessa de souffrir pour uriner ; les nuits devinrent calmes, l'appétit et les forces reparurent, et la santé se trouva aussi bonne qu'avant le début de la maladie. L'opération fut faite avec une facilité incroyable. On aurait pu craindre que le malade souffrît beaucoup à cause de la phlegmasie vésicale et de son état général d'excitation, mais il ne proféra aucune plainte, et sa physionomie n'exprima pas la moindre douleur. Comme il s'agissait d'une petite pierre, M. Civiale n'introduisit que peu d'eau, afin d'éviter la manifestation des besoins d'uriner, que la faible capacité de la vessie devait faire craindre, et que la distension des parois de l'organe n'aurait pas manqué de provoquer.

Chez le second malade, il n'y avait aucun indice de catarrhe ; le sujet était robuste et sa santé paraissait intacte. Les symptômes de la pierre existaient depuis près d'un an, mais ils étaient peu marqués, et consistaient seulement en des besoins plus fréquens d'uriner, avec un peu de douleur pour les satisfaire ; l'exercice, surtout en voiture, était pénible ; il rendait l'urine rouge et faisait parfois sortir du sang pur.

Cependant les accidens cédèrent au repos et aux adoucissans. La vessie contenait plusieurs calculs peu volumineux mais assez durs. Ces corps furent écrasés avec le lithoclaste à mors plats, tel qu'il a été modifié par M. Civiale, qui en obtient les plus heureux résultats, surtout dans les cas de petites pierres, et qu'il emploie aussi non moins utilement lorsqu'un gros calcul a été morcelé par un instrument fenêtré. La guérison fut complète après deux séances ; le malade les supporta très bien, et il n'en résulta aucun dérangement dans sa santé. Ce qui prouva la dureté de la pierre, c'est le bruit que tous les assistans purent aisément entendre. L'opération fut faite avec une grande facilité, on eût dit que les calculs venaient se placer d'eux-mêmes dans l'instrument, et que l'opérateur n'était pas obligé de les chercher.

Cette particularité nous a frappé dans la pratique de M. Civiale toutes les fois que le corps étranger est peu volumineux et que la vessie n'a point éprouvé d'altération. A la suite de chaque séance, le malade rendait une quantité considérable de débris fortement altérés et composés d'acide urique.

En rapprochant ces deux cas de quelques autres qui s'étaient présentés auparavant, M. Civiale a fait ressortir l'exactitude d'une loi qu'il a exposée dans son Traité de l'affection calculeuse, et d'après laquelle on peut déterminer d'avance la nature de la pierre qu'on va trouver dans la vessie, surtout lorsqu'il s'agit d'une récidive. Toutes les fois qu'après le premier traitement la vessie reste paresseuse, et sous l'influence d'une affection catarrhale, avec ou sans lésions organiques, la santé ne se rétablissant pas d'une manière complète, la pierre a la plus grande tendance à se reproduire, et quelle qu'ait été la nature du premier calcul, celui qui se formera en second lieu sera phosphatique. M. Civiale avait annoncé qu'on le trouverait tel chez le premier des deux malades précédens, et le résultat de l'opération confirma sa prévision. Ces nouvelles pierres une fois formées se développent avec une rapidité extrême, et amènent en général des troubles fonctionnels considérables. Alors on observe un catarrhe vésical et des douleurs atroces, non telles qu'on les voit chez la plupart des calculeux, c'est-à-dire accidentelles, temporaires, survenant lors de l'expulsion des dernières gouttes de l'urine résultant de l'application des parois vésicales sur le corps étranger, et présentant d'ailleurs des interruptions quelquefois fort longues, mais continues, excessives et usant la vie avec une grande promptitude. Chez le malade dont il a été parlé plus haut, elles n'existaient que depuis deux mois, et cependant il avait perdu l'appétit, le sommeil et les forces. Le catarrhe vésical était intense et l'urètre excessivement irritable ; M. Civiale, certain qu'il s'agissait d'un calcul phosphatique très facile à détruire, a fait l'opération avec la plus grande confiance, car l'expérience lui a appris que dans les cas de petites pierres friables, quand on procède avec précaution et qu'on fait des séances fort courtes, les symptômes de la maladie, au lieu d'être aggravés par la manœuvre, éprouvent au contraire un changement favorable.

La première pierre du second malade était d'acide urique ; l'absence de tout état morbide de la vessie et l'état général du sujet avaient fait pressentir que le nouveau calcul serait de même nature. Les symptômes ne différaient pas de ceux qu'on observe généralement ; il n'y avait aucun indice de phlegmasie vésicale, et le malade n'avait rien changé à sa manière de vivre.

D'après la loi que nous venons de rappeler, on devait présumer que les pierres de nouvelle formation (la sonde en avait fait reconnaître plusieurs) seraient de même nature ; c'est effectivement ce que l'expérience démontra. Mais une circonstance nous a frappé, c'est que M. Civiale a pris, pour opérer ce malade, plus de précautions qu'il n'avait fait pour le premier, quoique les conditions de santé fussent meilleures. Voici les motifs de sa conduite : Il y avait plusieurs pierres, mais on n'en pouvait déterminer le nombre, de sorte que celui des séances ne pouvait non plus être calculé que d'une manière approximative ; d'ailleurs le malade était impressionnable et très craintif ; c'était, suivant le dire de M. Civiale, un de ces corps replets et mous, qui supportent mal une opération, surtout quand elle doit se prolonger ; il faut ici procéder avec circonspection, particulièrement au début, et prendre bien garde de déterminer une forte exacerbation, qui pourrait entraîner des réactions graves. La première séance ne dura que trois minutes, la seconde fut plus longue ; la malade la redoutait moins, rassuré qu'il était par le résultat de la première ; nulle réaction n'eut lieu ; les débris de la pierre furent expulsés avec facilité ; l'appétit et le sommeil continuèrent comme avant le traitement, et le malade sortit de l'hôpital dans un état de parfaite santé.

Le retour de la pierre étoit peu à craindre dans ce cas. M. Civiale s'est borné à recommander de boire abondamment soit aux repas, soit dans les intervalles ; à tenir le ventre libre et éviter toute espèce d'excès.

FEUILLETON.

NOTICE MÉDICALE SUR QUELQUES CANTONS DE LA SUISSE ALLEMANDE ;

Par F. MICHEA, D.-M.-P.

(Suite du n° 33.)

Alpes bernoises. Il y aurait beaucoup à dire sur ces Alpes, et en général sur toutes celles de la Suisse, malgré les explorations intéressantes et les recherches curieuses d'une foule de voyageurs célèbres. Mais laissant de côté les expériences des physiciens sur la pesanteur, la température, l'électricité, la composition de l'air des hautes montagnes, les considérations géologiques et minéralogiques de MM. Studer, Hirzel, etc., je devais me contenter de soumettre à mon observation des phénomènes ayant un rapport plus direct avec les faits dont s'occupent la physiologie et la pathologie. En gravissant le mont Eiger et les arêtes du colossal glacier de la Jungfrau, la plus haute montagne de l'Europe après le mont Blanc, et le Finster Aarhorn, je ne fus pas long-temps sans m'apercevoir de l'effet de la raréfaction de l'air sur l'économie. M. de Saussure prétend que cet effet n'est sensible qu'à une élévation de 1400 toises au-dessus du niveau de la mer ; mais je puis assurer que plusieurs personnes en éprouvent tous les accidens à une hauteur beaucoup moins considérable.

Les premiers phénomènes qui apparaissent consistent, comme on l'a dit, en un sentiment de malaise et de fatigue, et notamment en une accélération très sensible de la respiration. A cela viennent se joindre, si l'on continue de gravir, des nausées, des douleurs à l'épigastre, des congestions de la conjonctive, de la peau du visage, et en général de tous les tégumens, ainsi que des défaillances et le vertige. L'hémorrhagie des lèvres et des gencives se montre en dernier lieu. On observe très rarement dans les Alpes ces larmes de sang dont quelques voyageurs ont cité des exemples dans les montagnes du Nouveau-Monde.

Ordinairement ces phénomènes ont une succession déterminée et suivent un ordre constant dans leurs divers modes de manifestation ; toutefois le contraire arrive chez quelques individus. Ils varient d'intensité et de rapport suivant une foule de conditions organiques particulières. C'est ainsi qu'arrivé au cratère du volcan de Pichincha, en Amérique, M. de Humboldt fut trouvé étendu sur le sol, privé de connaissance ; tandis que d'une part, sur le mont Rosa, à une distance assez voisine de sa base, M. Zumstein rendit beaucoup de sang par les gencives ; et que de l'autre, au sommet du Chimborazo, à la hauteur qu'ait jamais atteinte aucun autre voyageur, M. Boussingault ressentit seulement de la dyspnée, des nausées et des crampes. Ces divers états morbides ont, comme on voit, la plus grande analogie avec les résultats obtenus sur l'homme, soit avec les grandes ventouses, soit avec tout autre moyen capable de diminuer la pression de l'atmosphère, par M. Junod en France, Clauny et Murray en Angleterre, et les frères Weber en Allemagne.

La dyspnée, le premier symptôme qui frappe l'attention est aussi le plus digne d'intérêt. Chez beaucoup de montagnards, on l'observe à un très haut degré sans qu'on puisse la rattacher à aucune lésion matérielle. C'est en quelque sorte un atshme naturel et fonctionnel. Jurine en a cité plusieors exemples dans son mémoire sur l'asthme.

L'appel général des fluides à la circonférence du corps par la diminution de son contre-poids détermine les défaillances, le vertige, les congestions passives et les hémorrhagies dont j'ai parlé plus haut. Les habitans des Alpes sont très sujets à cette dernière affection. Elle constitue chez eux une véritable diathèse. Saucerotte avait déjà observé que dans les montagnes des Vosges les plaies et les ulcères se compliquaient d'écoulemens de sang, et que le seul moyen de les arrêter, c'était d'envoyer les malades habiter les vallées. Ici cette remarque judicieuse trouve une confirmation pleine et entière. Non-seulement les plaies, ou toute autre solution de continuité se compliquent souvent d'hémorrhagies, mais encore la plupart des muqueuses enflammées, et notamment celles des bronches et du larynx. A l'état physiologique, un mouvement exagéré, une course rapide, et quelquefois la simple action de crier pour rappeler les troupeaux suffisent pour leur donner naissance. Les bergers en particulier rendent souvent du sang par les bronches. Un médecin qui pratique dans un village très élevé de l'Oberland m'a dit avoir connu un chasseur de chamois qui ne pouvait se livrer à la moindre fatigue nécessitée par son métier périlleux, sans voir survenir aussitôt, et à la fois, une épistaxis, une bronchorrhagie, et quelques traces d'exhalation sanguine par le rectum.

Les frères Weber ont expliqué la difficulté qu'on éprouve à mouvoir les articulations sur les hautes montagnes, en démontrant dans leur ouvrage, *De la Mécanique des organes locomoteurs*, que la pression atmosphérique était indispensable à la station et à la marche, qu'elle était même le seul moyen d'union véritable qui maintienne en rapport les diverses pièces articulaires.

M. de Saussure attribue le sentiment de fatigue et de malaise à une déperdition d'influx nerveux, et partant de force musculaire occasionnée par la même cause. Quoi qu'il en soit, à tous ces symptômes, ou états morbides, viennent s'en ajouter d'autres d'un nouvel ordre qui en rendent la nature excessivement complexe. C'est ainsi qu'il n'est pas toujours facile de distinguer l'abattement et l'assoupissement produits par la raréfaction de l'air, de l'engourdissement et de la somnolence, qui résultent de l'impression du froid sur l'économie ; de même que les hypérémies de la conjonctive et de la peau du visage ne sont pas toujours identiques. On se préserve très facilement de celles qui sont l'effet de la stimulation des rayons lumineux réfléchis par les mille facettes des glaciers (il suffit, pour cela, de se couvrir le visage d'un masque ou d'un morceau de taffetas), tandis qu'il n'en est pas ainsi pour les autres.

Je dois mentionner aussi la singulière propriété qu'ont les neiges éternelles de conserver les cadavres. On rapporte que celui d'un enfant à l'état de congélation, ayant été découvert par hasard, et trouvé aussi frais que s'il fût mort de la veille, un vieillard du voisinage le reconnut pour l'avoir vu tomber, il y avait quatre-vingts ans, dans une crevasse, d'où on avait essayé en vain de le retirer. Il existe beaucoup d'autres exemples plus surprenans encore, qui attestent la conservation presque illimitée des matières organiques au sein des glaces et des neiges.

Chaque année, l'imprévoyance des guides, la témérité des voyageurs, et surtout la chute des avalanches, entraînent un certain nombre de ces accidens terribles, de ces fins déplorables dont le froid est la cause ordinaire. Quand on a le malheur de tomber dans une masse de neige ancienne, et de ne pas être secouru sur-le-champ, à moins d'avoir une très grande puissance de réaction, tout effort est inutile. La température du corps ne parvient jamais à liquéfier la masse qui vous entoure ; la circulation se ralentit ; le sang reflue de la circonférence vers le centre, détermine des congestions dans tous les viscères, et notamment dans le cerveau qu'il comprime, et dans lequel il éteint le principe de l'intelligence, du sentiment et du mouvement. Si la neige est récente au contraire, il y a plus de ressources. La chaleur qui s'échappe des tégumens, et celle qui sort avec l'air expiré fondent cette neige, et forment un espace au milieu duquel la respiration

Pour l'autre malade, on n'a pas les mêmes motifs de sécurité ; la vessie étant faible et paresseuse, on doit craindre la stagnation de l'urine et l'apparition d'un nouveau catarrhe ; la pierre pourrait très-bien alors se reproduire. M. Civiale a conseillé l'usage fréquent de la sonde pour vider la vessie et se débarrasser de l'urine, et des injections d'eau froide, tant pour stimuler la contractilité de ce viscère que pour entraîner les dépôts muqueux ou purulens qui pourraient s'y former ; il a prescrit en même temps des lavemens froids, un régime peu copieux mais tonique, et des boissons acidules et diurétiques. Dans ces sortes de cas, c'est moins par le régime et les habitudes de la vie que par une surveillance excessive des fonctions de la vessie, qu'on peut espérer de prévenir le retour de la pierre. M. Civiale insiste beaucoup là dessus, en se fondant sur ce que ce n'est pas dans les reins, mais bien dans la vessie que les calculs phosphatiques se forment presque toujours sous l'influence d'une affection catarrhale du viscère. On comprend dès-lors tous les avantages que peuvent avoir les injections et les irrigations. ***

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. Poirson.

Observation de bronchocèle (goître), guérie pour la deuxième fois au moyen des préparations iodées.

Le 15 décembre dernier, est entré, au n. 3 de la salle 2 des blessés, le nommé Ma..., âgé de trente-deux ans, d'une constitution forte, de tempérament sanguin, habituellement bien portant, soldat au 2e régiment d'artillerie. Ce malade est entré pour obtenir la guérison d'un goître dont les progrès lui ont fait craindre l'interruption forcée (réforme) de son service militaire, auquel il s'est consacré par goût.

Il est natif des environs de Besançon, d'un endroit où le goître règne d'une manière endémique ; il a plusieurs cousins qui en sont atteints, et en a lui-même ressenti les premiers symptômes à l'âge de vingt-six ans, à une époque où il avait déjà quitté son pays natal. La formation de la tumeur ne s'est annoncée par aucun caractère physiologique se rattachant à une altération, soit des fonctions des organes respirateurs et vocaux, soit encore à la déglutition et aux mouvemens du cou. L'augmentation seule du volume du corps thyroïde est venue l'avertir de l'existence d'une affection qui en était encore à son début. Les progrès de la bronchocèle se sont effectués avec lenteur ; mais ayant marché d'une manière continue, au bout de deux ans la tumeur se trouvait déjà avoir acquis le volume du poing : elle était d'ailleurs élastique et molle, au dire du malade, et la peau qui la recouvrait était légèrement pâle vers son point le plus saillant. Alors aussi, le goître, par la compression qu'il exerçait sur plusieurs organes voisins, tels que le larynx, l'œsophage, les artères carotides, les veines jugulaires, donna lieu à de nouveaux symptômes dépendans de la gêne apportée à l'accomplissement des fonctions réparties à ces différens organes. D'une part, en effet, la voix fut altérée dans son timbre ; la déglutition devint légèrement gênée, et des congestions céphaliques avaient fréquemment lieu. Nous devons dire que tous ces phénomènes étaient bien plus marqués lorsque la compression naturelle du goître était accrue par le col-cravate, surtout lorsqu'il se livrait aux manœuvres d'artillerie et aux différens autres exercices pénibles de son arme.

Il se trouvait à cette époque en Picardie, et fut admis dans un hôpital militaire, où, après une saignée générale, on le soumit à un traitement régulier par les préparations d'iode. Nous passerons rapidement sur ce premier traitement, sur lequel le malade ne peut donner que des détails incomplets ; qu'il nous suffise de dire que sous l'influence de cette médication le volume de la bronchocèle fut considérablement diminué et se trouva réduit à celui d'un petit œuf en circonférence, et peu saillant du reste.

Est-il permis de croire que, dans les conditions d'une vie tout à fait opposée, par d'autres habitudes en un mot, cette amélioration aurait progressé au point d'amener une guérison complète ? Oui, sans doute ; car, d'une part, le goître présentait comme condition favorable de s'être développé avec assez de promptitude, et que d'ailleurs les chances de succès sont en raison inverse de l'ancienneté de la maladie.

Quoi qu'il en soit, l'amélioration obtenue ne fut pas de longue durée, et les fatigues auxquelles l'état militaire assujétissait Ma... ne tardèrent pas à donner de l'accroissement au corps thyroïde. Nous ne signalerons pas les nouveaux phénomènes qui accompagnèrent la reproduction du mal, nous contentant à cet égard de décrire l'état du malade au moment de son entrée à l'hôpital du Gros-Caillou.

La tumeur, dont nous n'avons pas besoin de signaler le siége, offrait le volume d'un gros poing ; elle est aplatie, sans changement de couleur à la peau, si l'on en excepte un peu de pâleur plus sensible à son milieu ; les veines qui sillonnent cette membrane sont médiocrement développées, mais beaucoup plus que dans l'état normal de cette région ; la tumeur est élastique et d'une consistance assez molle ; elle est bilobée, et ses deux lobes, de forme ovoïde, se réunissant par leur grosse extrémité constituent une sorte de V qui embrasse le larynx et la trachée et qui est ouvert en haut (nous devons faire remarquer que cette forme de la tumeur lui appartenait plus spécialement vers la fin du traitement, c'est-à-dire à une époque où son volume était considérablement diminué) ; la voix offre un timbre particulier qui la rapproche du croassement ; mais ce phénomène existe à un degré peu prononcé. La déglutition est légèrement gênée ; on n'observe rien d'anormal pendant le repos du malade du côté de la respiration, si ce n'est un peu de gêne dans l'accomplissement de cette fonction ; la sécrétion salivaire n'est point sensiblement accrue.

Il n'en est plus de même quand le malade se livre à quelque exercice pénible : alors la respiration devient gênée, ainsi que la circulation ; Ma... éprouve dans ces momens des congestions très incommodes de la tête, sa figure s'allume, devient turgescente, et il éprouve des accès de suffocation. Il lui suffit, pour faire cesser ces symptômes alarmans, d'ôter sa cravate, à laquelle il les attribue en grande partie, et de prendre quelques instans de repos.

Il serait inutile de détailler le traitement subi par Ma... au Gros-Caillou : nous le signalerons sommairement afin d'éviter les répétitions. La teinture d'iode a été administrée tous les jours à l'intérieur, d'abord à la dose de 15 gouttes dans 6 onces de julep gomineux, que l'on a porté successivement à 20 gouttes, toujours dans la même quantité de véhicule ; en même temps le malade a pris deux pilules de Belloste et a fait usage de tisane de saponnaire ; enfin la tumeur a été frictionnée avec la pommade d'hydriodate de potasse.

Par l'emploi de ces différens moyens, la bronchocèle a été progressivement en diminuant, et avec elle tous les dérangemens fonctionnels qui l'accompagnaient. Aux derniers jours de mars elle était très molle quoique élastique, très aplatie, ou, en d'autres termes, peu saillante, et était réduite en circonférence au volume d'un œuf. Tout alors faisait espérer une prompte et entière guérison.

— Cette observation ne manque pas d'intérêt à plusieurs égards. Une des circonstances les plus curieuses de ce fait c'est de voir le goître se développer chez un habitant d'un pays où cette affection règne endémiquement, lorsque plus qu'adulte déjà il a depuis un certain temps quitté le pays où il n'en avait jamais ressenti aucune atteinte. A cet à-propos nous ne pouvons nous dispenser de citer un fait des plus intéressans qui a présenté des circonstances tout-à-fait opposées.

Une femme, née dans une contrée de la Savoie où le goître n'est pas endémique, se marie à dix-sept ans, et va habiter le Tessin, où cette maladie est fort commune. Un an après son mariage, il ne s'était opéré encore aucun changement dans le volume de son cou ; mais elle devint enceinte, et presqu'aussitôt il parut un gonflement indolent de la glande thyroïde. A mesure que la grossesse avance, le gonflement devient plus considérable, et il perd de sa mollesse sans devenir douloureux. Au terme de la grossesse, il avait le volume du poing. Après l'accouchement, la mère allaite son enfant, et au bout de six semaines la tumeur ne présente plus que le volume d'un œuf de pigeon. Pendant une deuxième et une troisième grossesse, les mêmes phénomènes se firent remarquer. Pendant une quatrième, la malade éprouva un violent chagrin et quitta la Savoie ; elle vint accoucher à Paris, clinique de l'Ecole, service de M. Dubois, où une sage femme (madame Callé) a recueilli cette observation. Dans ce moment la tumeur égalait le volume des deux poings, et descendait jusque sur le sternum. Cette fois madame ..... n'allaite pas, mais elle habite Paris. Son goître peu à peu diminue de volume et revient à son état habituel, qui n'a pas été changé par une cinquième grossesse survenue sans que madame ..... ait changé de résidence (Ferrus).

Assurément dans ces deux cas le goître s'est développé sous l'influence des causes qui le font régner d'une manière endémique, soit dans les environs de Besançon, où est né Ma..., soit dans le Tessin, où la dame alla s'établir en quittant dans la Savoie, son pays natal, le lieu qu'elle habitait et dans lequel le goître ne régnait pas endémiquement. Mais évidemment, chez le premier, à l'influence du lieu sont venues s'ajouter des conditions individuelles spéciales, héréditaires peut-être, puisque au lieu de guérir de son goître après avoir quitté son pays natal, ainsi qu'il est arrivé à la dame après être venue s'établir à Paris, il a été atteint de la maladie à laquelle il avait échappé pendant son séjour au pays natal. Il est à présumer que les efforts et les manœuvres que comporte le service de l'artillerie n'ont pas été sans influence dans la production de la bronchocèle ; cela nous paraît au moins incontestable pour la récidive.

Nous ne devons pas omettre de dire que l'intelligence de cet homme est assez développée, et que chez lui le goître est loin de se lier au crétinisme

Le traitement employé nous fournit également l'occasion d'entrer dans quelques détails. Employé depuis longtemps dans les cendres d'éponge, l'iode guérissait les goîtres à l'insu, pour ainsi dire des médecins, lorsque M. Coindet, de Genève, pensa que c'était lui qui constituait le principe actif de l'éponge marine. Ses expériences, et

---

peut s'exécuter librement ; et pour peu que les individus résistent au sommeil ordinairement fatal, on réussit presque toujours à les sauver. Le moyen qu'on emploie pour les rappeler à la vie est connu de tout le monde.

On commence d'abord par les plonger dans de l'eau froide, puis graduellement dans de l'eau qui l'est moins ; on arrive ainsi à l'eau tiède, puis à l'eau chaude, et enfin on les couche dans un lit bien bassiné. De cette façon la connaissance, le sentiment et le mouvement ne tardent pas à reparaître avec l'activité normale de la circulation, et le retour des fluides dans les vaisseaux superficiels.

La plupart des individus échappés à cette mort racontent n'avoir éprouvé d'autre sensation que celle d'un engourdissement profond et général, d'une somnolence irrésistible et même attrayante. Nos soldats accusaient, comme chacun sait, les mêmes sensations au milieu des rigueurs de la trop fameuse campagne de Russie ; de sorte qu'il est maintenant avéré que la mort par le froid est la plus douce de toutes.

INFLUENCE DES VOYAGES EN SUISSE SUR L'ÉCONOMIE.

Depuis la fin du printemps jusqu'au milieu de l'automne, la Suisse est l'hôpital d'une partie de l'Europe ; elle sert de rendez-vous et d'asile à un grand nombre de ses valétudinaires, convalescens, hypochondriaques, fous, et spleenitiquas puissans et fortunés. En échenge de leur or, cette vieille terre de l'indépendance leur donne, sinon toujours la santé, du moins du calme à leurs souffrances, une trève à leur ennui ; elle leur délivre tous ses trésors de jeunesse éternelle et de majestueuse beauté.

Au milieu du lac de Bienne, dans cette délicieuse petite île Saint-Pierre, entre le mélancolique Jura et les cimes resplendissantes des Alpes. Jean Jacques oubliait sa *lypémanie*. Seul sur les Grèves, dans le ravissement de sa pensée, il pouvait dire avec raison : « De toutes les habitations où j'ai demeuré, aucune ne m'a rendu si véritablement heureux que l'île Saint-Pierre. Que ne puis-je aller finir mes jours dans cette île chérie, sans en ressortir jamais ? »

Dans le chalet des montagnes, au milieu de la poussière des cascades, sur la croupe des glaciers, Byron perdait l'âpreté de son ironie et l'amertume de son désespoir.

Obermann, cette existence maladive, type des douleurs morales de tous les siècles, et du nôtre en particulier ; ce symbole trop fidèle de son activité dévorante et de son ardeur inquiète ; en un mot cette personnification de l'ennui qui fait le fond de la vie humaine, dit Bossuet, Obermann aimait la Suisse, et la visitait souvent. Fuyant le monde avec lequel il n'avait point de rapport, la réalité et l'action qu'il ne comprenait pas, il y trouvait le quiétisme de l'âme, la possibilité de la contemplation intérieure. « Je cherche à être là, dit-il, parce qu'il me semble que je serais mal ailleurs. C'est le seul pays voisin du mien qui contienne généralement de ces choses que je désire. »

L'efficacité des voyages en Suisse, dans les maladies nerveuses, n'est contestée par personne. A part les effets purement extérieurs ou physiques qu'on retire du changement d'air, de localité, d'habitudes, de manière de vivre, etc., on peut dire que le bien-être moral qui en résulte, que leur influence sur les facultés cérébrales sont immenses. Mais il ne faudrait pas les conseiller indifféremment dans tous les cas, sans distinction de genre ni d'espèce, et surtout sans avoir égard aux causes multiples qui leur ont donné naissance. C'est ainsi qu'une excursion en Italie serait plus utile dans une monomanie religieuse, ascétique ou toute autre, développée sous l'influence de méditations trop fortes, trop exclusives et trop prolongées. Dans ce cas, les merveilles de la statuaire antique et de la peinture chrétienne, jointes aux délices du climat, seraient plus propres que les sauvages beautés de la nature à ramener l'intelligence aux impressions et aux actes ordinaires de la vie sociale. Pour les idées fixes qui ont leur point de départ dans une ambition déchue, un amour malheureux, une dissension domestique, la Suisse est préférable. Au pied de ses neiges éternelles, sur la cîme de ses géants de glace, le monde expire : les passions humaines, les intérêts, les préjugés disparaissent. L'individualité matérielle s'éteint, succombe en quelque sorte, écrasée sous le poids de l'immensité, de l'infini, de l'inconnu. Il est peu de ces êtres délicats, que l'atmosphère des villes étiole et fait languir, de ces intelligences d'élite que le commerce des hommes a flétries, que la fatalité des choses a brisées, qui n'y rencontrent le bien être et la vigueur, qui n'y recouvrent le courage et le calme de la résignation.

— La Société médico pratique a mis au concours la question suivante :

Apprécier l'influence sur l'organisme sain et malade des divers flux sanguins dont le développement, ou la suppression ont été spontanés ou provoqués ; déterminer ensuite les lois physiologiques de cette double influence.

Prix : Une médaille d'or de 300 fr. sera accordée au mémoire qui remportera le prix. Les manuscrits devront être envoyés franco, avec le nom de l'auteur scellé, avant le 1er janvier 1841, et adressés au secrétaire général, M. Lagasquie, place de l'Estrapade, n. 30.

— Par arrêté ministériel en date du 18 mars dernier, M. Malgaigne a été nommé chirurgien de l'hospice de Bicêtre, où il plissait déjà les fonctions de chirurgien provisoire.

— Par ordonnance du roi du 28 mars 1840 :

Art. 1er. Il est créé auprès des Facultés des sciences trois ordres d'agrégés correspondant aux grandes divisions de l'enseignement scientifique, savoir :

Des agrégés pour les sciences mathématiques ;
Des agrégés pour les sciences physiques ;
Des agrégés pour les sciences naturelles.

Art. 2. Ces divers agrégés seront nommés au concours.

Un concours spécial sera institué pour chacun des trois ordres d'agrégation ci dessus déterminés.

Un réglement, délibéré en Conseil royal de l'instruction publique, déterminera la nature et le mode des épreuves de chaque concours.

Art. 3. Tout candidat à l'agrégation des sciences mathématiques devra justifier des grades de docteur ès-sciences mathématiques, de licencié ès-sciences physiques et de licencié ès-sciences naturelles.

Tout candidat à l'agrégation des sciences physiques devra justifier des grades de docteur ès-sciences physiques, de licencié ès-sciences mathématiques et de licencié ès-sciences naturelles.

Tout candidat à l'agrégation des sciences naturelles devra justifier des grades de docteur ès-sciences naturelles, de licencié ès-sciences physiques et de licencié ès-sciences mathématiques.

Art. 4. Les dispositions diverses de notre ordonnance du 24 mars 1840, sur les agrégés des Facultés des lettres, sont applicables aux agrégés des Facultés des sciences.

Art. 5. Notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique est chargé de l'exécution de la présente ordonnance.

celles de Deccaro et de Bréra, confirmèrent bientôt son opinion à cet égard. L'iode fut employé, ainsi que l'un de ses composés. L'hydriodate de potasse fut administré à la dose de 48 grains dans une once d'eau distillée, par M. Coindet qui, pour rendre la solution plus active, y ajoutait quelquefois un peu d'iode. La teinture d'iode fut également employée et, comme nous l'avons vu, c'est d'elle qu'on a fait usage chez notre malade.

Cette médication perd tous les jours de ses adversaires: M. Ferrus, qui l'avait d'abord combattue, lui a reconnu depuis des avantages incontestables. L'iode peut également être employé à l'extérieur avec avantage, c'est ce que Heidenreich conseille de faire. Il est parfois utile de commencer le traitement par une application de sangues.

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies; par M. Malgaigne.

(Neuvième leçon.)

DES PELOTES HERNIAIRES.

Après la ceinture, la partie la plus importante du bandage herniaire est la pelote; et même on pourrait dire qu'à certains égards la pelote remplit un office plus essentiel. C'est elle en effet qui est l'agent de la pression immédiate; et selon que cette pression sera bien ou mal exercée, la hernie sera bien ou mal contenue, quelle que soit la ceinture employée. On peut, jusqu'à un certain point, recourir, pour une hernie donnée, à toutes les espèces de ceintures; en se bornant à un ressort spécial, il suffit d'en varier la longueur et la force, et les bandagistes peuvent avoir des ressorts préparés à l'avance et par douzaines, qui conviendront à toutes les hernies; au contraire, non-seulement chaque espèce de hernie, mais chaque hernie demande en quelque sorte une pelote spéciale dont il faut prendre la mesure sur chaque individu.

On peut envisager les pelotes herniaires sous le double rapport de la matière et de la forme.

Quant à la matière, on peut distinguer:

1° Les pelotes molles et sans élasticité, comme les tampons de charpie, de linge, de papier mâché; les sachets de poudres médicamenteuses, etc. Je ne les cite que pour mémoire; essentiellement alliées aux ceintures molles, elles n'offrent assez de résistance ni par elles-mêmes, ni par la ceinture qui leur sert de support, et doivent être absolument rejetées.

2° Les pelotes molles, non élastiques, mais adossées à une plaque résistante. Telles sont la plupart des pelotes employées de nos jours; sur une plaque métallique de forme et d'étendue variable, on assujétit une pelote généralement constituée par une enveloppe de toile solide, rembourrée de bourre, de crin, de laine, etc.; et le tout, pelote et plaque, est définitivement recouvert d'une peau chamoisée. Quant ces pelottes sont neuves, elles offrent une mollesse satisfaisante combinée avec une suffisante résistance; et par la faculté qu'elles ont de s'affaisser dans les points où la pression est la plus forte, elles présentent l'avantage de se mouler jusqu'à un certain point sur les parties où on les applique. C'est un avantage réel, et qui fait que je les préfère dans certains cas que je signalerai en temps et lieu. Mais il s'en faut de beaucoup qu'il soit tel que la théorie le ferait espérer; et au bout de quelque temps, surtout quand on se sert d'un ressort un peu puissant, le tassement des matières qui constituent la pelote est tel que la forme primitive a complètement disparu, que la mollesse a fait place à une dureté égale ou peu s'en faut à celle du bois; et enfin la sueur, pénétrant les élémens de la pelote, finit par en faire un objet à la fois dégoûtant et nuisible. Si l'on veut de la solidité, ces pelotes ne valent rien, puisqu'elles sont sujettes à s'affaisser; si on veut de l'élasticité, elles en manquent absolument; si on veut de la mollesse, au bout d'un mois elles l'ont presque entièrement perdue; enfin elles perdent aussi promptement la forme qu'on avait cru devoir leur donner. Conçoit-on qu'avec tous ces défauts elles soient restées jusqu'ici les plus usitées? Je le répète, je n'y ai recours que dans des cas exceptionnels; et en thèse générale elles sont aussi mauvaises que celles dont nous avons parlé en premier lieu.

3° Les pelotes élastiques; et elles peuvent, jusqu'à présent, se diviser en deux catégories. D'abord, on a essayé de communiquer à la pelote une élasticité indépendante de celle de la ceinture à l'aide de ressorts métalliques diversement combinés. Quelques bandagistes du dix-huitième siècle montaient la pelote sur deux plaques, entre lesquelles des ressorts courbes étaient disposés à peu près comme les ressorts elliptiques adoptés en dernier lieu pour la suspension des voitures. M. Jalade-Lafond avait imaginé de former la convexité de la pelote même avec des lames d'acier qui cédaient et revenaient dans les diverses pressions, mécanisme ingénieux, mais un peu trop compliqué. Enfin, plus récemment, on s'est servi de ressorts en spirale interposés entre les deux plaques de la pelote: cela ne paraît pas avoir d'importance réelle. En effet, la pelote étant soutenue par le ressort élastique de la ceinture, quelle nécessité d'y surajouter un second ressort intermédiaire? J'avouerais d'ailleurs que je n'en parle ainsi que par hypothèse; je ne sache pas qu'aucun bandagiste actuel ait conservé les pelotes à soufflet du dernier siècle; M. Jalade-Lafond a à peu près abandonné sa pelote élastique, et les pelotes à ressorts spiraux n'ont été appliquées qu'à la hernie ombilicale, en sorte que je n'ai pas eu occasion de les essayer (1).

Mais il est une autre espèce de pelotes élastiques qui ont fait grand bruit dans ces derniers temps, et qui ont eu, comme plusieurs des ressorts dont nous avons parlé, les honneurs d'un rapport favorable et d'une complète approbation de l'Académie royale de médecine. Je veux parler des pelotes en caoutchouc remplies d'air de MM. Cresson et Sanson. Il faut dire, à la louange de ces honorables confrères, qu'en réclamant l'avis de l'Académie, ils avaient d'abord cherché la sanction de l'expérience. La théorie leur était toute favorable. Une pelote à air étant appliquée sur l'anneau inguinal externe, dans une hernie directe, par exemple, lorsque la hernie fera effort pour sortir, elle repoussera le centre de la pelote; mais tandis que les pelotes ordinaires reculent en masse sous cette impulsion centrale, ici le centre seul de la pelote se déprimait, et l'air, refoulé à la circonférence, y formait un bourrelet qui résistait à la hernie et l'empêchait d'aller plus loin. Ces prévisions de la théorie furent vérifiées au Bureau central et dans les hôpitaux. Les pelotes à air contenaient admirablement bien les hernies les plus difficiles; et, en outre, leur pression était sans comparaison plus douce et plus facile à supporter que celle d'aucun autre appareil.

Aussi, comme je viens de le dire, l'Académie donna son approbation; et qui l'aurait refusée, après les résultats fournis par l'expérience? Et toutefois, qu'il me soit permis de le dire, en admettant ces résultats, il fallait encore limiter l'emploi de ces pelotes à certaines espèces de hernies; et par exemple, elles n'auraient jamais convenu aux hernies indirectes, dans lesquelles il faut exercer sur tout le canal une pression assez forte pour empêcher la hernie d'y pénétrer le moins du monde. Mais du moins, direz-vous, conviennent-elles pour les hernies directes? Hélas non, Messieurs; et l'expérience, mais une expérience mûre, long-temps suivie, menée jusqu'à son terme, a cassé la décision académique et réduit à néant les expériences hâtives qui l'avaient conseillée. Pendant huit jours, quinze jours, un mois, ces pelotes étaient admirables; mais peu à peu l'air s'échappait à travers le kyste de caoutchouc que l'on avait supposé imperméable; chez quelques sujets, au bout de deux mois; chez d'autres, après six mois; chez d'autres enfin, il fallut un an. Mais dans tous les cas, les pelotes se vidaient, les hernies s'échappaient; et nous voyions revenir les hernieux désenchantés de ces bandages qui d'abord avaient été si efficaces. On essaya de souder le caoutchouc d'une manière plus solide, rien n'y fit, ce n'étaient pas les soudures qui manquaient; c'était le caoutchouc même qui laissait échapper l'air par tous ses pores. Et après avoir reçu des éloges de toutes parts, la société Cresson et Sanson fut obligée de se dissoudre. M. Cresson qui a continué à s'occuper des hernies avec succès, et dont j'aurai à vous rappeler le nom plus d'une fois, a lui-même renoncé aux pelotes à air fixe dont il était l'inventeur; il fait seulement des pelotes à air mobile, que l'on peut vider et remplir à volonté à l'aide d'une petite pompe qui s'adapte à la pelote; appareil qui revient assez cher, et qui ne donne pas encore une complète sécurité.

Et, toutefois, ce moyen doit-il être entièrement rejeté? Ce n'est pas là mon avis. Il est des sujets qui ont l'épine pubienne tellement saillante, qu'elle semble vouloir percer la peau; supposez-les atteints d'une hernie inguinale directe; toute pelote un peu dure, qui pressera sur cette épine, ne pourra pas être supportée trois jours. Quand je mettrai sous vos yeux les détails de mes expériences comparatives, je vous citerai un cas de ce genre: un individu dont la hernie, assez difficile, fut cependant contenue par plusieurs bandagistes, mais qui ne pouvait supporter aucune pelote à cause de la pression sur l'épine du pubis. La pelote à air, de M. Cresson, fut pour lui un véritable bienfait, et véritablement elle remplit alors une indication qui trouve tous les autres moyens impuissans et inutiles.

Enfin, les pelotes dures, c'est-à-dire qui ne cèdent point à la double pression exercée par le ressort et par la hernie, et qui gardent toujours la forme primitive qu'on leur a donnée. On peut en distinguer de quatre espèces, savoir:

Les pelotes en bois, dont je vous ai montré les échantillons, qui peuvent bien remonter jusqu'au seizième siècle. On en a fait en buis; mais le buis est trop lourd, et on préfère aujourd'hui le hêtre. Tout récemment, les pelotes en bois, dont personne ne se servait plus, ont retrouvé en Amérique une faveur toute nouvelle, qui s'est même étendue beaucoup plus loin. En voici l'origine: Un bûcheron qui portait un bandage ordinaire, en fendant du bois, sentit couler sa hernie; il eut beau la remettre, le bandage ne la contenait plus, lorsqu'il imagina de placer sous la pelote un éclat de bois grossièrement arrondi, et à l'instant la hernie se trouva bien contenue. J'espère vous donner une explication très naturelle de ce fait, quand j'en viendrai à la forme des pelotes; mais notre Américain en conclut que sa hernie avait été contenue par le morceau de bois. L'idée parut bonne à être mise en spéculation. Stagner fit des pelotes en bois; le docteur Hood les modifia; d'autres encore s'en mêlèrent. On annonça qu'elles produisaient des cures radicales; et un journal de médecine, justement estimé, publia un rapport fort bien fait d'ailleurs d'une société savante, à l'avantage des pelotes nouvelles. L'ancien monde ne devait pas en être long-temps privé. Un certain Carpenter nous apporta de ces pelotes dont je vous montre ici des modèles; il prit un brevet d'importation; et s'étant associé avec un docteur français, M. Hérisson, tous deux remplirent la quatrième page des grands journaux des fastueuses propriétés de la pelote américaine. Elle guérissait toutes les hernies; ce qui, pour le dire en passant, tendait à démontrer que MM. Carpenter et Hérisson ne savaient pas ce que c'était que des hernies. J'ai eu ces deux pelotes de malades qui les avaient payées fort cher, et à qui elles avaient écorché la peau; là s'était bornée leur efficacité curative. Il y a même toute apparence que les annonces n'ont pas porté tout le fruit qu'on aurait pu en espérer; car il y a fort long-temps déjà que les journaux ont cessé de nous en entretenir.

Ces pelotes étaient détestables et par leur forme et par leur mode d'application; et quand à la matière, elle offre une dureté dont la peau ne s'accommode pas toujours. Je ne vois aucun avantage à appliquer le bois à nu sur la peau nue, et les inconvéniens sont manifestes. La conséquence est aisée à tirer.

Les pelotes en ivoire ont été proposées dans le dernier siècle; elles sont plus lourdes, plus chères et au moins aussi dures que les pelotes en bois, sans un seul avantage à mettre à côté de ces inconvéniens.

Les pelotes en bois garnies de laine et recouvertes de peau chamoisée semblent avoir eu pour but d'échapper à ces reproches. Je ne sache guère que M. Wickam qui les emploie à Paris d'une manière à peu près générale; mais j'ai essayé un assez grand nombre de ses bandages et de ses pelotes pour me prononcer en toute sincérité. En voici une que je vous présente: sous la peau chamoisée vous voyez une couche de laine d'un centimètre environ d'épaisseur, et au-dessous le noyau en bois. A l'extérieur la pelote accuse le noyau ligneux par un piqué qui cerne sa circonférence; au dehors de ce piqué est un rebord constitué uniquement par la peau chamoisée et la laine, et qui empêche que la peau du malade soit offensée par le rebord de la pelote de bois. La pelote garde exactement la forme de son noyau central; et cependant elle exerce une pression assez molle; peut-être avec le temps perd-elle un peu trop de cette mollesse primitive; mais c'est là tout ce que j'ai trouvé à lui objecter.

M. Wickam avait aussi apporté en France des pelotes à plaques métalliques bombées, dont je vous ai montré des échantillons tirés des collections de la Faculté. Comme aux pelotes en bois, on leur donnait l'étendue, la forme, la convexité convenables et on les garnissait de même. Elles ont donc les mêmes avantages; mais elles sont plus lourdes, moins faciles peut-être à préparer à l'instant, suivant la forme exigée par telle ou telle hernie, et je préfère les pelotes en bois.

Cependant l'inconvénient réel qui résulte du durcissement de ces dernières m'avait fait songer à les remplacer. Je voulais, avant tout, une matière qui gardât sa forme; car la forme est un élément capital, comme vous le verrez, de l'efficacité des pelotes; il fallait ensuite qu'elle fût moins dure que le bois et qu'elle eût donc une certaine souplesse unie à une solide résistance.

Le caoutchouc en masse compacte m'a semblé réunir toutes les conditions; M. Cresson, qui le manie fort habilement, m'en a fabriqué des pelotes de toutes les dimensions et de toutes les formes, et ce sont celles que je prescris le plus volontiers. Il restait à savoir si, par l'effet du temps, elles ne s'affaisseraient pas ou ne perdraient pas leur forme; en voici une qui a été portée un an, et qui n'est nullement déformée. Du reste, d'après ce que j'ai dit précédemment, vous voyez que je suis loin de leur accorder une préférence exclusive. Pour les localités qui ne pourraient s'en procurer, les pelotes en bois garnies remplissent presque aussi bien les mêmes indications, et souvent je les emploie moi-même; ensuite il y a des cas où j'ai recours aux pelotes à air, et enfin aux pelotes rembourrées montées sur une plaque métallique. Nous allons signaler ces indications spéciales, en parlant des formes que les pelotes doivent avoir dans les diverses espèces de hernies inguinales.

(1) Dans des leçons postérieures, M. Malgaigne a fait voir à son cours les pelotes à ressorts spiraux de M. Pernet, destinées aux hernies inguinales et crurales, et soutenues seulement par une ceinture en cuir et des sous-cuisses. Un premier essai tenté avec ces pelotes a donné des résultats très satisfaisans; mais M. Malgaigne a cru devoir provoquer de nouvelles expériences, en vue surtout de s'assurer si les pelotes ainsi construites ont une solidité assez durable pour qu'on puisse s'y fier. Nous rendrons compte des résultats.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séances des 5 février et 4 mars. — Présidence de M. Mojon.

La correspondance comprend:

1° Une lettre de M. le docteur Thierry; l'auteur se porte comme candidat pour la première nomination de membres résidens. Il adresse en même temps la liste de ses titres. (Commission composée de MM. Gillette et Adorne.)

2° Lettre de M. Gauthier de Claubry, ancien membre de la Société, qui demande le titre de membre honoraire. On vote sur l'admission de cette demande. (Accordée.)

3° Lettre de M. le docteur Gabillot, médecin à Lyon, avec envoi d'un mémoire manuscrit sur quelques points de physiologie obstétricale; l'auteur demande le titre de membre correspondant. (Commission.)

4° Une brochure sur les travaux de la Société médicale de Bordeaux.

5° Une brochure de M. Ségalas, sur l'urétroplastie.

6° Annales de la société des sciences naturelles de Bruges, adressées par M. Grommelinch, secrétaire de cette Société. M. Grommelinch envoie en même temps une dissertation de philosophie médicale, et demande le titre de membre correspondant. (Commissaire, M. Caffe.)

Dans la séance suivante, M. Caffe ayant fait un rapport favorable sur ce travail, M. Grommelinch a été admis, à l'unanimité, membre correspondant.

Organisation et globules du sang. — *M. Nonat* fait un rapport favorable sur un travail de M. Mandl, relatif à des recherches microscopiques sur le sang de l'homme et des animaux. La forme surtout des globules du sang a appelé l'attention de l'au-

teur ; il est arrivé à cette conclusion, qu'on peut, à la seule forme des globules, reconnaître à quelle classe d'animaux le sang appartient, et que cette connaissance pourrait être prise pour point de départ d'une nouvelle classification des animaux.

M. le rapporteur conclut favorablement sur la demande de l'auteur à être admis à la candidature comme membre résidant. On vote sur la conclusion du rapport. (Approuvé.) On vote ensuite sur l'admission de M. Mandl. (Admis à l'unanimité.) En conséquence, M. Mandl est nommé membre résidant de la Société.

— A l'occasion du rapport précédent, un membre communique un extrait du mémoire de M. Giacomini sur le sang. (Nous publions ce mémoire en entier dans la *Gazette des Hopitaux*.) Cette communication a donné lieu à une discussion assez animée, à laquelle ont pris part MM. Nonat, Mojon, Adorne, Giraldès et Rognetta. Il s'agissait de savoir si les globules existent réellement dans le sang vivant comme dans le sang mort, et si l'on pouvait admettre comme positives les idées généralement enseignées sur l'organisation du sang, déduites des différentes analyses chimiques.

Ophthalmies. — A l'occasion d'une communication de M. Bourjot, une discussion s'engage entre ce médecin, M. Caffe et M. Rognetta, sur la fréquence relative des ophthalmies internes et externes aux âges extrêmes de la vie, et sur la possibilité de la guérison de la cataracte sans opération.

M. Bourjot avait établi sur un certain nombre de faits disposés dans un ordre statistique, qu'à compter de la naissance jusqu'à la quarantième année de la vie, les ophthalmies externes prédominaient, et que de cette dernière époque jusqu'à la vieillesse, les ophthalmies internes étaient, au contraire beaucoup plus fréquentes.

M. Caffe regarde la conclusion de M. Bourjot comme hasardée, attendu que la statistique qui l'a motivée ne comprenait qu'un très petit nombre de faits (40 à 50). Il faut, dit M. Caffe, pour établir une conclusion rigoureuse sur une question de cette nature, non-seulement des masses considérables de faits, mais aussi des données sur les conditions de ces faits, qui ne se trouvent point dans le tableau qu'on vient de présenter. M. Caffe développe ces propositions par des généralités sur l'art de faire de bonnes statistiques.

M. Rognetta attaque la déduction de M. Bourjot. Se fondant sur ses propres observations, il avance que la proposition contraire à celle de M. Bourjot pourrait être plus raisonnablement soutenue. Outre que les ophthalmies internes, telles que l'iritis, la kératite, la choroïdite sont assez fréquentes chez les enfans scrofuleux, et que les ophthalmies externes, telles que les blépharites catarrho-glandulaires s'offrent au contraire fort souvent chez les personnes âgées, il ne pense pas que toutes les ophthalmies des enfans, qu'on regarde comme externes, soient telles en effet.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés, celle des armées, surtout des armées belges, si bien décrite dernièrement par M. Caffe, celle enfin qu'on appelle gonorrhéique et qu'on observe si souvent chez des sujets jeunes, bien qu'elles siégent en apparence sur la conjonctive, intéressent en même temps les tissus profonds de l'organe.

Les oculistes qui regardent comme externes d'autres ophthalmies légères en apparence se trompent, faute d'appréciation convenable des symptômes qui les accompagnent. M. Rognetta s'est attaché à prouver que dans la plupart des ophthalmies aiguës, chez les enfans comme chez les adultes et les vieillards, le mal étend ses racines dans les membranes internes de l'œil ; la rétine, la choroïde, le corps vitré lui-même en sont affectés, même dans le simple taraxis accompagné de photophobie. Il en est de même, selon lui, dans plusieurs conjonctivites chroniques, peu graves en apparence, mais réfractaires aux médications ordinaires ; elles se rattachent, selon lui, à un état congestif habituel de tout l'arbre vasculaire de l'orbite provenant de l'intérieur du crâne.

Un homme soigné en 1829, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Lisfranc, portait depuis long-temps une conjonctivite globulaire légère en apparence; de la photophobie l'accompagnait quelquefois. Il est mort d'une maladie étrangère à l'état oculaire. M. Rognetta, qui disséqua l'œil malade, a été étonné de trouver tous les tissus intérieurs énormément congestionnés ; le corps vitré, regardé contre la lumière, paraissait rouge comme de la gelée de groseille.

Chez le fils d'un colonel, mort d'une affection tuberculeuse du poumon, l'œil droit avait été affecté de conjonctivite légère avec photophobie ; à l'autopsie, toutes les membranes profondes de l'organe, en particulier de la rétine, se trouvaient fortement injectées et rouges.

La petite fille d'un architecte, âgée de trois ans, était soignée, par M. Rognetta, d'une conjonctivite légère en apparence, mais accompagnée de photophobie ; le mal se dissipait et reparaissait de temps en temps. Après une année de cette marche, une méningite tuberculeuse s'est déclarée ; MM. Guersant, Mojon et Rognetta employèrent une médication énergique, la petite malade a pourtant succombé. Chez plusieurs hommes adonnés à des travaux de cabinet, des conjonctivites globulaires, faibles en apparence, mais incommodes et obstinées, se déclarent lorsqu'ils suivent des travaux d'une longue application, surtout à la lumière artificielle : des maux de tête les accompagnent ; ces phénomènes se rattachent constamment à un état congestif sanguin des parties profondes.

Dans une foule d'autres cas l'ophthalmie n'est externe que pour l'oculiste borné au petit coin de ce qu'il appelle sa spécialité ; le médecin observateur y voit autre chose. En conséquence, il n'est pas plus exact de dire que les ophthalmies externes soient plus fréquentes en bas âge ou dans les quarante premières années de la vie, que de soutenir que les conjonctivites soient de simples affections tégumentaires ou externes. Ces remarques ne sont pas sans importance pratique, comme on le voit, puisqu'elles frappent de nullité toutes ces petites recettes, ces petits remèdes externes, ces collyres, ces pommades que les charlatans vantent à outrance et que quelques hommes de l'art adoptent légèrement comme une sorte de panacée.

Le second point de la communication de M. Bourjot porte sur un cas de trichiasis qu'il a opéré avec succès à l'aide de la méthode de Jæger, et il regarde ce moyen chirurgical comme le seul bon en pratique ; il consiste, comme on sait, à inciser horizontalement la peau près du bord libre de la paupière, à découvrir les bulbes et à les exciser. M. Bourjot appelle l'attention sur la promptitude avec laquelle des cils surnuméraires se développent à la face interne de la paupière et les difficultés qu'on éprouve quelquefois à découvrir les cils déplacés.

Contagion de la morve. — *M. Leblanc*, médecin-vétérinaire à Paris, a communiqué : 1° Un cas de morve chronique chez un lapin qui avait été inoculé trois mois auparavant avec du liquide purulent provenant d'un homme (Marion), mort de morve aiguë farineuse. Le jettage par la narine droite, les ulcères dans les cavités nasales et le gonflement des ganglions lymphatiques sous-linguaux, étaient très manifestes.

2° Un fait d'apoplexie cérébrale avec ramollissement d'une portion du cerveau chez un cheval ; la portion ramollie, d'une teinte jaune claire, comprenait le tiers des parois inférieures du ventricule gauche ; au centre de la région ramollie se trouvait une masse arrondie, plus consistante que la substance cérébrale à l'état normal, dont la périphérie, encore plus ferme, était d'une nuance rougeâtre pointillée. Les ventricules cérébraux contenaient beaucoup de sérosité ; les plexus choroïdes étaient pâles et infiltrés de sérosité ; la totalité du cervelet était enveloppée par un caillot sanguin très épais ; les vaisseaux du cervelet très injectés.

Ce cheval, malade depuis trois mois, portait continuellement la tête basse. Pendant les trois jours qui précédèrent sa mort, sa tête était constamment inclinée à droite et pendant les trente-six dernières heures de sa vie, il était dans un état d'érection presque permanent.

Empoisonnement par la créosote.

Le Journal médical et chirurgical d'Edimbourg rapporte le fait suivant :

« Le 7 juin, dans l'après-midi, le docteur Roberts visita madame D..., et lui ordonna une potion dont elle ferait usage habituellement, dans le cas où ses douleurs l'y obligeraient. A quatre heures du matin, le médecin fut mandé, et cette dame s'écria, à son arrivée, qu'elle était empoisonnée, qu'on ne lui avait pas envoyé la potion prescrite, et qu'elle brûlait. Les douleurs étaient extrêmement violentes, et la mort survint dans la nuit. On s'était trompé de flacon, au lieu de deux gros de teinture camphrée, on avait donné deux gros de créosote. Cette substance fit venir une phlyctène chez un assistant qui en laissa tomber une goutte sur sa main. »

— M. le docteur Chrestien, célèbre praticien de Montpellier, vient de mourir.

— M. Edouard Robin, honoré d'une médaille d'or en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs institutions, commencera un cours de botanique le 3 avril, à midi et demi, et un cours de chimie le 11 du même mois, à deux heures et demie.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 7 AVRIL 1840. (13e ANNÉE.) N° 42, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Du météorisme dans la fièvre typhoïde.

Au n° 1er de la salle Notre-Dame et au n° 5 de la salle Sainte-Sophie sont couchées deux femmes atteintes de typhus. Vous avez pu remarquer chez la première tous les bienfaits que nous avons retirés des affusions d'eau froide, et, sous leur influence, vous avez vu s'effectuer d'une part l'abaissement de la chaleur cutanée, d'autre part le ralentissement du pouls. Toutefois, ces bienfaits n'ont été que limités, et nous n'avons pu, à l'aide de ce moyen, que modifier ces symptômes ; la seule chose qu'il nous soit permis de faire dans les maladies qui ont une marche inévitable à suivre, une série de périodes à parcourir. De ce nombre, comme vous le savez, est l'affection typhoïde.

Un léger degré de météorisme est survenu chez ces deux malades, preuve évidente encore que la maladie continue à parcourir ses périodes, conservant toujours les caractères de la gravité, malgré l'amélioration obtenue, dans un cas, par les affusions froides, des symptômes indiqués. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point important en particulier.

Des rêvasseries se sont également manifestées chez l'une et chez l'autre des deux malades, et c'est encore là un phénomène qui met hors de doute la progression en pire de l'affection typhoïde. En effet, les troubles de l'intelligence, qui constituent les rêvasseries ou ce que certains auteurs ont appelé la typhomanie, n'arrivent qu'à une époque avancée, postérieure à celle où l'éruption pétéchiale s'effectue ; ce trouble, en un mot, ne survient que lorsque l'affection typhoïde est passée à la période adynamique, et l'on ne saurait le confondre avec les symptômes encéphaliques de même nature qui se montrent dans cette forme de la maladie à laquelle Pinel a consacré le nom d'ataxique, et qui existent au début de l'affection typhoïde. Effectivement, la typhomanie qui arrive, avons-nous dit, dans le cours de la période adynamique du typhus, est elle-même le résultat de l'adynamie directe du cerveau, par suite de laquelle la conception des idées et leur émission ne s'effectuent plus qu'avec une lenteur remarquable.

Les phénomènes de la maladie sont toujours de la plus haute gravité chez la malade du n° 5 de la salle Sainte-Sophie, quoique à la vérité les vésicatoires qui ont été appliqués à la partie interne des cuisses aient amené une légère amélioration. Nonobstant cela elle est maintenant dans la plus grave période de l'affection, qui se prolongera encore huit à dix jours, au bout desquels nous aurons encore à craindre une issue funeste. Nous le répétons, nous n'avons pas plus le pouvoir d'arrêter la marche des périodes du typhus que nous n'avons celui d'enrayer la variole dans laquelle il nous faut subir l'éruption des pustules, leur évolution et leur suppuration.

Revenons un instant au météorisme. Quelques auteurs ont envisagé ce symptôme de la même manière, soit qu'il se montre dans l'affection typhoïde, soit qu'on l'observe dans la péritonite, soit enfin qu'existant seul il constitue la tympanite. Ces auteurs, en un mot, n'ont pas eu égard aux conditions au milieu desquelles il se présente, et c'est là ce que nous allons tâcher de faire aujourd'hui.

Le météorisme indique l'idée d'un gaz ou d'une matière gaziforme, contenue soit dans la cavité péritonéale, soit dans la capacité même de l'intestin ; d'où résulte l'expansion des parois abdominales, et le plus ou moins de résonnance de l'abdomen à la percussion. Mais en réfléchissant à sa nature dans les différentes circonstances où il se manifeste, on ne tarde pas à s'apercevoir que dans le météorisme il y a autre chose qu'un simple épanchement de gaz. Quelques remarques suffiront pour faire cesser toute sorte de doute à cet égard ; ainsi, dans quelques cas, avec le développement de l'abdomen, il y a aussi résonnance de cette région à la percussion ; dans d'autres, cette dernière condition manque d'une manière plus ou moins complète. Chez les femmes hystériques, par exemple, il y a distension énorme du ventre, et en même temps absence de cette sonoréité qui accompagne la présence d'un gaz dans une cavité close ; quelquefois enfin on remarque une résonnance partielle de l'abdomen, tandis que d'autre part, la paroi antérieure de cette cavité, loin d'être distendue, est très rapprochée de la colonne vertébrale ; et alors tout semble indiquer la stase d'une matière gazeuse dans une partie seulement de l'intestin.

Lorsqu'on cherche à expliquer la source de toutes ces modifications, on est de prime abord porté à examiner quelles sont celles qui peuvent résulter des parois mêmes qui limitent les gaz épanchés. Or nous savons que la tunique musculaire de l'intestin est douée des propriétés rétractile et contractile : néanmoins, malgré ces propriétés en vertu desquelles le rapprochement le plus parfait paraît devoir exister entre les différens points de la surface interne de l'intestin, on trouve celui-ci constamment distendu et s'échappant au-dehors de sa cavité, non-seulement lorsque nous en ouvrons la paroi antérieure après la mort, mais aussi lorsque cette paroi est accidentellement ouverte pendant la vie. Et quel pourrait être l'antagonisme qui s'opposât aux effets qui devraient résulter des propriétés de la fibre musculaire, lequel agit en sens inverse, si ce n'est la présence constante dans l'intestin d'une matière aériforme, variable d'ailleurs dans ses qualités et dans sa quantité ?

Ce sont en effet différens fluides élastiques qui par leur présence occasionnent la distension des parois de l'intestin, tels que le gaz hydrogène sulfuré, le gaz azote, les liquides à l'état de vapeur ; et le degré du météorisme est proportionné à la quantité même de ces différens corps.

Dans l'hystérie, où la distension du ventre s'effectue avec une rapidité prodigieuse, elle ne s'accompagne pas de la résonnance, et cela parce que dans ce cas le météorisme est dû à la vaporisation des liquides. C'est à dessein que nous citons l'hystérie, car dans cette affection, outre le météorisme, on observe sur différens points de l'abdomen une rénitence qui n'est due à autre chose qu'à une infiltration de liquides à l'état de vapeur dans les mailles du tissu cellulaire.

Dans d'autres états pathologiques, le météorisme se présente encore avec les mêmes phénomènes, mais prenant naissance sous l'influence de causes diverses. Ainsi, dans la fièvre typhoïde, dès que les malades ont atteint la période adynamique, et que l'adynamie a retenti jusque sur la fibre musculaire du tube digestif, celui-ci se distend, et le météorisme tympanique se manifeste si l'épanchement est constitué par des fluides vaporisés et par des gaz, ou le météorisme simple, si des liquides vaporisés seulement distendent l'intestin. Mais dans le typhus, le météorisme n'est pas toujours général, et la localisation de l'affection dans certains points de l'intestin explique pourquoi souvent il ne se montre que partiellement.

Dans les phlegmasies péritonéales, qui entraînent une augmentation de la sécrétion séreuse, il y a absence de rapports entre celle-ci et la résorption du fluide sécrété. De là résultent, d'une part, la surabondance des fluides à l'état de vapeur ; d'autre part, la propagation rapide du météorisme, puisque, la cavité péritonéale ne contenant pas d'air, l'expansion de ces fluides s'y fait aussi promptement que dans le vide. Mais ce n'est pas là la seule cause du météorisme si prononcé qui accompagne la péritonite ; dans le cours de cette phlegmasie, en effet, lorsque les malades ont atteint la période adynamique, à la formation plus grande des fluides vaporisés vient s'ajouter la paralysie des muscles de la paroi abdominale, aussi bien que des fibres contractiles de l'intestin, qui dès-lors cèdent à la distension mécanique des fluides élastiques. Effectivement, au météorisme péritonéale vient alors s'ajouter celui de l'intestin.

Il résulte donc, de ce que nous venons de dire, que le météorisme peut provenir de conditions pathologiques diverses qui déterminent, soit l'accroissement du développement des fluides élastiques, soit la diminution de l'action des muscles qui concourent à la formation des parois des cavités qui renferment ces mêmes fluides.

Pour insister encore sur ce point, voyons ce que l'on observe dans l'affection typhoïde. Dans la première période du typhus, pendant laquelle la tunique musculaire de l'intestin conserve toute son action, le météorisme n'existe pas ; mais plus tard, et à mesure que la période adynamique se dessine, la tension du ventre commence vers la fin de l'intestin iléon et aux environs de la valvule iléo-cœcale. A cette époque, la tension est le résultat d'un commencement de paralysie de la tunique musculaire de l'intestin, et du passage d'une certaine quantité de liquides passés à l'état de vapeur : aussi le météorisme n'est-il pas alors tympanique. Dès que les ulcérations se forment, et que, par suite de la présence dans l'intestin de détritus qui résultent de leur formation, ainsi que sous l'influence d'une digestion viciée des substances alimentaires, des gaz se développent, le météorisme s'accroît, et c'est ce qui constitue le météorisme de la seconde période qui n'est pas encore tympanique, mais qui est moins ferme et moins rénitent que le précédent. Enfin l'adynamie progressant, la paralysie musculaire s'accroît, et dès lors le météorisme devient tympanique.

Ces différens degrés du météorisme, lorsqu'on sait les apprécier, deviennent la source d'indications importantes, et servent pour expliquer et se rendre compte d'autres phénomènes.

Quand vous verrez la tympanite portée à un degré très prononcé dans la fièvre typhoïde, vous pourrez en conclure que l'organisme est profondément compromis, et vous aurez beaucoup à craindre pour vos malades. D'ailleurs, le météorisme peut être porté assez loin pour refouler en haut le diaphragme et gêner la respiration. Ici, nous devons vous prémunir contre certaines idées qui se trouvent consignées dans les livres que la plupart de vous a entre ses mains ; idées qui sont insoutenables. Ainsi, on a avancé que la gêne de la respiration pouvait être portée assez loin pour déterminer la mort. Il est incontestable que quelquefois cet état constitue un grand malaise ; mais la gêne apportée à la respiration n'est, dans cette période du typhus, qu'un phénomène secondaire du météorisme, qui est lui-même secondaire. Partant de cette idée qui fait considérer le météorisme comme un phénomène capable de déterminer la mort, on a pensé qu'il pouvait être utile d'évacuer les gaz qui le constituent, et l'on espérait, par ce moyen, remédier aux accidens qu'à son tour il occasionne du côté de la respiration.

Conséquemment, passant de l'idée à l'application, on a tour à tour tenté d'obtenir cette évacuation par le moyen de la ponction tantôt pratiquée avec des aiguilles, tantôt avec un trocart délié. Mais ce n'est pas sans quelque étonnement que l'on a vu ce moyen ne procurer l'issue que d'une quantité très minime des substances gazeuses constituant le météorisme. Ce résultat d'ailleurs, n'était-il pas aisé de le prévoir ? Comment, en effet, la sortie des gaz aurait-elle pu s'effectuer sans le concours de l'action musculaire qui seule pouvait, en déterminant le resserrement de l'intestin, procurer cette sortie ? Du reste, si l'on avait compris combien il était vain de calculer sur le concours de cette circonstance, on aurait de même senti que l'opération que l'on se proposait de pratiquer était erronée et ne pouvait avoir aucun résultat ; car si les muscles n'avaient pas cessé un seul instant de jouir de leurs propriétés contractile et rétractile, le météorisme ne se serait point point formé et les gaz eussent été chassés par les ouvertures naturelles du tube digestif à mesure qu'ils se seraient formés.

Donc les lésions locales et générales du typhus, la paralysie de la tunique musculaire de l'intestin résultant d'abord de l'inflammation de la membrane muqueuse et ensuite de l'état adynamique, voilà les véritables causes du météorisme dans cette maladie. Vous pouvez comprendre maintenant pourquoi le cas est d'autant plus grave que la résonnance de l'abdomen est plus prononcée.

Suites de couches. Les affections puerpérales portent l'empreinte d'un cachet particulier qui résulte de l'état physiologique spécial auquel les femmes sont soumises pendant la grossesse et les six premières semaines qui suivent l'accouchement.

Au n° 7 de la salle Sainte-Sophie est entrée une femme nouvellement accouchée, et qui est affectée d'une inflammation de l'utérus et de ses annexes, à laquelle se sont joints les symptômes d'une gastro-entérite.

Dans les suites de couches, vous savez que nous cherchons à faire remonter la cause du mal plus loin que les phénomènes locaux ne semblent l'indiquer. Il y a évidemment en effet chez les femmes récemment accouchées un état général particulier qui nous paraît constituer principalement les accidens que l'on remarque chez elles.

Chez notre malade nous tenterons d'effectuer une dérivation des phénomènes inflammatoires de l'abdomen, par l'application de vésicatoires sur la paroi antérieure de cette cavité.

Toutefois, il faut en convenir, ces affections ont aussi une marche obligée qu'elles doivent parcourir, quoi qu'on fasse pour les arrêter à leur début. Aussi sommes-nous réduits à modifier simplement les états pathologiques locaux qui existent ; tâche d'autant plus difficile à remplir que ces mêmes désordres locaux sont eux-mêmes gouvernés par l'état général.

Cet état général encore n'est qu'un état physiologique particulier qui accompagne la grossesse et qui ne se dissipe que graduellement cinq ou six semaines après l'accouchement, et n'est entièrement effacé qu'après la première menstruation qui suit ce dernier.

Jusque-là les femmes restent faibles ; elles sont sujettes à des sueurs abondantes, leur peau n'a pas son lustre ordinaire. C'est cet état physiologique que l'on trouve dans les maladies des femmes en couches ; c'est lui qui s'oppose à toute l'efficacité que les moyens employés pourraient fournir dans d'autres circonstances, et qui n'accorde jamais aux femmes une santé parfaite avant l'époque que nous venons de signaler.

Aménorrhée ; fièvre intermittente. Influence du sulfate de quinine sur les engorgemens de la rate et du foie.

La malade couchée au n° 1 de la salle Sainte-Sophie (*V.* le n° du 28 mars) a été soumise à l'usage du sulfate de quinine, qui a fait cesser les accès d'une fièvre intermittente tierce dont elle était affectée. La diminution de la rate et du foie devient plus sensible de jour en jour, sous l'influence du sulfate de quinine, dont on continue encore l'usage, mais à des doses que l'on diminue progressivement. D'autre part, la face prend l'aspect de la santé ; le bruit artériel de frottement ronflant a disparu presqu'entièrement, et ne se fait plus entendre qu'à la base du cœur.

L'état cachectique se dissipe également, ce qui paraît devoir détruire les soupçons qui ont existé relativement à sa préexistence à la fièvre intermittente. Les règles n'ont pas fait leur apparition.

Les organes digestifs ont bien supporté, jusqu'à présent, l'action du sulfate de quinine, que l'on continuera, par conséquent, puisque les engorgemens organiques ne sont pas tout-à-fait dissipés. Le médicament, qui a d'abord été donné à la dose de deux grammes, est donné à présent à celle d'un et demi. K...

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX DE LONDRES ET DE DUBLIN.

Cas de luxation de l'humérus sur la face dorsale de l'omoplate (luxation sus épineuse en bas et en arrière) ; par sir A. Cooper.

J'ai été appelé, dit l'auteur, par M. Complin, pour examiner son épaule gauche. J'ai reconnu de suite, et sans difficulté, une luxation de l'humérus sur la face dorsale de l'omoplate. Les symptômes étaient les suivans : affaissement de la région sous-acromiale ; absence de la tête humérale, de son siége naturel ; les doigts portés vers ce point peuvent déprimer la peau, et sentir la surface de la cavité glénoïde ; saillie de la tête humérale sur la face dorsale de la cavité glénoïde de l'omoplate, sur le bord inférieur de cet os, et remplissant l'espace qui existe entre ce bord et l'épine de l'omoplate.

J'ai prescrit des extensions ; mais le malade avait déjà tellement souffert par les essais de réduction qu'on avait faits, qu'il appréhendait considérablement le moindre mouvement de l'épaule : de sorte que je n'ai pas cru devoir insister davantage, et il est resté dans cet état jusqu'à l'époque de sa mort. Le docteur Cobb avait vu le malade ; M. Key l'avait examiné aussi attentivement, et son fils, dont on connaît le talent et l'instruction, s'est chargé de rédiger l'observation ; la voici.

Homme de cinquante-deux ans, sujet à des attaques épileptiques. Dans une de ces attaques il était couché, les convulsions ont été très violentes, et il se luxa l'épaule par les seules contractions musculaires ; le malade n'est pas tombé de son lit, n'a pas reçu de coup sur l'épaule. Deux autres circonstances sont à remarquer : après la luxation, si on exerçait des extensions, la tête de l'os rentrait dans la cavité glénoïde, mais elle en sortait aussitôt qu'on cessait de tirer pour revenir sur la face dorsale de l'omoplate : alors tous les signes de la luxation se reproduisaient. Lorsque l'os s'échappait de la cavité glénoïde, il produisait un bruit semblable à une crépitation, ce qui avait fait présumer que le bord de la cavité glénoïde aurait été fracturé. Cela expliquait aussi pourquoi la tête de l'os ne restait pas en place lorsqu'elle avait été réduite. Quoi qu'il en soit, le bras est resté impuissant ; le malade ne pouvant aucunement l'étendre, ni même lui imprimer le moindre mouvement par l'acte de la volonté. Il vécut sept ans encore dans cet état.

A l'autopsie, sir A. Cooper fit détacher l'omoplate conjointement avec l'humérus, et il trouva l'état suivant :

La tête de l'humérus est placée derrière la cavité glénoïde de l'omoplate ; elle est fixée précisément sur le bord postérieur de la surface articulaire et sur le bord inférieur de l'omoplate, à l'endroit où il se joint à l'articulation. En regardant l'omoplate par devant, la tête de l'os se trouve placée à une ligne derrière l'acromion, mais au-dessous de lui. Un espace vide existe entre la tête luxée de l'humérus et l'apophyse coracoïde, dans lequel les doigts s'enfoncent profondément vers la cavité glénoïde. En la regardant par derrière, la tête de l'os occupe l'espace qui existe entre le bord inférieur de l'omoplate et l'épine de ces os, et qui est ordinairement couvert par les muscles sous-épineux et petit-rond. Le tendon du muscle sous-scapulaire et la portion interne du ligament capsulaire, avaient été déchirés dans l'insertion de ce muscle ; mais la plus grande partie de la portion postérieure du ligament capsulaire était intacte, et avait été tirée en arrière avec la tête de l'os, en enveloppant la portion postérieure de celui-ci.

Le muscle sus-épineux était tiraillé ; le sous-scapulaire atrophié par le manque d'action ; les sous-épineux et petit-rond étaient raccourcis et relâchés, la tête de l'os ayant entraîné leur insertion en arrière. Le tendon de la portion longue du biceps était entraîné en arrière avec la tête de l'os allongé, mais il n'était point déchiré.

Quant aux changemens dans les surfaces osseuses, voici ce que nous avons trouvé. La tête de l'os et le bord externe de la cavité glénoïde étaient en contact immédiat ; ces deux points frottaient ensemble quand on mettait l'humérus en mouvement. Cela nous a expliqué la crépitation qu'on sentait dans le principe ; il n'y avait point de fracture. La cavité glénoïde avait été légèrement absorbée vers son bord postérieur, de manière qu'elle représentait une soucoupe dans laquelle était reçue la tête de l'os. Ce dernier os et le cartilage articulaire avaient été en partie absorbés sur le point de contact avec l'omoplate, et changés de forme par le fait de l'attrition durant les sept années de la vie du malade. La surface de la cavité glénoïde, au lieu d'être lisse et cartilagineuse, était rugueuse et irrégulière, offrant ici des dépressions, là des élévations. L'extrémité de l'acromion fut sciée, afin de chercher si quelque fracture eût existé ; on n'en a retrouvé aucune trace.

« Cette dissection, dit sir A. Cooper, rend parfaitement compte de toutes les circonstances.

» Ordinairement, dans la luxation en arrière ou sur la face dorsale de l'omoplate, l'os, s'il est réduit, reste dans sa place naturelle ; il suffit d'un bandage et d'un repos de quelques heures pour en empêcher la récidive ; les muscles recouvrent leur ton et fixent l'os dans sa cavité naturelle. Mais dans le cas en question, comme le tendon du sous-scapulaire et le ligament capsulaire avaient été déchirés de la petite tubérosité de la tête humérale, l'os se trouvait tiré en arrière par l'action du sous-épineux et du petit-rond ; en conséquence, la tête osseuse ne trouvait pas de soutien lorsqu'elle était replacée dans la cavité glénoïde ; aussi, à peine était-elle réduite, qu'elle était entraînée en arrière par l'action des deux muscles postérieurs, et la luxation se reproduisait.

» Le bandage propre à retenir la tête humérale en place doit, dans ces cas, être placé à la partie antérieure de la poitrine, et derrière les épaules, afin de tirer la tête de l'os en avant. Une pelote devrait être placée derrière la tête humérale pour l'empêcher de s'échapper de la cavité, de sorte que le bandage doit être l'inverse de l'étoile ordinaire, qui se croise sur le dos ; il faudrait faire les croisés en avant. A ce bandage, il faudrait ajouter une écharpe pour soutenir le coude et le pousser en arrière. »

L'auteur ajoute que depuis qu'il a publié son ouvrage sur les luxations, il a eu l'occasion de voir plusieurs cas de luxation de l'humérus en arrière, mais la tête de l'os se trouvait plus en arrière que dans le fait ci-dessus. Il pense que probablement la partie postérieure du ligament capsulaire se trouve déchirée dans ces circonstances.

« Dans ces cas, dit-il, j'ai vu les moyens ordinaires de réduction réussir ; on fixe l'omoplate avec la main, et l'on tire le bras en dehors ; mais la réduction ne s'opère que lentement et avec difficulté. Dans un cas, j'eus la satisfaction de réussir avec facilité, quoique la luxation existât depuis vingt-trois jours. Voici le fait :

» Un gentleman, habitant à Essex, s'est pris de rixe avec un homme. En le poussant violemment d'un coup de mains en avant, il se luxa l'humérus en arrière. Il consulta un chirurgien du lieu qui l'adressa à Londres ; il y arriva le dix-septième jour après l'accident. Un chirurgien essaya la réduction, mais sans succès. Le vingt-troisième jour, il vint me consulter. La lésion était manifeste, la saillie de la tête osseuse était sensible ; lorsqu'on mettait le coude en rotation, la tête de l'os était sentie à la face dorsale de l'omoplate. Comme il était venu me consulter chez moi, je n'avais pas sous la main ce qu'il me fallait pour la réduction ; cependant j'ai placé le malade sur une chaise, j'ai fléchi son coude à angle droit, j'ai soulevé son bras et je l'ai porté derrière sa tête, de manière à placer la main à travers son dos et en direction de l'épaule opposée ; alors, forçant le coude en arrière et pressant contre la tête de l'os, j'ai poussé cette dernière sous le bord inférieur de l'omoplate, et à l'instant elle retourna dans la cavité glénoïde. M. Bransby Cooper était présent à cette réduction.

» D'autres manœuvres cependant peuvent réussir. Un homme vint à Guy's hospital ; M. Tallent, prosecteur de M. Bransby Cooper, le place sur une chaise, met son genou dans l'aisselle, tandis que quelques élèves étendent le bras par le poignet sous la cuisse, et la réduction a été faite.

» M. Dun réussit facilement en fixant l'omoplate et en étendant par le poignet, comme pour la luxation axillaire.

» Voici encore un cas réduit par M. Wittaker. Un homme de petite stature tomba sur l'épaule, et se luxa la tête de l'humérus en arrière ; la tête de l'os pouvait être vue et sentie. Le coude pouvait être approché du côté et même élevé au niveau de l'acromion. La rotation en dehors était impossible par suite de l'état de distension forcée du sous-scapulaire ; tous les mouvemens du membre étaient extrêmement douloureux, ce qui a été rapporté à la partie inférieure du deltoïde dont les nerfs avaient été probablement contus par la tête de l'os.

» Nous avons placé le malade sur une chaise, et tandis que M. Wittaker fixait l'omoplate, je portai le coude en haut et en arrière, afin de pousser la tête de l'os en avant dans la cavité glénoïde ; mais ce fut en vain. Tout ce que nous gagnâmes, ce fut un petit avancement de l'os, et le malade est tombé en syncope. Nous le couchâmes, et en fixant l'omoplate avec le talon dans l'aisselle nous avons tiré le bras en bas : l'extension continuée pendant une minute ou deux a effectué la réduction. »

(*Guy's hospital reports*, octobre 1839.)

— Les luxations retro-scapulaires de la tête humérale avaient donné matière à discussion dans ces derniers temps : les uns en niant tout-à-fait l'existence, les autres en l'admettant. Boyer, dont le profond jugement fait loi en matière chirurgicale, avait examiné et résolu presque négativement cette importante question ; il n'admettait cette luxation que comme un fait exceptionnel fondé sur une disposition vicieuse très probable de l'articulation. « En se fondant, dit-il, sur la seule observation, on trouve qu'elle est rigoureusement possible, mais qu'elle est la plus rare, attendu qu'on n'en peut citer jusqu'à présent que quelques exemples ; qu'il est *très probable* qu'une disposition vicieuse et particulière des surfaces articulaires aura favorisé le déplacement, et que le tronc ne permet qu'à peine un mouvement du bras en devant assez étendu pour incliner suffisamment l'une sur l'autre les surfaces de l'articulation. » (Malad. chir., t. IV, p. 178.) Comme on le voit, Boyer n'avait pas eu l'occasion d'observer sur le cadavre cette espèce de lésion : il aurait sans nul doute modifié son jugement, puisqu'il est non-seulement prouvé aujourd'hui par un assez grand nombre de faits que cette luxation existe sans difformité de l'articulation, mais aussi qu'il en existe deux variétés, l'une en haut, l'autre en bas de la face dorsale de l'omoplate, ainsi que Monteggia l'avait déjà établi. Il est vrai de dire néanmoins avec Boyer que cette luxation est des plus rares et qu'une disposition vicieuse de l'articulation peut la favoriser. « Nous avons eu, dit-il, occasion d'observer sur un cadavre une inclinaison singulière de la cavité glénoïde de l'omoplate en arrière. Cette surface articulaire présentait en même temps un prolongement remarquable du même côté ; aussi l'humérus passait-il facilement dans la région sous-épineuse. » (L. c.) C'est là cependant une exception fort rare dont il faut sans doute tenir compte, mais qui ne saurait être invoquée dans l'explication de la majorité des cas. Il est, en attendant, curieux de rapprocher de l'observation ci-dessus de sir A. Cooper, un fait de M. Fizeau dont a parlé Boyer lui-même, en le rattachant *à priori* à la difformité articulaire. La luxation du bras en arrière était manifeste, Boyer vit le malade : la réduction s'opérait avec une extrême facilité, mais le déplacement se reproduisait aussitôt qu'on avait cessé les extensions. « Cette particularité, ajoute Boyer, n'est-elle pas étonnante dans une maladie qui est très rare et qui ne peut survenir que difficilement ; et n'est-il pas probable que les surfaces articulaires, et notamment celle de l'omoplate, présentaient quelque disposition contre nature qui favorisait le déplacement de l'humérus ? » (Ibid.)

Dans le fait de sir A. Cooper, la même circonstance existait, mais elle se rattachait, ainsi qu'on vient de le voir, à une rupture musculaire et ligamenteuse, et non à une difformité osseuse. C'était là un point important de pratique que nous avons cru devoir mettre en évidence par ces rapprochemens contradictoires que le scalpel anatomique est venu expliquer parfaitement. Encore un mot sur le mode de réduction.

On a pu remarquer, dans les faits cités par sir A. Cooper, que la réduction de la luxation en question peut s'effectuer de différentes manières, et qu'aucune de ces manières ne doit être adoptée exclusivement, puisque la manœuvre qui réussit dans un cas échoue dans un autre, ce qui paraît dépendre de la variabilité de l'état anatomique des parties lésées. Le procédé suivi par sir A. Cooper est digne d'attention. Peut-être quelques personnes l'ont déjà médité et le croient de leur invention, ainsi que cela est déjà arrivé pour d'autres procédés ; mais qu'importe, pourvu que la pratique en profite !

Deux cas de rupture de l'artère axillaire durant les efforts de réduction de l'humérus luxé ; par M. Gibson, chirurgien à Dublin.

Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un homme de cinquante ans. La luxation existait depuis deux mois. On fit usage de poulies pendant une heure et demie ; le malade était épuisé. Une heure après un gonflement général s'est déclaré sous l'aisselle, sous le grand pectoral et sous le deltoïde ; il est allé en augmentant. On a pris tout cela pour un état inflammatoire. Six heures après, le malade s'est endormi, son visage était pâle, le pouls petit. On soupçonna alors la nature de l'accident. Un instant après on a voulu le réveiller, et il était mort.

A l'autopsie, le cadavre offre une tumeur énorme avec ecchymose sous le pectoral, sous l'aisselle et l'épaule. La dissection a montré l'artère axillaire rompue au-dessous de la cavité glénoïde.

Dans l'autre, il est question d'un homme de trente-cinq ans, musclé ; l'humérus était luxé depuis neuf semaines. Réduction *ut suprà* ; tumeur, défaillances ; on lie la sous-clavière. Mort.

A l'autopsie, on a trouvé l'artère adhérent à la tête de l'os, de sorte qu'il était impossible d'étendre le membre sans le rompre. (*The Med.-Chir. rev.*, janvier, 1840.)

— Des accidens de ce genre avaient déjà été cités par suite de la réduction forcée du bras. On commençait cependant à les oublier, et l'on était presque porté à présumer qu'ils avaient été produits par la maladresse ou l'ignorance de l'opérateur. L'un des faits ci-dessus cependant signale une circonstance inconnue jusqu'à présent, et qui démontre que le même accident peut se reproduire entre les mains des plus habiles, l'adhérence de l'artère contre la tête de l'os. Une réflexion se présente. Pourquoi l'artère axillaire, qui se rompt durant les extensions de réduction, reste béante et produit une hémorrhagie foudroyante, tandis que la rupture de la même artère qui a lieu durant l'arrachement accidentel du bras n'est pas suivie de la moindre hémorrhagie ? Il existe, comme on sait, une dizaine d'exemples de ce dernier cas, les malades sont guéris sans que l'artère rompue ait eu besoin d'être liée. Le même phénomène a été observé dans l'arrachement de la cuisse dont on connaît un ou deux exemples ; dans l'arrachement de la jambe ; dans l'arrachement du poignet, du pouce, etc. La dissection a même montré, dans ces circonstances, que l'artère se trouvait précisément dans les mêmes conditions qu'après la torsion ; c'est-à-dire, que la tunique moyenne qui se rompt la première se rétracte, se rétrécit, ses bords déchirés se retournent dans le calibre du vaisseau, forment une sorte de valvule, arrêtent le sang et donnent naissance et appui au caillot, tandis que la gaîne celluleuse est allongée considérablement par l'extension, et finit par former une sorte de cône indéfini ou de spirale très prolongée : de là la prévention solide de l'hémorrhagie. Rien de tout cela, cependant, dans la rupture durant la réduction de la luxation. Cela tiendrait-il à l'inflammation que l'artère a éprouvée, et par conséquent à la fragilité que ses parois présentent dans le dernier cas ?

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

Coïncidence de l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur avec l'apoplexie. Opinion de M. Gendrin.

Un conducteur d'omnibus, âgé de quarante-deux ans, atteint d'hémiplégie, entra à l'hôpital Necker le 7 février 1840. Il nous raconta que huit jours auparavant, étant aux lieux d'aisance dans l'attitude ordinaire à un homme qui satisfait à ses besoins, au milieu des grands efforts qu'il faisait pour expulser les matières fécales, il se sentit tout-à-coup frappé d'hémiplégie du côté gauche, sans toutefois perdre connaissance : il ajoute que depuis plusieurs mois il éprouvait des étourdissemens, des battemens de cœur, des tintemens d'oreille. Une saignée du bras, des sangsues, ne produisirent aucune amélioration. Cet homme paraissait d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin ; il avait la face colorée, la pupille gauche un peu dilatée, la paupière gênée dans ses mouvemens, la vue intacte. La bouche était déviée à droite, surtout pendant l'action du *rire* ; l'aile droite du nez était plus dilatée que celle du côté gauche ; la luette se portait un peu du côté droit ; le membre thoracique gauche était complètement immobile, et quand on le soulevait il retombait sous son propre poids ; le membre abdominal du même côté n'était qu'incomplètement paralysé ; il y avait anesthésie incomplète dans toutes les parties frappées de paralysie, écoulement presque involontaire des urines et des matières fécales, etc.

Cet homme toussait depuis long-temps et avait récemment craché du sang ; toutefois l'auscultation ne fournissait aucun signe physique de quelque valeur, si ce n'est un peu de faiblesse dans le murmure respiratoire du côté droit. Les battemens du cœur étaient forts, réguliers ; le pouls était lent, mais dur et très fort.

Plusieurs jours se passèrent sans aucun changement : puis sous l'influence d'un vésicatoire, de quelque purgatifs, de petites doses de strichnine, la faculté locomotive commença à se fortifier dans le membre abdominal, etc. Dans la nuit du 2 au 3 mars, le malade fut atteint d'une pleuro-pneumonie intense qui l'enleva en trois jours, nonobstant les émissions sanguines et l'emploi du tartre st bié à haute dose.

A l'autopsie faite quarante heures après la mort, on trouva les sinus de la dure-mère gorgés de sang noir, la substance du cerveau ferme et généralement exempte d'altérations, sauf à la partie antérieure et externe du lobe postérieur droit, où se remarquait (près de la scissure de Sylvius) un point coloré en jaune pâle très ramolli ; ce point incisé conduisit dans une cavité anfractueuse remplie de sérosité limpide et doublée par une membrane enkystée, jaunâtre, adhérente à la substance cérébrale ; cette caverne se prolongeait jusqu'au corps strié, et contenait évidemment les débris d'un ancien foyer hémorrhagique.

Le cœur était volumineux ; l'épaisseur des parois du ventricule gauche équivalait à deux centimètres dans sa partie moyenne. L'orifice cardiaque et celui de l'aorte étaient parfaitement libres. L'un des poumons était le siége d'une pleuro-pneumonie déjà arrivée au troisième degré.

Cette observation peut donner un démenti formel à ceux qui ont prétendu que la couche optique présidait aux mouvemens, puisqu'elle était parfaitement saine chez cet hémiplégique, dont les fonctions locomotrices étaient notablement lésées. Les artères cérébrales ne contenaient aucune lésion morbide ; les orifices auriculo-ventriculaire, ceux de l'aorte et de l'artère pulmonaire ne présentaient aucun obstacle, quoiqu'il y eût une hypertrobie très marquée du ventricule gauche, laquelle, sans doute n'avait pas été étrangère à l'attaque subite d'apoplexie que le malade avait éprouvée en faisant des efforts pour satisfaire à ses besoins. C'est à la même cause sans doute qu'il faut attribuer les vertiges, les tintemens d'oreilles dont il est question dans cette observation, qui est d'ailleurs un nouvel exemple de la coïncidence de l'hypertrophie du cœur avec l'apoplexie ; comme il n'existait aucun obstacle dans les orifices cardiaques et les gros vaisseaux qui partent du cœur et de la crosse de l'aorte, rien ne s'opposait ici à l'impulsion violente communiquée au sang qui se distribue au cerveau et s'y est épanché par une véritable action mécanique.

A la suite de cette observation, nous plaçons quelques réflexions faites par M. Bricheteau relativement à une observation analogue publiée il y a peu de jours dans le journal n° 38.

De l'aveu de tous les pathologistes, il existe une coïncidence remarquable entre les hypertrophies du ventricule gauche du cœur et l'apoplexie ; en d'autres termes, l'hé-l'hémorrhagie cérébrale qui constitue cette maladie, est produite dans plusieurs cas par l'exès de force contractile des parois ventriculaires, et plus immédiatement par l'impulsion qu'il communique au sang transmis à l'encéphale par les carotides et les ventricules.

Cette explication toute simple, ajoute M. Bricheteau, nous l'avons consignée et développée dans le Mémoire de physiologie pathologique que nous avons publié il y a environ vingt ans deans le Journal complémentaire des sciences médicales, mémoire que nous avons réimprimé avec des augmentations dans la Clinique de l'hôpital Necker, en 1835 (1). C'est une publication à laquelle nous avons de tout temps attaché beaucoup d'importance, parce que nous la croyons fondée sur une observation exempte de toute hypothèse et très propre à éclairer la véritable étiologie des maladies. Nous nous trouvons donc en conséquence dans l'obligation de la défendre contre les assertions d'un médecin auquel ses succès récens dans une circonstance solennelle donnent une autorité imposante ; nous voulons parler de M. Gendrin, qui, à l'occasion d'un fait recueilli à l'hôpital de la Pitié, inséré dans la *Lancette* du 24 mars 1840, a, dans notre opinion, émis des idées exclusives et hypothétiques qui ne tendent à rien moins qu'à renverser un point de doctrine fondé sur des observations exactes et nombreuses.

M. Gendrin prétend que les hémorrhagies cérébrales, dans les cas de coïncidence dont nous parlons « ne dépen-
» dent point de la sur-activité du système circulatoire,
» mais bien d'une phlegmasie chronique des vaisseaux
» qui a produit une infiltration crayeuse de leurs parois,
» laquelle a pour résultat de diminuer leur élasticité, etc. »
Il eût été désirable sans doute qu'avant d'accuser la phlegmasie chronique des vaisseaux cérébraux de produire l'épanchement sanguin, on eût bien établi l'existence de cette altération dans un bon nombre de cas d'apoplexie, et qu'on eût surtout prouvé que quand elle existait elle produisait une infiltration crayeuse des parois artérielles. Mais nous admettons l'infiltration crayeuse quelle qu'en soit la cause, nous supposons même qu'elle ait privé les vaisseaux de leur élasticité ; cette particularité pouvait-elle expecher l'impulsion du sang poussé par le cœur vers le cerveau ? Il semble qu'au contraire les canaux sanguins ossifiés, devenus plus ou moins inertes et comparables à des tubes hydrauliques, dussent se prêter plus facilement au mécanisme du coup de piston donné par le cœur (pour nous servir d'une comparaison vulgaire), quand il n'y a pas d'oblitération vasculaire plus ou moins complète.

Le médecin de la Pitié parle souvent en termes un peu exclusifs, bien ailleurs que dans ses leçons, des maladies et des ruptures des vaisseaux cérébraux comme causes très communes d'apoplexie. Nous les avons souvent cherché sans pouvoir les découvrir. Nous croyons, contrairement à l'opinion de M. Gendrin et à celle d'Abercrombie, qu'il a traduit de l'anglais, qu'elles sont très rares, tandis que la coïncidence des maladies du cœur avec l'apoplexie est fréquente.

Notre confrère dit aussi que dans la *plupart des hypertrophies du cœur il n'y a ni congestion du sang du côté de la tête ni hémorrhagie*. Nous avons souvent observé le contraire, et nous invoquons à cet égard le souvenir et l'expérience journalière des observateurs. A quoi donc attribuer les étourdissemens, la suffocation et les pulsations du cerveau, dont se plaignent les individus atteints d'hypertrophie du cœur, si ce n'est à une congestion cérébrale ? Comment expliquer le soulagement qu'ils éprouvent en se tenant dans une position assise, la tête élevée, si ce n'est par la diminution de l'impulsion du sang, qui a une résistance plus grande à vaincre pour arriver au cerveau, résistance augmentée par la pesanteur de la colonne du sang intermédiaire entre le cœur et le cerveau.

Selon M. Gendrin, l'hypertrophie ne se produirait que pour résister à un obstacle et ne serait jamais primitive ; la preuve qu'il en donne, c'est que le ventricule hypertrophié finit par se dilater. Nous nous contenterons de répondre à cette proposition, ingénieuse sans doute, mais exclusive et hasardée, que les observations d'hypertrophie que nous avons rapportées au nombre de vingt-deux n'étaient accompagnées d'aucun obstacle dans les orifices cardiaques, et que nous considérons d'ailleurs ces obstacles comme une condition qui annulle les effets de l'impulsion du sang poussé par les forces quadruplées du cœur vers l'encéphale. Ajoutons qu'il existe beaucoup d'hypertrophies ailleurs que dans le cœur et qui reconnaissent point une semblable cause.

Comme une suite de ce qui vient d'être dit, nous admettons volontiers, que quand il existe un obstacle au cours du sang poussé par le cœur dans les artères, il y a défaut de rapport entre l'intensité des battemens du cœur et ceux des artères, et qu'ainsi l'hypertrophie du cœur peut s'allier à une faiblesse de la circulation du sang dans les mêmes vaisseaux ; mais nous ne pouvons admettre qu'il en soit ainsi dans la majorité des cas d'hypertrophie de l'organe central de la circulation. Nous affirmons au contraire, pour l'avoir souvent observé, qu'un grand nombre d'individus atteints de l'hypertrophie du cœur, au lieu d'offrir de faibles pulsations artérielles, présentent un pouls dur et très plein. Chez ceux-là il est impossible de croire que l'hypertrophie ne s'est produite *que pour résister à un obstacle* qui n'existe pas.

(1) *Considérations physiologiques et pathologiques sur l'influence du cœur et de l'hypertrophie des ventricules de ce viscère sur les fonctions et les maladies du cerveau et du poumon.*

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Martin.

Dauphin (Madelaine), trente-six ans, tempérament lymphatique, face pâle, maigre, mariée en secondes noces depuis huit mois, entre à l'Hôtel-Dieu le 29 février, pour une affection de la gorge qui date de cinquante jours environ. Les amygdales sont très grosses, dures, mamelonnées ; leur aspect est grisâtre ; elles semblent couvertes d'un enduit couenneux. La luette bifide, rouge, œdématiée et pendante sur la base de la langue, provoque des nausées ; déglutition difficile, altération de la voix. Dauphin nous assure que c'est la première fois qu'elle a mal au gosier. Un ulcère à l'anus joint à un écoulement muqueux par le vagin, et les réponses évasives données par la malade à nos questions nous font soupçonner une infection syphilitique.

Prescription. 30 centigrammes, iodure de potassium en trois pilules, garg. avec addition de 3 centigram. sublimé corrosif, tisane sudorifique.

Le 7 mars, l'iodure de potassium est remplacé par deux pilules de Dupuytren ; du reste, continuation des remèdes de la veille.

Le 13, l'état de l'arrière-bouche ne paraît pas avoir subi de changement ; l'on pratique l'excision des amygdales et de la luette. Cette petite opération n'offre rien de particulier dans son exécution. Diète, orge miellé, garg. émoll.

Le 14, le lendemain de l'opération, un gonflement œdémateux très considérable a envahi toute la partie supérieure du col et principalement le côté droit ; la respiration commence à être gênée ; la déglutition est très difficile. A huit heures du matin, 20 sangsues sont mises autour du col ; diète, garg. et catap. émoll., tisane d'orge. A trois heures du soir, même état ; nouvelle application de 20 sangsues.

Le 15 et le 16, le gonflement diminue ; la déglutition devient moins pénible ; la malade peut avaler du bouillon.

Le 21, l'arrière-bouche est dans un état assez satisfaisant ; très peu de rougeur inflammatoire ; les amygdales et la luette tendent à se cicatriser. Aujourd'hui 29, il ne reste qu'un peu d'empâtement aux régions sous-maxillaires, et l'engorgement de plusieurs ganglions cervicaux. La malade mange le quart, et tout fait espérer qu'elle sortira bientôt de l'hôpital.

L'excision des amygdales est sans doute une opération fort simple, et le plus souvent elle est exempte de suites fâcheuses : quoiqu'il en soit ainsi dans la majorité des cas, cette règle n'est pourtant pas sans exception. Dans l'observation qui précède, nous avons vu, le lendemain de l'opération, survenir au col un gonflement œdémateux assez étendu pour gêner le passage de l'air à travers le larynx ; ce qui a dû nous inspirer un moment des craintes sérieuses sur la propagation de cet œdème à la glotte et au poumon. Nous avions encore présent à la mémoire un exemple de ce terrible accident, qui s'est passé sous nos yeux il y a environ un an.

Voici le fait : Un militaire de 25 à 30 ans, à tempérament lymphatique, est admis à l'Hôtel-Dieu, salle 10, pour y être traité d'une bronchite simple ; il porte aussi une amygdalite chronique. Après quelque temps de séjour à l'hôpital, l'excision des amygdales est pratiquée au malade vers les 9 heures du matin ; à 8 heures du soir le col est déjà pris d'un gonflement œdémateux ; en même temps la respiration devient laborieuse ; les inspirations sont fortes ; l'expiration s'accompagne d'un sifflement croupal ; teint violacé de la face ; celle-ci offre l'expression de l'anxiété ; pouls petit et fréquent ; température de la peau au-dessous de l'état normal. La percussion du thorax donne un son un peu mat ; le bruit vésiculaire du poumon est beaucoup moindre que dans l'état normal ; râle bronchique. Sangsues sur le larynx, vésicatoires aux deux bras, sinapismes aux extrémités inférieures. Mort dans la nuit.

Autopsie. Gonflement et infiltration du tissu cellulaire, de l'arrière-bouche et du larynx ; cordes vocales épaissies. Le poumon est crépitant à la pression du doigt, mais si l'on pratique une incision dans son parenchyme, il s'en échappe une grande quantité de sérosité rougeâtre. Le poids de l'organe respiratoire est beaucoup au-dessus de l'état normal. Cerveau injecté, infiltration séreuse de l'arachnoïde. L'abdomen n'offre rien de particulier.

Les lésions pathologiques observées dans le larynx et dans le poumon du militaire sont bien suffisantes pour nous expliquer la cause d'une mort si prompte ; mais il n'est pas facile de se rendre raison du développement subit des accidens qui ont suivi l'excision des amygdales. Il faut sans doute admettre chez les sujets de ces deux observations une disposition particulière à l'inflammation œdémateuse, et tenir compte de leur tempérament lymphatique.

L'on peut dire que l'hypertrophie des amygdales est une maladie plus incommode que dangereuse. Nous avons connu un jeune homme chez lequel l'engorgement chronique des tonsilles s'accompagnait, trois ou quatre fois l'an, d'un état aigu inflammatoire qu'il fallait combattre par les antiphlogistiques ; état qui durait chaque fois une huitaine de jours, et qui n'a cessé enfin de reparaître qu'après l'excision des amygdales.

Quand bien même l'hypertrophie de ces glandes n'aurait d'autre incommodité que celle de gêner la déglutition et la prononciation, de rendre la voix sourde et nasonnée, cela serait bien suffisant sans doute pour motiver l'opération qui doit débarrasser d'une pareille infirmité. Cependant cette petite opération est beaucoup trop négligée : nous avons vu dans les hôpitaux plusieurs chirurgiens, recommandables sous bien des rapports, qui ne l'ont jamais pratiquée malgré les fréquentes occasions qu'ils en ont eues.

Plusieurs procédés opératoires ont été employés pour enlever aux amygdales hypertrophiées leur trop grand volume : ainsi l'on a mis en usage la cautérisation, l'incision, l'arrachement, la ligature et l'excision. Tous ces divers moyens tendent au même but, mais tous ne l'atteignent pas avec le même degré d'efficacité ; l'on peut même dire que l'excision est presque le seul convenable.

L'exécution de ce dernier procédé a subi une foule de modifications qu'il serait trop long de rapporter ici : les uns emploient des ciseaux de formes variées ; d'autres font usage d'un bistouri boutonné ou d'un bistouri droit dont la lame est enveloppée de linge jusqu'à une distance de huit lignes environ de son extrémité. Paul d'Egine employait un bistouri courbe sur le plat, bistouri dont la concavité devait correspondre à la convexité de la langue.

Le procédé qui nous a paru le plus commode et que nous avons toujours employé avec avantage consiste à se

servir d'un bistouri droit dont la lame présente à son extrémité, qui est mousse et arrondie, une courbure de huit lignes environ sur le plat. Celle-ci forme un petit arc de cercle qui est destiné à aller chercher la glande cachée derrière le pilier postérieur du voile du palais sans le léser. La lame doit être fixée d'une manière immobile sur un manche très long.

SYPHILIDES. — On doit entendre par syphilides toute éruption développée sous l'influence du virus vénérien, ayant pour siége la peau ou certaines parties des membranes muqueuses.

Selon M. Ricord, dont je partage l'opinion sur ce point, les syphilides sont les symptômes les plus fréquens de la vérole constitutionnelle, et ceux qui se montrent le plus tôt après l'accident primitif ou après la naissance, quand l'hérédité les produit... Elles arrivent rarement avant le second septénaire qui suit le début d'un chancre, et ne se développent, le plus ordinairement qu'après la quatrième, cinquième ou sixième semaine, et même beaucoup plus tard. Les différens caractères sous lesquels les syphilides peuvent se manifester, ne consistent pas seulement dans les formes primitives qui lui sont communes avec les autres affections cutanées; elles subissent encore des transformations propres à chaque espèce; de telle sorte qu'il est exact de dire que, après avoir pris toutes les formes que peuvent revêtir les maladies de la peau, en général, elles en présentent qui leur appartiennent exclusivement. Les symptômes par lesquels les syphilides se distinguent des autres maladies, sont les suivans :

1° Lorsque la syphilide se manifeste simplement sous la forme érythémateuse, la teinte de la peau est toujours obscure et cuivreuse. 2° L'ulcère vénérien se distingue par ses bords arrondis, taillés à pic, et par l'aspect grisâtre de la surface. 3° Le caractère des ulcérations tuberculeuses se reconnaît à la nature de ses croûtes qui sont d'une couleur verte ou noirâtre, épaisses, granelées et adhérentes. 4° L'ulcération serpigineuse propre à la syphilis s'étend plus en superficie que l'ulcère rongeant, dont le caractère est de creuser plus avant dans la chair; sa forme est plus ou moins arrondie, ou d'une irrégularité qui représente tantôt un chiffre, tantôt une lettre de l'alphabet. Les cicatrices qu'elle laisse sont particulièrement blanches et déprimées. 5° Toutes les autres éruptions vénériennes, celles même qui se terminent par résolution, laissent après elles des taches violacées ou cuivrées qui s'effacent plus ou moins lentement. 6° Les syphilides affectent de préférence certaines parties de la peau, telles que les organes sexuels, l'anus, la figure, le front et les ailes du nez, le tronc et principalement la poitrine, les épaules et le dos. La gorge est la partie du système muqueux où se remarquent le plus ordinairement les ulcérations secondaires. Les syphilides qui existent à l'état d'érythème ou d'éphélides, peuvent disparaître spontanément, ce qui n'est pas rare, et tenir le malade sous l'influence de la syphilis de manière à déterminer ce qu'on appelle la diathèse ou la constitution vénérienne, et donner lieu à une époque plus ou moins reculée, et souvent au bout d'un certain nombre d'années, aux exostoses, à la carie, aux ulcères rongeans, en un mot, aux accidens les plus graves que puisse entraîner la vérole. Il en est de même de la disparition de tout autre symptôme de la syphilis, soit d'une manière spontanée ou à la suite de la cautérisation, recommandée malheureusement par des praticiens fort distingués, soit d'une médication intempestive ou incomplète. M. Ricord enseigne que c'est au chancre et à l'hérédité qu'on doit attribuer la syphilis constitutionnelle, opinion émise par Hernandez (1), et par les médecins qui pensent que le virus gonorrhéique diffère essentiellement du virus syphilitique proprement dit, et que le premier ne peut donner lieu aux accidens que produit le second *et vice versâ*, question qui n'est pas définitivement jugée et contre laquelle des faits de pratique bien observés s'élèvent en assez grand nombre pour qu'il soit permis d'être d'une opinion contraire. Les bornes d'un article de journal ne me permettent pas de discuter ici cette opinion, mais je dirai qu'il existe des faits assez nombreux pour constater l'identité d'origine de la gonorrhée et des accidens syphilitiques. J'ai cité dans mon *Traité des maladies vénériennes*, pages 55, 103 et 313, des observations à l'appui de cette opinion. Dans ce moment je donne des soins à deux dames qui sont atteintes d'ulcérations et de syphilides qui sont survenues six mois après leur union avec des maris qui n'ont jamais eu que des urétrites bénignes. Je pourrais encore citer les phénomènes consécutifs qui se sont développés chez M. ***, docteur en médecine, qui a été consulter MM. Cullerier, Ricord, Lagneau, etc., qui n'a jamais eu qu'une blennorrhagie simple et qui m'écrit ce qui suit : « Depuis que j'ai eu l'honneur de vous voir et de recevoir vos conseils au sujet de ces vésicules pustuleuses que je portais à la poitrine et autour du bassin, il m'est survenu des démangeaisons vives aux cuisses, à l'articulation tibio-fémorale, le cuir chevelu, accompagnées d'une éruption boutonneuse qui ressemble au prurigo ; je remarque des taches rose-groseille avec des points noirs, etc. »

Des faits analogues ont été publiés par Gardane, MM. Lagneau, Rayer, Devergie, Gibert, etc. Ce dernier auteur cite, dans son Manuel des maladies spéciales de la peau, p. 463 et suiv., deux observations qui ne permettent pas de douter que la syphilis peut se manifester à la suite de la gonorrhée. Quant à moi, l'observation m'a démontré que la blennorrhagie peut produire sa syphilis et qu'elle peut à son tour survenir comme affection consécutive d'accidens essentiellement syphilitiques. Je puis renvoyer encore au savant ouvrage de Hunter, si bien traduit par le docteur Richelot, où, malgré les notes pleines d'érudition de son commentateur, on ne peut que donner raison à l'observateur anglais.

La matière de l'écoulement syphilitique m'a toujours paru avoir une odeur forte, nauséabonde, *sui generis*, qui en est peut-être le caractère le plus distinctif. Les syphilides peuvent survenir pendant la durée des symptômes primitifs, tels que la blennorrhagie, le chancre, etc. Mais le plus souvent elles sont consécutives et se manifestent après leur disparition, soit immédiatement, soit à des époques plus ou moins éloignéesr

GIRAUDEAU DE ST-GERVAIS.

(1) *Essai sur la non identité du virus gonorrhéique et syphilitique*; par Hernandez. Toulon, 1802.

— M. Rostan reprendra ses leçons de clinique interne le mardi 7 avril dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, et le continuera tous les jours, les mercredis exceptés.

La visite commence à sept heures et demie et la leçon à neuf heures.

— *Cours de Pathologie interne.* Second semestre. M. Monneret, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, continuera à traiter des inflammations dans la seconde partie de son cours. Ce cours aura lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de six heures à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n. 2 de l'Ecole paratique, et commencera le mardi 7 avril 1840.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 9 AVRIL 1840. (13e ANNÉE.) N° 43, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger, 1 an, 45 f.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Cancer de la face; résection du maxillaire inférieur. Remarques sur la gravité de cette opération.

Au n° 48 de la salle des hommes est entré un tisserand, âgé de soixante ans, demeurant à Saint-Germain-en-Laye. Il porte une tumeur cancéreuse de la face, dont il veut se faire opérer : la tumeur siége au côté droit du visage. Cet homme est d'une constitution sèche, mais bonne, et n'a jamais fait de maladies graves; aucun de ses viscères ne paraît être atteint de maladies chroniques.

Il y a un an que ce malade a vu un petit bouton se former sur le bord libre de sa lèvre inférieure, à droite; traité d'abord par différens moyens insignifians, ce bouton continua à faire des progrès jusqu'au moment où le chirurgien se détermina à en faire l'excision, qui ne tarda pas à être suivie de la cicatrice et de toutes les apparences d'une guérison radicale.

Toutefois, six mois après l'époque où cette petite opération avait été opérée, une grosseur se forma à l'angle de la mâchoire inférieure droite, laquelle s'accrut progressivement, se ramollit, s'abcéda, et, finissant par s'ouvrir, devint le siége d'une suppuration continue. D'autres tumeurs analogues ne tardèrent pas à se manifester par la suite, à peu de distance de la précédente; et celle-ci, ainsi que les dernières formées, devinrent alors le siége de douleurs lancinantes.

Le développement progressif de toutes ces tumeurs devait tôt ou tard apporter de la gêne dans les mouvemens de la mâchoire inférieure; ce qui ne manqua pas d'arriver en effet, et l'abaissement même de cette mâchoire fut presque complètement interdit au malade.

Cette gêne des mouvemens de la mâchoire existe aujourd'hui encore plus prononcée que par le passé, et voici en outre quels sont les autres caractères physiques et physiologiques de cette tumeur. Elle occupe presque toute la région maxillaire inférieure droite; elle s'étend d'une part jusqu'à la région parotidienne, et descend inférieurement et en avant jusqu'au menton, un peu en dehors de sa partie droite; en bas la tumeur atteint jusqu'à l'os hyoïde, et d'autre part elle s'étend en dedans jusqu'à la langue: cet organe n'est aucunement compris dans la tumeur, et reste entièrement libre. L'os maxillaire inférieur est compris dans la tumeur, depuis les approches du menton jusqu'à l'apophyse coronoïde; la peau en fait partie également dans une même étendue, et, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, elle est ulcérée sur différens points.

L'on ne saurait conserver aucun doute sur la nature cancéreuse de cette tumeur; car, indépendamment des présomptions qui résultent de la préexistence d'un bouton évidemment de même nature, les tissus qui la composent présentent, comme dans les cancers de cette région, d'une part la dureté squirrheuse sur quelques points, et sur d'autres points le ramollissement propre au tissu cérébroïque.

Nous devons faire remarquer ici que, eu égard à cette circonstance, savoir : que la tumeur actuelle ne s'est manifestée que consécutivement à l'opération du petit bouton de la lèvre, qui pendant quelque temps avait été suivie d'un état qui semblait annoncer une guérison radicale; nous ferons remarquer, disons-nous, que cette circonstance défavorable ne fait que trop pressentir la gravité du cas et craindre beaucoup de chances en faveur de la repullulation du cancer après l'opération que M. Velpeau se propose de pratiquer.

C'est avec raison, en effet, que M. Velpeau considère cette circonstance comme de mauvais présage; toutefois, dit-il, quoique l'opération se présente sous de mauvais auspices, et d'autant moins favorables que le sujet est déjà avancé en âge, néanmoins, en présence des rapides progrès que la tumeur fait, et lorsque l'on a égard aux suites inévitables et funestes qu'elle entraînera si l'on n'adopte pas l'opération; si l'on considère enfin que les fonctions viscérales, qui ne sont point encore compromises, peuvent l'être bientôt, ce qui deviendrait le signal d'une altération constitutionnelle qui ne tarderait pas à entraîner le malade; lorsqu'on a égard à toutes ces circonstances, le parti de l'opération paraît encore mériter la préférence, préférence d'autant plus fondée d'ailleurs que le jugement est assez fixé aujourd'hui sur les résultats qu'une semblable opération peut fournir et sur les avantages que l'on en peut retirer.

L'examen des parties qui environnent la tumeur n'a permis de constater qu'un engorgement léger des ganglions cervicaux de la partie gauche du cou. En outre, l'examen le plus attentif des cavités splanchniques n'a permis de constater aucune altération viscérale, soit de la tête, soit de la poitrine, soit enfin du ventre.

Toutes ces circonstances jointes aux chances de succès que l'opération réunit en sa faveur, mais surtout lorsqu'on réfléchit que l'ablation de cancers a pu être suivie d'un résultat définitif, d'une guérison vraiment radicale, après quatre, cinq, et même onze opérations, au dire de Morgagni; lorsque l'on réfléchit à tout cela, disons-nous, et que d'autre part l'on met en regard avec ces faits les résultats funestes et inévitables du progrès de la maladie, il est d'autant plus raisonnable de se décider à l'opération que le malade qui connaît la nature de son mal et qui n'ignore pas quelles peuvent être les suites fâcheuses de l'ablation de sa tumeur, demande néanmoins avec instance que cette opération soit pratiquée. Notre hésitation a dès lors cessé entièrement, et c'est aujourd'hui que nous allons pratiquer cette opération devant vous.

Cette opération est assez commune aujourd'hui, et désormais l'on n'y attachera pas beaucoup plus d'importance qu'aux autres amputations d'une certaine gravité. Lorsque nous avons rédigé pour notre Traité de médecine opératoire, il y a deux ans, l'article qui la concerne, nous avons pu en rassembler 140 cas, et il ne serait peut-être pas impossible aujourd'hui de porter ce chiffre à 200.

Néanmoins, malgré ce nombre assez considérable de faits, il est encore assez difficile de savoir à quoi s'en tenir sur les suites que cette opération peut avoir dans la majorité des cas; cela se conçoit en effet, et voici pour quelle raison. Il faut distinguer deux époques pour le temps qui suit cette opération : pendant la première, qui est assez courte, le malade parvient assez souvent à surmonter les dangers ordinaires d'une opération grave, la cicatrisation s'effectue avec promptitude, et est suivie de toutes les apparences d'une guérison complète. Bien de faits dont les observations ont été publiées avaient été recueillis pendant cette première époque; et il n'y a réellement pas de quoi s'étonner des nombreux succès que les auteurs se sont attribués, puisque beaucoup de leurs malades ont du réellement guérir de la plaie simple qui résulte de l'opération; mais en a-t-il toujours été de même du cancer? il y a tout lieu d'en douter, lorsque l'on a égard à toute l'aversion qu'ils ont dû éprouver à avouer publiquement que la récidive était survenue dans des cas qu'ils avaient annoncés comme ayant été suivis d'une entière guérison.

Mais cette récidive, cette repullulation du cancer, est malheureusement loin de se présenter rarement : vous en avez vu plusieurs exemples dans nos salles. Nous le répétons : il n'est pas rare de voir les opérés se présenter au bout de dix, vingt ou vingt-cinq jours, avec toutes les apparences d'une guérison complète; mais il n'est pas rare non plus de voir, après ce temps, le cancer repulluler.

Voici d'ailleurs un fait qui démontre le peu d'importance qu'il faut attacher aux résultats annoncés par quelques praticiens, et avec quelle réserve il faut les accueillir. Un chirurgien de Paris fit connaître publiquement, par l'intermédiaire d'une personne de sa connaissance, le résultat de six opérations de ce genre pratiquées par lui. Il était dit que les opérés s'étaient trouvés guéris au bout de dix, quinze, vingt, trente et quarante jours; c'est-à-dire que tout s'était passé pour le mieux; mais quelque temps après, le chirurgien et la personne qui avait rendu publique les six observations, s'étant brouillés, celle-ci fit connaître quels avaient été les suites beaucoup plus éloignées des six résections et amputations de l'os maxillaire pratiquées par le premier. Or, deux ans seulement s'étaient écoulés, et chez cinq des opérés le cancer avait récidivé et entraîné la mort.

De ce défaut de renseignemens exacts sur les suites immédiates et éloignées de l'opération en question, qui ont eu lieu dans tous les cas où elle a été pratiquée, il résulte que ce point reste encore un des plus obscurs, et que l'on ne possède rien de positif à cet égard.

L'ablation de la mâchoire inférieure se pratique en deux endroits différens; savoir au menton ou sur le côté de la mâchoire. Dans le premier cas l'opération est plus grave, car elle comporte nécessairement la destruction des attaches principales de la langue, et dès lors cet organe se rétracte; par la suite, ses mouvemens sont gênés, et en se renversant en arrière elle peut gêner la respiration. Dans le second cas, au contraire, presque toutes les attaches de la langue sont conservées; cette seconde méthode opératoire admet deux modes différens, qui consistent, l'un dans la désarticulation de l'os, l'autre dans la section en un point plus ou moins élevé.

Plusieurs procédés ont été conseillés pour arriver à chacun de ces deux résultats; mais ils doivent nécessairement varier suivant les cas. Il y en a d'ailleurs un de choix et un de nécessité. Si, chez notre malade, la peau eût été saine, nous aurions eu recours au procédé qui nous appartient, et qui consiste à pratiquer une incision en demi-lune dans le sens de la courbure de la mâchoire, à disséquer et renverser en haut le lambeau supérieur, et à scier la maxillaire inférieure de dedans en dehors, après avoir isolé la tumeur; ensuite nous aurions laissé retomber le lambeau supérieur, qui se serait naturellement porté vers l'inférieur. Ce procédé serait d'ailleurs également applicable si le cancer existait au menton.

Mais quand la peau qui recouvre la tumeur est altérée, comme dans le cas qui se présente à notre observation, il convient d'avoir recours à un autre procédé; car, dans celui qui précède il existe un lambeau supérieur, comme nous venons de le dire, qui ne peut être fait quand la peau est altérée. Il convient alors d'agir différemment.

Cependant nous pratiquerons également l'incision en demi-lune, parallèlement à la courbure de l'os maxillaire et s'étendant depuis la limite supérieure de la tumeur jusqu'à la partie inférieure de l'extrémité droite de la commissure des lèvres qui restera intacte. La tumeur sera ensuite comprise dans un seconde incision supérieure sémi-elliptique et se réunissant par ses extrémités à la précédente; ensuite, la tumeur ayant été isolée des tissus sains, nous pratiquerons la section de l'os maxillaire de dedans en dehors. Il est probable que nous aurons à lier les artères faciale et linguale dans le cours de l'opération. Il y aura nécessairement une déperdition de substance assez notable, comme vous le voyez; mais le vide qui en résultera ne sera pas difficile à combler par le rapprochement des tissus sains.

— Nous ferons connaître les suites de cette opération.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Leçons sur les maladies vénériennes.

(Quatrième article.)

Mode de propagation. Le chancre peut se propager de deux manières : la première, et sans contredit la plus naturelle, c'est le coït et tous les actes vénériens en général; l'autre, plus sûre dans ses moyens, plus efficace et plus certaine dans ses résultats, c'est l'inoculation. Il est vrai que ce dernier mode de propagation est infiniment plus rare que l'autre, et qu'on l'observe seulement dans les cas de recherches scientifiques. Nous aurons occasion de nous en occuper et d'en faire apprécier toute l'importance.

Quant à la propagation du chancre au moyen des actes vénériens, ce mode a pendant bien long-temps, et presque généralement, été regardé comme le seul possible. Il faut sans doute attribuer l'ancienneté de cette opinion à ceci : que la possibilité de transmettre les accidens vénériens au moyen de l'inoculation n'a été connue que fort tard, et que les médecins ayant toujours remarqué la transmission du chancre par le coït, avaient pensé qu'il fallait attribuer à l'action des organes de la génération une influence inconnue, mais positive, dans la production de ces maladies.

De nos jours, les prétendus réformateurs qui ont voulu accommoder les faits à leurs théories préconçues, soutiennent encore que la cause spécifique, unique, la condition *sine quâ non* de la transmission du chancre résidait dans les rapports sexuels et dans l'orgasme vénérien, comme si le coït était capable de produire la vérole de toutes pièces. C'est en vain que l'inoculation et ses résultats sont venus leur donner un démenti formel; ils ont nié les faits, ils ont repoussé l'évidence.

Pour nous, le mode le plus naturel, et, si nous pouvons nous exprimer ainsi, le plus vulgaire de transmission et de propagation de la vérole, est dû aux actes vénériens; mais si nous admettons cette opinion, ce n'est pas à cause de l'influence mystérieuse dont on entoure ridiculement l'action des organes génitaux, mais bien parce que cette action est presque toujours et dans le plus grand nombre des cas, mais pas dans tous, la seule pendant laquelle on se trouve exposé au contact du pus virulent du chancre, et par conséquent exposé à contracter l'infection.

Non-seulement l'acte vénérien n'est pas indispensable à la propagation du chancre, mais il existe même un assez grand nombre de cas dans lesquels il est pour ainsi dire inutile. Combien de fois en effet n'a-t-on pas remarqué que plusieurs individus avaient eu à la même époque des rapports avec une femme infectée, et que les uns avaient contracté le chancre tandis que d'autres avaient résisté à toute espèce d'infection? Le seul moyen d'expliquer de semblables différences ne se trouve pas dans la supposition absurde que ceux de ces individus restés sains et saufs jouissaient d'une espèce d'idiosyncrasie réfractaire à la vérole, tandis que les autres étaient disposés à la contracter par le moindre rapprochement suspect. N'est-il pas plus simple et plus rationnel de penser que chez les premiers toutes les parties en contact avec le pus virulent étaient intactes, tandis que chez les autres, il existait des excoriations peut-être imperceptibles; qu'ils avaient un épiderme ou un épithélium plus facile à érailler ou à déchirer, ou bien que le pus a trouvé l'orifice d'un ou de plusieurs follicules béants, et qu'il a été introduit ou déposé dans ces points. Nous savons bien que des vérités aussi simples ne sont point admises par tous les médecins : mais que pourraient répondre les fauteurs de ces doctrines à ce fait, que devant l'inoculation il n'y a ni prédisposition, ni idiosyncrasies, que le résultat est invariable et le même pour tous?

Inoculation. L'inoculation du chancre se pratique de la même manière que celle de la vaccine : on charge la pointe d'une lancette d'une petite quantité de pus que l'on recueille à la surface d'un chancre, et on l'introduit avec précaution sous l'épiderme, en ayant soin de ne pas enfoncer la pointe assez avant pour déterminer l'écoulement du sang à la surface de la petite plaie, car cet écoulement pourrait être une cause de non-réussite. Ce moyen est le meilleur pour produire le chancre ; il ne demande ni orgasme, ni acte vénérien, ni excitation préalable de la partie qu'on veut inoculer ; le chancre se développe sur le point précis de l'inoculation et jamais autre part. Si l'on fait avec le pus d'une même ulcération plusieurs piqûres, toutes donnent lieu au chancre. On n'en voit jamais réussir une et échouer les autres; il ne s'en forme jamais plus, jamais moins que le nombre d'inoculations bien faites. Notons encore que les résultats de l'inoculation artificielle sont plus certains que ceux de la contagion ordinaire, et qu'on peut inoculer, comme nous l'avons vu du pus virulent qui a été conservé pendant assez long-temps dans des tubes à vaccin, par exemple.

Avant d'aller plus loin, arrêtons-nous un instant sur l'examen de cette opinion, admise par quelques auteurs : que les causes de la syphilis sont multiples. Parmi ces médecins il s'en est trouvé qui, au lieu d'admettre une seule cause, ont voulu qu'il en existât plusieurs spécifiques ; en un mot plusieurs virus de qualités et de degrés différens. De ce nombre était Carmichael, dont les idées ingénieuses, mais malheureusement sans fondement, ont toujours été remarquées à cause de leur originalité : ayant remarqué que les accidens primitifs, ainsi que les accidens secondaires, loin de revêtir dans tous les cas une forme que l'on pût prendre pour type, affectaient des aspects et des caractères différens, il crut qu'il existait véritablement des relations régulières entre ces modifications différentes de ces deux ordres d'affections, et il établit, en conséquence, quatre séries ou quatre ordres de symptômes, tant primitifs que consécutifs, lesquels se rattacheraient chacun à une cause spécifique particulière tout à fait distincte des autres. Cette opinion a pris sa source dans l'imagination de son auteur et dans l'oubli des faits les plus ordinaires. Il suffit, pour se convaincre de son peu d'exactitude, d'examiner les malades et remarquer qu'il arrive fort souvent de rencontrer sur le même individu toutes les variétés des symptômes tant primitifs que consécutifs.

Incubation. Cette question est fort importante. Le plus grand nombre des médecins admet qu'il existe après l'infection, suite d'actes vénériens ou d'inoculation, une période qu'ils appellent période d'incubation. Ils sont loin cependant de s'accorder sur les caractères et sur la nature de ce travail. Ainsi, pour les uns elle a pour siége l'organe même où le virus a été déposé ; pour les autres, elle est pour ainsi dire générale. Dans le premier cas, le virus déposé réagit sur l'organe même qui l'absorbe et ce n'est qu'après une certaine réaction qu'il manifeste ses effets au-dehors ; dans le second cas il y aurait beaucoup plus encore, il y aurait une réaction particulière de toute l'économie. Astruc, Hunter, Bell partagent la première manière de voir ; un grand nombre d'autres, parmi lesquels nous citerons Lagneau, donnent la préférence à la seconde. Selon ces derniers il ne pourrait donc jamais y avoir de chancre sans qu'il y ait eu infection constitutionnelle. Nous aurons occasion de revenir sur ces faits en nous occupant des affections secondaires.

Un premier fait qu'il est important de bien constater, et que ne pourront jamais contester ceux qui voudront observer avec conscience et exactitude, est le suivant : Le chancre se développe sur le point même où le pus virulent a été déposé. Admettons maintenant une période d'incubation soit locale, soit générale, le chancre devrait nécessairement se développer dans le premier cas, sur un point quelconque de la région où l'incubation s'est faite ; dans le second, sur un point quelconque de la surface du corps. Il n'y aurait donc plus de points privilégiés, pour ainsi dire d'une manière fatale, et d'autres préservés presque constamment. Au lieu de cela, que nous apprend l'observation ? Que le chancre du frein chez l'homme, que ceux de la fourchette chez la femme sont les plus ordinaires et excessivement fréquens ; qu'on en rencontre fort rarement sur le col de l'utérus, dans le canal de l'urètre, et ces régions sont sans contredit beaucoup plus difficiles à infecter que celles que nous venons d'indiquer un peu plus haut.

Voulons-nous nous convaincre par d'autres preuves encore qu'il n'y a pas d'inoculation dans le sens dans lequel ce mot est généralement employé, et qu'il n'y a pour le chancre qu'une simple évolution à partir du moment où le contact du pus infectant a eu lieu sur les tissus? Ayons recours à l'expérience ; nous verrons que du moment où la cause spécifique sera mise en contact avec les tissus, dans des conditions convenables pour que ceux-ci puissent s'infecter, il s'établira un travail incessant, qui arrivera sans interruption, d'une manière plus ou moins régulière et rapide, à la production de l'ulcère complet.

Les conditions nécessaires à l'inoculation sont : que le pus soit pris sur la surface d'un chancre à une époque que nous limiterons; qu'il ne soit pas trop mélangé de sang, de mucus ou d'un autre liquide étranger, et qu'il soit introduit sous l'épiderme. Ceci étant fait, quelle que soit la région du corps sur laquelle cette inoculation aura été faite, que l'on regarde et que l'on suive avec soin les progrès de l'inoculation, et l'on pourra se convaincre que le travail commence aussitôt et se continue sans interruption jusqu'à ce que le chancre soit arrivé à la forme ulcéreuse. Dans un instant, en décrivant la marche et le développement du chancre, nous insisterons sur ces différentes phases de son évolution.

Pour les incrédules, on ne peut certes leur faire voir le premier jour une ulcération de six lignes de diamètre. Mais le coryza débute-t-il par la formation du muco-pus? Les cavernes existent-elles à la première période de la phthisie pulmonaire? Est-ce là de l'incubation?

Mais si l'expérience rigoureuse ne permet pas d'admettre l'incubation pour les accidens primitifs, prise dans le sens absolu, il faut aussi de nécessité nier les temps d'incubation relatifs aux différens tissus. Seulement il est des parties qui, par leur organisation propre ou par des circonstances accessoires, se prêtent plus aisément que d'autres aux états morbides, et dans lesquelles on voit, par exemple, l'inflammation, l'ulcération, la suppuration marcher plus vite que partout ailleurs, sans que ces différences, dans la rapidité avec laquelle la maladie parcourt ses phases, puissent être rapportées, comme on le veut, à l'incubation.

On a invoqué contre elle un grand nombre de faits. Ainsi, des individus ont eu des rapports avec des femmes infectées, et ils ont été examinés avec soin pendant cinq, dix, quinze jours et plus ; puis tout à coup, le dixième, le quinzième jour plus ou moins, ils ont trouvé, ou bien on a trouvé un chancre qui, le lendemain, atteignait déjà une largeur considérable. Chez d'autres, après un laps de temps aussi considérable, écoulé sans l'apparition du moindre symptôme, se déclarait un chancre qui parcourait ses périodes avec facilité et régularité.

Pour ne pas discuter la valeur de semblables faits et l'exactitude de ceux qui ont pu les observer, nous dirons que l'on peut d'ailleurs concevoir l'apparition tardive de quelques chancres, non-seulement par le fait d'une évolution beaucoup plus lente chez certains individus et dans certaines régions, mais encore par diverses circonstances qu'on est à même d'apprécier tous les jours. C'est ainsi que beaucoup de malades ne s'aperçoivent de l'existence d'une ulcération que lorsqu'elle est devenue douloureuse ; que d'autres voient survenir des chancres successifs et à des époques plus ou moins éloignées de la première infection et de l'apparition du premier ulcère, par suite d'inoculations postérieures dues au pus que celui-ci avait fourni plus tard, et qui, pour agir, attendait dans son voisinage les conditions locales dont nous avons déjà parlé.

C'est de la même manière que des chancres peuvent être produits par une sécrétion blennorrhoïde fournie par une muqueuse voisine affectée de chancres profonds qui, existant les premiers, deviennent quelquefois la cause d'un écoulement. En se souvenant encore que le pus virulent peut rester long-temps séparé de l'ulcère qui le produit sans que ses propriétés contagieuses se perdent, et qu'il peut séjourner sans action sur les tissus jusqu'à ce que ceux-ci lui offrent une porte d'entrée, on se rendra compte aisément de ces chancres que Hunter, entr'autres, a vus survenir sept semaines après le coït infectant.

Voici, par exemple, un malade qui présente un énorme chancre à la base du gland ; chez lui l'apparition a été fort tardive. Au début ce n'était qu'une ulcération peu étendue, qui paraissait peu profonde, et bientôt on s'est aperçu que le chancre, au lieu de s'être développé en surface, avait fait des progrès énormes en profondeur, et qu'il avait creusé une cavité considérable sous des tissus qui paraissaient sains ; à une époque plus avancée, une partie de ces tissus, pour ainsi dire de protection, a été envahie par la maladie, et le chancre a offert presque tout à coup une surface très étendue, bien qu'il conserve encore en partie les apparences de la cavité isolée qu'il constituait tout d'abord (1).

Ne peut-on pas encore expliquer un fait semblable de la manière suivante : que le pus virulent s'introduit ou a été mis en contact avec la cavité d'un follicule béant, comme on en trouve un grand nombre à la base du gland; que celui-ci se refermant sur le virus, il se produit alors un travail intérieur inaccessible aux recherches ordinaires, gagnant en profondeur et non en surface, et ne se montrant à l'extérieur que lorsque l'ulcération est déjà considérable, ou pour ainsi dire enkystée, comme dans le cas que nous venons d'observer, ou bien lorsque les parois de cette cavité anormale ont été détruites par les progrès soutenus de l'ulcération.

Il est donc manifeste maintenant, et tout ce que nous verrons encore ne fera que confirmer cette vérité, que le chancre est l'accident primitif et obligé de la syphilis ; sans lui il n'y a pas de syphilis, à moins d'hérédité.

Siége du chancre. Nous avons indiqué les circonstances nécessaires à sa transmission, et les circonstances qui pouvaient l'accompagner, nous arrivons à déterminer les points divers où le chancre siége le plus fréquemment. Il sera facile de comprendre les causes de l'ordre que nous allons exposer, si l'on tient compte de la plus ou moins grande résistance de l'épiderme ou de l'épithélium, du plus ou moins grand nombre de replis que présentent les diverses régions qui en sont le siége ; enfin, si l'on a soin de noter l'influence nécessaire que doit avoir sur la fréquence du chancre telle ou telle partie des organes de l'homme ou de la femme dans les parties de l'un et de l'autre sexe qui se correspondent pendant l'acte vénérien.

A. *Organes génitaux de l'homme.* Le siége le plus ordinaire du chancre chez l'homme, c'est la couronne du gland, et sur cette couronne c'est le frein qui en est le plus ordinairement affecté. Cela tient à la facilité avec laquelle le filet se déchire pendant le coït, aux replis qui se trouvent dans ce point, au contact obligé que cette portion présente avec la fourchette de la vulve chez la femme, région qui, pour la même raison, est aussi chez elle plus fréquemment infectée. Viennent ensuite le point de réflexion du prépuce sur la base ou la couronne du gland, le limbe du prépuce chez les individus qui sont atteints de phymosis congénital, enfin l'angle rentrant formé à l'union de la verge avec les bourses, le fourreau, puis l'urètre, à partir de son orifice extérieur jusqu'au col de la vessie. Dans cette région, la fosse naviculaire et la région prostatique y sont plus exposées que les autres parties du canal. Une fois nous avons trouvé et fait représenter une ulcération ayant pour siége l'entrée de la vessie ; Col du Villars a pu observer un fait analogue..

B. *Organes génitaux de la femme.* Chez la femme on a observé le chancre, par ordre de fréquence, sur la fourchette de la vulve ; cette partie est, comme nous l'avons dit, en contact pendant le coït avec le frein du prépuce de l'homme souvent infecté, et d'ailleurs est exposé à de fréquentes déchirures ou excoriations dans beaucoup de rapprochemens. Viennent ensuite les caroncules myrtiformes, les grandes et les petites lèvres, le clitoris, la face interne de son prépuce, le col de l'utérus et les parties qui sont au-delà de l'anneau vulvaire.

C. *Régions diverses chez les deux sexes.* A l'anus, les mêmes causes règlent la fréquence des chancres ; c'est sur la ligne médiane qu'on le rencontre le plus souvent, surtout vers la portion inférieure, cela à cause de la nature des parties et surtout à cause du point où se font ordinairement les déchirures, point pour ainsi dire invariable, à cause de la position qu'affectent les sujets dans les rapports *à posterà venere.*

Nous dirons à l'appui de cette opinion que les ruptures qui surviennent après des selles difficiles sont toujours pour une raison semblable placées sur le point opposé, c'est-à-dire à la partie postérieure. Ces considérations ne sont certainement pas absolument décisives, mais nous pensons qu'elles peuvent avoir une certaine importance dans les cas de médecine légale. Outre ces cas, on observe ensuite les chancres de l'anus dans des points plus ou moins éloignés du centre.

Dans la cavité buccale, le siége ordinaire du chancre a lieu d'abord sur les lèvres, puis sur la langue, puis sur le pharynx.

Chez les enfans nouveau-nés, les parties le plus souvent attaquées sont les lèvres, soit à cause de la finesse de leur tissu, soit à cause de leur contact presque continuel avec des parties de la nourrice souvent affectées de chancres, le mamelon. Quant aux nourrices, lorsque l'enfant sera pour elles une cause d'infection, ce sera par le mamelon qu'elle leur arrivera, et cela pour une raison analogue à celle que nous venons d'indiquer.

Enfin il n'est pas rare de voir chez certaines femmes des chancres dans l'intervalle des seins, dans le pli qui les sépare ; chez les deux sexes, dans différentes régions des muqueuses et de la peau, siéges différens qui expliquent ordinairement les goûts plus ou moins baroques ou dépravés de quelques individus.

(1) Nous devons dire que beaucoup de ces descriptions ou de ces faits qui peuvent paraître incomplets sous notre plume, sont rendus fort clairs aux leçons de M. Ricord, par l'examen des malades qui sont présentés comme type des diverses conditions signalées ; ou bien encore, par de forts beaux dessins sur les formes de l'affection vénérienne et sur les périodes de l'inoculation. Ces dessins seront d'ailleurs bientôt rendus publics, lors de la mise en vente d'un ouvrage complet *sur les Maladies vénériennes* que M. Ricord doit publier très prochainement.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. PAUL DUBOIS.

Hydro-encéphalocèle. Examen de la tête.

M. Dubois présente la tête d'un enfant né à la Maternité vers la fin du mois de mars. L'accouchement avait suivi sans difficulté ses phases les plus ordinaires, et s'était terminé rapidement ; l'enfant mourut bientôt.

Ce nouveau-né portait à la partie postérieure de la région occipitale une tumeur ayant environ les deux tiers du volume de la tête. Cette tumeur était pendante en arrière sur le cou ; elle entraînait même par son poids la tête de l'enfant, et la maintenait fléchie en arrière : elle était arrondie, sans bosselures ; sa tension n'était pas considérable. La réunion des caractères observés pouvait faire penser que cette tumeur contenait un liquide, et, de plus, qu'il existait une communication entre elle et la cavité crânienne.

Une incision fut pratiquée à la partie postérieure, et donna issue à une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent ; la tumeur s'affaissa aussitôt : les parois du sac avaient à peu près l'épaisseur du péricrâne, et paraissaient formées par ces tissus repoussés et distendus par le liquide ; la surface interne offrait un aspect lissé, comme séreux. En examinant cette surface dans tous ses points, on vit que le sac communiquait avec la cavité du crâne au moyen d'une ouverture qui pouvait permettre l'introduction du doigt.

Cette communication avait lieu au moyen d'une perte de substance faite sur l'os occipital. M. Dubois dit qu'on observe assez souvent une réunion tardive des premiers noyaux d'ossification de cet os, et qu'il en résulte alors une ouverture parfois assez considérable. Il sait fort bien que la possibilité de cet espèce d'arrêt de développement a été contestée par des anatomistes et par plusieurs accoucheurs, entr'autres, par M. Velpeau ; mais plusieurs faits du genre de celui-ci, qu'il a été à même d'examiner avec beaucoup de soin, l'autorisent à donner cette opinion comme certaine.

Il y avait donc, dans ce cas, un hydro-encéphalocèle ; des circonstances particulières ont empêché de pousser les recherches aussi loin qu'il eût été à désirer : en effet, on n'a pu examiner que fort rapidement l'état des renflemens nerveux renfermés dans la boîte crânienne. On croit cependant pouvoir affirmer qu'il y avait sur ce sujet absence du cervelet, et que la poche ne contenait, outre le liquide séro-sanguinolent, aucune portion du cerveau ou de quelqu'autre partie de l'encéphale.

M. Dubois a, dans une autre circonstance, trouvé une tumeur tout à fait semblable et située dans la même région (il présente cette pièce modelée). Chez l'enfant qui a fait le sujet de cet examen, il y avait également communication entre le sac et la cavité crânienne, au moyen d'une ouverture existant sur l'occipital. La tumeur avait le même volume que la tête de l'enfant, et elle renfermait les lobes postérieurs du cerveau et le cervelet ; aussi peut-on remarquer sur cette pièce un grand aplatissement de la région frontale, tandis que chez l'enfant qui a fait le sujet du premier examen la tête était régulièrement conformée.

Rétention du placenta.

Comme cela s'observe presque toujours, il est arrivé, pour le point de science dont nous allons nous occuper, que les faits ont d'abord été observés, et que les explications sont arrivées ensuite.

Premier cas. Le premier fait de ce genre a été publié par Naëgelé d'Heidelberg, en 1803. Une femme grosse de six mois fait une fausse couche ; aussitôt après la naissance de l'enfant, on s'attendait à voir sortir le placenta comme à l'ordinaire ; mais on attendit en vain. On fit alors quelques tractions sur le cordon, mais celui-ci était très mince et se rompit presqu'aussitôt. Le placenta resta donc dans la cavité utérine ; les lochies apparurent et suivirent leur cours ordinaire pendant quatre jours ; cependant on remarqua qu'elles coulaient en petite quantité et qu'elles n'avaient pas d'odeur.

On n'observa rien de particulier pendant le cours des onze premières semaines qui suivirent : à cette époque les règles reparurent. Cette femme devint de nouveau enceinte au bout de vingt-un mois. Cette nouvelle grossesse fut régulière ; l'on suivit avec soin le travail de l'accouchement, et l'on ne put rien trouver, lors de l'expulsion du fœtus et du délivre, qui ressemblât à la totalité ou à des fragmens du premier placenta.

Deuxième cas, observé par le même accoucheur. Une femme avorta dans le courant de la quatorzième ou de la quinzième semaine de la grossesse ; elle eut après l'expulsion du fœtus quelques hémorrhagies peu inquiétantes, mais le placenta resta dans la cavité de l'utérus. La malade eut un accès de fièvre assez intense dans le courant du troisième jour, mais il ne sortit rien par les voies génitales. Les règles se montrèrent au bout de la neuvième semaine, et l'on ne put constater aucune trace de placenta.

Troisième cas, publié en 1824 ; il offre une grande analogie avec les précédens. M. Naëgelé fut appelé auprès d'une femme qui était accouchée la veille de son deuxième enfant. La sortie du placenta n'avait pu se faire, malgré des tentatives répétées.

L'accoucheur, en examinant l'utérus, trouva cet organe revenu sur lui-même et contracté. On avait affaire à un véritable enkystement du placenta. Cet état dura quelque temps, puis il se fit un écoulement de sang très fétide. M. Nœgelé, après de nouveaux efforts, parvint à extraire les deux tiers environ du placenta ; le reste ne put être enlevé. Il n'y eut pas d'hémorrhagie : quelques caillots qui se présentèrent ensuite furent examinés avec soin, et l'on ne put constater la moindre trace de débris. Vingt-quatre heures après les lochies apparurent ; la treizième semaine les règles recommencèrent sans rien offrir de particulier.

Quatrième cas. Salomon de Leyde vit une femme accouchée la veille après sept mois et une semaine de grossesse; le placenta n'avait pu être extrait. Il fit des tentatives pour l'enlever et ne put y réussir ; le cordon qui était fort grêle se rompit, et la matrice était revenue sur elle-même. Les lochies furent fétides ; il fut possible un peu plus tard d'arracher des morceaux de placenta, mais on fut obligé d'abandonner les autres parties dans la crainte d'accidens qui menaçaient de se développer. On ne put rien obtenir plus tard.

Cinquième cas. Gabillot, accoucheur de Lyon, vit une femme, enceinte pour la quatrième fois, avorter dans le courant du 4e mois de la grossesse ; l'enfant était vivant. Il y eut pendant l'accouchement une hémorrhagie assez abondante. Le cordon pendant à la vulve, on fit des tractions sur lui pour extraire le placenta, mais il se rompit et le placenta ne put être extrait. L'utérus revint sur lui-même, et la fièvre de lait se manifesta le troisième jour. Les lochies restèrent inodores, et l'on ne vit rien sortir qui ressemblât à des portions de délivre ; on crut alors à une grossesse double. Mais l'utérus diminua peu à peu de volume, et les règles reparurent. Au bout de trois mois la femme était de nouveau enceinte ; elle accoucha facilement à terme, et l'examen du placenta ainsi que de la matrice ne put rien faire reconnaître de particulier.

Sixième cas, recueilli par M. Paul Dubois. Une femme accoucha au terme de sa grossesse d'un enfant faible et donnant fort peu de chances de vitalité. La mère eut une perte abondante. On introduisit la main dans la cavité de l'utérus pour faire la délivrance, et les tractions ne purent réussir qu'à amener des portions de placenta ; l'hémorrhagie céda peu à peu, les lochies apparurent, devinrent peu à peu fétides. Le placenta ne fut pas expulsé.

On pourrait multiplier les citations de faits de ce genre, mais ils ont entre eux la plus grande analogie. On peut se demander s'ils donnent la preuve de l'absorption du placenta ? Madame Boivin, qui était opposée à cette opinion, publia dans la *Bibliothèque médicale* un mémoire dans lequel elle niait la possibilité de l'absorption du placenta non expulsé. Quelquefois, dit-elle, les lobes du placenta sont nombreux et éparpillés, comme dans quelques espèces animales, et alors, bien que la délivrance ait eu lieu réellement, elle a passé inaperçue. Selon cet accoucheur distingué, le placenta peut encore être membraneux, gélatiniforme ou bien tellement petit qu'il n'est constitué que par une espèce de nœud vasculaire. A l'appui de ces idées, madame Boivin a publié divers faits qui ne tranchent pas la question d'une manière satisfaisante ; ils paraissent n'avoir pas été assez bien examinés.

M. Dubois pense que les faits qui ont été jusqu'à présent invoqués pour prouver que le placenta peut ne pas être expulsé et plus tard être résorbé dans l'utérus, n'ont pas été observés avec assez de certitude pour que l'on puisse conclure en faveur de l'opinion que nous venons d'indiquer, bien qu'il connaisse des exemples incontestables de résorption des parties molles dans l'utérus. Ainsi on a observé la résorption des parties molles d'un fœtus et la conservation des parties osseuses ; seulement ce phénomène, rare chez les femmes, a été observé assez fréquemment sur des vaches.

Un autre point sur lequel M Dubois insiste, est le suivant : Toutes les fois que l'on a observé la non-expulsion de tout le placenta, les femmes étaient à une époque peu avancée de leur grossesse ; au contraire, lorsque les malades avaient atteint le terme de la gestation, au lieu d'observer la rétention complète du placenta on a toujours pu en retrouver des fragmens, ou bien en extraire des portions plus ou moins considérables.

L'observation de ce résultat porterait à penser que la rétention dans ces premières époques de la grossesse tient à des conditions anatomiques encore mal déterminées ; une grande vascularité, par exemple, donnant lieu à des adhérences fost intimes entre le placenta et l'utérus ; c'est une question à élucider. Ce professeur croit donc être en droit d'établir les propositions suivantes :

1° Lorsque le placenta est retenu en entier, c'est toujours lorsque l'accouchement a lieu à une époque peu avancée de la grossesse.

Dans ce cas, on peut supposer qu'il existe entre le placenta et l'utérus des connexions vasculaires très intimes qui s'opposent à leur séparation ?

2° Lorsque la rétention a lieu après l'accouchement arrivé au terme ordinaire de la grossesse, elle n'est jamais complète, et toujours on a pu extraire ou recueillir certaines portions du placenta. Cette rétention n'est donc que partielle.

3° Ces faits laissent dans l'esprit des doutes que de nouvelles observations viendront sans doute éclaircir.

Académie de Médecine. — Séance du 7 avril.

M. le ministre de la guerre adresse une longue lettre de remerciemens à l'Académie pour l'important rapport de M. Bouley jeune sur la morve et sur les écuries-modèles. M. le ministre et la commission qui avait été d'abord chargée de cette importante question ont paru très satisfaits des conseils suggérés par la commission académique.

M. le Président annonce une nouvelle perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Gorss, ancien chirurgien militaire. Cette nouvelle a produit une sensation douloureuse, M. Gorss ayant été estimé par tous ses confrères et surtout par ses anciens camarades d'armée ; la douceur de son caractère honorable et un fonds de loyauté véritable le rendaient cher à ses amis.

— *M. Bousquet* annonce le titre des travaux qui doivent faire partie du prochain follicule des mémoires de l'Académie.

— *M. Ferrus* lit une notice sus la vie de Biett que l'Académie a écoutée avec un vif intérêt. Le travail de M. Ferrus a été adressé au comité de publication par décision de l'Académie.

— *Observation sur un cas d'anévrisme de l'aorte descendante*, recueilli à l'hôpital de Saint-Denis (île Bourbon), par M. Follet, médecin en chef. Commissaires, MM. Kéraudren et Chervin, rapporteur. — Messieurs, vous nous avez chargés, M. Kéraudren et moi, de vous rendre compte d'une Observation sur un cas d'anévrisme de l'aorte descendante, recueillie à l'hôpital de la marine à Saint-Denis, île Bourbon, par M. Follet, médecin en chef de cette colonie et membre correspondant de l'Académie. Nous venons nous acquitter de ce devoir, et nous tâcherons de donner à notre rapport autant de concision que le sujet peut le permettre.

Le nommé Palfroy, âgé de cinquante-trois ans, ancien militaire, habitant depuis 1816 l'île Bourbon, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une petite stature, mais à système musculaire très prononcé, irascible et adonné avec excès aux boissons spiritueuses, se présenta le 27 avril 1828 à la visite de M. le docteur Follet, pour se faire traiter d'une tumeur qu'il pensait être un abcès.

Cette tumeur occupait la région thoracique antérieure du côté droit, sous jacente de la glande mammaire légèrement déjetée en dehors ; elle présentait le volume d'une grosse orange. Lorsqu'on la comprimait doucement avec la main, on sentait de fortes pulsations avec un mouvement d'expansion très marqué. Ces pulsations étaient isochrones au pouls qui était fort et développé. Du reste, point de toux, nulle oppression, ni aucun détail satisfaisant de la part du malade sur le début de cette affection dont il ne s'était aperçu, disait-il, que vers les fêtes de Pâques.

M. Follet reconnut aussitôt un anévrisme déjà fort avancé de l'aorte descendante, et plusieurs de ses confrères qui examinèrent le malade portèrent le même diagnostic.

L'espoir d'enrayer autant que possible la marche de l'anévrisme, et les succès, quoiqu'en petit nombre, obtenus au moyen de la méthode de Valsalva et d'Albertine, engagèrent M. Follet à essayer des saignées générales, secondées de la digitale, des boissons acidulées, du petit-lait, de l'abstinence du vin, et d'un régime purement végétal. La tumeur fut en outre recouverte de compresses trempées dans une décoction de rathania et d'écorces de grenade fortement alumineuse.

Après la troisième saignée qui lui fut pratiquée le 10 juin, Palfroy se trouva très affaibli, et conçut une telle aversion pour ce moyen, que M. Follet crut devoir céder à ses prières, surtout en considérant le peu de succès obtenu jusqu'alors et l'état avancé de la maladie. A cette époque, l'usage de la digitale parut avoir diminué la force et la fréquence des battemens du pouls ; mais ceux de l'anévrisme semblèrent avoir la même intensité qu'avant le traitement.

Le 15 du même mois, des élancemens se firent sentir de temps en temps dans la partie supérieure de la tumeur, lesquels se propageaient par irradiation vers l'origine des bronches, et occasionnaient alors de petites quintes de toux sèche. Du reste, même régime et mêmes applications topiques que précédemment.

La tumeur resta ainsi stationnaire jusqu'au 24 juillet, époque à laquelle elle prit un accroissement considérable, surtout vers sa partie supérieure. Palfroy, qui croyait toujours que sa maladie n'était autre chose qu'un abcès, demandait de temps à autres qu'on en fît l'ouverture ; son appétit était d'ailleurs assez bon. Pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre, la tumeur prenait chaque jour du développement au point de faire craindre à chaque instant sa rupture.

Enfin, dans les premiers jours de novembre, l'anévrisme semblait avoir acquis tout le développement dont il était susceptible ; il s'étendait alors du sternum à l'apophyse coracoïde, à la clavicule, et en bas au niveau de la huitième ou neuvième côte ; ses battemens étaient toujours très forts et très visibles à l'œil, surtout à la partie supérieure. Le malade présentait à cette époque la pâleur qui appartient aux maladies chroniques, surtout à celles qui épuisent les malades par des hémorrhagies habituelles. Plus tard, le membre thoracique droit s'engourdit ; peu à peu les digestions languirent ; on ne soutenait ce malheureux que par quelques boissons légèrement toniques et anti-spasmodiques, ou un peu de bouillon de volaille ; et après être ainsi arrivé par degré à un état voisin du marasme, Palfroy s'éteignit le 26 novembre 1828, après quelques heures d'un délire fugace.

Le lendemain 27, la nécropsie fut faite en présence de la plupart des médecins de Saint-Denis.

Habitude extérieure. Amaigrissement médiocre, pâleur prononcée de la peau, légère teinte violette aux lèvres, traits de la face retirés.

Tout le côté droit du thorax est envahi par une tumeur énorme, légèrement ovalaire de haut en bas et de dehors en dedans ; bornée en haut par la clavicule et l'acromion, elle s'étend en dehors et en arrière sous l'aisselle et près des angles des côtes ; en dedans elle s'arrête à la ligne médiane du sternum ; en bas, elle recouvre la deuxième côte asternale inclusivement ; elle a 5 décimètres (18 pouces) de circonférence et 18 centimètres (4 pouces) environ de hauteur ; elle est dure et résistante dans les trois quarts inférieurs, molle et fluctuante sous la portion du grand pectoral qui s'attache au tiers externe de la clavicule.

Dissection de la tumeur. Une incision transversale est pratiquée dans le sens des fibres musculaires. La peau, qui a fourni toute l'extensibilité dont elle est susceptible, paraît changée de texture ; elle ne se détache que difficilement des fibres musculaires qui semblent aussi avoir acquis la plus grande distension possible ; le grand pectoral, confondu avec le petit, offre l'aspect d'une grande membrane charnue, très mince, formant les parois de la poche anévrismale.

Après cette dissection préparatoire, le côté gauche est ouvert ; le péricarde incisé ; le cœur paraît flasque, ramolli, pâle et diminué de volume; les parois du ventricule gauche sont amincies; une assez grande quantité de sérosité sanguinolente s'écoule de la poitrine ; le poumon gauche est parfaitement sain ; le droit est en grande partie caché par la tumeur ; le médiastin antérieur masque encore les produits morbides ; mais une légère incision permet d'introduire un doigt qui rencontre une sorte de détritus, de bouillie épaisse, formée par un mélange de caillots et de fragmens osseux, comme broyés. La cloison séreuse étant divisée plus largement, on observe une crevasse considérable de l'aorte à l'endroit où elle se contourne pour devenir descendante ; la crosse de l'aorte est très dilatée ; ses tuniques sont épaisses, crient sous le scalpel, et présentent des plaques osseuses larges et multiples. La membrane interne est d'un rouge vermillonné ; les bords irréguliers de l'artère divisée sont très épaissis et comme charnus ; toute la tumeur est formée par l'agglomération de caillots fibrineux d'autant plus épais et plus consistans qu'ils sont plus rapprochés du tube artériel ; les caillots forment des circonvolutions en sens divers et semblent presque organisés ; on suit au milieu d'eux le trajet que parcourait pendant la vie une partie du sang qui s'échappait du cœur et filtrait jusqu'à la partie supérieure du thorax, là où les pectoraux prêtaient encore un peu à la distension, au développement de la tumeur ; là aussi celle-ci était plus fluctuante et les caillots qui la tapissent sont plus mous et évidemment d'une formation récente. Au milieu de la masse de fibrine concrète on trouve des fragmens osseux plus ou moins considérables, provenant des côtes usées par les pulsations de la tumeur ; depuis la deuxième jusqu'à la huitième, elles sont détruites et absorbées de manière à laisser une ouverture irrégulièrement arrondie de 11 centimètres (4 pouces) de diamètre et qui avait permis à la tumeur de prendre un si grand volume à l'extérieur du thorax.

Il n'existe aucune trace des muscles intercostaux correspondans qui, ne pouvant se prêter à la distension qu'exigeait le développement prodigieux de l'anévrisme, ont été soulevés, amincis et détruits entièrement.

L'aorte, examinée au-dessous de sa rupture et dans son trajet dans l'abdomen, présente des lames osseuses plus ou moins larges, et la membrane interne de l'artère est épaissie et d'un rouge vif. A partir des artères crurales, on n'aperçoit plus ces traces d'inflammation.

Le poumon droit, refoulé en arrière et comprimé par la tumeur, lui adhère fortement; il est hépatisé dans presque toute son étendue.

Les viscères abdominaux n'offrent aucune trace d'altération pathologique.

— L'observation dont nous venons de donner l'analyse est remarquable par le volume de la tumeur anévrismale et par les désordres que celle-ci a causés dans l'espace de neuf mois, bien que l'apparition de la maladie remonte évidemment à une époque plus éloignée que celle qui lui est assignée par le malade. Peu attentif à ce qui se passait chez lui, Palfroy ne s'aperçut de l'affection qui l'a fait succomber que lorsqu'elle était déjà avancée. On sait, d'ailleurs, que les anévrismes des troncs artériels contenus dans la poitrine marchent en général sourdement, et qu'il est quelquefois difficile d'en établir le diagnostic avec les moyens d'exploration que nous possédons, qui sont cependant infiniment supérieurs à ceux que l'on connaissait autrefois.

— *M. Chevallier* lit deux rapports sur deux cas d'empoison-

nement par l'acide arsénieux, dont les cadavres, qui avaient offert de l'arsenic dans le tube intestinal, en ont fourni également lorsqu'ils ont été mis en pot au-feu. Ces deux faits n'ajoutent absolument rien à l'état des connaissances, et sont fort loin de décider la question médico-légale que nous avons longuement discutée à l'occasion de l'affaire de Dijon.

M. Orfila cite un autre fait. Il s'agit d'un cœur et de quelques morceaux de mésentère et de boyaux d'un cadavre enterré depuis un an, et desquels il a extrait, dit-il, des taches arsenicales; il conclut d'après cela que l'individu a dû mourir empoisonné !!!

Il montre en même temps deux soucoupes contenant quelques petites taches noirâtres qu'il dit être antimoniales ; elles ont été obtenues de l'urine d'un homme traité actuellement par le tartre stibié à haute dose. Depuis sa dernière lecture à l'Académie, M. le doyen dit avoir fait un appel aux médecins de Paris pour obtenir l'urine des malades traités d'après la méthode italienne. A cet appel il n'y a eu que deux médecins qui ont répondu : l'un est M. Duméril, qu'une amitié de fraiche date lie cordialement à M. Orfila ; l'autre est M. Bérard jeune, dont les urines pourtant n'ont fourni aucune tache à l'alambic de M. le doyen. Ainsi, l'urine de M. Duméril a fourni des taches noires à M. le doyen; l'urine de M. Bérard au contraire n'a rien fourni. C'est très concluant, comme on le voit !!!

M. Leroy-d'Etiolles présente un mémoire sur les maladies de la prostate, et démontre les instrumens dont il se sert pour combattre surtout l'hypertrophie de cette glande. Nous rendrons compte de ce travail lorsqu'un rapport en sera fait à l'Académie par la commission qui a été chargée de l'examiner.

M. Jobert présente un malade qu'il vient d'opérer et de guérir d'un hyste osseux de la mâchoire inférieure. Ce kyste avait le volume du poing et était rempli de matière purulente. L'Académie a examiné avec intérêt le malade présenté par M. Jobert.

La 9e livraison des *OEuvres complètes de John Hunter*, par M. G. Richelot, vient de paraître chez Béchet jeune et Labé. Elle renferme le commencement du *Traité du sang et de l'inflammation*.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 5 mars 1840.

M. Belhomme ayant eu l'occasion de donner des soins à un homme de cinquante ans, affecté d'une maladie du cœur avec rétrécissement des valvules aortiques, compliquée d'une hydropisie de poitrine, d'une ascite et d'un œdème des extrémités inférieures, s'est demandé si la saignée ne pourrait pas favoriser la résorption du liquide séreux et en même temps faciliter le cours du sang dans les cavités du cœur. Après avoir rapporté avec quelques détails l'observation d'un malade, qui fut soulagé en peu de jours par cette évacuation sanguine, et chez lequel M. Kapeler, appelé en consultation, vérifia la disparition du liquide dans la poitrine et l'abdomen, M. Belhomme s'adresse à la Société pour discuter avec ses membres les propositions suivantes :

1° La saignée favorise-t-elle l'absorption ?

2° Dans quelles conditions pathologiques la saignée réussit-elle le mieux pour favoriser l'absorption ?

M. Belhomme pense que toutes les fois que, chez un malade offrant une hydropisie quelconque, les forces vitales présentent une grande énergie, la saignée doit favoriser l'absorption. Toutes les fois au contraire que l'épanchement coïncidra avec une lésion organique dans un ou plusieurs organes contenus dans les cavités séreuses et que les forces seront affaiblies, la saignée deviendra inutile et même nuisible.

M. Puzin communique une observation de fièvre intermittente pernicieuse cholérique survenue chez une dame de quarante ans, mère de plusieurs enfans, d'une constitution délicate et nerveuse. Les symptômes de la maladie, qui a duré cinq jours et s'est terminée d'une manière funeste, ont été les suivans : à chaque demi-heure vomissemens continuels de matières jaunes et verdâtres ; pouls petit, intermittent; froid glacial de toute l'habitude du corps; crampes douloureuses ; sentiment d'un air froid comme le vent d'un soufflet qui agirait sur les cheveux ; point d'évacuations alvines, point d'excrétions d'urine. A ces symptômes notre confrère a opposé l'huile camphrée, les boissons chaudes, un lavement avec 5 décigrammes de sulfate de quinine. La malade a éprouvé une amélioration telle qu'elle a pu se lever après avoir eu de la moiteur ; mais douze heures après elle a succombé.

M. Nauche annonce qu'il s'est bien trouvé de l'emploi de bouillon de cervelle de veau ou de mouton dans les affections lentes de la poitrine et de l'estomac.

On fait bouillir, dit-il, la moitié d'une cervelle de veau ou de mouton avec des navets, la moitié d'un chou rouge, des carottes ou une botte de cresson dans un litre et demi d'eau, jusqu'à réduction à moitié : on donne ce bouillon par tasses dans la journée, en le coupant avec un cinquième de lait, ou en y ajoutant du sirop de gomme. Il soutient les forces, calme la toux et modère parfois la fièvre lente, les sueurs et le dévoiement. Ce bouillon doit être préparé chaque jour, parce qu'il ne se conserve pas.

Pour extrait conforme : Le secrétaire annuel, Duhamel.

— M. Lenoir, chargé par intérim du service de M. Sanson, a commencé mardi 8 avril une série de leçons de clinique externe à l'hôpital de la Pitié, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivans.

La visite commence à sept heures et demie, la leçon à neuf heures et demie.

Traité de l'Incubation, et de son influence thérapeutique ; par le docteur J. Guyot. Un vol in-8° de 270 pages. Prix, 5 fr.

Examen pratique des Maladies de matrice, sous les points de vue spéciaux de leurs causes et de leur fréquence à notre époque, de leur diagnostic, de leur traitement et des moyens hygiéniques de les prévenir ; par P.-H. Hutin, d.-m.-p. Un vol. in-8° de 218 pages. Prix, 4 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Paris. — Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 11 AVRIL 1840.

(13e ANNÉE.)

N° 44, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Séance d'ouverture. — Revue du service.

Je suis persuadé, Messieurs, que vous êtes tous pénétrés de l'utilité de l'enseignement clinique, et sans insister sur un tel sujet, je me hâte d'entrer en matière. Nous consacrerons la séance d'aujourd'hui à la revue des principaux malades du service qui, ainsi que vous le savez, se compose de 37 lits.

Au n° 1 de la salle Sainte-Jeanne est couché un jeune homme d'une constitution forte, qui sort aujourd'hui complètement guéri d'une pleurésie qui l'avait amené à la clinique; pleurésie qui s'était compliquée d'accidens gastro-intestinaux sans spécificité typhoïde; il a été traité par les antiphlogistiques, et son épanchement se trouve complètement résorbé.

N° 2. Phthisie pulmonaire très avancée; ce malade présente tous les caractères physiques d'une excavation tuberculeuse siégeant au-dessous de la clavicule gauche. Un phénomène remarquable que ce malade présente, c'est une surdité dont nous vous entretiendrons par la suite, et qui a spécialement attiré l'attention de M. Menière; ce praticien qui, par suite de sa position, s'occupe activement des maladies de l'oreille, nous a assuré avoir rencontré fréquemment une telle surdité qui, selon lui, se rattache au même ordre de lésions qui opèrent la destruction du poumon. M. Ménière s'est assuré par un grand nombre d'observations que la surdité des phthisiques se rattache à la présence de tubercules dans les parties dures de l'oreille, qui, par suite de leur fonte, en opèrent la destruction soit partielle, soit totale. C'est là une complication de la phthisie qui avait échappé jusqu'à présent à l'attention des observateurs, et M. Louis lui-même paraît avoir avoué qu'il n'y avait jamais pris garde.

N° 3. Cas analogue à celui du n° 1. Mais ici avec la pleurésie on a eu occasion de remarquer un léger degré de péricardite. Dans ce cas également on a pu observer quelques symptômes d'une irritation gastro intestinale. Nous vous ferons remarquer à propos de ce malade que les vents froids et secs qui ont existé dans ces derniers temps nous ont envoyé un grand nombre d'affections thoraciques.

Chez le malade qui nous occupe, les accidens gastro-intestinaux ont coïncidé avec l'existence de quelques taches violacées à la surface de la peau, et nous devons vous rappeler à ce propos que ce phénomène est d'une grande gravité dans certains cas. Plusieurs d'entre vous doivent se rappeler un jeune homme que nous avons eu dernièrement à la clinique, qui était affecté de fièvre typhoïde, et chez lequel des taches semblables s'étant montrées sur la peau, elles nous ont conduit à porter un pronostic fâcheux qui ne s'est vérifié que trop malheureusement, puisque le malade est mort.

Cependant la gravité de ces taches est beaucoup moindre, et le pronostic de la maladie doit être favorablement modifié lorsqu'elles se présentent dans d'autres affections que dans celles qui revêtent la forme typhoïde; c'est ce que nous avons fait à l'égard de ce malade, lequel réunissait en outre d'autres conditions principalement constitutionnelles qui nous ont fait abonder en ce sens.

Les phénomènes de la pleurésie et de la péricardite ont cessé tout à fait; mais une autre circonstance avait fixé notre attention chez ce malade. Lors de son entrée à la clinique, on remarquait chez lui un certain degré d'œdème des membres pelviens. Quelle pouvait en être la cause? Nous remarquâmes sur les jambes des cicatrices d'anciens ulcères qui, par suite d'une gêne apportée à la circulation, pouvaient expliquer l'œdème; mais nous nous demandâmes néanmoins si les reins n'offraient pas une disposition particulière; si, en un mot, ce malade n'était point atteint de la maladie de Bright. En conséquence, les urines furent soumises à l'épreuve de l'acide nitrique et, sous l'influence de ce réactif, elles fournirent un précipité abondant d'albumine.

Ce résultat paraissait être concluant; cependant les signes de la pleuro-péricardite ayant cessé, trois ou quatre jours après leur disparition, les urines cessèrent de précipiter par l'acide nitrique. Nous nous sommes demandé alors si la présence de l'albumine dans les urines ne se rencontrerait pas dans d'autres conditions pathologiques que celles que l'on signale généralement sous la dénomination de maladie de Bright.

N° 4. Maladie de Bright. Je vous dirai, à l'occasion de ce malade, que l'affection dont il est atteint a été également appelée *néphrite albumineuse* et *albuminurie*. Nous ne pouvons accepter, quant à présent au moins, la première de ces dénominations, car nous ne sommes pas sûr qu'elle consiste toujours dans une néphrite. Il n'est pas bien démontré non plus que la présence de l'albumine dans les urines, soit le caractère exclusif de la maladie de Bright, ainsi que le malade précédent, par exemple, semble le prouver, et partant la seconde dénomination est évidemment encore défectueuse.

N° 5. Jeune sujet de seize ans, qui présentait, au moment de son entrée, les caractères locaux et généraux d'une péritonite aiguë. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, la résolution de la maladie s'est opérée, en ce qui concerne les phénomènes généraux de la douleur; mais l'abdomen présente encore, vers son centre, une agglomération au lieu de laquelle la percussion fournit une matité complète, ce qui exclut l'idée de l'accumulation d'une certaine quantité de gaz dans l'intestin. Nous pensons que cette agglomération pourrait être le résultat de l'agglutination des intestins par une production pseudo-membraneuse, fruit de l'inflammation du péritoine.

Ce cas nous paraît des plus graves; en effet, chez l'homme, la péritonite ne s'observe d'ordinaire que consécutivement à l'action des causes traumatiques, et l'on doit l'accueillir avec méfiance lorsqu'elle survient d'une manière spontanée, comme dans le cas qui nous occupe.

Depuis quelques jours nous remarquons une altération remarquable des traits chez notre malade, et la maigreur a été portée rapidement à un degré très prononcé. Ces circonstances nous ont fait soupçonner une péritonite tuberculeuse, se liant probablement elle-même à une semblable affection des poumons. Mais, jusqu'à présent, l'examen le plus attentif ne nous a donné aucun des caractères physiques d'une phthisie pulmonaire à son début, ce qui ne nous empêche pas cependant de conserver des soupçons sur la nature de la péritonite.

N° 6. Fièvre typhoïde légère.

N° 7. Affection cérébrale datant de huit mois. Le siége, la nature et l'étendue de la maladie ne sont presque pas douteux pour nous. Nous reviendrons bientôt sur ces deux malades.

N° 8. Affection cérébrale qui laisse quelques doutes sur sa nature. Ce malade paraît avoir eu une maladie aiguë de l'encéphale qui a laissé à sa suite un tremblement universel. Ce tremblement reconnaît indubitablement comme cause, une altération matérielle du cerveau, siégeant apparemment vers son centre. Le tremblement est permanent.

N° 9. Malade entré, offrant les caractères d'une pneumonie siégeant, chose insolite, à la partie supérieure du poumon. Ce n'est pas là, en effet, le siége ordinaire de la pneumonie, et cette circonstance rare a dû fixer notre attention. Nous reviendrons par la suite sur ce fait, pour vous démontrer que l'on a proclamé une erreur dans ces derniers temps, en disant que ce siége de la pneumonie n'est pas plus extraordinaire et plus rare que les autres.

Le siége spécial de l'inflammation nous a engagé à porter un pronostic grave; car il est de fait que la résolution s'en effectue beaucoup plus difficilement lorsqu'elle affecte un tel siége, que lorsqu'elle existe sur les côtés ou en arrière et à la base, fait d'ailleurs dont il serait difficile de donner une explication plausible.

Qu'est-il arrivé, en effet, chez notre malade? Il est arrivé que la pneumonie loin de s'amender, s'est étendue vers les côtés du thorax et à sa partie postérieure. La crépitation s'est fait entendre progressivement dans toutes ces parties. Il est arrivé de plus, que les crachats sont devenus épais, opaques et fort suspects, qu'enfin les râles fins ont fait place à des râles plus gros, et qu'à présent nous avons lieu de craindre que le poumon ne soit passé à l'état d'hépatisation grise.

N° 11. Vieillard de soixante-sept ans, d'une constitu-

FEUILLETON.

DE LA NATURE DE LA VIE ET DES MALADIES DU SANG;

Mémoire lu devant le Congrès scientifique de Pise, le 4 octobre 1839; par M. Giacomini, professeur à Padoue.

(Suite et fin.)

Pour réédifier l'édifice tombant de l'humorisme, quelques modernes ont eu recours à l'expérience sur les animaux vivans. MM. Dupuy, Leuret et Gaspard ont introduit dans le tissu cellulaire et injecté dans les veines d'un cheval bien portant le sang provenant de chevaux atteints de charbon, ils ont vu renaître cette maladie et le cheval en périr. M. Gendrin a aussi fait périr des animaux en introduisant dans leur corps du sang d'un poulain atteint de fièvre qu'il nomme putride, et accompagnée de pustules gangréneuses; il en tua d'autres en injectant dans leurs veines le sang d'individus affectés de variole confluente, et il assure avoir trouvé à l'autopsie de ces animaux plusieurs organes gravement enflammés (Dict. class. de méd., t. XL, p. 618). C'est ainsi aussi que M. Ségalas d'Etchepare injecta de l'alcool et de l'extrait de noix vomique dans les veines de quelques animaux, et il observa des symptômes de fièvre, d'ivresse, d'apoplexie, des convulsions, le tétanos, la paralysie et la mort (Archives gén. de méd., sept. 1826); chose qui avait déjà été prouvée par M. Magendie (Exam. de l'act. de quelq. végét., etc., 1809). M. Bouillaud a confirmé aussi les mêmes faits par d'autres expériences (Traité cliniq. et expér. des fièv. dit. essent., 1828), et d'autres en ont fait autant depuis. Il résulte de tous ces faits, que l'introduction dans le sang d'un animal vivant de substances morbides dégénérées ou putrides, de sang corrompu, ou de substances vénéneuses, suffit pour déterminer les plus graves accidens et une mort plus ou moins rapide. Mais ces faits et ces expériences qui ont fait tant de bruit en France et ailleurs, que nous apprennent ils? Absolument rien qui ne fût très connu depuis fort long-temps. On n'ignorait point en effet que la matière variolique et charbonneuse, inoculée d'une manière quelconque sur un corps sain, communique la même maladie; que la matière des cadavres non manifestement contagieux, inoculée par des piqûres accidentelles, occasionne de graves réactions; que les remèdes ou les poisons injectés dans les veines agissent plus promptement et plus puissamment; qu'une substance étrangère quelconque, le sang même d'un animal bien portant, l'air atmosphérique qu'on fait pénétrer dans le torrent circulatoire d'un autre animal, détermine des accidens formidables et même la mort, sans décomposer nullement le sang, etc. Ces faits, loin de prouver l'altération essentielle du sang, démontrent évidemment que le sang n'a servi que de véhicule, de moyen conducteur à l'altération des solides. En effet, la fièvre, l'apoplexie, le tétanos, les convulsions, la paralysie et les autres symptômes observés par les expérimentateurs dépendent sans aucun doute des solides; et si cela ne suffit pas, nous ajouterons que le charbon, les pustules, les glandes enflammées, et surtout les lésions cadavériques des vaisseaux, du cœur, et les phlogoses intenses rencontrées dans les viscères par MM. Bouillaud et Gendrin eux-mêmes, en font suffisamment foi.

En compulsant les annales de la médecine, nous avons trouvé une riche moisson d'observations sur les altérations du sang, enregistrées à différentes époques par des écrivains dignes de foi. Il suffit de les méditer pour y trouver sans peine la confirmation des idées que nous venons d'émettre. Arrêtons nous un instant sur quelques-uns de ces faits.

L'observation nous apprend qu'au milieu de la santé la plus florissante, le sang et les autres fluides animaux peuvent, d'un instant à l'autre, changer de nature et s'altérer profondément si les solides se trouvent surpris par un trouble même passager. Ce fait a été démontré par des expériences concluantes sur les animaux, par Boerhaave (De perspirat., n° 539, 540); par Haller (De part., c. h. præc. fabr. et Funct., t. I., lib. II, § 1, exhalat.); par Valli (Discorso supra il sangue, Mondovi. 1789, p. 131). La même thèse avait été soutenue par Baynard, qui a cité l'exemple d'un cerf blessé à la chasse, lequel s'étant abandonné précipitamment à la fuite, lorsqu'il fut pris, sa plaie donnait du sang presque fétide (Psycologia, or of cold bath, p. 328).

D'autres expérimentateurs ont observé sur des chats et chiens auxquels on avait ouvert le thorax et qu'on avait tourmentés cruellement, la vapeur qui s'exhalait de leur poumon présenter une certaine fétidité, et enfin leur sang, comparé avec celui qu'ils avaient fourni avant d'être ouverts être très altéré. Valli, expérimentateur très habile, après avoir pratiqué sur un chien une opération chirurgicale délicate ee de longue durée, lui ouvrit la veine crurale; le sang était noir comme de l'encre; en caressant cependant l'animal, en le consolant, pour ainsi dire, de ses longues souffrances, il vit, presque à l'instant, la couleur du sang de la veine changer et devenir pourpre; l'ayant ensuite maltraité de nouveau, le sang a repris la même couleur noire, et enfin, l'ayant tué, il a trouvé à l'autopsie que le sang dans les capillaires était comme du charbon pilé. (Disc. sul sangue, p. 93.)

On sait qu'il a suffi à Dupuytren, à Dupuy et à Mayer de couper le nerf pneumogastrique, pour voir chez les animaux le sang s'altérer promptement d'une manière très notable (Raciborski, Précis, prat. et rais. de diagnost. Paris, 1836, p. 865). Sur une jeune vache, morte de fièvre ardente, Puylon trouva à l'autopsie dans les vaisseaux, au lieu de sang une substance analogue à la moelle poreuse du sureau. (Joh. Riolan, Oper. anatom., p. 871.)

Que les mêmes altérations, occasionnées par la douleur physique, peuvent arriver à un point extrême, même dans le corps le plus sain, Duhamel nous le prouve par un fait remarquable qu'il a consigné dans les mémoires de l'Académie des sciences de Paris.

Un bœuf était conduit à l'abattoir: en route il fut extrêmement fatigué et maltraité. Le boucher qui l'abattit mit à la bouche le couteau imprégné de sang dont il se servait pour le dépouiller; il périt misérablement le quatrième jour avec une tuméfaction énorme de la langue, dyspnée, pustules noires et autres symptômes terribles. Un second individu qui se blessa avec une esquille d'os du même animal est mort le septième jour avec un sphacèle du membre piqué. Deux femmes sur lesquelles étaient tombées quelques gouttes de ce sang perfide éprouvèrent des inflammations graves et de la gangrène dans les régions touchées par le liquide.

Il existe des exemples analogues même dans l'espèce humaine, et qui prouvent évidemment qu'un trouble, une perversion instantanée de l'état fonctionnel des organes, par une cause soit physique, soit morale, a été suivi immédiatement d'une dégénérescence considérable du sang et des autres humeurs, et que cette dégénérescence subsistait, disparaissait ou se reproduisait précisément aux époques de l'action de la passion sur les solides.

Que les sécrétions changent d'un moment à l'autre et reviennent promptement à leur état normal, c'est un fait connu dès la plus haute antiquité; puisque Hippocrate en parle (De morb. pop., ægr. I, ægr. II). Valli raconte que pendant l'écoulement des règles une jeune femme vomissait des matières très fétides, et que cela finissait après cette époque. Il parle d'une malade du docteur Forzani, laquelle, pendant des accès nerveux, offrait des sueurs d'une fétidité repoussante; cet état disparaissait aussi-

tion forte. Cet homme portait une commode qui lui est tombée sur la poitrine. Soit que cet accident soit devenu le point de départ d'une pneumonie, soit qu'il y ait eu connexion entre lui et le début de cette maladie, il n'en est pas moins réel que ce malade présentait du râle crépitant lors de son arrivée dans le service.

Quoi qu'il en soit nous avons qualifié cette pneumonie de nature traumatique, quoique nous ayons de fortes raisons pour croire le contraire; en effet, l'action de la cause contondante a porté principalement en avant, et la pneumonie a son siége en arrière et à la base; en outre, nous devons signaler une autre circonstance qui nous paraît bien mieux expliquer l'existence d'une pneumonie spontanée, nous voulons parler de l'ossification des artères, opinion qui est encore consolidée par la nature des conditions atmosphériques au milieu desquelles la maladie a débuté.

Nous craignons que cette affection n'ait une terminaison funeste, et nous sommes doublement autorisés à appréhender une semblable issue, d'une part par l'âge très avancé du sujet, d'autre part par la transformation osseuse qu'ont subie les vaisseaux artériels. Ce qui démontre à l'évidence l'existence de cette altération vasculaire, c'est l'ossification des artères radiales : c'est elle principalement qui rend chez les vieillards la pneumonie plus grave que chez les jeunes sujets et les adultes, et cela par suite de la gêne qu'elle apporte dans l'accomplissement de la circulation, qui elle-même devient cause de la résolution difficile de l'inflammation.

N° 12. Jeune homme entré à la clinique par suite d'une hémoptysie abondante. En revenant plus tard sur ce sujet, nous vous prouverons combien il est difficile parfois d'assigner exactement le point de départ de l'hémorrhagie, et combien il est facile par contre de confondre l'hémorrhagie bronchique avec l'hématémèse.

Un autre point intéressant dans l'histoire de la maladie de ce jeune malade, c'est qu'étant doué d'une constitution athlétique, il est devenu tuberculeux tout-à-coup. En outre nous devons dire qu'au moment de son entrée il nous a présenté sur le côté gauche du thorax un degré de matité qui nous a fait croire qu'il existait soit une hépatisation pulmonaire, soit une suffusion séreuse dans la plèvre; nous avons pu nous assurer par la suite que nous avions affaire à un épanchement pleurétique.

Ce n'est pas tout : les crachats de ce jeune homme nous ont présenté une fétidité remarquable; ajoutons qu'il a été une époque où nous avons cru constater quelques légers indices de tintement métallique, ce qui nous a fait craindre un instant l'existence d'un léger degré de pneumo-thorax. Mais ce phénomène a disparu; de manière qu'il est permis de présumer que le tintement, la respiration et la voix métallique qu'on a eu occasion de remarquer sont autant de phénomènes dont la production s'effectuait dans une caverne tuberculeuse. D'ailleurs si une véritable perforation pulmonaire avait existé, les accidens auraient marché avec plus de rapidité.

N° 13. Le malade qui occupe ce lit simule-t-il la maladie dont il paraît atteint? Ce cas ne se présente pas rarement; et nous devons vous dire à cet égard que dans l'impossibilité où le médecin se trouve fréquemment de se convaincre de la mauvaise foi du malade, il doit préférer néanmoins de passer pour être sa dupe plutôt que de nier la réalité de ses souffrances, ce qui est réellement barbare dans les cas où la maladie n'est point simulée.

Les membres thoraciques du malade qui nous occupe étaient dans un état de contracture permanente au moment de son arrivée dans le service. Rien d'ailleurs n'indiquait quelle pouvait être la cause de ce phénomène. Le malade avait travaillé à la vérité pendant huit jours dans une fabrique de plomb; mais le mal existait déjà avant qu'il n'entreprît ce genre d'occupation, et d'autre part il avait déjà ressenti des atteintes de son affection à une époque plus reculée et dans un temps où il n'avait jamais travaillé au plomb. On sait d'ailleurs que les accidens que le plomb peut déterminer sont d'une nature tout-à-fait opposée à ceux que le malade présente actuellement; et qu'il donne plutôt lieu à la résolution des membres qu'à leur contracture.

Un jour, à la visite, il nous a appris que la faculté de remuer volontairement ses bras lui était en partie revenue, et depuis ce moment il y a eu des alternatives en bien et en mal.

Malgré la méfiance que ce malade nous inspire, nous ne pouvons nous dispenser de reconnaître qu'un tel état morbide ne puisse réellement se montrer. Or, ayant égard à l'affection simultanée des deux membres, nous en sommes à nous demander si cette contracture, qui apparemment est l'expression d'une altération morbide occupant l'un des points de l'axe cérébro-spinal, a son siége dans la moelle épinière ou dans le cerveau, et de quelle nature elle est. Il est probable que c'est la moelle qui est le siége de la lésion; et si c'est le cerveau, ce qui nous paraît moins probable, les deux hémisphères sont pris en même temps.

N° 14. Affection cérébrale. Dans cette affection qui porte principalement sur l'intelligence, les organes de la parole exclusivement sont intéressés.

Nous avons eu occasion d'observer plusieurs cas de ce genre; mais dans aucun les phénomènes n'étaient aussi prononcés. Nous nous rappelons avoir observé de nombreux malades répondre aux demandes qu'on leur faisait par des mots qui n'étaient aucunement appliqués; et pour n'en citer qu'un exemple, nous vous dirons que nous avons vu, conjointement à M. Marjolin, une dame qui répondait *bonjour* à toutes les questions qu'on pouvait lui adresser. Elle jouissait d'ailleurs du libre exercice de ses facultés intellectuelles, se livrait parfaitement au jeu de cartes qu'elle aimait passionnément; mais elle revenait toujours à son *bonjour*, soit qu'elle annonçât l'as de pique ou toute autre carte : elle agissait, en outre, fort bien en toute sorte de choses. Cet état était la suite d'une hémorrhagie cérébrale.

Notre malade peut prononcer un plus grand nombre de mots, mais qni ne sont jamais appliqués à propos : ainsi, par exemple, il m'appelle *mademoiselle*; en quoi vous voyez qu'il se trompe étrangement. Il semble mieux comprendre ce que nous lui disons par le secours de la vue, qu'entendre à l'aide de ses oreilles; toutefois, quand on lui dit de boire, de montrer la langue et de fermer les yeux, il exécute parfaitement ces trois actions, et semble prouver qu'il entend et comprend bien ce qu'on lui dit.

Cependant, nous ignorons si c'est l'organe législateur ou l'organe locomoteur de la parole qui est lésé, et si les sons arrivent au cerveau; nous sommes plus disposé à croire que c'est celui qui commande à la parole qui est le siége de l'altération.

Nous devons ajouter enfin, qu'aux phénomènes précédens se joint une diminution générale de la sensibilité.

N° 15. Pleurésie avec épanchement, qui a été résorbé deux fois consécutives. Le premier épanchement était entièrement résorbé au bout de quatre à cinq jours, sous l'influence des antiphlogistiques; mais le malade s'étant exposé au froid, et ayant commis probablement quelque écart de régime, l'épanchement se reproduisit du jour au lendemain. Ce second épanchement a été de même résorbé.

A l'occasion de ce malade, nous voudrions entrer dans quelques considérations tendant à vous signaler l'erreur proclamée par deux médecins, très distingués d'ailleurs, qui ont soutenu que la pleurésie est une affection fort légère.

N° 16. Pleuro-pneumonie. L'épanchement pleurétique est survenu le lendemain de l'arrivée du malade à la clinique.

N° 18. Pneumonie, chez un homme âgé de cinquante-sept ans. Cette pneumonie a présenté plusieurs circonstances dignes d'intérêt. Et d'abord, disons que cet homme est d'une constitution détériorée, et vieux pour son âge. Au moment de son entrée, il présentait tous les caractères locaux de la pneumonie; le râle crépitant très fin était très prononcé, mais une des circonstances des plus rares, c'est qu'au plus fort même de la maladie il n'a jamais présenté plus de 50 à 52 pulsations par minute; le pouls en outre était petit et à peine perceptible.

Cette circonstance ne nous a pas empêché d'avoir recours à la saignée. Ce fait proteste hautement contre l'opinion émise par certains médecins, qui prétendent que le diagnostic local est de peu de valeur et que ce sont les phénomènes généraux qui doivent gouverner la conduite du médecin. Ici, en effet, il y avait absence de fréquence du pouls et de chaleur à la peau; et en réglant le traitement sur le peu d'intensité de ces symptômes, on eût commis une erreur sans doute funeste au malade.

N° 19. Jeune sujet âgé de seize ans, fort pour son âge, qui nous a paru être affecté d'une méningite de la base. Ce jeune homme a d'abord ressenti de la céphalalgie, sans délire; à la céphalalgie s'est joint plus tard un certain degré de contracture des membres, mais il n'y a pas encore eu de délire.

L'existence d'une affection aiguë des centres nerveux ne saurait présenter aucun doute; mais ce ne pouvait être qu'une inflammation des centres nerveux : de plus, nous avons été amené à admettre cette inflammation, eu égard à l'absence de délire, qui appartient plus particulièrement à l'inflammation des méninges de la base.

N° 20. Ce malade s'explique avec une lucidité rare, même parmi les gens du monde, et conserve toutes les apparences de la raison la plus parfaite; l'accent de la voix est parfait, et tout annonce un état sain du cerveau.

Cependant il assure avoir été aliéné il y a huit ans, et il dit qu'après la guérison de sa folie on lui conseilla avec beaucoup d'empressement de se faire saigner sans retard, dès qu'il éprouverait le moindre embarras à la tête; à quoi il paraît s'être soigneusement conformé.

Il y quelques semaines qu'il a éprouvé de la pesanteur à la tête, ce qui l'a décidé à réclamer nos soins. Il a été saigné abondamment à la clinique et a été soumis à l'usage des laxatifs.

Cette nuit encore il a ressenti de nouveau un peu de lourdeur à la tête, mais ayant appris que depuis quatre jours il n'avait point été à la garderobe, nous avons dû attribuer l'état de la tête à la constipation, et en conséquence nous avons prescrit un purgatif.

Nous nous sommes demandé si cet homme a été réellement fou, ainsi qu'il l'annonce : cela est fort douteux. Nous recevions autrefois beaucoup de malades qui nous

---

tôt après (Discorso sul sangue, p. 93). J'ai eu aussi l'occasion d'observer avec mon honorable collègue, M. Montesanto, un cas grave et singulier de maladie de la moelle épinière accompagnée d'accès qui duraient pendant dix heures, commençaient par le délire, étaient suivies de convulsions tétaniques, puis de léthargie, et enfin se terminaient par des attaques terribles d'épilepsie. L'ayant saignée plusieurs fois avant, pendant et après les accès, le sang a constamment offert la forme couenneuse, comme dans la pleurésie, dans la saignée faite durant l'accès, tandis que celui de la saignée faite avant et après l'accès était toujours comme dans l'état normal. La même observation, je l'avais déjà faite plusieurs fois chez des sujets atteints de fièvre intermittente : le sang ayant toujours été couenneux lorsqu'il a été tiré durant la fièvre, normal au contraire durant l'apyrexie. Déjà Jean Rhodius avait signalé à peu près le même fait dans plusieurs cas de fièvre tierce double, dans lesquels le sang tiré de la salvatille durant l'accès était, dit-il, blanc et glutineux comme de la pituite (Obs. med., cent. I, obs. 36, p. 21; cent. III, obs. 72, p. 158); et Jacques Sachs de Lewenheim avait dit également que le sang qu'il a obtenu durant l'accès d'une intermittente quotidienne était blanc comme du lait, et que cette évacuation avait guéri promptement le malade (Misc. nat. cur., déc. I, an. I, obs. 28, p. 97). La même remarque avait aussi été faite par Etienne Blancard (Collect. med. phys., p. I, cent. I, obs. I, p. 1). Chez l'homme bien portant la couleur du sang peut pareillement changer d'un moment à l'autre. Rosino Lentilio rapporte qu'un teinturier atteint d'obésité voulait se faire pratiquer une saignée de précaution : sa veine n'étant pas visible, on lui prescrivit de se mettre en mouvement, de courir et même de trépigner; après cela on le saigna, et son sang était non-seulement de couleur bleue (ceruleo), mais encore couenneux (Misc. nat. cur., dec. II, an. 7, app. p. 72).

On a vu des causes échauffantes ordinaires changer immédiament la couleur du sang. Un jeune moine dominicain, aux formes athlétiques (comme le sont la plupart des êtres de cette race, voués à prier la divinité pour le salut de nos âmes, et à peupler nos familles pour la grâce de Dieu!), s'étant exposé à l'air à jeûn et dans un moment où il avait chaud, éprouva de suite de la céphalalgie et un malaise à la région précordiale; on lui pratiqua immédiatement une saignée, et l'on fut étonné de voir un sang qui ressemblait à un liquide lacté. Quelque temps après la saignée ayant été répétée, donna un sang couenneux (Ibid., dec. I, an. 3, obs. 123, p. 195).

M. Lecanu lui-même a été témoin d'une saignée pratiquée sur un sujet hémoptysique dans un moment où il éprouvait une grande difficulté de respirer : il a été étonné de voir un sang d'apparence analogue à du lait, et n'offrant qu'une petite quantité de globules rouges. On appliqua des sangsues. Six jours après une nouvelle saignée ayant été pratiquée donna du sang d'apparence normale (Journ. de chim., t. I, série 2, 1835).

Parlerai-je maintenant d'un autre fait raconté par François Paullini, relatif à un paysan qui, ayant été accusé d'avoir volé le curé de son village, fut traduit devant le juge, et comme aucun témoin ne confirmait l'accusation, il assura sur serment être innocent sous peine de vouloir perdre jusqu'à la dernière goutte de son sang : on l'acquitta.

Quelque temps après, ayant fait une maladie, on le saigna, et sa veine ne donna que du lait au lieu de sang, dès lors le bon curé le fit remettre en jugement et condamuer à la potence comme parjure. (Misc. nat. cur., dec., II, an. 4. App. p. 191.) Mais à quoi bon chercher d'autres faits analogues? Ils ne prouveraient tous qu'une seule chose : Qu'une maladie déclarée dans les organes peut être immédiatement suivie d'une altération proportionnelle du sang et des autres liquides, et qu'aussitôt que celle-là diminue ou disparaît, celle-ci suit exactement les mêmes phases et avec une très grande rapidité.

Il suit des faits ci-dessus une autre vérité plus importante encore, c'est que les altérations du sang et des autres humeurs sont, non seulement subordonnées aux altérations des orgrnes; mais encore, considérées en elles-mêmes et comme élément ou partie de la maladie, ne méritent pas l'importance qu'on leur attribue théoriquement, puisque quelque profonde que soit cette altération en apparence, elle ne met jamais la vie en danger, à moins que les solides ne soient eux-mêmes considérablement dénaturés. S'il en était autrement, Valli n'aurait pas obtenu par les simples caresses un changement aussi remarquable dans la couleur du sang chez le chien soumis à sa savante cruauté; il n'aurait pas observé une transpiration fétide chez la femme durant les règles, et chez l'épileptique durant les accès, circonstance qui se dissipait aussitôt après; ni Sachs le sang lacté, blanc et pituiteux chez son malade; ni Blanchard, ni Smith, ni Lecanu n'auraient vu la vie se continuer dans les mêmes circonstances, et la guérison même avoir lieu, si le sang ne fût de suite revenu à l'état naturel; et par quels moyens? Par la saignée. Mais je m'aperçois déjà, Messieurs, que cette conséquence touche de très près à la moelle des doctrines pathologiques en vigueur; permettez-moi, en conséquence, de l'appuyer de quelques nouveaux faits.

Ici se présentent les observations relatives aux différentes espèces d'altération du sang; savoir :

1° Du sang lactescent observé par Tulpius (Obs. 58), par Morgagni (Epit. 49, art. 22), par Schenck (Obs., lib. 2), par Schwencke (Trans. phil. de Londres, n. 100, 442), par Brunner (Consil. med., LXVI, p. 351), par Sachs (Ouv. c.), par Waldschmidt (Ibid), par Pringle, Pitcairn, Hunter, Fothergil, Traill (The Edimb. med. and surg. journ., 1821, 1823), par Caventou (Arch. gén. de méd., t. XVIII, p. 603), par Christison (The Edimb. med. and s. j., janvier 1830); 2° du sang blanc, pituiteux, semblable au blanc d'œuf, rencontré par Waldschmidt (L. c.), par Nitschke (Ibid.), par Bierling (Thesaur. theor. pract., cap. 441, Schol. p. 596), par Bartholin (De lact. thorac., cap. 13, p. 38), par Schroechius (M. C. N., dec. 11, an. 7. App. p. 72) et plusieurs autres; 3° du sang citrin, observé par Beni et par Petermann (Obs. méd., dec. 1, obs. 91, p. 12 et 44), par Schurigio (Hœmatologia hist. med. 1744, p. 209), par Lower (Collect. acad., t. II et IV); 4° du sang excessivement noir comme de l'encre, observé par Rhodius (L. c.), par Wolff (Obs. chir. med., lib. 1, obs. 4, p. 16), par Vander Linden (Exerc. XIV, Mantiss. Œnad., § 130, p. 644), par Hagendorn (Bonetus, med. septentr., pars 1, sect. XIV, p. 115); 5° du sang congelé dans les veines de l'homme vivant et offrant au sortir du vaisseau les apparences de vers lombricoïdes, observé par Haller (Phys., lib. V, sect. 1, § 10. Exper. 20, n° 5; exper. 167, 180, 183, 234), par Lewenoeck (Epist. physiol., p. 406).

Il est vrai que tous ces auteurs qui consignèrent dans les annales de la science des observations aussi extraordinaires, n'eurent pas soin d'y joindre toujours les détails désirables concernant l'état des malades et la terminaison de la maladie; cependant, plusieurs de ces auteurs nous apprennent que dans un grand nombre de cas la maladie s'est terminée par la guérison, sous l'influence de la seule médication évacuante. Dans un cas de sang lactescent rencontré par Auderson, la guérison a eu lieu par l'emploi de deux saignées (The Edimb. med. and surg. journ., janvier 1830). La guérison a été également obtenue dans des cas de sang blanc et gélatineux par Rhodius (L. c.), par Pierre de Castre (Ibid.), et aussi par Willis, qui dit avoir fait devenir le sang rouge moyennant les préparations martiales (De Febr., cap. 1, p. 70). Galien, au dire de Vander Linden, guérit également, à l'aide de la saignée, un cas de dégénérescence de sang noir chez une femme

arrivaient des hôpitaux du centre, pour des prétendues folies qui n'étaient autre chose que des méningites ; ces faits nous ont appris à nous tenir snr nos gardes contre de semblables erreurs. Nous croyons que cet homme n'a eu autrefois qu'une méningo-céphalite, et ce qui nous confirme surtout dans cette manière de voir, c'est qu'alors il n'a été malade que trois semaines.

N° 22. Bronchite générale et affection tuberculeuse.

N° 27. Pleuro-pneumonie droite.

N° 28. Coliques avec dysenterie et évacuations de productions pseudo-membraneuses.

N° 29. Maladie du cœur et emphysème.

N° 31. Hémorrhagie cérébrale.

N° 33. Pneumonie ; échec par les antiphlogistiques ; guérison par l'émétique à dose rasorienne.

N° 34. Fièvre intermittente chez un rhumatisant.

N° 35. Pneumonie droite.

N° 37. Empoisonnement par l'acide nitrique.

K....

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin,

Hydropisie enkystée de l'ovaire.

Hier nous avons pratiqué l'ouverture du corps d'une femme âgée, couchée au n° 12 de la salle Sainte-Anne. A son entrée, cette femme présentait une distension abdominale remontant à une époque déjà ancienne. Le palper a fait reconnaître la présence d'un liquide, et la forme sphéroïdale de la tumeur nous a fait diagnostiquer une hydropisie enkystée. L'accroissement progressif du volume du ventre porta la distension de l'abdomen à un tel point que le diaphragme fut refoulé de bas en haut, et qu'il en résulta une gêne considérable dans les fonctions de la respiration. C'est alors que la ponction a été pratiquée : elle n'a amené qu'une diminution du volume augmenté de l'abdomen et un affaissement complet de cette cavité. Elle a été suivie du brisement des forces, de l'imperfection des fonctions digestives. Le ventre n'a pas tardé à reprendre du volume par la formation d'une nouvelle quantité de liquide.

A l'ouverture du cadavre, nous avons trouvé une vaste tumeur enkystée de l'ovaire adhérente par sa face antérieure, dans une grande partie de son étendue, aux parois abdominales, et par sa paroi inférieure au fond de l'utérus.

Ces tumeurs enkystées se développent ordinairement après l'âge critique. Elles consistent dans le développement des vésicules de l'ovaire, rarement d'une seule. Il y en a ordinairement plusieurs fréquemment enchâtonnées les unes dans les autres ; le plus souvent il s'en trouve une beaucoup plus développée que les autres ; c'est celle-ci qui contracte des adhérences.

En examinant ces tumeurs, on voit qu'elles ne sont que l'exagération de la structure vésiculaire de l'ovaire. Aussi l'ovaire est-il le seul organe qui les fournisse, et si elles se montrent dans d'autres parties, c'est sous l'influence d'autres conditions. En effet l'ovaire est un tissu où se produisent naturellement, normalement des vésicules. Les vésicules présentent un volume d'autant plus considérable qu'elles se rapprochent davantage à la surface de l'organe. C'est d'un côté de l'ovaire seulement, du côté concave, que ces vésicules arrivent à la surface. Dans cette partie, l'organe présente une vascularité plus grande que celle du côté opposé. C'est par cette surface que l'ovaire correspond au bord frangé de la trompe.

Les vésicules ovariennes recèlent chez les femmes fécondes les ovules de Graaf nées dans la profondeur de l'organe ; comme les ovules elles-mêmes, ces vésicules se rapprochent progressivement de la surface ovarique. Voilà pour les conditions physiologiques de la production des vésicules de l'ovaire qui sont l'origine des kystes hydropiques.

Dans l'état pathologique, on trouve quelquefois de petites vésicules, tantôt noyées dans l'épaisseur même de l'ovaire, et formant à peine une légère saillie ; tantôt détachées de l'ovaire comme hydatiforme ; tantôt adhérentes aux extrémités des franges de la trompe et flottantes avec elle. Ces kystes, d'abord à parois diaphanes, peu solides, qui ne gênent pas les fonctions par leur présence, prennent de plus en plus de développement, s'accroissent comme les kystes des autres parties, si l'ovaire ne subit pas l'atrophie normale qu'amène l'âge critique, et ne se convertit pas en tissu fibreux très dense. Les vésicules s'hypertrophient, et croissent en volume et en solidité ; c'est là l'origine des hydropisies enkystées. Cet état de l'ovaire est le résultat de la persistance de cet organe dans son premier état. C'est une véritable hypertrophie des vésicules ovariennes.

Ces vésicules s'agrandissent par l'accumulation du liquide et par la distension de leurs parois, en même temps que se produit leur épaississement ; elles se convertissent ainsi en des kystes multiples formés de deux tuniques fibreuses très denses, soudées par du tissu cellulaire très serré, dans lequel rampent un très grand nombra de vaisseaux et surtout de veines. Le développement de [illegible]t appareil vasculaire des parois des kystes ovariens est [illegible]jours en raison du volume de ces kystes.

Les kystes de l'ovaire, quoique for[illegible] de plusieurs vésicules, ont toujours des vésicules uniloc[illegible]ires : les unes, par rapport aux autres vésicules, sont à des degrés très divers de développement ; il y en a toujours de grandes et de petites, tantôt serrées les unes auprès des autres, tontôt quelques-unes étant développées et logées dans l'épaisseur même des parois des autres ; il y en a d'arrivées à un haut degré de développement, et d'autres qui sont en voie de formation. De là, l'impossibilité de vider complètement ces tumeurs par la ponction : car si l'un est fort développé, on le vide, il est vrai ; mais les autres échappant à la ponction, l'hydropisie continue par le développement successif des autres kystes, malgré le vide opéré dans le grand.

Chez la femme dont nous avons ouvert le cadavre, il y avait un grand kyste de trois à quatre décimètres de diamètre, et plusieurs autres de petit volume ; les plus petits n'ayant que deux à trois centimètres de diamètre, d'autres ayant un décimètre et plus : tous ces kystes étaient soutenus par un placenta fibreux.

Si cette femme n'eût pas succombé, les petits kystes auraient continué à croître ; la paracenthèse n'aurait eu d'autre résultat que de hâter leur développement, en diminuant la pression établie par le kyste principal distendu par du liquide, etc.

Lorsqu'elles commencent à se développer, les hydropisies enkystées de l'ovaire ne sont pas susceptibles d'être reconnues à l'exploration. Cependant, dans le principe il y a des symptômes de phlegmasie du côté de l'ovaire, des douleurs profondes vers la région utérine, dans l'hypogastre et surtout d'un seul côté, quelquefois avec l'intensité de la péritonite. Jusque-là, cependant, rien qui annonce le développement d'une tumeur, lorsqu'enfin celle-ci commence à se manifester ; en sorte que d'après les phénomènes que l'on observe au début des hydropisies enkystées de l'ovaire et avant leur développement évident, et par les symptômes que les femmes accoutumées à rendre compte de ce qu'elles ont éprouvé, rappellent au médecin comme prodrome de la tuméfaction de l'abdomen, nous croyons qu'on peut considérer les tumeurs enkystées de l'ovaire comme se rattachant dans l'origine à un travail phlegmasique de l'ovaire, qui fait naître les premiers degrés de l'hypertrophie des vésicules ovariennes, et laisse subsister et croître après lui cette hypertrophie, ou au moins la sécrétion inter-vésiculaire, qui peut suffire à augmenter et à produire le développement de ces vésicules par l'accroissement même de la quantité de liquide déposée dans leur cavité.

A mesure que les kystes ovariens se développent, ils tendent à sortir du bassin et à monter dans l'abdomen en s'approchant de plus en plus de la ligne médiane pour se rapprocher de la cicatrice ombilicale ; car toutes les fois que les tumeurs développées dans le ventre deviennent mobiles, elles tendent à se rapprocher de l'ombilic qui marque la région que tendent à occuper toutes les tumeurs et tous les liquides contenus dans la cavité abdominale. C'est ainsi que les tumeurs de la rate s'abaissent en augmentant et quelquefois en se déplaçant de l'hypochondre gauche vers l'ombilic ; c'est ainsi que l'utérus, distendu par le produit de la conception, s'élève vers l'ombilic ; c'est ainsi que vers le milieu de la hauteur de l'abdomen tendent les corps contenus dans la cavité abdominale, qu'ils soient d'origine physiologique ou qu'ils soient d'origine pathologique. La mobilité appartient à toutes les tumeurs enkystées de l'ovaire ; elle est évidente jusqu'à ce que ces tumeurs atteignent un certain volume qui les maintient en repos, circonstance qui amène promptement l'adhérence de la tumeur.

Les tumeurs enkystées de l'ovaire, en tirant à elles les tissus qui les environnent, se forment une sorte de pédicule dans lequel se trouve ordinairement la trompe collée sur un de leurs côtés. La forme des tumeurs de l'ovaire est ordinairement semi-circulaire : Brechtfeld, suivant Bartholin et Schorkopf, dans sa dissertation sur les hydropisies de l'ovaire, imprimée à Bâle, vers la fin du dix-septième siècle, ont insisté sur cette forme qu'ils regardent comme un moyen de diagnostic de ces tumeurs. Munikius a fait depuis remarquer avec raison que cette forme, qui n'est que l'exagération de la forme même de l'ovaire, n'est plus évidente quand la tumeur a beaucoup de volume ; elle ne se remarque que lorsqu'il y a un grand nombre de vésicules dans la tumeur ; quand elle est surtout formée par une ou par deux ou trois vésicules fort développées, les tumeurs de l'ovaire affectent la forme sphérique.

Il ne faut pas confondre ces kystes ovariens avec les petits kystes que l'on trouve adhérens aux franges de la trompe. Rarement ces derniers excèdent un volume de cinq ou six lignes de diamètre. A ce volume ils ne sont pas rares chez les jeunes femmes ; ils sont rares après l'âge critique ; quelquefois ils deviennent l'origine de kystes hydropiques en acquérant un grand développement. Ces kystes sont uniloculaires, toujours de forme sphérique. Nous présumons que ce sont des tumeurs de cette espèce que l'on est quelquefois parvenu à guérir par les ponctions. Il n'y a pas pour ces tumeurs, comme pour celles

---

aménorrhéique ; il lui tira huit livres de sang (L. c.). Par le même moyen, Stevens guérit plusieurs cas de fièvre jaune dans les Indes-Orientales, chez des individus dont le sang était fort noir et restait incoagulé (The Lond. med. and phys. journ., juin 1830).

Quant au sang analogue au goudron et en même temps coagulé dans les veines, on en a vu d'innombrables exemples durant l'épidémie du choléra, et dont un grand nombre sont guéris lorsqu'on a pu le faire couler de la veine. Enfin cet étudiant qui était pris d'une fièvre ardente par amour (*febris amatoria*), et dont le sang tiré de la veine, en tombant sur le bras de Stegmann, lui avait produit de le douleur, a également guéri. Fut guéri de même, à l'aide de la saignée, ce religieux, dont parle Adam de Lovenwald, qui, lorsqu'il était pris d'oppression et d'angoisses, présentait un sang tellement chaud, qu'il produisait des phlyctènes et des érosions en touchant la peau, et rendait livide et fragile la pointe de la lancette (M. M. C. déc. 11, an II, obs. 107, p. 261). On comprend maintenant comment Bordeu a pu dire que les plus terribles indices de la dissolution putride du sang n'ont pas empêché des malades atteints de variole, de pétéchies, de fièvre putride, de peste, etc., de guérir, et que cela prouve que, malgré ces apparences, le sang ne change pas de nature (Du Pouls, p. 503). Sans souscrire complètement à la sentence du grand médecin français, nous pouvons regarder comme vraie son observation et dire enfin, avec beaucoup de raison, que le sang, dans les maladies change d'aspect et de nature ; que ses altérations ne sont pas isolées ni subsistantes d'elles-mêmes, mais toujours dépendantes et subordonnées à celles des solides.

S'en suit-il de là que nous devons omettre tout à fait de tenir compte de la condition du sang et des autres fluides animaux qui forment une si grande partie, et même la plus grande partie de notre machine? Mais non, certes ; car la recherche et l'étude des altérations morbides des humeurs animales, notamment du sang, doivent former la plus belle partie de la saine pathologie. L'erreur est de vouloir s'arrêter uniquement aux fluides comme à une dernière limite, de vouloir considérer leurs altérations comme essentielles, comme cardinales dans la maladie, alors qu'elles ne doivent servir que d'échelon, de moyen d'investigation de l'état des organes. Il n'est pas permis de regarder les altérations du sang et des autres humeurs autrement que comme des symptômes indicateurs de la condition des organes dont ils dépendent ou qui les produisent, et dans lesquels existe le véritable siége essentiel de la maladie. De même que la sueur abondante, rare ou pervertie, nous annonce l'état des vaisseaux exhalans et de la circulation sanguine ; que les fluides évacués par l'anus nous servent de guides fidèles pour nous indiquer la condition des intestins ou du foie ; que ceux qui s'écoulent des narines, de l'urètre et du vagin nous dévoilent les altérations de la pituitaire ou des autres muqueuses, ou des cryptes et follicules qui le sécrètent ; que les liquides donnés par les ulcères et les plaies nous signalent l'état des parties qui les produisent ; que le sang même des hémorrhagies nous met dans la voie de reconnaître l'état des vaisseaux et des surfaces d'où il émane ; de même aussi le sang qu'on tire artificiellement, examiné attentivement, doit nous dévoiler les affections des artères ou des veines, leur nature et leur degré d'intensité. En conséquence, remonter des changemens manifestes du sang à l'état des organes circulatoires ; noter avec minutie et exactitude les rapports des premiers avec l'altération des fonctions des derniers ; s'aider des lumières précieuses de l'anatomie pathologique, relative à ce vaste appareil de la circulation, qui est sans contredit le premier et le plus influent dans les fonctions de la vie, le premier et le plus exposé à ressentir l'action des puissances nuisibles, le premier et le plus fréquent à donner des signes de souffrance, trop long-temps négligé ou considéré comme un composé de canaux passifs et presqu'inattaquables par les maladies : c'est là un sujet digne de la philosophie médicale de l'époque, auquel j'ai consacré quinze années d'études, des écrits divers, et sur lequel j'ose aujourd'hui appeler l'attention de cette célèbre assemblée.

Académie des Sciences. — Séance du 6 avril.

Recherches sur la substance qui colore en rouge les os des animaux nourris avec la garance. — M. Robiquet communique les résultats d'expériences qu'il a faites sur ce sujet à la demande de M. Flourens. Il a opéré sur les squelettes de deux pigeons soumis l'un au régime de la garance d'Avignon, l'autre au régime de la garance d'Alsace.

Après avoir décanté l'alcool qui baignait ces squelettes, je les ai fait macérer dans de l'acide hydrochlorique faible pour enlever tout le phosphate calcaire des parties osseuses. Je pensais arriver par ce moyen à l'élimination de la matière colorante, qui n'est pas soluble dans de l'eau acidulée ; mais cette matière, au lieu de se précipiter au fond du vase comme je m'y attendais, s'est combinée avec toutes les parties molles des squelettes et leur a communiqué une teinte rosée uniforme qui a résisté même aux lavages alcalins.

Pour pouvoir enlever la matière colorante, il a fallu broyer les débris des squelettes et les faire bouillir avec une solution concentrée d'alun. Cette opération a parfaitement réussi ; et cela démontre bien que la coloration est due à la garance, car nulle autre substance colorante ne se fût comportée de la même manière. La belle teinte rose qu'a prise dans ce cas la solution alunée prouve même que c'est la purpurine plutôt que l'alizarine qui se fixe sur les parties osseuses.

Nous croyons devoir rappeler ici aux personnes qui n'auraient pas présent à l'esprit le travail de MM. Robiquet et Colin sur la garance, que ces chimistes y ont distingué deux matières colorantes principales : l'une, l'alizarine, qui est la base de toute teinture solide en garance ; l'autre, la purpurine, qui est la base des belles laques roses de garance qu'on emploie en peinture.

M. Robiquet fait remarquer que le squelette de pigeon, soumis au régime de la garance d'Alsace, garance qui est la plus riche en purpurine, a fourni à la solution alunée une teinte beaucoup plus riche et plus franche.

— M. Petit (Marie-Antoine), membre de l'Académie de médecine, doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu, vient de mourir après une longue et douloureuse maladie.

de l'ovaire une structure multiloculaire qui devient la cause de la reproduction de la maladie lors même que l'on détermine par la ponction l'affaissement et l'occlusion du kyste principal.

Examinons les avantages et les inconvéniens de ces ponctions du kyste de l'ovaire :

L'adhérence des tumeurs multiloculaires de l'ovaire avec les parois de l'abdomen arrive quand ces tumeurs ont acquis un certain volume, la paroi de la tumeur est aussi étroitement appliquée sur la paroi interne de l'abdomen ; par conséquent ce ne serait que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on aurait à craindre l'extravasation du liquide dans la cavité péritonéale. Il n'en serait pas de même si les kystes ovariens étaient encore petits et mobiles dans le ventre.

Après la ponction des kystes ovariens, les parois du kyste vidé deviennent le siége d'un travail phlegmasique que l'on reconnaît sur le cadavre à l'inspection de ces parois qui sont injectées, rouges et souvent couvertes de concrétions comme pseudo-membraneuses, cette phlegmasie occasionne des accidens généraux réactionnels qui consistent dans un état fébrile, de l'accablement, une débilité extrême et souvent de la diarrhée. Ces accidens, occasionnés par la paracentèse des kystes de l'ovaire, sont loin d'être constans ; le plus souvent ils ne se montrent pas ; les malades éprouvent alors par l'évacuation des kystes un état évident de bien-être qui résulte de plus de liberté dans la respiration ; mais la tumeur reprend ensuite progressivement, et avec une rapidité variable, son volume primitif, ou même un plus grand volume.

La ponction des kystes multiloculaires de l'ovaire ne détermine qu'imparfaitement l'évacuation et l'affaissement de la tumeur ; car elle n'atteint que le kyste principal. L'évacuation de ce kyste permet de reconnaître aisément la présence des autres, la multiplication et le volume de ces kystes augmentant à mesure que l'on répète plus souvent les ponctions, c'est ce qui rend les paracentèses de plus en plus insuffisantes pour vider la tumeur, et de moins en moins efficaces pour soulager les malades.

Les accidens inflammatoires qui peuvent survenir après la ponction des kystes multiloculaires de l'ovaire sont d'autant plus graves que la nutrition et toutes les fonctions sont arrivées à un profond degré d'affaiblissement, comme il arrive chez les femmes qui sont avancées en âge et portent ces tumeurs depuis long-temps. Tel était le cas de la malade à l'occasion de laquelle nous faisons cette leçon. Cette femme a évidemment succombé sous l'influence des accidens inflammatoires du kyste, développés après la paracentèse.

On a voulu, dans la curation des kystes de l'ovaire, obtenir par des injections irritantes dans la tumeur préalablement vidée par la ponction, une phlegmasie adhésive des parois des kystes.

Nous avons vu pratiquer cette opération, les femmes ont succombé à la violence de l'inflammation. Nous ne concevons pas qu'on ait pensé à cette opération ; il n'en est pas de plus irrationnelle, puisque la condition de ces hydropisies est l'existence de plusieurs kystes qui se développeront toujours quand celui sur lequel on opère sera oblitéré. Ainsi se trouvera annulée l'utilité immédiate de l'opération.

Les médecins anglais qui voulaient guérir la maladie en pratiquant l'ablation de l'ovaire, étaient au moins rationnels. La contre-indication de l'opération ne se trouvait que dans ses dangers.

A mesure que l'ovaire se convertit en kyste, il remonte vers l'ombilic, il devient ainsi très facile d'agir sur lui. Cette opération ne serait pourtant praticable que sur les tumeurs qui n'ont qu'un petit volume, sinon l'on serait arrêté par les adhérences de la tumeur, soit avec les parois de l'abdomen, soit avec les intestins.

En opérant l'extirpation des tumeurs ovariennes, l'on a tous les inconvéniens, tous les dangers qui suivent l'ouverture de la cavité abdominale ; la péritonite, les hémorrhagies, etc.

Les tumeurs multiloculaires de l'ovaire peuvent rester très volumineuses et stationnaires pendant un temps fort long, et par conséquent rendre superflue même l'opération de la paracentèse simple, qui n'a d'autre but que d'empêcher la gêne qui peut résulter de leur présence.

Il ne reste aux médecins prudens pour traiter les tumeurs multiloculaires de l'ovaire, de moyens thérapeutiques, que des moyens palliatifs ; il faut ralentir autant qu'on le peut, le développement de ces tumeurs. Ce n'est que lorsqu'elles arrivent, par leur grand volume, à comprimer l'estomac et à rendre difficile l'accomplissement de ses fonctions et celui des fonctions respiratoires et circulatoires, qu'il faut recourir à la paracentèse.

Le moyen qui semble le plus efficace pour empêcher l'accroissement des kystes de l'ovaire, est la compression exercée sur l'abdomen d'une manière continue avec modération, au moyen d'une ceinture. On peut aussi rendre plus lent l'accroissement de ces tumeurs par des médicamens évacuans, tels surtout que les diurétiques, que nous avons employés, dans cette circonstance, chez la femme qui fait le sujet de cette leçon.

Cette médication spoliative a des inconvéniens graves si elle n'est pas suivie avec précaution et mesure ; elle occasionne l'amaigrissement des malades.

L'hydropisie multiloculaire enkystée de l'ovaire est une maladie assez commune, surtout comparativement à une autre maladie de l'ovaire qui est fréquente, bien autrement grave, c'est le cancer de l'ovaire. Les cancers de l'ovaire, les seules maladies de cet organe auxquelles doive s'appliquer la dénomination de squirrhe, que l'on a donnée à tort aux tumeurs multiloculaires, se développent dans la trame fibreuse de l'ovaire, et non dans les vésicules ; aussi ces tumeurs sont-elles denses et solides ; elles prennent un certain volume, toujours moins considérable cependant que celui des tumeurs enkystées. Elles remontent comme elles dans l'abdomen. Les carcinomes de l'ovaire occasionnent tous les accidens généraux des cancers, et spécialement l'amaigrissement, l'œdème des extrémités et surtout, la teinte cachectique de la peau, qui se rattache à la présence de tous les cancers. Les tumeurs enkystées multiloculaires ne produisent pas cet état général. Au milieu et aux limites des squirrhes vrais de l'ovaire, on trouve assez souvent des kystes multiples ; ils ont le plus souvent peu de volume ; on ne leur voit pas prendre un grand accroissement qu'ils ont dans l'hydropisie enkystée.

Les tumeurs enkystées de l'ovaire n'agissent sur tout l'organisme que lorsqu'elles sont volumineuses Pendant long-temps les fonctions se font bien, et les malades n'éprouvent d'autre incommodité que celle qui résulte du poids de la tumeur. Ce n'est que quand celle-ci est arrivée à un développement considérable qu'on voit survenir des accidens graves. Dans le cancer de l'ovaire, au contraire, à peine est-il développé, que les fonctions s'affaiblissent et la cachexie cancéreuse se manifeste.

De la poix dans le traitement des hémorrhoïdes ; par le docteur Wardleworth.

Les hémorrhoïdes sont une affection si fréquente, et qui résiste si souvent à tous les traitemens, qu'on ne peut trop multiplier le nombre des moyens dont l'utilité a été démontrée par un nombre assez considérable de succès. La note suivante nous paraît donc devoir être de quelque intérêt ; nous la reproduisons presque textuellement :

La poix noire, qui n'a probablement jamais été employée à l'intérieur dans le traitement d'aucune maladie, paraît cependant produire des effets avantageux contre les hémorrhoïdes. Voici ce qui m'amena à la connaissance de cette propriété :

Une jeune femme que je venais d'accoucher fut prise, six mois après sa couche, de douleurs hémorrhoïdales, contre lesquelles les moyens ordinaires de traitement sont restés tout-à-fait impuissans. Fatiguée de plusieurs essais, elle se décida à suivre les conseils d'un voisin qui l'avait assurée que plusieurs pilules de poix la soulageraient ; elle en prit deux, et presque aussitôt le ténesme et les tiraillemens qu'elle éprouvait à l'estomac disparurent. Quelque temps après, l'ayant rencontrée et la trouvant beaucoup mieux portante, elle me rapporta ce qui lui était arrivé et me vanta les bienfaits de la poix. Je pourrais rapporter un grand nombre de cas où le même moyen m'a réussi ; mais ne pouvant m'expliquer son mode d'action, je me contenterai de dire qu'il a une grande efficacité dans le traitement des hémorrhoïdes internes et externes, avec ou sans perte de sang. Voici la formule que j'emploie ordinairement :

Poix noire, 3 grains 1/2 pour 3 pilules.

On en prend deux chaque soir, et on a soin que le ventre soit entretenu libre. L'efficacité connue des balsamiques dans le traitement des hémorrhoïdes pourrait, jusqu'à un certain point, rendre compte de celle de la poix que nous venons de signaler.

(*Gazette de Santé.*)

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 14 AVRIL 1840. (13e ANNÉE.) N° 43, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger, 1 an, 45 f.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Extraction d'une pièce d'un franc avalée et arrêtée dans la portion thoracique de l'œsophage. Emploi du crochet œsophagien de M. Graeffe, de Berlin, modifié par M. Charrière.

Leblond (Noël), âgé de quinze ans, né à Pierrefitte, près Saint-Denis, est entré au n° 34 de la salle Sainte-Agnès, le 6 avril dernier. Il y a trois semaines environ que cet enfant a avalé une pièce de vingt sous qui s'est arrêtée dans l'œsophage. Voici les renseignemens qu'il nous a fournis.

Le 20 mars, ayant soustrait en jouant une pièce d'un franc à un autre enfant, il l'avait introduite dans la bouche afin qu'elle ne lui fût pas reprise. Au moment où, satisfait du coup qu'il venait de faire, il prenait fortement haleine pendant qu'il était en train de rire, la pièce s'échappa dans le gosier, où elle s'arrêta tout d'abord et y resta jusqu'à ce qu'ayant avalé un verre de vin, elle descendit dans l'œsophage.

Le jour même de l'accident, il essaya de manger, mais après avoir avalé quelques bouchées, il éprouva un sentiment de suffocation qui le força de se borner à l'usage de la soupe pour toute nourriture. L'arrivée même de celle-ci dans l'estomac excitait une douleur que l'enfant rapportait au lieu qu'occupait le corps étranger, et qui, d'après les indications qu'il donna, paraîtrait siéger à deux ou trois travers de doigt environ au-dessus du cardia.

Espérant toujours que la pièce passerait de l'œsophage dans l'estomac, Leblond est resté auprès de ses parens, se nourrissant exclusivement avec du bouillon et de la soupe, qui a passé assez bien jusqu'au samedi, 4 avril, mais qui, à partir de ce jour, a aussi donné lieu à des étouffemens, à des accès de suffocation, et a cessé de pénétrer dans l'estomac aussi bien que par le passé.

Ce même jour il ne put parvenir qu'à avaler un peu de vermicelle très clair. Cet état de choses persista le dimanche, et le lundi, jour de son entrée à l'hôpital, il ne put introduire dans son estomac qu'un peu de soupe excessivement délayée.

Le mardi, 7 avril, il commença à mieux manger, et après la première cuillerée de soupe, dont la déglutition excita un accès de suffocation très alarmant.

Le mercredi, 8 avril, il a bien avalé sa soupe comme la veille, et a même pu avaler une quantité, minime à la vérité, de pain excessivement mâché et bien pénétré de salive. Nous devons ajouter que, malgré cette amélioration dans l'accomplissement du mécanisme de la déglutition, cet acte était néanmoins toujours accompagné de la même douleur ressentie un peu au-dessus du creux de l'estomac, et dont le siége n'avait pas varié. Cette douleur était plus intense, au dire de Leblond, à droite de l'œsophage qu'à gauche.

Le jeudi, 9 avril, au matin, l'enfant a pris de la soupe, qui a passé dans l'estomac aussi aisément que la veille. Il ressent toujours la présence de la pièce de monnaie au même endroit; et, quoique cette épreuve eût déjà été faite plusieurs fois, chez lui aussi bien qu'à l'hôpital, on lui fait avaler plusieurs bouchées de pain, dans l'espoir que la déglutition d'un corps d'une certaine consistance pourrait entraîner le corps étranger.

Après la seconde déglutition l'enfant a éprouvé beaucoup de répugnance à en exécuter une troisième, et dès que celle-ci a été effectuée, la face est devenue rouge, et il est survenu des nausées bientôt suivies du rejet du pain qui avait été avalé; disons de plus que la suffocation redevenait imminente, sous l'influence de la distension de l'œsophage occasionnée par l'amas et la stagnation des alimens, dans un point de ce conduit supérieur à celui qu'occupait le corps étranger.

M. Blandin a cru devoir borner là l'essai des moyens accessoires employés en pareil cas, et le petit malade a été descendu à l'amphithéâtre, où la pièce de monnaie a été extraite de la manière que nous indiquerons, après avoir résumé les quelques réflexions cliniques que ce fait a suggérées à ce chirurgien.

Nous avons d'abord deux marches à suivre dans ce cas, a dit ce chirurgien: l'une, qui consiste à repulser le corps étranger jusque dans l'estomac; l'autre, tout à fait opposée, qui a pour but de l'extraire en lui faisant parcourir le trajet qu'il a suivi pour arriver à la région où il siège actuellement.

Dans le cas où la première de ces deux marches serait adoptée, il est tout naturel de se demander d'abord si le corps étranger sera, sans entraves et sans donner lieu à des accidens, expulsé par l'extrémité inférieure du tube digestif; et si en parcourant le canal alimentaire il ne sera pas arrêté, temporairement au moins, soit par le pylore, soit par les valvules conniventes, soit enfin par la valvule iléo-cœcale. Il faut convenir que, eu égard à la conformation favorable de ces parties, des craintes de cette nature sont plutôt éphémères que réelles; et ce n'est guère que dans la cavité du gros intestin que le corps étranger pourrait faire une longue demeure, si toutefois il n'était pas permis d'espérer qu'à la faveur de la densité des matières qui y demeurent, il ne serait pas englobé par elles, et avec elles expulsé par l'anus. Au total, il est raisonnable de croire qu'en forçant le corps étranger à parcourir cette voie on n'exposerait pas le malade à de graves inconvéniens.

Cependant, il est de toute évidence que le résultat le plus favorable que l'on pourrait obtenir en pareil cas, ce serait d'extraire la pièce de monnaie par la bouche; mais comment espérer d'y parvenir si le corps étranger est placé aussi bas que nous le présumons, et que les phénomènes accusés par le malade autorisent à le croire?

Différens moyens ont été conseillés, et différens instrumens ont été imaginés pour effectuer la prépulsion des corps étrangers ainsi arrêtés dans l'œsophage. Ainsi, la déglutition de substances alimentaires dures et seulement broyées à demi; l'action directe de la sonde œsophagienne, qu'Ambroise Paré remplaçait par une tige de poireau: plusieurs fois il est parvenu, par ce moyen, à repousser dans l'estomac des parcelles alimentaires; mais il serait à craindre que ce moyen ne devînt insuffisant, lorsqu'il s'agit de corps plus durs que ne le sont ordinairement les substances alimentaires. Alors la tige de poireau d'Ambroise Paré est avantageusement remplacée par une sonde en gomme élastique, dite œsophagienne, qui, sans être moins flexible que la première, offre de plus l'avantage d'être plus résistante, tout en n'exposant pas plus que le poireau le conduit œsophagien à aucune lésion, lorsqu'on agit avec elle, une fois introduite dans ce même conduit.

A défaut d'une sonde œsophagienne, on peut, dans le cas d'accidens dans le genre de celui qui nous occupe, lui substituer une petite éponge arrondie, fixée à l'une des extrémités d'une tige flexible, en baleine par exemple, à l'aide de laquelle on peut également parvenir à effectuer la prépulsion des substances arrêtées dans l'œsophage jusque dans l'estomac.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'extraction d'un corps étranger non alimentaire, dur et de la nature de celui de notre malade, qui s'est arrêté dans l'œsophage, étant préférable à la prépulsion dans l'estomac, nous ferons d'abord quelques essais pour arriver à ce résultat, et ce ne serait que dans le cas d'échec que nous nous déciderions à avoir recours à l'éponge ci-dessus décrite pour repousser dans l'estomac la pièce de monnaie.

Afin que vous soyez avertis des principaux moyens, tant médicaux que chirurgicaux qui ont été conseillés pour remédier aux accidens du genre de celui qui se présente aujourd'hui à notre observation, nous devons vous dire que l'on a conseillé l'emploi des vomitifs, dans l'espoir de les voir déterminer l'expulsion des corps étrangers par la bouche. Cette pratique a été suivie chez notre malade sans aucun résultat, et nous n'y reviendrons pas, car si des substances alimentaires solides n'ont pas suffi pour déplacer la pièce de monnaie, à plus forte raison est-il naturel de présumer que les substances liquides, qui seules pourraient servir de véhicule à l'émétique employé, ne parviendraient pas à ce résultat, leur pression sur ce corps devant être nécessairement moindre que celle exercée par les premières.

La médecine opératoire peut donc seule nous fournir des moyens efficaces. Outre la sonde œsophagienne, le poireau de Paré, et l'éponge portée à l'extrémité d'une

---

FEUILLETON.

CLINIQUE MÉDICALE, OU CHOIX D'OBSERVATIONS RECUEILLIES A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, DANS LE SERVICE DE M. LERMINIER;

Par M. G. ANDRAL, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris. — 4e édition, revue, corrigée et augmentée. Cinq gros vol. in-8°. Chez Fortin, Masson et compagnie, successeurs de Crochard, place et rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 1 et 17. Paris, 1839-1840.

De tous les hommes de notre époque, M. Andral est un de ceux dont les écrits, les leçons et la pratique ont le plus contribué et contribuent le plus encore à l'instruction des élèves et des jeunes praticiens. Autant que qui que ce soit parmi les médecins contemporains, il a propagé le goût des études cliniques et anatomico-pathologiques; et fait porter des fruits véritables à la belle découverte de Laënnec, enlevé malheureusement trop tôt à la science et à ses études favorites pour les voir appréciées partout comme elles le méritaient et devenues vulgaires comme aujourd'hui.

On doit, en effet, à M. Andral beaucoup d'explications ingénieuses, beaucoup de développemens nouveaux qui ont fait mieux connaître l'enchaînement des nombreux signes diagnostiques indiqués par Laënnec, mieux apprécier l'origine et la source de quelques-uns, les modifications variées que peuvent offrir quelques autres, la certitude et la valeur clinique de tous.

D'autres qualités remarquables ont contribué à rendre populaires les travaux de M. Andral, telles que son érudition solide, son habitude des malades, une facilité heureuse pour décrire les lésions anatomiques et les signes variés des maladies; une droiture d'esprit qui l'a convaincu de bonne heure qu'il devait y avoir pour le médecin éclairé quelque chose à rechercher et à saisir au-delà de la connaissance matérielle des altérations morbides. Mais citons avant tout l'impartialité qui a présidé à ses écrits. Les esprits fatigués des luttes sans cesse renouvelées des doctrines rivales, des criailleries incessantes de quelques partisans, se sont reposés avec plaisir dans la méditation d'une œuvre dans laquelle ils ont trouvé respect à la fois aux hommes et aux faits; car M. Andral s'était fait une loi, une obligation de ce respect et de cette impartialité. Il n'a tenu compte des différens systèmes que pour les discuter en présence des faits: peu lui importait quelles idées théoriques chacun d'eux tendait à renverser ou à soutenir. Il n'est donc devenu *éclectique* que par nécessité, faute de mieux, faute de pouvoir ramener à un grand principe tous les faits épars dont se compose la science, sans qu'il soit encore possible de les lier, de les rattacher les uns aux autres.

L'éclectisme en médecine (Dieu merci! nous ne parlons pas de la philosophie) n'est donc pour M. Andral lui-même qu'un moyen nécessaire transitoire et non pas un système. Puissent ses élèves ne pas oublier cette parole du maître, car à leur tour ils seraient menacés de devenir intolérans et exclusifs à la manière des gens qui sont systématiques, et ce n'est pas là l'exemple qu'il leur a été donné.

Publié dans un moment où nous ne possédions aucun traité de pathologie interne, le livre de M. Andral, qui comblait en partie cette lacune, a bientôt été entre les mains de tous: l'édition que nous avons sous les yeux est déjà la quatrième. L'ouvrage et ses doctrines sont connus. Aussi notre tâche sera facile, car c'est plutôt une réimpression qu'une édition nouvelle que nous annonçons ici. Il ne s'agit donc pas de nous livrer à une discussion de principes, mais bien de rappeler la disposition générale de l'ouvrage et les modifications qu'elle a subies récemment.

Le premier volume, sous le titre *de Maladies de l'abdomen*, est occupé en entier par l'histoire si variée, si difficile des fièvres continues; question qui depuis bien long-temps est la source d'écrits, d'argumens, de débats sans cesse renaissans, sans cesse contradictoires. Il est, en effet, tant d'élémens inconnus dans le grand problème de la vie, que le plus souvent on ne peut arriver à expliquer d'une manière rigoureuse les troubles qui viennent entraver ou même anéantir la production de ses phénomènes. *La localisation*, ce grand mot, cette grande découverte qui devait régénérer la pathologie, a porté des fruits inféconds. Plus nous échappons à l'impulsion donnée par l'ardent génie de Broussais, plus nous voyons les théories devenir insuffisantes pour expliquer les faits si complexes que nous présente l'étude des fièvres continues. M. Andral, adversaire de la localisation absolue dans le principe, essaya de lutter contre ses tendances lors de la première édition de son ouvrage (1823); plus tard, il parut ébranlé dans ses convictions premières: l'examen des faits l'a ramené depuis à l'opinion qu'il avait adoptée d'abord. « Au point où en est arrivée aujourd'hui la question de la nature des fièvres continues et du rôle que jouent dans leur production les différentes lésions d'organes qui les accompagnent, la grande importance accordée à l'altération intestinale, comme point de départ de ces maladies, me semble devenir de plus en plus problématique. Plus j'observe, plus je médite sur les faits déposés dans les annales de la science, et plus j'arrive à la conviction profonde que dans beaucoup de pyrexies qu'on a long-temps appelées essentielles, comme dans un grand nombre d'autres maladies, soit aiguës, soit chroniques, l'organisme entier est troublé et comme dominé par une cause générale qui va partout faire sentir son influence, et de laquelle dérivent, comme autant d'effets plus ou moins nécessaires, les diverses lésions d'organes que l'anatomie nous découvre. » (4e édit. Note, page 671.)

Dans le second volume, M. Andral passe en revue les maladies du tube digestif, dans lesquelles les symptômes locaux sont seuls ou prédominans, telles que la gastrite aiguë, la gastrite chronique, la colique de plomb et quelques états morbides qui, par leurs symptômes et leur traitement, ont plus ou moins d'analogie avec les accidens causés par les préparations saturnines. Une autre partie de ce volume est consacrée aux maladies du foie et de ses annexes, aux maladies soit générales, soit partielles du péritoine. Avant d'aller plus loin, signalons cependant l'heureuse impulsion imprimée par M. Andral à l'étude des maladies de l'appareil biliaire; avant lui, tout était à faire: il ne s'est pas attaché seulement à décrire les lésions, mais il s'est encore élevé à l'étude de leur origine et de leur mode de formation. Cette route qu'il avait battue le premier, est maintenant frayée pour ceux que son exemple encouragerait à enrichir la science de nouvelles recherches sur ces maladies si variées et si intéressantes.

Les maladies de poitrine, c'est-à-dire celles du cœur, des gros vaisseaux et des poumons, forment la matière du troisième et du quatrième volume. Nous nous contenterons d'en indiquer rapidement les principales sections, car on doit à M. Andral d'avoir recueilli le premier une foule de matériaux épars sur chacune de ces affections. Nous citerons surtout ses recherches sur la pneumonie chronique, sur les altérations organiques des bronches, sur le diagnostic différentiel si difficile de certaines variétés de la bronchite et des tubercules pulmonaires. Notons encore les points qui traitent de l'asthme, des pleurésies partielles, de la production des tubercules; enfin ses recherches sur la cicatrisation des cavernes pulmonaires. C'est surtout dans cette partie de son ouvrage que M. Andral s'est efforcé de rechercher la valeur

tige flexible, moyens dont nous avons parlé il n'y a qu'un instant, plusieurs autres instrumens ont été employés ayant pour but de saisir le corps étranger et de l'extraire par la bouche. A cet effet, des pinces droites et recourbées ont été tour à tour mises en usage, ainsi que des pinces à gaine à deux ou trois branches, analogues à celles employées autrefois pour broyer les calculs dans l'opération de la lithotritie : telles sont les pinces de Hunter et de Cooper.

Mais quoique très efficace dans certains cas, l'emploi de ces pinces devient insuffisant lorsque le corps étranger se trouve très bas placé, c'est-à-dire près du cardia. Dans un cas où M. Gensoul, de Lyon, avait à extraire une épingle arrêtée dans l'œsophage, cet habile praticien eut recours à une pince en forme de bec de canard, dont les extrémités se terminaient par de petites cuillères analogues à celles des tenettes, au moyen desquelles on saisit les calculs dans l'opération de la lithotomie.

Rivière a conseillé l'emploi d'une espèce de hameçon qui, non seulement avait pour résultat de repousser le corps étranger devant lui, mais qui offrait aussi celui de pouvoir être enfoncé dans la substance de celui-ci lorsque sa dureté le permettait. Cet instrument, qui par lui-même était difficile à manier à cause des dangers auxquels il exposait, est néanmoins devenu l'objet de modifications et de perfectionnemens très utiles qui en ont fait un des instrumens les plus précieux que l'on possède aujourd'hui dans ce genre.

Ainsi, après que l'extrémité du crochet eut été émoussée pour éviter, lors de son emploi, la lésion des tissus, il a été ensuite perfectionné par M. Graeffe, de Berlin, qui ajouta un second crochet au premier et multiplia ainsi les chances de saisir le corps étranger et de l'extraire ensuite. Le crochet œsophagien de M. Graeffe est tellement bien conçu qu'il amène presque inévitablement le corps étranger si l'on parvient à l'enfoncer au-dessous du point que ce dernier occupe. C'est à l'aide de cet instrument qu'en 1832 Dupuytren opéra l'extraction d'une pièce de 5 francs dans un cas analogue à celui qui nous occupe en ce moment.

M. Cuarrière a enfin apporté au crochet œsophagien tout le degré de perfection désirable, en donnant une articulation aux deux crochets qui, tout en restant immobiles l'un par rapport à l'autre, sont néanmoins rendus mobiles sur la tige, à l'égard de laquelle ils peuvent exécuter des mouvemens angulaires. En vertu de ces mouvemens, tantôt l'un, tantôt l'autre se trouve éloigné de la tige au moindre obstacle, et peut parfaitement embrasser le corps étranger, si c'est par lui qu'il se trouve arrêté ; tandis que le crochet opposé, resté libre et devenant alors inutile, se rapproche de la tige même au point de se trouver avec elle dans un contact presque parfait ; ce qui rend beaucoup plus faciles les manœuvres de l'opérateur, et l'extraction du corps étranger beaucoup plus aisée, tout en évitant au malade les douleurs occasionnées autrefois par le frottement des crochets sur la surface de la muqueuse œsophagienne, lorsque, par la suite de son immobilité, il ne pouvait se rapprocher de la tige.

— On se ferait une idée très inexacte des deux crochets si on leur attribuait la forme que l'on doit entendre par la dénomination qui leur est appliquée. En effet ce qui compose les deux crochets, qu'il conviendrait peut-être mieux d'appeler *curettes* ou *cuillères*, n'est autre chose qu'un disque en argent, plié à son diamètre (ou se trouve son articulation en charnière qui l'unit à la tige), de manière à former un angle ouvert du côté même de la tige, angle qui se trouve partagé en deux par celle-ci.

Immédiatement après la leçon, M. Blandin a procédé à l'extraction du corps étranger. La bouche du malade ayant été maintenue ouverte au moyen d'une pince à pansement qui écartait fortement les arcades dentaires; la tête du malade ayant été fortement renversée en arrière, le crochet, préalablement enduit de cérat, a été introduit dans l'œsophage ; nous avons jugé que l'instrument a dû arriver jusqu'au cardia.

A la seconde tentative le crochet a ramené une pièce de un franc à l'effigie de *Napoléon empereur* et portant la date de 1808. Cette pièce, qui était en partie recouverte par quelques débris de pain mâché, était noire à sa surface ; ce qui démontre évidemment que sa superficie, altérée déjà par les gaz de l'estomac, avait été transformée en sulfure d'argent.

A peine remonté dans la salle, Leblond a fait chauffer sa soupe qu'il a aussitôt avalée sans entraves, et n'éprouvant qu'une légère douleur sur le point de l'œsophage qui était occupé par le corps étranger. Nous l'avons visité à trois heures, et à cette époque il n'accusait aucune souffrance, hors les momens de la déglutition.

(*Note du Réd.*) N. M.

HOPITAL NECKER. — M. Bérard jeune.

Fracture de la cuisse gauche. Ecrasement de la cuisse droite. Ligature de l'artère fémorale. Amputation sous-trochantérienne. Mort pendant l'opération.

Le 2 avril au soir, on apporta à l'hôpital Necker, un homme employé au chemin de fer de Versailles ; ce malheureux était tombé devant le convoi de wagons en marche, et cinq roues lui avaient passé successivement sur les cuisses avant qu'on ait pu lui porter le moindre secours. Il fut couché au nº 42 de la salle des hommes. (Salle St-Pierre.)

Le blessé était dans un état complet de stupeur ; aussi rien ne fut entrepris le soir même ; on se contenta de placer une ligature sur l'artère fémorale du côté droit, et quelques moyens contentifs furent seuls employés.

Le 3 au matin, l'état général du malade est assez satisfaisant ; il n'y a pas encore d'indices de réaction inflammatoire. Le nombre des pulsations de l'artère ne dépasse pas la moyenne ordinaire, seulement le pouls était petit. Le malade avait vomi vers cinq heures du matin, et il éprouva de nouveau des vomissemens pendant l'intervalle de la visite. Les matières rendues ainsi étaient très liquides et fortement colorées en vert par de la bile. Il n'y avait point de céphalalgie, les idées étaient très lucides et la parole prompte et facile.

En examinant attentivement les membres blessés, M. Bérard jeune crut reconnaître que le fémur droit avait été fracturé dans deux points ; une première fracture siégeait à la partie inférieure, au-dessus des condyles du fémur ; une seconde divisait cet os à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. La partie interne du genou présentait de plus une énorme plaie qui, vers sa partie supérieure, offrait un trajet qui communiquait avec l'intérieur de l'articulation fémoro-tibiale. Une autre plaie plus petite que la précédente avait pour siége les parties molles du côté interne de la cuisse, et correspondait à la fracture la plus supérieure. A part ces plaies et ces fractures, le membre était encore dans des conditions telles que l'on pouvait espérer de pouvoir le conserver ; au moins on pouvait se hasarder à faire quelques tentatives dans ce but. En conséquence, les fractures furent réduites, les plaies réunies et le membre placé dans un appareil convenable.

Quant à la cuisse gauche, elle n'offrait plus qu'une vaste plaie ; le fémur, les vaisseaux, les muscles, tout était haché, dilacéré, et n'offrait plus à la vue qu'une masse de chair désorganisée, et quelques lambeaux mieux conservés vers la partie externe du membre. La jambe présentait déjà des signes évidens de sphacèle ; il ne restait qu'une seule ressource, c'est-à-dire, de pratiquer l'amputation.

En examinant avec soin la plaie, on vit qu'il serait possible d'éviter au blessé la désarticulation du membre ; en effet, la tête du fémur était intacte, ainsi que la portion de cet os placée au-dessus des trochanters. On arrêta donc de pratiquer l'amputation sous-trochantérienne.

Le blessé fut transporté à l'amphithéâtre ; la cuisse droite entourée de son appareil fut confiée à deux aides, pour la maintenir pendant l'opération. Celle-ci n'offrit rien de particulier ; seulement elle se prolongea fort longtemps, par suite de l'état de délabrement dans lequel se trouvaient les parties du membre, et de la gêne qu'éprouvait le chirurgien entouré d'aides nombreux, et forcé d'opérer au milieu de tissus malades. La section de l'os était à peine terminée, et l'on se préparait à faire le pansement, lorsque le blessé perdit connaissance et expira peu de temps après.

La perte de sang pendant l'opération avait été peu considérable, tant au moment de l'accident avant la signature de l'artère fémorale, que pendant les manœuvres de l'opération.

Varices de la jambe. Traitement par le caustique de Vienne. Modification du procédé de M. Laugier.

Le 20 mars a été admis à l'hôpital Necker le nommé Goine, charretier, âgé de quarante-neuf ans ; il a été couché au nº 9 du pavillon Saint-Jacques.

Cet homme avait les deux jambes couvertes d'un réseau variqueux considérable ; on remarquait aussi quelques veines variqueuses à la partie interne des cuisses ; il présentait de plus un ulcère variqueux assez étendu à la partie antérieure de la jambe gauche. L'ulcère fut pansé avec des bandelettes de diachylon, et on laissa reposer le malade pendant quelques jours.

Le 25, on pratiqua la cautérisation en appliquant la pâte de Vienne sur le trajet de la veine saphène, à la partie interns des deux cuisses.

Le 26 il existe une légère inflammation autour du point sur lequel le caustique a été appliqué. Ce point est légèrement douloureux. Le malade garde le lit, alimentation modérée, etc.

Le 28, les accidens locaux ont cessé, le malade se lève et marche quelques heures.

Depuis cette époque, le malade se lève chaque jour. Les dilatations veineuses des jambes ont un volume beaucoup moins considérable qu'auparavant, l'ulcère est presque cicatrisé.

M. Bérard jeune fait observer que l'emploi de la cautérisation pour la cure des varices n'est pas un procédé nouveau et que Celse parle d'une manière fort claire d'un procédé de cautérisation pour oblitérer les veines variqueuses. De nos jours cette méthode a été remise en usage par M. Bonnet, de Lyon.

---

des signes fournis par la toux, l'expectoration et surtout par la percussion et par l'auscultation. C'est à lui que l'on doit l'examen rigoureux des différens caractères donnés par Laënnec et l'appréciation exacte de leur valeur diagnostique. Nous devons tous à cette portion du livre de M. Andral une partie de notre instruction médicale.

Cette quatrième édition a été augmentée de recherches particulières sur les maladies du larynx et de considérations importantes sur la trachéotomie et les indications de ce procédé opératoire.

Dans le cinquième et dernier volume, M. Andral a consigné un certain nombre de recherches sur les maladies de l'encéphale et de ses annexes. Ce n'était certainement pas la partie la moins difficile de sa tâche ; ici encore, comme dans tout le reste de son ouvrage, M. Andral a réuni les faits, les a rangés par séries analogues. Après avoir analysé tous ces faits particuliers, il s'attache, dans un résumé, à les rapprocher, à les comparer et à établir quelques principes généraux avec les résultats qu'ils lui fournissent. Après avoir ainsi résumé et exposé ces faits, il s'appuie sur eux pour discuter et quelquefois pour résoudre plusieurs des questions qui agitent la science.

Le mérite et l'utilité de l'œuvre de M. Andral sont connus et appréciés depuis long-temps. Quant au rang définitif qu'elle conservera dans la science, ceci est une question d'avenir qu'il ne nous appartient pas de décider à l'époque médicale transitoire dans laquelle nous vivons. L. M.

TRAITÉ DE L'INCUBATION ET DE SON INFLUENCE THÉRAPEUTIQUE ;

Par le docteur Jules GUYOT. — In-8º de 264 pages, avec 18 fig. Paris, 1840. — Ambroise Dupont et Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-médecine, 13 bis.

Déjà en 1835 (Arch. gén. de méd., t. VIII, p. 273) M. J. Guyot avait publié un mémoire sur l'influence thérapeutique de la chaleur atmosphérique. Dans ce mémoire il recherchait quelle est la température la plus favorable à la cicatrisation des plaies. Cette question intéressante, entrevue dans tous les temps, envisagée par Ambroise Paré sous le point de vue éminemment pratique, a été plusieurs fois remise en question à l'époque des travaux si remarquables de l'ancienne académie de chirurgie. Ces différentes recherches avaient eu pour conséquence de faire admettre le principe suivant : que l'air échauffé est le plus salutaire aux plaies ou solutions de continuité de toute nature. Déjà lors de la campagne d'Egypte M. Larrey père avait remarqué l'influence salutaire du climat de cette contrée sur les plaies : « Sous ce ciel brûlant, disait-il, mais dont la chaleur est uniforme, les plaies se cicatrisaient avec une promptitude étonnante, et les opérations de la taille, du trépan, celles nécessitées par les grandes plaies pénétrantes de la poitrine et de l'abdomen réussissaient merveilleusement. » Dans la campagne d'Allemagne, au contraire, ce chirurgien a remarqué l'influence délétère du froid sur les mêmes blessures ; enfin à la première époque de l'occupation d'Alger, M. Baudens, alors chirurgien en chef, a plusieurs fois signalé des résultats presque merveilleux qu'il fallait attribuer à l'influence salutaire de la chaleur.

M. Guyot, pénétré de ces idées, a cherché à en démontrer l'exactitude par l'expérimentation et à signaler des conditions telles que l'on puisse pour ainsi dire organiser dans nos climats une température artificielle plus convenable. Une première série d'expériences faites sur des lapins lui démontra que la guérison des plaies avait toujours été plus rapide dans une température de 30 degrés centigrades sans pansement que dans la température ambiante avec ou sans pansement ; que certaines plaies graves, comme amputations de membres, plaies pénétrantes de poitrine avec perte de substance, avaient guéri dans une température élevée, tandis que les mêmes plaies n'avaient point guéri à la température extérieure. Que les plaies en pleine suppuration et semblant plutôt vouloir s'étendre que se cicatriser cessaient bientôt de suppurer lorsqu'on les soumettait à une température de 30 à 40 degrés centigrades, et se cicatrisaient rapidement.

Depuis ce temps, le même procédé a été employé dans divers hôpitaux, et dans des circonstances différentes, pour le traitement des ulcères rebelles, de la sciatique, des tumeurs blanches, des plaies et amputations de toute espèce. Le livre de M. Guyot contient cinquante-huit faits et observations régulières, sans compter un assez grand nombre de faits non complètement recueillis.

Nous ne suivrons pas M. Guyot dans ses recherches de théorie pure sur l'emploi de la chaleur, ce qu'il appelle *l'incubation naturelle* ou *artificielle* ; nous ne pouvons pas non plus indiquer avec détails la construction de son appareil et de ses modifications suivant les régions sur lesquelles on l'applique. Nous dirons seulement qu'il consiste, en général, en une boîte modifiée pour s'accommoder aux différentes régions ; une de ses parois est à jour, afin que l'on puisse s'assurer sans dérangement des modifications que présentent les parties qui y sont renfermées. A la partie inférieure est placé un tuyau ou cheminée, qui sert à conduire dans l'appareil la chaleur développée par la flamme d'une lampe placée à sa partie inférieure ; cette lampe primitivement à l'huile, a été depuis remplacée par une lampe à l'esprit-de-vin. Nous ne pouvons nous étendre sur la construction de ces différentes parties, et nous sommes forcés de renvoyer ceux de nos lecteurs qui auraient besoin de renseignemens complets, à l'intéressant ouvrage de M. Guyot ; nous dirons seulement que l'appareil incubateur renferme un petit thermomètre construit d'une manière spéciale, ce qui permet de s'assurer à chaque instant de la température du milieu qui entoure la plaie.

L'emploi des moyens de M. Guyot a, dans beaucoup de circonstances, été suivi de résultats vraiment très remarquables ; dans d'autres, il n'en a pas été de même. Cela tenait bien souvent à l'inhabileté, à la manière intempestive avec laquelle certains expérimentateurs employaient son procédé, je dirai presque à la mauvaise volonté ; car on sait que trop souvent des moyens très rationnels sont trouvés pitoyables en chirurgie, quand ils sont ce qu'on appelle *essayés* ou *vérifiés* dans nos hôpitaux. Si nous parlons ainsi, c'est que nous en avons été souvent témoins nous-mêmes pour bien des méthodes, et principalement dans cette circonstance, puisqu'il s'agit de la méthode de M. Guyot.

Encore une fois, nous ne pouvons parcourir et analyser les faits indiqués par ce médecin ; nous risquerions d'être fort incomplets ou bien de dépasser les limites qui nous sont accordées pour cette analyse. Il est néanmoins un point que nous sommes heureux de signaler aux praticiens consciencieux, c'est que M. Guyot ne s'est pas laissé décourager par des désagrémens véritables ou par des éloges intempestifs et maladroits ; qu'il a continué dans le silence des recherches laborieuses, et qu'il est arrivé à rencontrer un chirurgien instruit et consciencieux, M. Robert, qui continuera sans précipitation ces recherches avec lui ; ce qui rapprochera sans doute le moment où l'on pourra juger sainement de la valeur réelle et des indications spéciales de cette méthode.

Quant aux praticiens qui voudraient apprécier convenablement les recherches de M. Guyot, ou bien faire des expériences de leur côté, nous les renvoyons à son ouvrage, dans lequel ils trouveront des descriptions complètes et une discussion approfondie.

L. M.

M. Laugier emploie également la cautérisation. Son procédé ne diffère de celui de M. Bonnet qu'en ceci, qu'il a recours à la pâte de Vienne, tandis que ce dernier chirurgien se sert de la potasse caustique. Quoi qu'il en soit, voici comment procède M. Laugier : il fend la peau afin de mettre la veine à découvert dans une petite étendue, il applique ensuite la pate caustique dans l'incision qu'il vient de pratiquer.

M. Bérard jeune a tant soit peu modifié cette méthode ; il se contente d'appliquer le caustique sur la peau ; il faut d'ailleurs qu'il soit placé sur la portion la plus élevée de la dilatation veineuse. On le laisse à demeure pendant un quart d'heure environ. Le volume de la petite masse de pâte de Vienne est de six à huit lignes à peu près. Cette application est bientôt suivie de la formation d'une eschare et d'une légère inflammation ; le sang se coagule dans le vaisseau et la cavité de la veine s'oblitère. M. Bonnet donne la préférence à ce procédé, parce qu'il a toujours vu le sang ne pas reprendre son cours dans le vaisseau oblitérée, tandis que ce phénomène aurait presque toujours lieu lorsqu'on a recours à la ligature, à la suture, à l'incision, etc.

Ce procédé, dit-on, est plus rarement suivi du développement de la phlébite et ne demande aucune précaution de la part du malade.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Ricord.

Leçons sur les maladies vénériennes.

(Cinquième article.)

Développement et marche du chancre. Comme nous l'avons déjà dit, le chancre n'a pas de prodrômes ; il n'est annoncé par aucun symptôme général ; il n'y a pas de fièvre, pas de malaise, pas de dérangement des grandes fonctions de l'économie. La démangeaison que certains auteurs ont donnée comme un signe certain de son apparition, n'est pas constante ; elle appartient plutôt à d'autres maladies qu'à celle-ci, et surtout aux éruptions herpétiques et eczémateuses, si communes aux organes génitaux, et si souvent cause d'erreurs. Lorsque la démangeaison survient, elle accompagne plutôt les débuts du chancre qu'elle ne les précède ; elle est d'ailleurs, ainsi que la rougeur et la douleur, un phénomène rare et accidentel.

Il faut distinguer, dans l'évolution du chancre, trois périodes : la première, celle de début ; la seconde, celle de progrès ou d'état : pendant tout le temps que dure celle-ci, que le chancre fait des progrès ou reste stationnaire, le pus qu'il fournit est inoculable ; la troisième période est celle de réparation : elle s'établit au moment où l'ulcère spécifique passant à l'état d'ulcère simple, cesse de fournir un pus contagieux pour marcher vers la cicatrisation.

On conçoit combien la distinction de ces deux dernières époques du chancre est importante, car sans elle on confond tout ; et la même ulcération qui s'inoculait quelques jours auparavant ne donnant plus de pus contagieux, on conclut à l'incertitude des expériences là où, au contraire, elles ont une grande valeur.

Première période. Le chancre ne débute pas toujours de la même manière. Si le pus virulent a été introduit sous l'épiderme ou l'épithelium, il détermine une pustule. Voici ce qui arrive dans ce cas :

Dans les premières vingt-quatre heures, le point piqué, comme dans la vaccine, rougit. Du second au troisième jour il se tuméfie un peu et présente l'aspect d'une petite papule qu'entoure une auréole rouge ; du troisième au quatrième jour, l'épiderme, soulevé par un liquide plus ou moins trouble, prend la forme souvent vésiculeuse, offrant à son sommet un point noir résultat du dessèchement du sang de la petite piqûre ; du quatrième au cinquième jour, la sécrétion morbide augmente, devient purulente ; la forme pustuleuse se dessine, et son sommet, en se déprimant, lui donne un aspect ombiliqué qui la rapproche de la pustule de la petite-vérole. A cette époque, souvent l'auréole, dont l'étendue et l'intensité s'étaient accrues, commence à s'éteindre ou à diminuer, surtout si la maladie ne fait pas de progrès ; mais, à partir du cinquième jour, les tissus sous-jacens, qui souvent n'avaient encore subi aucune influence, ou étaient seulement légèrement œdémateux, s'infiltrent et durcissent par l'épanchement d'une lymphe plastique qui donne, au toucher, la résistance, la sensation élastique de certains cartilages. Enfin, ordinairement, à partir du sixième jour, le pus s'épaissit, la pustule se ride, et bientôt des croûtes commencent à se former. Si celles-ci ne sont pas détachées, on les voit grandir par leur base, et, s'élevant par couches stratifiées, prendre la forme d'un cône tronqué à sommet déprimé. Si l'on détache les croûtes ou qu'elles tombent, on trouve dessous un ulcère qui siége sur la base dure dont nous avons parlé.

Ce début pustuleux du chancre a été contesté par plusieurs auteurs, par M. Gibert entreautres, et cependant ce médecin veut bien admettre que l'inoculation du virus vénérien par la lancette est suivie d'une pustule à laquelle succède un ulcère qui a tous les caractères du chancre. était-il donc bien difficile d'admettre que, dans les rapports sexuels ou autres, il pouvait se rencontrer des circonstances analogues à celles que fait naître la lancette ; c'est-à-dire l'insinuation du pus sous l'épiderme ou l'épithélium.

Dans le plus grand nombre des cas, peut-être, le chancre commence d'emblée par une ulcération, et cela parce que, le plus souvent, la contagion a lieu par l'application du pus virulent sur une surface dénudée ou érodée.

Le chancre peut encore débuter par un abcès. En effet, si le pus virulent pénètre dans le tissu cellulaire, dans un ganglion, dans un vaisseau lymphatique, il y détermine de l'inflammation et bientôt un abcès. Cela peut arriver à la suite d'un assez grand nombre de circonstances. Quand le foyer a pour siége le tissu cellulaire, on lui donne le nom *d'abcès virulent* ; quand c'est, au contraire, un vaisseau lymphatique ou dans un ganglion, on dit qu'il y a une *lymphite* ou un *bubon virulent*.

Deuxième période. (Période de progrès et d'état.) Quelle que soit la forme de début et le siége du chancre, il peut, selon les idiosyncrasies, les tempéramens, les états pathologiques, soit antérieurs, soit concomitans, selon l'hygiène, le traitement employé, et beaucoup d'autres circonstances encore, offrir dans sa marche ultérieure des variations qu'il faut bien connaître si l'on ne veut pas se tromper à tous momens. Sous ce point de vue, il faut le distinguer en régulier et irrégulier.

Les chancres réguliers sont ceux qu'aucune complication locale ou générale ne vient déranger dans leur marche, tandis que les seconds subissent, sous l'influence des différentes causes étrangères au virus, d'importantes modifications.

Chancre à type régulier. Le chancre régulier, lorsqu'il siége sur la peau ou sur une muqueuse, consiste dans une ulcération de peu d'étendue en surface et qui traverse ordinairement toute l'épaisseur des tégumens, pour s'arrêter au tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux qui lui sert de plancher.

La forme du chancre est généralement circulaire ; mais elle peut subir de nombreuses variations. Quand tous les points de l'ulcère ne portent pas sur des tissus homogènes, comme cela arrive lorsqu'une partie est placée sur la face intérieure de la base du prépuce et l'autre sur la couronne du gland, il cesse d'être parfaitement rond. Il en est de même dans les circonstances où le chancre s'établit dans une solution de continuité préalable et à forme déjà déterminée, comme dans les fissures du prépuce, de la fourchette, de l'anus, etc., et lorsqu'ils se développent dans des replis et enfoncemens qui permettent aux parties voisines de se toucher. Plusieurs chancres empiétant plus ou moins l'un sur l'autre peuvent perdre ainsi en apparence leur forme circulaire.

La base du chancre n'est pas toujours le siége d'un épaississement ou d'un engorgement prononcé ou nettement circonscrit, comme pourraient le faire croire à tort les assertions de Hunter et de M. Babington. Il y a un grand nombre de chancres réguliers dont la base n'est en aucune façon distincte des parties voisines.

Leur fond est ordinairement couenneux, grisâtre, rugueux et inégal.

Leurs bords, assez nettement taillés à pic, plus ou moins dentelés et offrant le même aspect que le fond, sont ordinairement décollés et légèrement renversés en dehors, ce qui rend l'ulcère un peu infundibuliforme ; enfin la circonférence du chancre peut être entourée d'une auréole rougeâtre plus ou moins brune et foncée, selon l'intensité de l'inflammation des parties circonvoisines, mais surtout selon le degré de décollement et d'altération des bords.

Le pus sécrété par le chancre à cette période est mal lié, ichoreux, chargé de détritus organiques ou de sang ; et à moins de quelque mélange avec d'autres sécrétions normales ou morbides, il est alcalin et renferme souvent des animalcules accidentels. Restant fluide sur les parties soustraites à l'action de l'air, comme sur la plupart des muqueuses, il se sèche pour former des croûtes sur presque tous les points de la peau. Assez abondant dans quelques régions (gland, prépuce, vulve, anus, etc.), ce pus contracte aisément de l'odeur pour peu qu'il séjourne, tandis qu'il devient plus rare et en quelque sorte plus concret dans d'autres lieux, comme dans la cavité buccale en particulier, où la salive entraîne sans cesse les parties qui n'adhèrent point à l'ulcération.

La durée de la période spécifique du chancre ne saurait être limitée : cependant, dans le chancre régulier, elle peut se terminer du premier au quatrième septénaire, rarement plus tôt, souvent plus tard.

Hunter était d'avis que ceux qui se prolongeaient ainsi étaient la source inévitable des affections constitutionnelles. Il en a même tiré un argument pour l'identité des chancres et de la blennorrhagie (voy. édition de Richelot, t. II, p. 174), en s'appuyant sur les prétendus faits arrivés pendant le voyage à Otaïti. Mais il a soin de fournir lui-même un peu plus loin les preuves du peu de fondement de cette assertion.

Troisième période (période de réparation). Elle s'annonce par la disparition de l'aréole ; si celle-ci existait, par l'affaissement des bords dont la marge prend une teinte gris pâle à mesure qu'ils mollissent et s'inclinent vers le fond, sur lequel ils projettent bientôt des cercles concentriques de cicatrice ; le fond à son tour se déterge et se couvre de bourgeons charnus de bonne nature, tandis que sa base se résorbe et disparaît.

Le chancre régulier, qui n'est alors le plus souvent qu'une affection purement locale, peut parcourir ces différentes phases, et arriver à une parfaite guérison sans aucun secours de l'art.

Chancre à type irrégulier. Cependant, soit dans sa période de progrès, soit dans celle de réparation, le chancre peut dévier de sa marche type, et offrir alors des variétés qui, mal étudiées ou mal comprises, ont pu paraître à quelques observateurs des affections entièrement différentes.

C'est ainsi que le chancre reste quelquefois superficiel et marqué par une inflammation catarrhale voisine, comme dans quelques cas de balanite, de blennorrhagies urétrales, vaginales, etc. Mais les variétés les plus importantes à connaître sont :

1° Le chancre superficiel.
2° Le chancre induré.
3° Le chancre phagédénique, diphtéritique ou pultacé
4° Le chancre phagédénique gangréneux par excès d'inflammation.

Première variété. Chancre superficiel. Dans cette variété, la base de l'ulcération, au lieu de détruire toute l'épaisseur de la peau ou de la muqueuse, comme cela se fait ordinairement, s'étend plutôt en surface et se borne quelquefois à une érosion simple. Sans aucun doute ce sont des dispositions analogues mal observées qui ont pu donner lieu à cette opinion que le pus de la balanite est parfois inoculable.

Cette forme d'ulcère a pour siége ordinaire le gland, la face interne du prépuce, l'entrée de la vulve ; ils ont le plus souvent la forme arrondie et régulière, ce qui pourrait servir à les distinguer des ulcérations que l'on rencontre dans la balanite ulcéreuse non spécifique, et qui sont presque toujours fort irrégulières.

Selon toutes les apparences, c'est cette variété de chancre qui se présente le plus ordinairement dans le canal de l'urètre et qui donne lieu, dans ce cas, aux blennorrhagies virulentes.

Deuxième variété. Chancre induré. Cette variété est fort importante à connaître. Quand elle tend à se produire, la base de l'ulcération tend à s'épaissir et s'indurer, comme l'avait déjà bien observé Jean de Vigo, et comme l'a si bien rappelé J. Hunter. L'induration qui survient est ordinairement bien circonscrite et ressemble assez, comme le disait Bell, à la moitié d'un pois sec qui serait placée au-dessous de l'ulcération. Cette induration est parfaitement circulaire, quand elle a pour siége le tissu cellulaire lâche et qui cède également dans tous les points de sa circonférence ; mais pour peu qu'elle rencontre des tissus plus denses ou qu'elle éprouve des compressions, elle varie de forme, peut devenir elliptique ou ressembler à une crête, comme on en voit de fréquens exemples à la rainure de la base du gland. Dans tous les cas, elle est plus étendue que l'ulcération qu'elle supporte, et quand elle soulève celle-ci, il en résulte une variété de l'*ulcus elevatum*.

Quoi qu'il en soit, cette induration spécifique du chancre donne au toucher une sensation élastique particulière et caractéristique qu'on reconnaît bien quand on l'a une fois éprouvé et qu'on ne confond que rarement avec l'œdème dur et le tissu inodulaire qui s'en rapprochent le plus. Jamais, dans aucun cas, un chancre n'est précédé de cette induration, comme l'a avancé M. Babington, commentateur des OEuvres de J. Hunter ; bien plus, elle ne survient guère qu'après le cinquième jour de l'infection et le plus ordinairement plus tard. Ce qui a pu tromper quelques observateurs, ce sont les cas dans lesquels la maladie avait débuté dans un follicule dont l'orifice avait pu d'abord s'oblitérer ou être le siége d'une petite ulcération ; ceux où elle avait pris naissance dans le tissu cellulaire, dans un vaisseau lymphatique ou dans un ganglion, circonstances dans lesquelles, comme je l'ai dit ailleurs, il se forme autour d'un point infecté une surface de chancre et une espèce de coque indurée ou espèce de kyste calleux, comme nous vous en avons présenté un exemple dans une de nos précédentes réunions (*V.* quatrième article, n° 43 ; jeudi, 9 avril), et enfin ceux où il survient des ulcérations consécutives sur les indurations qui peuvent rester après la cicatrisation des premiers chancres.

Quoi qu'il en soit, l'induration de la base et des bords d'un ulcère semble souvent en limiter l'étendue ; cependant il arrive quelquefois que les progrès du chancre sont la conséquence d'un excès d'induration, et surtout de la rapidité avec laquelle elle se fait. Les tissus qu'envahit alors cette espèce d'apoplexie plastique sont bientôt détruits ; la circulation est ralentie ou complètement suspendue par l'oblitération des vaisseaux, et la gangrène survient. La mortification commence ici dans le centre des points indurés, à moins d'une autre variété que nous examinerons plus tard.

Du reste, l'induration qui occupe presque toujours la base des ulcères, gagne aussi les bords, qui ne sont plus décollés, et qui peuvent donner aux chancres certaines formes apparentes dont on a voulu faire à tort des variétés, telles que le chancre cannelé, etc. Dans quelques circonstances plus rares, les bords seuls étant le siége de l'induration, il en résulte un anneau que Wallace désignait sous le nom de syphilis annulaire.

Quoi qu'il en soit, le chancre induré est ordinairement indolent, et a peu de tendance à se compliquer d'inflammation.

INSTRUCTION PUBLIQUE.

(Extrait du registre des délibérations du conseil royal de l'instruction publique.)

Séance du 3 avril 1840.

Le conseil royal de l'instruction publique,

Vu l'ordonnance du 17 mars 1840, qui institue des prix en faveur des élèves des Facultés de droit;

Considérant qu'il importe de coordonner par un réglement universitaire les dispositions déjà en vigueur pour le même objet dans les Facultés de médecine,

Arrête :

Art. 1er. Il sera distribué annuellement dans chaque Faculté

de médecine du royaume des prix et des mentions honorables d'après les résultats d'un concours auquel seront seuls admis les élèves faisant partie de l'école pratique de la Faculté.

Art. 2. Le nombre des élèves de l'école pratique dans chaque Faculté est fixé à 150 pour Paris, à 60 pour Montpellier, à 45 pour Strasbourg.

Art. 3. Les élèves de l'école pratique seront divisés en trois classes, et se renouvelleront par tiers chaque année.

Art. 4. Tous les élèves de la troisième classe, même ceux qui auraient été déjà reçus docteurs, sont tenus de se présenter au concours, s'ils ne veulent perdre les avantages attachés à leur titre d'élèves de l'école pratique.

Pourront aussi prendre part au concours les élèves des deux autres classes.

Art. 5. Le concours aura pour objet toutes les parties de l'enseignement médical dans les Facultés de médecine.

Il y aura trois sortes d'épreuves :

1° Une réponse par écrit à une question qui sera la même pour tous les concurrens ;

2° Une réponse verbale, après un quart d'heure de préparation, à une question qui, autant que possible, sera aussi la même pour tous les concurrens ;

3° Des réponses verbales à une série de questions qui seront nécessairement les mêmes pour tous les concurrens.

Art. 6. Les sujets des deux premières épreuves porteront spécialement, ou sur l'anatomie et la physiologie, ou sur la pathologie externe et les opérations, ou sur la pathologie interne ; mais elles se rattacheront en même temps, et le plus possible, aux autres parties de la science médicale.

Les concurrens devront traiter chaque question sous ses différens points de vue.

Art. 7. Les questions, pour la troisième épreuve, seront au nombre de six, et porteront :

La première, sur la physique et la chimie médicales ;

La deuxième, sur l'histoire naturelle médicale et la pharmacologie ;

La troisième, sur l'anatomie et la physiologie ;

La quatrième, sur la pathologie externe, la clinique externe et les opérations ;

La cinquième, sur la pathologie interne, la clinique interne et la thérapeutique ;

La sixième, sur l'hygiène, la médecine légale et les accouchemens.

Art. 8. Les deux premières épreuves seront soutenues par tous les concurrens.

Ceux d'entre eux que le jury aura jugés les plus capables (et ce dernier nombre sera au moins du tiers de celui des candidats) subiront seuls la troisième épreuve.

Art. 9. Le jury chargé de prononcer sur le mérite des épreuves se composera de cinq membres désignés, chaque année, parmi les professeurs de la Faculté.

Art. 10. Le nombre des prix est fixé ainsi qu'il suit :

Faculté de médecine de Paris, un premier grand prix, deux autres premiers prix et trois seconds prix ;

Faculté de médecine de Montpellier, un premier prix et deux seconds prix ;

Faculté de médecine de Strasbourg, un premier prix et deux seconds prix ;

Des mentions honorables pourront, en outre, être accordées d'après le nombre des concurrens.

Art. 11. Le premier grand prix à la Faculté de Paris et les premiers prix dans les deux autres Facultés donneront droit à la remise de quatre inscriptions, et à la gratuité complète des examens, de la thèse et du diplôme.

Les deux autres premiers prix, à la Faculté de Paris, donneront droit à la remise des frais d'examen, de thèse et de diplôme.

Chaque second prix donnera droit à la remise des frais de diplôme.

Art. 12. Les prix et mentions honorables seront proclamés chaque année dans la séance solennelle de rentrée de chaque Faculté.

Un rapport spécial sera fait sur le mérite du concours.

La liste des candidats qui auront obtenu des prix ou mentions honorables sera transmise avec le rapport à M. le ministre de l'instruction publique.

Le conseiller exerçant les fonctions de secrétaire,
SAINT-MARC GIRARDIN ;
Le conseiller exerçant les fonctions de chancelier,
RENDU ;

Approuvé conformément à l'art. 21 de l'ordonnance royale du 26 mars 1829.

Le ministre de l'instruction publique, grand-maître de l'Université,
V. COUSIN.

NOUVELLES DIVERSES.

— M. le docteur Lucien Baudens vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou à Paris.

— La curiosité des habitans de Périgueux sera vivement excitée, pendant les assises qui vont s'ouvrir, par la présence dans nos murs d'un des hommes les plus distingués de l'Europe. M. Orfila, savant chimiste de Paris, doit être ici du 15 au 18 courant, pour donner tous les renseignemens que lui indiquera son art, dans l'affaire de l'empoisonnement du sieur Cumond de Montignac.

On dit qu'un médecin du pays de la victime se propose de soutenir sa thèse devant M. Orfila, que la présence de l'arsenic dans les intestins n'est pas toujours une preuve d'empoisonnement, vu que le principe arsenical se trouve dans certains alimens qui, pris en quantité, peuvent à la longue former des dépôts et occasionner la mort. (*Conservateur de la Dordogne.*)

Le bon vieux temps. — Montpellier, 3 mars 1676. — Entendu à l'école de médecine un jeune docteur soutenir sa thèse, six professeurs lui opposant leurs argumens, un professeur modérateur et arbitre, violence étonnante de phrases latines, de gestes, de grimaces, de rhétorique et de non sens.

18 mars. — Recette pour faire un docteur en médecine : Grande procession de docteurs habillés de rouge, avec des toques noires ; dix violons jouant des airs de Lully. Le professeur s'assied, fait signe aux violons qu'il veut parler et qu'ils aient à se taire ; se lève, commence son discours par l'éloge de ses confrères, et le termine par une diatribe contre les innovations et la circulation du sang. Il se rassied. Les violons recommencent.

Le récipiendaire prend la parole, complimente le chancelier, complimente les professeurs, complimente l'Académie. Encore des violons. Le président saisit un bonnet qu'un huissier porte au bout d'un bâton et qui a suivi processionnellement la cérémonie, coiffe le nouveau docteur, lui met au doigt un anneau, lui serre les reins d'une chaîne d'or, et le prie poliment de s'asseoir. Tout cela m'a fort peu édifié.

22 mars. — J'apprends qu'il est défendu d'enseigner, dans les universités, dans les écoles et dans les académies, la nouvelle philosophie de Descartes. (*Extrait du journal de Locke.*)

Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires dans l'espèce humaine,

Considérés spécialement sous le rapport de leur influence dans la menstruation ; par Négrier, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de clinique d'accouchemens à l'école secondaire de médecine d'Angers, chirurgien en chef de la Maternité des hôpitaux d'Angers, etc.

Un vol. grand in-8°, avec 11 planches lithographiées par E. Beau, d'après les dessins de M. Lebiez. Prix : 6 fr. pour Paris, et 7 fr. franc de port par la poste.

A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-médecine, 4.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 16 AVRIL 1840. (13e ANNÉE.) N° 46, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5[illegible]

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX DE DUBLIN.

Corps étranger arrêté dans l'œsophage. Extraction; par M. Fitz Patrick, médecin au Dispensaire de Kilworth.

Un vieillard est reçu au Dispensaire, se plaignant de symptômes alarmans de suffocation. Il disait avoir avalé, le soir précédent, un morceau de viande qui s'était arrêté dans l'œsophage. Sa respiration était excessivement gênée; surtout au moment où il voulait prendre quelque boisson. M. Fitz Patrick sonde l'œsophage à l'aide d'une petite sonde flexible qu'il a fait passer très bas, mais il ne sent aucun corps étranger. Il introduit une tige élastique de baleine, portant un petit morceau d'éponge fine à son extrémité, qu'il fait passer doucement dans l'œsophage jusqu'à la hauteur du cardia, mais il ne peut rien sentir. Là il l'a arrêté quelques minutes, afin de lui donner le temps de se gonfler; ensuite il l'a retiré très doucement. « A ma surprise et satisfaction, dit l'auteur, j'ai vu sortir un morceau de viande non mâchée, de la longueur de 54 millimètres (2 pouces), adhérant à un morceau d'os de la même longueur. » Le malade s'est senti soulagé sur-le-champ, et il a guéri promptement.

(*Dublin med. press.*, févr. 1840.)

— Les circonstances les plus remarquables dans ce fait, sont l'insuffisance du cathétérisme explorateur de l'œsophage, et l'heureuse application de l'éponge annexée à une tige de baleine. Il fallait, comme on le voit, une conviction sur l'existence du corps étranger pour agir ainsi que l'a fait le chirurgien. Du reste, comme la manœuvre n'offre pas de danger par elle-même, on conçoit que, même dans le doute, elle puisse être essayée. Que si le résultat était négatif et que les symptômes de suffocation parussent imposans, la bronchotomie pourrait devenir indispensable, en attendant que la nature seule ou aidée par l'art expulserait ou détruirait autrement le corps étranger.

Cas remarquable de glossite aiguë; scarification; guérison; par M. Enright, médecin à Clare-Infirmary.

J. Connell, laboureur, musclé, très-robuste, âgé de vingt-deux ans, a été reçu à l'infirmerie le 30 décembre 1839. Sa sœur, qui l'a conduit, déclare qu'il ne peut parler depuis environ six jours, qu'il était employé à battre du blé dans une grange, ayant quitté sa veste et son gilet; que pendant ce temps, il était allé faire d'autres ouvrages autour de la ferme, s'exposant par conséquent aux vicissitudes brusques de chaud et de froid. Le lendemain au déjeuner, il avait éprouvé de la difficulté dans la mastication; au dîner il n'avait pu manger et il sentait sa langue gonflée. Le lendemain matin ces symptômes avaient augmenté : un médecin appelé avait prescrit un bol purgatif, un gargarisme, et un vésicatoire s'étendant dans toute la partie antérieure du cou, d'une oreille à l'autre. Ce traitement, dit l'auteur, était, à cette période de la maladie, très propre à en aggraver tous les symptômes. Le lendemain et les deux jours suivans le malade n'a pu rien avaler ni de solide, ni de liquide; c'est alors qu'il a été transporté à l'hôpital.

A l'examen, on trouve : pouls 100, plutôt dur; langue énormément gonflée, sa surface est couverte d'une lame blanche, glutineuse; sa pointe et ses bords sont rouges, secs, luisants; le malade ne peut la faire avancer en-deçà des dents incisives; il ne peut fermer la bouche, la langue remplissant cette cavité; le voile du palais ne peut être aperçu; les glandes sublinguale et sous-maxillaire sont gonflées et dures; la déglutition est impossible, la parole est inintelligible; respiration grandement embarrassée, accompagnée de toux et d'autres symptômes de bronchite; peau plutôt fraîche, physionomie exprimant l'anxiété extrême et l'alarme.

« J'ai, dit l'auteur, pratiqué sur le champ deux incisions, une de chaque côté, sur la face dorsale de la langue, entre les bords et le centre. Pour introduire le bistouri dans la bouche, j'ai dû en porter la lame à plat. J'ai commencé les incisions aussi en arrière que j'ai pu, et je les ai conduites de la base vers la pointe. Le sang coula abondamment, mais pas autant que j'aurais désiré. J'ai ensuite fait mettre le malade sur son séant, et je l'ai saigné jusqu'à peu près à la syncope. Je dois faire remarquer que, d'après mon expérience sur la saignée, il est d'une grande importance d'ouvrir la veine le malade étant assis plutôt que couché. La dose que le malade a supportée a été de 660 grammes (22 onces); le pouls est devenu pendant quelques instans presque imperceptible. Aussitôt après j'ai prescrit un lavement purgatif; ensuite, lorsque le malade a pu commencer à avaler, la potion purgative noire de l'hôpital. »

Le lendemain, 31 décembre, le malade est mieux sous tous les rapports : pouls 72, compressible; langue grandement diminuée de volume, humide; déglutition facile des fluides; respiration aisée; la bouche peut se fermer complètement; parole intelligible. (Du sérum de lait à discrétion pour boisson; potion purgative; infusion de séné avec sulfate de magnésie.)

Le 1er janvier, l'amélioration continue; la langue est revenue presque à l'état naturel. Sommeil bon; peau moite; pouls 76; ventre libre. (Régime modéré, gargarisme alumineux, mixture contre la toux.)

Les jours suivans, l'amélioration a toujours été progressive. Guérison, le 4 janvier : *exeat*, le 5. (*Ibid.*)

— On rencontre rarement la maladie dont on vient de voir un exemple, et il serait difficile de dire à quoi tient cette rareté. Dans sa grande pratique, P. Frank dit n'en avoir observé qu'un seul exemple. Pourtant la langue est très richement pourvue, comme on sait, en vaisseaux et en nerfs.

Peut-être cela tient-il à sa structure musculaire, les muscles étant difficilement saisis d'inflammation franche et spontanée. Wardrop cependant remonte à un autre principe; il pense que les organes essentiellement nerveux ou abondamment pourvus de nerfs comme la rétine, le cerveau, la langue, etc., sont rarement atteints d'inflammation. (Morbid anatomy of the human eye.) Cette assertion n'est pas exacte, puisqu'il est prouvé que la rétine, le cerveau et même les nerfs sont beaucoup plus souvent qu'on ne le croyait le siége d'un travail inflammatoire.

Considérée cependant comme maladie secondaire ou critique, le gonflement de la langue s'observe moins rarement; c'est ce qui a lieu vers le déclin de quelques maladies constitutionnelles graves, de quelques fièvres éruptives ou malignes. L'action locale de quelques poisons du règne animal a aussi offert quelquefois des exemples de ce cas.

Quelle que soit du reste la source de cette affection; elle n'en est pas moins redoutable. Il est évident que si des secours prompts et efficaces n'étaient point apportés, si la suffocation était imminente, la trachéotomie pourrait devenir la seule ressource provisoire en attendant que la maladie de la langue pût être attaquée convenablement.

On s'accorde généralement sur la convenance des scarifications profondes dans ces cas; des faits nombreux attestent les bienfaits de cette pratique énergique, du moins pour les cas de glossite secondaire. Dans le fait ci-dessus, les scarifications n'ont pas paru produire beaucoup d'effet, c'est qu'il y avait en même temps maladie de la trachée et des poumons; cependant leur utilité ne saurait être contestée. L'on peut même adopter en principe une pareille conduite, quelle que soit la forme, aiguë ou chronique, de la maladie, pourvu toutefois que le gonflement soit considérable. Cela n'empêche pas, bien entendu, d'ouvrir en même temps la veine du bras, et de prescrire d'autres remèdes antiphlogistiques par les voies rectale et endermique.

Cas d'hydrophthalmie communiqué à la Société chirurgicale d'Irlande, par M. O'Beirne, chirurgien de l'hôpital Richemond. (Séance du 29 février 1840.)

Marie-Anne Redmond, âgée de quarante ans, colporteuse, très exposée par conséquent à l'influence des vicissitudes atmosphériques, a été reçue à l'hôpital le 24 septembre 1839, pour être traitée d'une hydrophthalmie du côté droit, accompagnée de perte complète de la vision. Elle a déclaré avoir été frappée par le froid pendant une nuit d'orage, et qu'aussitôt après elle avait commencé à éprouver des douleurs dans l'œil et du trouble dans la vision. Ces symptômes avaient augmenté par degrés et à l'époque de son entrée, la faculté visuelle était complètement éteinte de ce côté. Le globe oculaire dépasse le bord libre des paupières et fait saillie d'une manière très remarquable sur la joue. La cornée n'est point altérée; l'iris conserve sa couleur naturelle; la pupille est grandement dilatée et insensible à l'action de la lumière. Une légère conjonctivite accompagne l'exorbitisme, plus prononcée du côté caroncluaire; les mouvemens ne peuvent plus s'exercer sous l'influence de la volonté, mais les paupières ne sont ni enflammées ni œdémateuses. La santé générale est bonne.

M. O'Beirne a mis la malade à la diète, lui a fait appliquer cinq sangsues à chaque paupière, prescrit un grain de calomel combiné avec de l'opium, trois fois par jour.

Le 5 octobre, la salivation se déclare. On a déjà appliqué trois fois des sangsues. La vue s'est améliorée un peu et cette amélioration s'est soutenue à l'aide de vésicatoires.

Le 14, le mieux dans la faculté de la vision est très remarquable, mais le globe oculaire ne peut encore exécuter des mouvemens sous l'influence de la volonté; la malade offre un léger strabisme. On applique un petit vésicatoire sur le sourcil droit; 30 grammes d'infusion de valériane (une once) trois fois par jour.

Le 25, amélioration progressive, vision plus nette, strabisme moindre.

Le 10 novembre, la vision est tout à fait parfaite; l'œil a repris son volume et sa forme naturels, ainsi que ses mouvemens volontaires. Alors la malade se plaint pour la première fois de douleurs dans le coude droit, lequel devient rouge; il est mou au toucher. On reprend l'usage du calomel; on applique un vésicatoire sous cette articulation. Le mal disparaît dans l'espace de trois à quatre jours; mais un état pareil se manifeste dans le genou. A l'examen, on trouve tous les caractères d'une synovite et d'une boursite (*bursitis*). Dix sangsues; fomentations avec une décoction de têtes de pavot; calomel.

Aussitôt que la salivation s'est montrée, les symptômes inflammatoires ont disparu et les douleurs également. On lui a fait prendre des purgatifs, des bains chauds pour assurer la cure. Le 14 décembre, elle a quitté l'hôpital parfaitement guérie.

Dans une pratique de trente années, soit comme chirurgien militaire, soit comme chirurgien civil, M. O'Beirne déclare n'avoir jamais observé un seul cas d'hydrophthalmie vitrée qui ne fût accompagnée de staphylome. Aussi pense-t-il que le fait dont on vient de lire les détails doit être considéré comme rare, et sous ce rapport il dit éprouver de l'embarras lorsqu'il veut comparer son observation avec celle des auteurs qui ont parlé de l'hydrophthalmie et qui regardent la variété en question comme très fréquente. Il pense, du reste, que chez sa malade l'hydrophthalmie se rattachait évidemment à une métastase rhumatismale, ainsi que l'état consécutif du coude et du genou le lui démontrent. «Il est bien connu, dit-il, que quand des personnes de cette constitution sont exposées au froid, elles sont attaquées d'inflammation rhumatismale dans les tissus fibreux, et ces tissus sont quelquefois soulagés par une métastase de la maladie sur les membranes synoviales. » M. O'Beirne pense, en conséquence, que sa malade avait dû d'abord éprouver une sclérotite, ainsi que cela lui paraît résulter des douleurs qu'elle avait éprouvées dans l'œil et au sourcil, lesquelles s'étaient apaisées lorsque le globe oculaire avait commencé à se développer. « Beer, dit-il, a observé que l'hydrophthalmie était rarement une maladie locale; mais l'expérience de M. Lawrence et de M. Middlemore est opposée à cette origine constitutionnelle. Quant au traitement, presque tous les oculistes ont recommandé la paracentèse par la cornée ou par la sclérotique, aussitôt que la maladie était manifeste, dans le but de soulager l'organe des effets de la distension, ou de provoquer la cure en venant au secours du travail d'absorption. M. Samuel Cooper, dans son Dictionnaire de chirurgie, établit que le pronostic de l'hydrophthalmie est très fâcheux; et M. Middlemore, ainsi que la généralité des écrivains sur ce sujet, semble penser que rien n'est de la moindre utilité contre cette maladie que la paracenthèse. » M. O'Beirne est persuadé que dans beaucoup de cas de ce genre, que les chirurgiens attaquent avec le bistouri, la guérison pourrait avoir lieu sans opération. Selon lui, le mercure n'est réellement utile qu'autant qu'on le donne comme sialagogue. (*Ibid.*)

— La guérison d'une maladie, a dit quelque part le célèbre Louis, n'est pas toujours un garant suffisant de la méthode que l'on a employée. Nous ajouterions volontiers : ni des principes qu'on voudrait en déduire.

Il est clair que si on ne s'explique d'abord sur la véritable condition pathologique de l'affection, je veux dire sur l'état matériel et sur la manière d'être de la vitalité des parties malades, on court grand risque de discuter longtemps sans s'entendre, et même de se fourvoyer dans de fausses routes. Bien que l'hydrophthalmie vitrée à laquelle se rapporte le fait de M. O'Beirne semble une maladie parfaitement définie, l'analyse scrupuleuse des faits démontre que des états morbides très différens peuvent revêtir la même forme. Je me suis précisément attaché à éclaircir ce fait important dans le chapitre relatif à ce sujet de mon livre (Traité complet des maladies de l'œil, p. 29 et suiv.), et je crois être arrivé à cette triple conclusion :

1° Que la source la plus ordinaire de l'hydrophthalmie vitrée est dans la face interne de la choroïde, précisément dans les nombreux vaisseaux qui la constituent. Dans ce cas la sécrétion séreuse écrase petit à petit la masse hyaloïdienne, la désorganise, l'atrophie, et une sorte d'eau roussâtre remplit alors la troisième chambre (chambre vitrée de l'œil);

2° Que dans quelques cas, mais ceci est plus rare, l'éponge hyaloïdienne prend aussi une part active à la sécrétion. Dans cette circonstance, le corps hyaloïdien se trouve également désorganisé à la longue, et la séreuse de ce nom, épaissie, reste attachée au faisceau vasculaire central de la même chambre, se roulant sur son axe comme une sorte de tire-bouchon, ou bien se chiffonnant comme une sorte d'épiploon menu;

3° Enfin il est des cas où la maladie en question commence par la face externe de la choroïde, le liquide sé-

crété remplit l'espace périphérique correspondant de la coque sclérotidienne, puis il déchire ou détruit entièrement la choroïde et la rétine, et est versé dans la chambre vitrée ou elle marche comme dans le premier cas.

Cet énoncé n'est pas le produit de l'imagination ; des faits assez nombreux ayant prouvé cet état de choses aux différentes époques de la maladie. Une légère réflexion fera comprendre que des conditions fort variables doivent nécessairement accompagner les différentes époques de la maladie, et qu'en conséquence il est un temps où la prétention d'une guérison avec restitution de la vision serait absurbe. En supposant qu'il fût même possible de tarir la source de la sécrétion morbide sans opération, il est clair que la guérison ne pourrait avoir lieu que par atrophie. La même réflexion cependant fera comprendre que dans le début, alors que le corps hyaloïdien ni la rétine ne sont pas encore désorganisés, il est possible d'arrêter le mal sans opération, et de redonner à l'organe ses fonctions premières.

Il est regrettable que M. O'Beirne, dont on connaît le talent et l'expérience, ait omis, dans son observation, toute espèce de détail sur les conditions matérielles de l'organe, lesquelles auraient pu faire connaître et la source de l'épanchement et la période de la maladie. Tout porte à croire, du reste, que celle-ci n'était encore qu'à son début, puisque l'œil a pu recouvrer ses fonctions.

M. O'Beirne a raison de dire que la nature de l'affection était d'origine inflammatoire, ainsi que le prouvent les douleurs que la malade avait accusées dans l'œil. Il est probable néanmoins, on peut même dire certain, que ces douleurs n'ont point existé sans photophobie, mais il ne s'en suit nullement que les douleurs dans l'œil et au sourcil indiquassent une sclérotite, ainsi que le présume M. O'Beirne, ces mêmes symptômes se rencontrant également dans toutes les phlogoses oculaires intenses, surtout internes. La choroïdite, l'iritis, etc., sont dans ce cas. Nous ne pensons pas non plus, avec l'auteur, que la disparition de la douleur avait dû être suivie d'une métastase sur la séreuse hyaloïdienne, et d'un épanchement consécutif. Rien ne prouve la réalité d'une pareille doctrine. L'état actuel de la science nous apprend que ces sortes d'épanchemens se rattachent à un certain état de phlogose des tissus malades. Quel que soit l'effroi que certains médecins éprouvent à ce mot phlogose, les faits matériels sont là pour le leur faire subir ; tant pis pour ceux que le préjugé enchaîne à la vieille routine de la science *à priori*.

Quant à la question de savoir si l'hydrophthalmie vitrée se rattache ou non à un état général de l'organisme, il est facile de comprendre que cette liaison peut exister dans certains cas, mais qu'en toute occurrence c'est dans la localité qu'il faut chercher la source de la maladie. Il serait chimérique de rapporter, avec Beer, aux vaisseaux hémorrhoïdaux, à l'aileron droit ou gauche du foie, la source d'une affection oculaire parfaitement saisissable par les seules notions des lésions locales conformes à celles qu'offre la même maladie dans d'autres régions du corps. MM. Lawrence, Mackenzie et Middlemore ont parfaitement saisi cette vérité.

Forts de ces connaissances positives, ces auteurs, ainsi que Scarpa et plusieurs autres, ont dit avec raison que l'hydrophthalmie vitrée était inguérissable autrement que par la paracentèse : ils parlaient, bien entendu, de la maladie déjà déclarée et avancée dans sa marche. Il est probable que M. O'Beirne s'est fait lui-même illusion en pensant autrement sur ce sujet, et que la malade qu'il a guérie n'était qu'une simple choroïdite, avec ou sans épanchement.

La médication qui a réussi à M. O'Beirne est l'antiphlogistique ; c'est celle que MM. Mackensie, Middlemore et Lawrence avaient recommandée, surtout en prenant les remèdes mercuriaux pour base. Malheureusement ces moyens n'ont qu'une efficacité très bornée, lorsque l'hydrophthalmie a atteint la période de désorganisation.

Est-il vrai maintenant de dire que le calomel donné comme sialagogue jouisse de vertus plus salutaires que lorsqu'il n'est pas suivi de salivation ? Cette question a déjà été agitée un grand nombre de fois, et résolue tantôt par l'affirmative, tantôt dans le sens contraire. Il s'est trouvé, dans ces derniers temps, en Angleterre et même en France, des médecins qui ont cru à la vertu sialagogue du mercure ; M. O'Beirne est de ce nombre. J'en suis fâché. Je crois avoir démontré assez longuement ailleurs l'erreur et les inconvéniens sérieux de cette pratique ; ce qui n'ôte rien, bien entendu, aux vertus éminemment asthénisantes du calomel et des autres préparations mercurielles que nous employons avec tant d'avantage dans une foule de maladies oculaires.

J'aurais d'autres remarques à faire sur le fait et les réflexions de M. O'Beirne ; mais je m'aperçois déjà que plus de longueur me serait à peine pardonnée, malgré l'importance très grande du sujet. R.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

De la pneumonie eu égard principalement à ses différentes formes et aux indications thérapeutiques qui ressortent de chacune d'elles.

Ayant été favorisés par la saison sous le rapport des phlegmasies thoraciques qu'elle a envoyés en grand nombre dans notre service, nous profiterons de cette circonstance pour nous livrer à quelques considérations cliniques, et d'abord nous nous occuperons de la pneumonie, des différentes formes qu'elle peut présenter et du traitement que chacune d'elles nous paraît réclamer.

Pneumonie, siége anormal; hépatisation grise.

Première observation. Au n° 9 de la salle Sainte-Jeanne, est couché un homme, âgé de cinquante-six ans, beaucoup trop vieux pour son âge et d'une constitution détériorée ; il est atteint d'une pneumonie, et nous a présenté, comme première condition désavantageuse, d'être entré à la clinique à une époque déjà avancée de la maladie. Il a un frisson initial, bientôt suivi d'une douleur au côté droit de la poitrine, de toux et d'expectoration de caractères sanguinolens, non adhérens, ni aérés ; crachats négatifs d'ailleurs que nous avons rencontrés chez la plupart des cas de pneumonie qui se sont présentés à la clinique pendant la saison. A part l'absence de ces propriétés des crachats pneumoniques, ceux-ci ne se sont point encore montrés cette année aussi caractéristiques de l'affection qu'ils accompagnent, qu'ils l'ont été dans le cas qui nous occupe.

Une circonstance remarquable de cette pneumonie, c'est le siége de la douleur à la partie supérieure du côté droit de la poitrine, où nous avons en outre constaté tous les autres phénomènes de la maladie.

Le commémoratif de ce malade ne nous fournit que ceci d'intéressant, qu'il a eu, il y a environ quinze ans, une affection analogue à celle d'aujourd'hui ; mais il ne tousse pas habituellement.

Au moment de son entrée, la réaction générale était assez intense, la chaleur de la peau était très élevée ; le pouls donnait 108 pulsations par minute et était très développé ; les fonctions digestives ne présentaient rien d'extraordinaire ; la langue était blanchâtre, le ventre et l'épigastre peu ou point douloureux ; les urines étaient rouges et acides ; les selles presque ordinaires ; l'intelligence et les sens étaient libres, ainsi que les mouvemens et la sensibilité générale.

La percussion nous a fourni de l'obscurité au sommet du côté droit de la poitrine ; et dans la même étendue, l'auscultation nous a permis de constater l'existence de la crépitation fine, signe très caractéristique de la pneumonie au premier degré.

Quelle était la nature du traitement qu'il fallait adopter dans ce cas ? Sans aucun doute les antiphlogistiques méritaient la préférence, quoique l'anomalie de siége de l'engorgement pulmonaire nous eût amené à porter un pronostic, sinon grave, au moins très réservé, et nous eût fait craindre que la résorption ne s'effectuât plus difficilement que d'ordinaire. Une première saignée ayant fourni un sang couenneux fut suivie de plusieurs autres ; mais au lieu de voir la perméabilité du poumon se rétablir, nous avons vu l'absence du bruit respiratoire prendre plus d'étendue supérieurement, et la crépitation s'étendre en bas ainsi que sur les parties latérales.

Au bout d'un certain temps, nous avons remarqué une altération particulière de la coloration et des traits du visage, coïncidant avec une faiblesse générale et du pouls en particulier ; circonstances qui nous ont indiqué qu'il était temps de s'arrêter dans l'emploi des émissions sanguines, et qu'il était urgent de les remplacer par l'émétique à haute dose. C'est alors que nous avons prescrit 40 centigrammes (8 grains) de tartre stibié dans 125 grammes (4 onces) d'un véhicule quelconque, à prendre dans les vingt-quatre heures ; un vésicatoire a été appliqué en même temps, et sous l'influence de ces moyens réunis une amélioration sensible s'est manifestée, qu'il serait toutefois impossible d'attribuer exclusivement soit à l'un, soit à l'autre de ces deux agens thérapeutiques.

Nous devons vous faire remarquer que, chez ce malade, les crachats, perdant leurs caractères primitifs, étaient devenus épais et opaques ; ce qui pouvait également dépendre, soit de la suppuration du poumon (hépatisation grise), soit d'une excavation tuberculeuse, soit enfin d'une bronchite concomitante. Toutefois, l'absence de la pectoriloquie et de la respiration caverneuse, et le défaut d'antécédens propres à confirmer les craintes relatives à l'existence d'une affection tuberculeuse du poumon, nous ont promptement fait rejeter la seconde hypothèse.

Nous ne restons donc dans le doute qu'à l'égard de la suppuration du poumon et de la bronchite concomitante, et encore penchons-nous en faveur de la première opinion.

Quoi qu'il en soit, l'emploi de l'émétique a été suivi d'une amélioration évidente, et les matières expectorées paraissent avoir de la tendance à prendre un meilleur aspect.

Tel est le premier fait que nous voulions vous soumettre, et dans lequel vous avez vu la phlegmasie thoracique continuer à faire des progrès malgré l'emploi des antiphlogistiques, que l'on a dû suspendre par suite de l'état de faiblesse dans lequel le malade était tombé, et qui s'est amendé par l'emploi de l'émétique à haute dose.

Pneumonie ; forme bilieuse.

Deuxième observation. Au n° 7 de la salle Sainte-Jeanne est couché un boulanger, âgé de trente-quatre ans, atteint de pneumonie. Cet homme est arrivé au quatrième jour de la maladie, qui est aujourd'hui à son neuvième jour. La pneumonie a débuté par une douleur siégeant à la partie latérale droite de la maladie, n'augmentant pas par la pression, augmentant au contraire par la respiration et la toux.

Au moment de son entrée, la circulation était accélérée, le pouls donnait 96 pulsations par minute, il était dur, plein et résistant ; la chaleur était vive. Les fonctions digestives n'offraient rien de particulier ; la langue était légèrement rosée à sa pointe, et blanchâtre à sa base ; la soif était accrue, les urines rares et légèrement nuageuses ; les centres nerveux étaient intacts et le sommeil peu troublé.

La percussion fournit un son obscur à la partie supérieure et latérale droite de la poitrine, où le murmure vésiculaire était presqu'entièrement masqué par la crépitation ; du souffle se faisait entendre au niveau de la fosse sous-épineuse du même côté.

Chez ce malade également, les antiphlogistiques ont d'abord fait la base du traitement. Une première saignée générale ayant fourni un sang couenneux fut suivie de plusieurs autres, ainsi que d'une application de ventouses scarifiées. Mais l'emploi de ces moyens n'a pas amené la résolution de l'engorgement pulmonaire ; la matité et la crépitation ont persisté au même degré ; le pouls a perdu de son développement, mais il a conservé toute sa fréquence, et les traits de la face se sont altérés. Nous avons cru devoir alors suspendre l'usage des émissions sanguines, et lui faire succéder celui du tartre stibié à haute dose. L'emploi de ce moyen, continué pendant quelques jours, nous a donné tout le résultat que nous en espérions, et ce malade est maintenant en parfaite convalescence.

Ce malade nous a présenté un phénomène très intéressant. Vous avez pu remarquer que, vers le quatrième jour de son séjour à l'hôpital, son teint a pris une coloration jaune ictérique qui s'est montrée même sur la cornée opaque. Arrivée à cette période, la pneumonie nous a présenté les caractères de celles auxquelles Stoll consacrait la dénomination de bilieuses. Il y a, en effet, des praticiens qui pensent que cette coloration, qui se présente quelquefois dans le cours de la pneumonie, est le résultat d'une inflammation concomitante du foie. Nous sommes loin de nier que cela ne puisse exister dans quelques cas, mais nous croyons qu'ils sont beaucoup plus rares que ces mêmes praticiens ne le pensent. Ces médecins prétendent qu'alors l'inflammation du poumon se propage successivement à la plèvre, de celle-ci au diaphragme, du diaphragme au péritoine, et du péritoine au foie, et que c'est de la phlegmasie de ce dernier organe que résulte la coloration ictérique de la peau. On conçoit, en effet, que les choses puissent se passer ainsi lorsque la pneumonie siége à droite ; mais que devient cette explication quand la phlegmasie pulmonaire a son siége dans le poumon gauche ? Alors le teint ictérique ne se montre pas moins dans certains cas, et pourtant le mode de propagation de l'inflammation établi plus haut n'est guère admissible. Il nous paraît bien plus rationnel d'admettre que la coloration jaune de le peau, et du visage en particulier, est alors le résultat d'un défaut de l'hématose ou de l'imperfection avec laquelle l'oxygénation du sang s'effectue, plutôt que de l'expliquer par le transport de la bile dans le torrent de la circulation.

Les idées que nous venons de combattre relativement à la participation du foie aux phlegmasies pulmonaires, ont cours aujourd'hui même parmi plusieurs médecins que nous croyons devoir nous dispenser de nommer. Quelques-uns même ont été entraînés si loin par leur erreur, qu'ils n'ont vu que des affections hépatiques dans des maladies qui n'étaient autre chose que des pneumonies analogues à celles que nous signalons aujourd'hui à votre attention.

En 1815, un médecin qui arriva en France dans les bagages des Cosaques et qui, par cela même, fut élevé aux dignités médicales les plus élevées et jouit d'une faveur injustement usurpée, fit imprimer un *Mémoire sur les maladies du foie*. Ce mémoire fut pour nous l'objet d'une étude spéciale et d'une analyse sévère qui nous permit de reconnaître que les affections que ce médecin avait décrites comme appartenant au foie, et auxquelles il assignait comme caractères la douleur du côté droit, le teint ictérique du nez principalement et l'expectoration de crachats jaunâtres, n'étaient que des pneumonies dites bilieuses qu'il avait prises pour des hépatites. Notre examen critique sur ce mémoire fut consigné dans un journal de médecine, et, en faisant connaître les erreurs qu'il renfermait, il ne contribua pas peu à faire tomber la haute considération non méritée dont ce médecin avait su s'entourer.

Pneumonie : état remarquable du pouls.

Troisième observation. Homme âgé de cinquante ans, crieur de journaux dans les spectacles, d'une constitution détériorée et ayant la poitrine très étroite. La maladie a débuté par de l'oppression, de la dyspnée, une douleur au côté gauche de la poitrine, de la toux accompagnée de l'expectoration de crachats rouillés.

A son entrée dans le service nous avons constaté de la matité au côté gauche de la poitrine, en arrière ; l'auscultation nous a fait reconnaître l'existence du râle crépitant fin dans la même étendue et principalement vers l'épine de l'omoplate et sur le côté.

Une chose digne de remarque, c'est que le malade n'a jamais présenté plus de 52 pulsations par minute. Assurément ce fait nous démontre toute l'efficacité du diagnostic local, et en même temps que les phénomènes généraux ne peuvent pas toujours suffire pour fournir les indications thérapeutiques que chaque cas en particulier peut réclamer.

Les antiphlogistiques ont suffi pour amener la guérison, sans qu'il ait été nécessaire de recourir soit aux révulsifs, soit à l'émétique à dose rasorienne.

Pneumonie ; forme typhoïde.

Quatrième observation. Cas excessivement grave. Malade âgé de vingt ans, arrivé au quatrième jour de la maladie.

La maladie a débuté sans frisson initial bien dessiné ; la fièvre est survenue, et il y a eu absence de douleur de côté. Cet homme n'a jamais fait de maladies graves.

La première fois que nous avons vu ce malade, nous avons été frappé par l'état particulier de son visage : sa physionomie exprimait l'indifférence; sa bouche était entr'ouverte, ses dents et les gencives sèches, la coloration de la face était terreuse ; ses réponses étaient tardives; en un mot ce malade était dans un état de stupeur très prononcé. La langue était rouge sur ses bords et recouverte d'un enduit blanchâtre à son milieu. Le ventre était généralement douloureux, et aujourd'hui nous avons constaté du gargouillement dans la fosse iliaque droite ; il existe du dévoiement ; la peau est aride. Du reste, pas de sudamina, pas de pétéchies ni de taches typhoïques.

Malgré l'absence d'une douleur de côté, nous avons cru devoir pratiquer la percussion, qui nous a permis de constater une matité complète à la partie supérieure et postérieure du côté gauche du thorax ; au même endroit il y a absence de murmure vésiculaire ; il existe du râle à grosses bulles et du souffle bronchique vers la fosse sus-épineuse. A droite et en arrière le son est moins obscur et l'auscultation y fait reconnaître l'existence de râles sibilans et muqueux.

Evidemment nous avions affaire à un engorgement du poumon gauche : nous avions à nous demander seulement pourquoi avec l'obscurité de son il y avait absence de râle crépitant fin : était-ce parce que la pneumonie était avancée, ou bien parce que la pneumonie occupait le centre de l'organe ? Quoi qu'il en soit, l'obscurité du son, en l'absence même de crachats sanguinolens, nous a suffi pour nous déterminer à diagnostiquer une pneumonie gauche.

Mais indépendamment de la phlegmasie thoracique, il existait, avons-nous dit, plusieurs symptômes d'une affection typhoïde, et nous en sommes à nous demander si la pneumonie a été la suite de cette dernière, ou si au contraire on doit lui accorder le premier rang. Il n'est pas sans importance pour le traitement de décider si l'affection typhoïde, ou plutôt l'état ou disposition typhoïde, n'est qu'une simple complication de la pneumonie : car dans ce cas l'emploi des évacuations sanguines pourrait être porté très loin sans s'exposer aux inconvéniens qui ne manqueraient pas d'avoir lieu si la pneumonie n'était au contraire qu'une complication de l'affection typhoïde.

Nous avons accordé le premier rang à la pneumonie, et les saignées ont été pratiquées en conséquence ; le sang qu'elles nous ont fourni était couenneux, ce qui nous a confirmé dans notre manière de voir.

Toutefois, nous ignorons ce que deviendra cette disposition typhoïde, quand la pneumonie sera arrivée à son déclin. Nous ne nous dissimulons pas qu'elle pourrait prendre une gravité capable d'emporter le malade. Au demeurant, voici ce qui est arrivé et qui semble confirmer nos craintes. La première saignée a été suivie d'une amélioration manifeste ; le lendemain la face était plus expressive, l'accablement et la prostration étaient diminués. Mais les phénomènes typhoïdes n'ont pas tardé à reprendre le dessus, pour diminuer de nouveau après une application de sangsues au bas-ventre ; cependant, cette amélioration ayant été peu sensible, nous avons opiné pour une nouvelle application de sangsues en petit nombre.

Nous n'avons pas besoin d'insister plus long-temps sur la gravité de ce cas, dont nous avons rencontré l'analogue ces jours derniers dans notre pratique particulière, et qui ne manque pas de nous inspirer les craintes les plus sérieuses pour le malade de la salle Sainte-Jeanne. Le voici en peu de mots :

Une jeune fille, atteinte de pneumonie avec forme typhoïde, a été prise d'un frisson glacial qui semblait indiquer une issue promptement funeste, et qui a été suivi d'une réaction extrêmement prononcée. Cet incident a sollicité de notre part la prompte administration du sulfate de quinine à haute dose, et un second accès qui eût presqu'indubitablement enlevé la malade ne s'est pas montré.

K...

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies ; par M. Malgaigne.

(Dixième leçon.)

DE LA FORME DES PELOTES HERNIAIRES.

Il nous reste, pour achever l'histoire des pelotes, à étudier les différentes formes qu'on leur a données. Il ne s'agira d'ailleurs ici que de la portion de la pelote qui est en contact avec la peau, tout le reste se rattachant à l'histoire du mode d'union de la pelote avec la ceinture.

On peut ramener toutes les variétés de pelotes, considérées sous le rapport de la forme, à certaines catégories entre lesquelles il n'est pas facile, *à priori*, de faire un choix.

Il y a d'abord les *petites pelotes* et les *pelotes très larges*.

Puis les *pelotes plates* et les *pelotes bombées*.

Les *pelotes circulaires*, *demi-circulaires*, *elliptiques*, *triangulaires* et *à bec de corbin*.

Enfin, parmi les pelotes bombées, celles qui sont à convexité régulière et uniforme; celles qui présentent une convexité ovoïde ou plus forte d'un côté que de l'autre ; puis les pelotes paraboliques, telles que celles de Stagner, imitées par Carpentier ; et enfin les pelotes à saillies coniques, digitales, en champignon, etc.

Une première question se présente : quelles sont celles qui valent le mieux, des petites pelotes ou des pelotes très larges?

Vous allez voir, Messieurs, que cette question, aussi bien que celles qui suivront et qui se rattacheront à la forme des pelotes, nous mène droit à des discussions de pratique de la plus haute importance, et fécondes en application. Et d'abord il faut bien distinguer les cas, et ne pas confondre les hernies directes, par exemple, avec les hernies indirectes.

Supposez une hernie indirecte parcourant tout le canal inguinal sans l'avoir trop dilaté, et descendant à l'aîne ou dans le scrotum. Si, selon la routine ancienne, vous tenez à ce que le centre de la pelote appuie sur l'anneau inguinal externe, il vous faudra une pelote très large pour couvrir en même temps le canal ; mais nous n'avons plus, je pense, à discuter encore cette manière d'agir. C'est sur le canal entier qu'il faut agir, et spécialement vers l'orifice abdominal ; et si nous recherchons quel est, avec la main, le meilleur moyen de fermer ce canal et cet orifice ; nous trouvons que la pulpe du pouce, appuyée sur toute la longueur du canal, remplit cet office à merveille. Il n'y a aucun doute qu'une pelote qui imiterait l'action du pouce serait bien préférable à toutes les autres ; et cela semble juger la question en faveur des petites pelotes. Toutefois, dans l'application, il se rencontre des difficultés à vaincre. Le pouce est un instrument sensible, qui, aidé encore par les yeux, appuie bien sur le point à comprimer, et ne se dérangea en aucune manière, qui emprunte aux muscles une force également intelligente, variant à volonté, et cependant toujours suffisante. Obligés de remplacer cette pression volontaire par la force brute du ressort, il faut que nous donnions à celui-ci une puissance capable de résister aux plus grands efforts du malade ; et cette puissance agit perpétuellement, lors même que les muscles abdominaux sont dans une inertie presque complète. Je dirai tout à l'heure le grave inconvénient qui en résulte dans certaines circonstances. Notons seulement qu'une pelote d'une aussi étroite largeur que la pulpe du pouce, ne pourrait se déranger de quelques lignes sans laisser le canal entr'ouvert ; et vous conclurez de là que, tout en rejetant les pelotes démesurément larges, il faut cependant leur donner une étendue un peu plus grande que celle que la théorie seule avait jugée nécessaire.

Toutefois, si vous ajoutez à la pelote moitié en sus de la longueur du canal et moitié en sus de la largeur du pouce, cela suffira pour éloigner toute crainte ; et chez les sujets jeunes et robustes, la hernie étant dans les conditions indiquées, je ne donne pas à mes pelotes plus d'étendue. Cela préjuge, pour les mêmes cas, la question des pelotes plates ou bombées ; avec aussi peu de surface, la pelote déprimera toujours les chairs, comme le ferait une pelote plus large et très proéminente ; mais, d'ailleurs, je veux que sa surface soit assez convexe, et voici pourquoi. Pour tenir la paroi antérieure du canal appliquée contre la postérieure, nous sommes obligés de déprimer assez profondément cette paroi antérieure formée par l'aponévrose résistante du grand oblique ; avec une surface plane les contractions du muscle, en tendant l'aponévrose, soulèveraient facilement la pelote et laisseraient le canal entr'ouvert. Avec une convexité très saillante, les fibres aponévrotiques déprimées vis à vis le canal ne répondent qu'à un très petit nombre de fibres musculaires impuissantes dès lors pour soulever la pelote, et les parois du canal demeurent en contact. Ceci est une explication, mais une explication *à posteriori* ; et la préférence que je donne aux pelotes petites et bombées est fondée sur de nombreuses expériences. C'est ainsi que j'ai obtenu déjà nombre de cures radicales.

Mais vous avez affaire à une hernie indirecte qui a dilaté le canal ; quand le sujet tousse, si vous placez le doigt sur l'anneau externe, la hernie soulève la paroi antérieure et fait saillie comme un œuf de poule, ou bien même les deux parois sont également distendues, et l'on ne saurait appuyer le pouce sur le canal sans le déprimer profondément vers l'abdomen. Alors on chercherait vainement à procurer la cure radicale ; et les pelotes petites et fortement bombées auraient l'inconvénient d'érailler encore les aponévroses plus qu'elles ne le sont déjà. Il faut leur donner plus de largeur, afin qu'elles prennent un point d'appui sur les portions aponévrotiques voisines qui ont gardé leur force et leur résistance ; et comme on est bien obligé de leur conserver assez de proéminence pour qu'elles s'appliquent cependant sur le trajet déprimé de la hernie, il faut prendre garde que cette saillie soit fort légère en dehors, où, comme on sait, *le fascia transversalis* est très mince et très faible, et on les renflera principalement en dedans, vis à vis l'anneau externe qui répond à une portion du fascia plus épaissi et plus solide. Je leur donne alors une largeur au moins double de celle du pouce, et une saillie ovoïde qui va en mourant du côté de l'anneau abdominal.

Autre circonstance : la hernie parcourt le canal sans l'avoir dilaté ; mais elle a lieu chez un vieillard ; les tissus sont affaiblis d'abord par l'âge, et de plus par l'obésité. Comme j'avais vu des hernies disparaître, même chez des sujets de près de 70 ans, j'avais pensé, dans l'origine, que l'on devait tenter même à cet âge la cure radicale, et j'employais en conséquence les mêmes pelotes petites et bombées qui me réussissaient si bien chez les jeunes sujets. L'expérience m'a détrompé ; ces pelotes commencent par déprimer et écarter le tissu adipeux sous-cutané, mais ensuite elles agissent trop fortement sur l'aponévrose affaiblie ; elles la distendent, l'éraillent même, et au lieu du succès que je me promettais, je trouvais au bout de quelques mois l'anneau plus large, le canal plus faible, et la hernie plus forte qu'auparavant. Il faut, en cas pareil, des pelotes très larges ayant au moins trois travers de doigt en largeur et quatre en longueur, avec une convexité très légère et partout uniforme. Ne vous avancez jamais alors jusqu'à promettre la cure radicale ; assez souvent la hernie disparaîtra encore, mais pour reparaître le plus souvent si le sujet ôte son bandage ; et dans tous les cas il est prudent de le lui faire porter toujours.

Il va sans dire que toutes les fois que le canal a gardé sa longueur, il faut que la pelote s'y accommode, et qu'elle soit ainsi plus étendue dans un sens que dans l'autre ; en un mot à peu près elliptique.

Mais voici que vous avez à faire à une hernie devenue presque directe, ou même directe absolument. Alors la pression exercée avec le pouce sur le canal ne retient plus la hernie ; le moyen le plus simple alors est de refouler la peau dans l'anneau inguinal à l'aide d'un doigt, ou de deux, ou de trois, selon la largeur de l'ouverture. En appliquant ici dans sa rigueur le principe de M. Mayor, il faudrait que la pelote offrît une saillie digitiforme pour refouler la peau à la manière du doigt ; et cette idée paraît au premier abord aussi heureuse que nouvelle. Mais, comme j'ai déjà eu plus d'une fois occasion de le dire, les vues théoriques les plus séduisantes viennent souvent échouer à l'application ; j'ai essayé cette forme de pelotes pour une hernie directe qui offrait d'énormes difficultés : le bandage appliqué, la hernie était bien contenue, mais à la condition que le sujet demeurât immobile ; au moindre mouvement le prolongement digital heurtait contre les bords de l'anneau ou même étant repoussé au dehors, et la hernie s'échappait.

Peut-être y aurait-il moyen de parer à cet inconvénient, et je n'ai pas encore renoncé à mettre mon idée à exécution avec les modifications nécessaires (1). Mais il y a une autre objection. Le doigt pénétrant dans l'anneau, n'a pas besoin d'occuper tout le calibre de cet anneau, parce que la peau qu'il soulève forme un cône dont la base achève de boucher l'ouverture. Voilà qui est bien pour une contention de quelques minutes : mais il s'agit d'un appareil à porter des mois et des années entières ; vous comprenez que cette disposition conique de la peau refoulée devient un agent de dilatation permanente pour l'anneau. Ainsi, nous contiendrons bien, sans doute, mais en agrandissant l'anneau, et avec ce danger de rendre la hernie plus difficile à contenir un jour. Aussi, Messieurs, ces pelotes à saillies digitales ne doivent-elles être considérées que comme un moyen extrême, quand tous les autres appareils ont échoué ou n'ont pu être supportés, quand il ne s'agit pas pour le sujet de l'avenir, mais du présent; dans ce cas, peu importe l'agrandissement éventuel de l'anneau, auquel après tout on pourvoira en augmentant le calibre de la saillie digitiforme.

Mais je viens de dire qu'il ne fallait y recourir qu'après avoir tenté les autres moyens. Quelle sera donc alors la forme de la pelote? J'ai essayé les pelotes circulaires, demi-circulaires, elliptiques, et j'ai dû y renoncer. Dans l'histoire de Lallement que je vous citerai tout-à-l'heure, tous les bandages échouèrent avec les pelotes de ces diverses formes ; la hernie ne fut contenue qu'à l'aide d'une pelote *à bec de corbin*, c'est-à-dire d'une pelote triangulaire, dont l'angle inférieur plus aigu que les autres s'appuie sur presque toute la hauteur du pubis. Ce fait bien remarquable m'a d'autant plus frappé que, dès le dix-septième siècle, on trouve les pelotes à bec de corbin en usage, imaginées par un empirisme pur, et que ne saisissant pas bien la raison de cette conformation, j'étais bien tenté de la regarder comme déraisonnable et inutile. Salmon en avait jugé ainsi, et M. Wickam n'emploie pas ces sortes de pelotes, non plus que plusieurs de ses imitateurs. Mais quand je vis, à égalité de ressort, Wickam échouer avec ses pelotes rondes ou elliptiques, et Burat réussir avec la pelote à bec de corbin, il fallut bien me rendre et reconnaître encore une fois l'inanité des théories. D'où vient cependant l'efficacité de ces pelotes ? Je suppose que quand la hernie fait effort à travers l'anneau, elle repousse la pelote en totalité quand celle-ci est ronde ou elliptique, et file alors dans le scrotum ; tandis que la pelote à bec de corbin, appuyant très bas sur le pubis, n'est repoussée que dans sa partie supérieure, l'inférieure restant toujours collée contre l'os et formant le passage de la hernie. Cela ne vous paraîtra peut-être pas satisfaisant; tâchez alors de trouver une explication meilleure. Pour ce qui me regarde, sans dédaigner les explications, je me contente volontiers des faits ; or, je le répète, vous ne parviendrez à contenir les hernies difficiles qu'avec la pelote à bec de corbin ; et par sa conformation même, celle-ci doit présenter une surface très étendue.

De la façon dont nous avons procédé, il résulte que nous avons vidé les questions qui se rattachent à la grandeur des pelotes, à leur saillie considérée d'une manière générale, et enfin à leur conformation ; je ne pense pas qu'il soit nécessaire de discuter la valeur des pelotes circulaires ou demi-circulaires ; les premières ne conviendraient manifestement que dans les cas de hernies directes, et je viens de dire que les pelotes à bec de corbin leur étaient bien supérieures ; les autres ont été probablement inventées par quelque imagination oisive qui aura agi sans raisonner ; car je ne saurais me rendre compte des motifs qui auraient dicté une pareille forme.

---

(1) Quelques jours après cette leçon, M. Malgaigne saisit l'occasion d'appliquer une pelote digitiforme ou en champignon ; et il suffit pour la rendre efficace et facile à supporter de rendre le champignon tout-à-fait indépendant du ressort et de la pelote. Mais comme ce sujet a fait l'objet d'une communication à l'Académie de médecine, laquelle a été reproduite dans ce journal, il est inutile d'y revenir.

Mais il reste à rechercher quelle est la convexité préférable, jusqu'où il faut qu'elle soit portée, et dans quel sens elle doit proéminer le plus. J'ai signalé une indication d'une convexité uniforme, et une indication toute différente où la pelote doit être ovoïde, le côté le plus saillant appuyé sur l'anneau externe. La plupart des pelotes employées par M. Wickam sont taillées sur ce patron, et il les applique à peu près indistinctement pour tous les cas de hernies inguinales. Cela est manifestement peu rationnel; car si l'aponévrose du grand oblique est très résistante, la grande saillie de la pelote suffira bien à fermer l'anneau externe et à empêcher la hernie de sortir au-dehors, mais ne l'empêchera pas de soulever la paroi externe du canal, ainsi que je m'en suis assuré. Les pelotes de Carpenter offrent une saillie parabolique bien plus proéminente et qui tend à pénétrer dans l'anneau à la manière d'un coin; il n'y a aucun doute qu'elles ne doivent ainsi obturer cet orifice; mais d'une part elles laissent le canal entr'ouvert comme les pelotes de Wickam, et de l'autre elles exposent à un éraillement et à un élargissement de l'anneau externe. Les sociétés savantes d'Amérique, qui ont institué des expériences avec ces pelotes, n'ont pas suffisamment prolongé ces expériences, et n'ont pas assez varié les cas, selon la forme des hernies, l'âge des malades et l'état des aponévroses.

(La suite à un prochain numéro.)

Académie de Médecine. — Séance du 14 avril.

Après l'adoption du procès-verbal, M. Pariset lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Petit, doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu. Plein de vérité et de sentimens touchans, ce discours a été écouté avec une religieuse attention et généralement applaudi. M. Pariset a mis le doigt sur une plaie saignante dont il est lui-même la victime, la destitution du médecin de l'Hôtel-Dieu, à la veille de sa mort et après 40 années de services rendus avec zèle et dévouement aux malheureux et à la science!

M. Blandin lit un rapport sur un mémoire de M. Foville relatif à la structure intime du cerveau. Nous le donnerons en entier dans le prochain numéro.

M. Dubois (d'Amiens) lit un rapport officiel sur un remède d'une personne étrangère à la médecine pour guérir le rhumatisme et la goutte. Ce rapport a égayé plusieurs fois la grave assemblée par les saillies piquantes qu'il contenait et par les réflexions curieuses qu'un sujet aussi stérile a pu fournir à l'esprit de M. Dubois. (Conclusion défavorable.)

M. Renault lit quelques fragmens d'un travail qu'il dépose sur le bureau relatif à la gangrène qu'on observe dans les plaies à la suite de certaines opérations chez le cheval, et que l'auteur attribue à l'action de quelques caillots de sang corrompus.

M. Gauthier de Claubry présente un enfant qu'il a guéri du croup à l'aide de la trachéotomie.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de médecine vétérinaire sur le mérite des titres des candidats présentés pour la place vacante dans cette section.

— M. Leroy-d'Etiolles a lu dans la dernière séance de l'Institut un mémoire résumé d'un travail sur la prostatite lente ou chronique, maladie très fréquente, très grave et très peu connue. E. Home est le premier qui ait attiré l'attention sur ce point de pathologie; mais il n'a signalé qu'une de ses époques, celle où le développement de la partie moyenne de la glande qu'il a décrite comme un troisième lobe, produit la rétention d'urine à la manière d'une soupape mobile se fermant sur le col de la vessie. L'origine de la maladie et les symptômes qui la caractérisent paraissent avoir échappé à Evrard Home; quant à la thérapeutique, il s'est borné aux moyens palliatifs, tels que l'évacuation fréquente de l'urine à travers une sonde à courbure fixe dont il présente aujourd'hui l'ensemble, mais qu'il avait consignée dans quatre mémoires lus à l'Académie des sciences de 1825 à 1836. Voilà le point de départ des recherches de M. Leroy-d'Etiolles, qui remontent à 1825. Suivant lui, la prostatite est généralement confondue avec quatre maladies différentes, aux diverses périodes de son existence : dans la première époque, avec un calcul; puis, l'absence du calcul étant constatée, avec une névralgie de la vessie; dans la seconde, avec un rétrécissement de l'urètre; dans la troisième, avec le catarrhe de la vessie; et dans la quatrième avec la paralysie de cet organe. Nous laissons de côté les développemens de la première partie du mémoire de M. Leroy-d'Etiolles, pour arriver à la quatrième époque dans laquelle la tuméfaction partielle de la prostate donne lieu à une tumeur qui produit la rétention d'urine. Pour combattre le mal, ce chirurgien a imaginé une série de moyens, de procédés et d'instrumens que nous énumérons seulement, car leur description nous entraînerait beaucoup trop loin.

Reconnaître les conditions physiques de l'engorgement de la prostate et apprécier la forme et le volume de la tumeur, telle était la première condition à remplir pour agir avec connaissance de cause. Trois instrumens servent dans ce but à M. Leroy d'Etiolles; ce sont:

1° La sonde à courbure courte et brusque, que ce chirurgien emploie habituellement dans l'exploration de la vessie et l'appréciation du volume des calculs.

2° Une sonde à déclinaison dont la portion courbe s'infléchit à angle droit sur la portion droite.

3° Deux tubes à petite courbure, dont l'un renferme l'autre, pouvant décrire des cercles en sens inverse; lorsqu'on les meut ainsi autour du col de la vessie, ils embrassent en se croisant la base de la tumeur, et ils en montrent l'épaisseur.

Cette exploration étant faite, si la tumeur est à base large, les moyens à mettre en usage sont : la dépression par une sonde qui se redresse; la compression entre deux puissances agissant l'une du côté de l'urètre, l'autre par le rectum; les irrigations continues au moyen de la sonde et d'un suppositoire à double courant; les scarifications avec ou sans perte de substance. Si la tumeur est pédiculée, on peut en opérer la séparation par la ligature, et à l'appui de son dire, M. Leroy-d'Etiolles présente à l'Académie neuf porte-ligatures agissant tous à leur manière. On peut la triturer, et dans ce but les instrumens lithotribes ont été modifiés. Enfin on peut en faire la résection et la cautérisation.

M. Leroy annonce que près de cent observations sont jointes à son travail. Il place sous les yeux de l'Académie une collection nombreuse de prostates altérées qu'il a recueillies pendant les quinze ans qui viennent de s'écouler.

Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Concours sur la question de l'ophthalmie de l'armée. Médailles décernées.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles avait mis au concours la question suivante :

« Décrire les causes, les symptômes, la nature et le traitement
» de l'ophthalmie qui règue dans l'armée.
» La Société désire que les concurrens s'attachent spécialement
» à la partie prophylactique de la question et qu'ils appuient
» leurs opinions de faits authentiques et concluans. »

Trois mémoires sont parvenus en réponse à cette importante question.

La Société, après un long et minutieux examen, a décidé, dans sa séance du 6 avril 1840, que le prix ne pouvait être décerné, la question n'ayant pas été complètement résolue par les concurrens; mais voulant donner un témoignage honorable de son estime aux mémoires qui ont le plus approché du but qu'elle s'était proposé d'atteindre en mettant la question au concours, elle a décerné, à titre d'encouragement, les récompenses suivantes:

1° Une médaille d'or de la valeur de 600 fr. et le diplôme de membre correspondant à M. Henri-Vincent Deconde, docteur en médecine, médecin de régiment au 2e chasseurs à pied, en garnison à Liége, auteur du mémoire ayant pour devise : « *Les faits sont maintenant dans l'ordre intellectuel la puissance en crédit.* (Guizot). »

2° Une médaille d'or de la valeur de 400 fr. à M. H. P. Gouzée, docteur en médecine, médecin principal de l'armée, etc., à Anvers, déjà membre correspondant de la Société, auteur du mémoire ayant pour épigraphe : « *Dira per incautum serpunt contagia vulgus* (Virg. Georg. III, vers 469.) »

Le secrétaire, J.-R. Marinus,
Docteur en médecine. Rue de l'Infirmerie, 3.

Bruxelles, le 7 avril 1840.

Madame Emile CHEVÉ, auteur du Traité élémentaire général de musique, ouvrira nn nouveau cours élémentaire de musique vocale, le mercredi 22 avril, à sept heures et demie du soir, chez elle, rue des Maçons-Sorbonne, 21.

Les leçons auront lieu trois fois par semaine.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 18 AVRIL 1840. (13e ANNÉE.) N° 47, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger, 1 an, 5..

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure; résection de cet os.

Nous allons opérer un malade couché dans la salle Saint-Antoine; mais auparavant, je crois utile de vous rappeler l'historique de l'affection carcinomateuse dont il est atteint.

Au mois de novembre dernier, cet homme subit une première résection de la mâchoire pour un ostéo-sarcome étendu depuis l'alvéole de la dernière dent incisive droite, jusqu'à la partie inférieure de la branche de l'os du même côté. La guérison, comme cela arrive presque toujours pour les grandes plaies de la face, fut promptement obtenue; toutefois, désirant savoir si la cure se maintiendrait, nous conservâmes notre opéré dans l'hôpital jusqu'au 22 janvier suivant. A cette époque, il quitta notre service; rien ne semblait présager alors ce qui est arrivé depuis.

Dans les premiers jours du mois de février dernier, des douleurs développées dans la moitié gauche du corps de l'os maxillaire, signalèrent l'invasion d'une récidive qui a marché avec une rapidité extrême; actuellement on observe une tumeur carcinomateuse du volume du poing, s'étendant depuis le bout du moignon jusqu'au niveau de la dernière dent molaire gauche. La masse cancéreuse qui enveloppe et masque l'os de toutes parts est formée par le tissu des gencives, et par le parenchyme osseux lui-même; elle plonge dans la cavité buccale, dont le plancher un peu à droite, mais surtout à gauche, se trouve en grande partie effacé. Le relief extérieur de la tumeur est assez considérable; la peau est saine, chaude et un peu injectée seulement en quelques points.

Cette récidive est-elle de mauvais augure pour les suites de l'opération que nous nous proposons de faire? Une nouvelle récidive aura-t-elle lieu nécessairement? On peut répondre par la négative.

L'observation apprend, en effet, que certains cancers qui avaient repullulé cinq ou six fois ont fini par ne plus se reproduire, et être radicalement guéris par une dernière extirpation. Sans doute, les partisans du virus cancéreux auront peine à admettre ces faits qui contrarient singulièrement leurs idées; pour moi, je ne crois pas à la virulence du cancer: les expériences faites, il y a vingt-cinq ans, par Alibert et Dupuytren, ont prouvé que, de quelque manière que l'on y procédât, l'inoculation du pus cancéreux ne donnait jamais naissance à un produit de nature identique. S'il me fallait à cet égard formuler une opinion, je dirais que le cancer est un produit accidentel souvent développé sans cause connue, mais souvent aussi reconnaissant pour principe générateur une inflammation. En outre, l'expérience a démontré jusqu'à l'évidence que, dans un assez grand nombre de circonstances, le cancer offrait dans son invasion et son accroissement une certaine analogie avec les tubercules. Souvent, en effet, à la suite de l'amputation d'un sein carcinomateux, il arrive que plus ou moins long-temps après la guérison, une ou plusieurs indurations bien circonscrites se forment dans l'épaisseur des tissus recouverts par la cicatrice: on a vu l'ablation de ces tumeurs squirrheuses être suivie de la guérison, et aucun accident ultérieur n'est venu la compromettre. Nous pourrions, en ville, montrer plusieurs femmes chez lesquelles ce fait existe. N'est-il pas probable que ces tumeurs, point de départ de la repullulation du carcinome, préexistaient à l'opération dirigée contre celui-ci; mais que l'exiguité de leur volume, l'état en quelque sorte élémentaire où elles se trouvaient alors, n'a pas permis à l'opérateur de les apercevoir dans la profondeur des tissus où elles étaient enfouies. Ceci devient plus admissible, si on se rappelle qu'autour d'une mamelle cancéreuse on rencontre quelquefois un nombre infini de granulations squirrheuses infiltrées en quelque sorte dans l'épaisseur des muscles pectoraux, et groupés sous forme de chapelet dans les anfractuosités sous-claviculaire et acromio-axillaire. Ce sont ces granulations qui portent en elles le germe de la récidive du cancer, qu'elles constituent en quelque sorte à l'état cru.

Dans le cas où un seul de ces tubercules cancéreux dont je parlais plus haut, a pu être enlevé sans qu'il se soit reproduit, on est, ce me semble, fondé à penser qu'il formait une individualité morbide parfaitement isolée, et que derrière lui ne se cachait aucune de ces granulations, source infaillible de récidive. Cela étant, pourquoi cette dernière ne cesserait-elle pas de se manifester, si l'on était assez heureux pour avoir épuisé la source d'où elle émane, en extirpant dès la première fois tous les tubercules granulés quelque petits qu'ils soient.

En vous donnant, pour interprêter la récidive du cancer, cette explication, à laquelle je n'attache qu'une importance toute relative, je ne dois pas vous laisser ignorer que dans l'histoire du carcinome, cette question est encore peu avancée. Cela tient à l'impossibilité où se trouvent les chirurgiens de surveiller les malades qu'ils opèrent au-delà du temps nécessaire à la guérison. De nouveaux faits remplacent ceux qui viennent de s'accomplir, et la trace de ces derniers est bientôt insaisissable, soit que les malades succombent emportés par une récidive, soit qu'ils aillent implorer les secours de l'art dans un autre lieu que celui où ils sont venus une première fois.

Mais passons à l'examen d'un autre point important dans l'histoire des résections de la mâchoire.

Avant de faire l'amputation de l'os maxillaire, convient-il de lier l'artère carotide primitive ou d'embrasser ce vaisseau par une ligature d'attente, le cas échéant où il serait lésé pendant l'opération. Cette précaution a été tour à tour défendue et rejetée d'une manière exclusive. C'est de part et d'autre une exagération dangereuse. Il faut ici établir une distinction importante:

Si les artères carotides ne sont pas recouvertes par des tissus indurés que le chirurgien doit enlever, si leur direction est bien appréciable et si leurs rapports sont normaux, il est inutile de faire la ligature de ces vaisseaux, car ce serait sans aucun avantage imposer au malade deux opérations au lieu d'une;

Si au contraire les vaisseaux carotidiens étaient enveloppés par des indurations qu'il fallût nécessairement extirper, la ligature préalable serait indiquée; ne pas la faire alors serait se priver d'une ressource propre à conjurer un danger pressant, tel que celui qui résulterait d'une abondante hémorrhagie, ce vaisseau pouvant être ouvert.

C'est sur ce principe que nous avons constamment réglé notre conduite, et dans le grand nombre de résections et de désarticulations de la mâchoire que nous avons pratiquées, nous n'avons jamais eu d'accident de ce genre à déplorer.

Vous vous rappelez que vers la fin de l'année dernière j'ai désarticulé la moitié de l'os maxillaire inférieur chez une femme qui portait une tumeur de cet os du volume d'une tête d'enfant; cette tumeur s'étendait depuis l'os de la pommette jusqu'à l'union du tiers supérieur du cou avec le tiers moyen; elle occupait d'autre part tout l'espace compris entre la première dent molaire droite et une ligne environ au-devant de l'apophyse mastoïde du temporal et des apophyses transverses des premières vertèbres cervicales. La partie supérieure de l'artère carotide primitive, les artères qui naissent de ce tronc principal étaient couvertes par la tumeur qui plongeait jusque sur le pharynx; cet organe était refoulé en arrière; les trois quarts du diamètre transverse du plancher de la bouche étaient envahis par la tumeur; la langue se trouvait déjetée en arrière et à droite. En portant le doigt dans le pharynx, la membrane muqueuse, dans les points où celui-ci était en contact avec la tumeur, paraissait au toucher plus molle et comme tomenteuse. Le muscle sterno-mastoïdien était dévié de sa direction, soulevé et attiré par la tumeur sur laquelle il faisait un relief saillant. En présence d'une aussi grave affection, je ne fis pas la ligature de la carotide primitive, et cependant je parvins sans aucun accident hémorrhagique formidable à enlever cette énorme production morbide et à désarticuler le condyle de l'os maxillaire.

Après s'être livré à ces quelques considérations générales, M. Lisfranc procède à l'opération dont il signale lui-même les circonstances les plus importantes.

Il existait, dit le professeur, au bout du moignon un tissu de cicatrice résultant de la première opération, tissu dur, comme fibreux, dont la présence, en envisageant les dispositions normales des parties, suscita certaines difficultés qui n'existent pas habituellement. Il importait en

FEUILLETON.

Rapport sur un mémoire de M. le docteur FOVILLE, *ayant pour titre: Considérations sur la structure de l'encéphale et sur les relations du crâne avec cet organe. Commission:* MM. Bouillaud, Bouvier *et* Blandin *rapporteur.*

Messieurs,

Quelque variés, quelque remarquables que soient les travaux entrepris jusqu'ici pour découvrir la constitution anatomique de l'encéphale, ils sont malheureusement bien loin encore d'avoir donné le dernier mot de la science à cet égard; sans doute tout ou presque tout a été dit sur le nombre et sur la forme des masses médullaires dont le rapprochement constitue cet intéressant et mystérieux organe; mais l'histoire de sa composition intimé, que dis-je, même le simple mode de continuité entre elles de ses différentes parties, ont à peine été effleurés. Les recherches de Gall sous ce rapport ne l'ont guère conduit qu'à la proclamation de ce fait, depuis long temps reconnu par tous les anatomistes, savoir: « Que les pédoncules cérébraux sont formés de fibres longitudinales, fibres qui émanent du bulbe supérieur de la moelle, traversent la protubérance annulaire et vont, en divergeant de plus en plus, s'étaler, s'épanouir, comme il le disait, dans les hémisphères.

Mais les fibres antérieures, latérales et postérieures du bulbe, se terminent-elles indifféremment dans toutes les parties du cerveau? ou bien, les unes et les autres ont-elles une destination particulière parfaitement déterminée? appartiènnent-elles à tel groupe de circonvolutions ou à tel autre! celles-ci, en un mot, ont-elles à la fois des rapports de continuité et des rapports fonctionnels avec tel ou tel faisceau de la moelle épinière? Voilà une série de questions importantes que Gall avait bien posées, mais auxquelles il se flattait vainement d'avoir répondu d'une manière satisfaisante quand il affirmait simplement: « que les fibres des pyramides s'étendent vers les parties postérieures des hémisphères cérébraux. »

On ne saurait donc accueillir avec trop de faveur les travaux entrepris dans cette direction; il faut d'ailleurs en convenir, quelle que soit l'opinion qu'on ait sur la doctrine anatomo-physiologique de Ch. Bell, qu'on la considère ou non comme appuyée sur une base solide, elle a répandu un intérêt tout particulier sur ce sujet; cette doctrine suggère en effet naturellement l'idée que l'encéphale, source première de toute sensibilité et de toute motilité, pourrait bien avoir des départemens distincts pour l'une et pour l'autre, et que peut-être un jour viendra où l'anatomie en posera les limites. C'est là précisément le fait capital auquel M. Foville croit être arrivé; et cela sans qu'aucune idée préconçue ait dirigé ses recherches, sans par conséquent que le prisme quelquefois trompeur de la physiologie en soit venu modifier les résultats.

Dans un premier mémoire, lu à l'Académie en 1825, M. Foville avait déjà cherché à établir: 1° Que le pédoncule cérébral est formé de deux couches distinctes, l'une inférieure et antérieure, l'autre supérieure et postérieure; la première continue avec les pyramides, la seconde plus spécialement en rapport avec la partie postérieure du bulbe; 2° que ces deux couches élémentaires du pédoncule se réunissent ensemble, et traversent ensuite la couche optique et le corps strié; 3° que dans le corps strié le pédoncule sépare en deux noyaux distincts la substance grise qu'il y rencontre; 4° qu'au-delà de ce point, ses fibres forment une expansion rayonnante qui ne tarde pas à se diviser en trois plans, un interne, un autre supérieur, le troisième inférieur; 5° que le plan interne, recourbé transversalement vers la ligne médiane, va former le corps calleux; 6° que le plan supérieur suit une marche légèrement oblique en haut et en dehors, et va doubler l'écorce grise de l'hémisphère; 7° que le plan inférieur se dirige immédiatement en bas, contourne les parties externes et inférieures du corps strié, puis se relève près de la ligne médiane pour former le côté correspondant du trigône et de la cloison transparente; 8° enfin, que la disposition de la partie supérieure du pédoncule au centre même du cerveau donne assez exactement l'image de la moelle épinière, dont les nerfs seraient représentés par les fibres du plan de l'un et l'autre hémisphère.

Sans doute, ce travail était un grand progrès pour l'anatomie de structure de l'encéphale; mais il restait encore à déterminer la destination précise de chacun des trois plans qui résultent de la remarquable division de la partie supérieure du pédoncule, et à fixer surtout la part que prennent à la formation de chacun d'eux les fibres antérieures et postérieures de la moelle épinière. Or, c'est ce problème ardu, sans la solution duquel l'histoire des connexions de la moelle avec le cerveau demeure nécessairement incomplète, que M. Foville s'est proposé dans le mémoire dont nous devons vous rendre compte.

Suivant cet anatomiste, en sortant de la protubérance, les deux plans fibreux qui constituent les pédoncules suivent des directions bien différentes; les fibres pyramidales montent obliquement en avant et en dehors, à travers la couche optique et le corps strié, se rendent vers la face convexe de l'hémisphère, et s'y partagent en deux plans, l'un supérieur, l'autre inférieur, tous les deux destinés aux circonvolutions qui forment la partie externe et convexe de l'hémisphère. Les fibres qui émanent de la partie postérieure du bulbe se séparent également en deux plans dans le centre même de la couche optique, et entourent d'un anneau complet fort remarquable le faisceau ascendant des fibres pyramidales.

Le plan supérieur de ces fibres, le plus considérable des deux, s'avance jusque dans le corps strié, se dégage de la partie externe de ce corps et de la couche optique, se recourbe aussitôt en haut et en dedans, et va constituer le corps calleux, commissure du pédoncule, et la plus considérable de toutes celles du cerveau.

Le plan inférieur passe au contraire au dessous du faisceau des fibres pyramidales en dedans et en avant de la partie latérale de la fente de Bichat; produit le nerf optique d'abord, le nerf olfactif un peu plus loin, et constitue au-dessus du corps strié, en dedans la scissure de Sylvius, en arrière du lobule frontal, en avant et en dedans du lobule temporal, un espace blanc, perforé d'une multitude de trous vasculaires symétriquement disposés, que M. Foville appelle quadrilatère perforé. Suivant lui cet espace est comme un centre duquel procèdent et vers lequel se terminent les fibres arciformes qui constituent un certain nombre de cercles fibreux, entourent la partie pyramydale du pédoncule et se terminent d'une manière spéciale dans l'hémisphère.

Sans compter l'anneau formé dans la couche optique, autour du faisceau des fibres pyramidales du pédoncule, par les fibres postérieures de celui-ci, M. Foville signale encore comme procédant de l'espace blanc perforé, et par suite de la partie postérieure du bulbe: 1° Le tænia semi-circulaire; 2° une bandelette analogue à la précédente qu'on n'avait pas décrite jusqu'ici et qui entoure la partie externe du corps strié comme le tænia entoure la partie externe de la couche optique; 3° les deux moitiés de la voute et les corps frangés qui leur font suite en arrière; 4° les deux bandelettes médianes et longitudinales du corps calleux; 5° enfin le faisceau fibreux remarquable qu'il appelle l'ourlet.

effet de s'assurer si ces indurations étaient bien constituées par des inodules ou par le cancer lui-même ; car on peut laisser sur les lambeaux du tissu de cicatrice, tandis qu'il est urgent d'amincir ces lambeaux et d'emporter tout ce qui paraît suspect.

La question était impossible à résoudre avant d'avoir largement incisé, et renversé la peau en dehors. Aussi nous nous décidâmes à diviser la lèvre inférieure dans toute sa hauteur, en partant de la commissure gauche ; dans cette section fut compris le tissu induré sur la nature duquel nous avions quelques doutes ; l'incision fut ensuite continuée le long de la base de la mâchoire et un demi-pouce en arrière de cette base ; le cancer plongeant à cette profondeur dans la région sus-hyoïdienne, elle se termina au-dessus de l'os maxillaire.

Le lambeau circonscrit par cette incision fut disséqué péniblement en avant où les indurations existaient, plus facilement dans le reste de son étendue, et on le maintint renversée sur la pommette et l'orbite.

Je détachai les parties qui s'insèrent à la surface interne de l'os, en ayant soin d'enlever dans une assez grande étendue la muqueuse buccale singulièrement hypertrophiée et indurée.

Pour faciliter cette division du plancher de la bouche, je renversai en dehors la tumeur, me servant de la mâchoire comme d'un bras de levier. Durant ce temps de l'opération, il faut agir avec prudence et lenteur ; si on imprimait un mouvement brusque et forcé à la mâchoire, on s'exposerait presque infailliblement à luxer le condyle; de plus en renversant l'os maxillaire on attire en dehors et en avant les tissus qui s'y insèrent et tous les organes qui ont avec lui des connexions importantes ; or le pharynx est dans ce cas : aussi le voit-on se porter en avant et former une cavité profonde dans laquelle le chirurgien pourrait imprudemment engager son bistouri s'il n'était pas prévenu ; on évitera cet accident en rasant très exactement la surface de l'os, et en disséquant avec lenteur ; je conseille de porter deux doigts dans la cavité du pharynx : avec ces doigts on tend sa paroi en rapport avec la tumeur, et de l'autre main on dissèque sur ces mêmes doigts qui indiquent au chirurgien le degré d'épaisseur des tissus interposés entre eux et l'instrument tranchant.

Les inconvéniens qui peuvent résulter du déplacement du pharynx en avant étant une fois signalés, disons qu'il a aussi quelque avantage : cet organe en effet est plus accessible à la dissection, qui autrement s'opérerait avec difficulté et péril dans l'excavation profonde où il faudrait aller le chercher s'il conservait sa situation et ses rapports normaux.

J'ai remarqué une autre disposition que j'attribue à la première opération : c'est l'absence de tout écoulement sanguin au moment où furent coupés les tissus sublinguaux ; ordinairement il y a sous la langue un bouquet d'artérioles qui donne lieu à une hémorrhagie en nappe ; cette fois, rien de semblable n'eut lieu. Je m'explique ce fait par les ligatures et torsions artérielles faites ors de la première résection.

Avant de scier l'os sur l'alvéole de la dernière dent molaire préalablement arrachée, je fis saisir la langue avec une forte érigne ; on évita ainsi sa rétraction sur le pharynx, et l'asphyxie qui peut en résulter.

Avant de rapprocher les lambeaux, j'attendis une demi-heure. C'est une précaution qu'il ne faut pas négliger, car souvent le spasme nerveux auquel le malade est en proie suspend une hémorrhagie qui se reproduit plus tard, après le pansement, quand ce spasme a cessé ; les inconvéniens de cette hémorrhagie consécutive sont trop évidens pour qu'il faille plus long-temps insister sur ce point.

Quant à la langue, elle doit être maintenue en avant à l'aide d'un fil passé dans son épaisseur. Mais où fixera-t-on ce fil ? sur le lambeau ? pour cela il faut y pratiquer un point de suture : or, en se contractant, la langue exercera sur les tissus que ce point de suture embrasse un effort capable de les enflammer et à la longue de les couper.

Si on fixe ce fil hors de la bouche sur la poitrine, en pressant sur le bord de la lèvre artificielle, il abaissera le lambeau qui, venant à contracter des adhérences dans une position trop déclive, produira une déformation de la bouche.

Le fixe-t-on sur le bonnet du malade ? alors la langue est élevée, avec elle les tissus qui doivent servir de base à la cicatrice, et la bouche se trouve trop rétrécie.

On doit fixer le fil sur le côté de la face : ainsi la langue conservant sa position horizontale ne modifie la situation relative des lambeaux et des parties profondes dans aucun sens défavorable à la régularité de la cicatrisation ; avant de faire les sutures nous avons étalé le lambeau pour bien constater la nature des indurations que nous savions exister sur la portion antérieure ; c'est un soin qu'il ne faut jamais omettre après l'ablation d'une tumeur quelconque. Ainsi chez notre opéré, nous trouvâmes dans l'épaisseur de la peau un engorgement squirrheux de la largeur d'une pièce de cinq francs, que nous enlevâmes à l'aide d'une dissection attentive. Nous avons employé ensuite la suture entortillée pour faire la réunion.

Aujourd'hui, deuxième jour de l'opération, le malade est dans un état on ne peut plus satisfaisant : il prendra des bouillons. Nous espérons que cet homme guérira promptement s'il a le bonheur d'échapper à l'influence épidémique qui en ce moment développe tant d'érysipèles dans les hôpitaux. C'est cette même influence qui nous a fait différer l'opération à laquelle nous ne nous sommes décidé qu'en raison des progrès rapides que faisait le cancer, et sur les vives instances du malade, qui menaçait de se suicider si on ne le délivrait de sa cruelle affection.

Je ne parle pas de la récidive : c'est là un accident qui peut déjouer tous les efforts les mieux combinés de la chirurgie.

A. F.

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Calcul volumineux d'acide urique très dur, pesant 75 grammes, existant depuis une dizaine d'années chez un malade de 66 ans. Lithotritie jugée avec raison impossible par un lithotriteur, après plusieurs séances inutiles de broiement, Taille hypogastrique pratiquée par M. Leroy d'Etiolle, à l'aide de ses instrumens nouveaux. Guérison complète au bout de trois semaines, sans aucune infirmité.

Le 24 janvier, est entré à la Maison de médecine opératoire le juge-de-paix d'une ville de province. Ce malade est âgé de 66 ans, d'un tempérament nervoso-bilieux, d'une très forte constitution jointe à beaucoup d'énergie morale. L'examen des fonctions étrangères à la maladie qui l'amène à Paris ne fait rien découvrir d'anormal. M. D. n'a jamais fait de maladie grave ; aucun membre de sa famille n'a souffert de la gravelle. Il habite un pays où l'on fait usage des eaux de puits. Depuis son enfance il a l'habitude de prendre tous les matins une bonne tasse de café noir ; son alimentation est presqu'exclusivement animale. M. D. fait remonter à dix ans environ l'origine de sa maladie, mais son attention n'a été bien éveillée sur ce point que depuis cinq ans. A cette époque, il a rendu, pendant quinze jours seulement, des graviers que l'analyse a montrés formés d'acide urique. Ses urines étaient glaireuses, mélangées d'un peu de sang, précédées et suivies de douleurs au bout de la verge. Le besoin de les rendre se répétait souvent, surtout après une course à cheval ou en voiture, et leur émission était accompagnée de souffrances très vives. Les organes génito-urinaires sont actuellement dans l'état suivant :

La vessie se contracte avec force sur le calcul, dont le plus grand diamètre est de 21 lignes à peu près, autant qu'on peut en juger par l'usage de la sonde en employant une manœuvre qu'il est inutile de décrire. Le son obtenu paraît très clair. On pense que la pierre est formée d'acide urique. Il existe un dépôt albumineux assez abondant. Le malade urine par suite de la fatigue d'un long voyage, de cinquante à soixante fois par jour, avec des angoisses inexprimables. Il est obligé de s'arc-bouter aux objets qui l'environnent, pour expulser les dernières gouttes du liquide urinaire. Il dit que la vie commence à lui peser. Le sommeil a disparu depuis long-temps. Il y a presque continuellement un petit mouvement fébrile. Après trois semaines de séjour à Paris, ces symptômes ayant augmenté d'intensité, du dévoiement survient ; les selles sont involontaires.

On comprend facilement, d'après ce tableau, que le broiement n'était guère applicable dans ce cas, la poche urinaire hypertrophiée s'appliquant sur le corps étranger qui venait irriter le col de la vessie. Cependant le premier chirurgien appelé se fondant sur ce qu'il a brisé des calculs plus volumineux et plus durs, crut devoir tenter plusieurs séances qui eurent pour résultat de saisir la pierre, de la décortiquer dans une partie de son étendue, mais non de la faire éclater, les instrumens ne pouvant pas se déployer ; force lui fut donc de proposer la taille par le haut appareil, qui ne fut pas acceptée à cette époque.

Plus tard, M. Leroy d'Etiolles, mandé auprès de M. D. par la famille, annonça qu'eu égard à l'affaiblissement du malade et à l'irritation de ses organes urinaires, il n'y a pas d'autre moyen de le sauver, que de le soumettre à la taille hypogastrique.

Le 2 mars, en présence de M. Pasquier, chirurgien en chef des Invalides, de M. Laroque fils et de plusieurs praticiens étrangers, M. Leroy d'Etiolles a procédé à l'opération de la manière suivante :

Il commence par faire sortir les urines catarrhales, pratique qu'il suit constamment dans le but de diminuer la gravité des accidens qui peuvent être causés par leur épanchement, injecte ensuite de l'eau tiède, qui ressort presqu'en entier ; introduit le nouvel instrument qu'il vient d'inventer et qu'il appelle souleveur de la vessie ; sa forme ressemble exactement à un lithotribe à l'exception de la plus grande longueur de ses branches ; il le confie à M. Pasquier ; il fait après cela, à partir du pubis, qu'il a soin de bien reconnaître avec ses doigts, une incision de deux pouces et demi ; la peau et le tissu cellulaire divisés, il arrive sur l'aponévrose abdominale, qu'il perfore derrière le pubis avec son aponévrotome, qui remplace très avantageusement le histouri trois-quarts

---

Suivant M. Foville ce faisceau de l'ourlet procède de la partie antérieure du quadrilatère perforé, se dirige en avant, au-dessus de la circonvolution qui supporte le processus olfactif, se replie sur le genou antérieur du corps calleux, suit la face supérieure de ce corps, se recourbe en arrière avec lui, passe en dehors de la fente de Bichat, et vient, en formant un crochet, se terminer sur le quadrilatère perforé, en dedans de la scissure de Sylvius, dans la circonvolution la plus interne du lobule temporal. Ce remarquable faisceau forme ainsi la base d'une circonvolution annulaire comme lui, qui contourne le corps calleux dans son trajet, circonvolution que M. Foville appelle circonvolution de l'ourlet, parce qu'elle constitue le rebord ou la marge de la membrane de l'hémisphère.

De la sorte, Messieurs, quelque nombreuses et quelque variées que paraissent les circonvolutions du cerveau, elles forment deux classes bien distinctes ; les unes couronneraient le sommet des fibres ascendantes des pyramides antérieures, et seraient doublement en rapport avec la partie antérieure de la moelle et les racines antérieurs des nerfs rachidiens ; les autres placées sur le trajet des fibres postérieures du bulbe, seraient continuées non-seulement avec les racines postérieures des nerfs de la moelle, mais encore avec trois nerfs cérébraux, l'olfactif, l'optique et l'acoustique ; nerfs sur les fonctions desquels il ne peut s'élever aucune contestation sérieuse, ainsi que M. Foville le fait justement observer ; en outre, suivant M. Foville, les circonvolutions pyramidales occuperaient le centre de la partie externe et convexe des hémisphères, tandis que toutes celles qui ont pour base le faisceau fibreux de l'ourlet et ses embranchemens tout-à-fait excentriques, formeraient la face plane des lobes cérébraux, la partie la plus inférieure du lobule temporal, et ce groupe remarquable que renferme la scissure de Sylvius, et qui porte le nom d'*insula*.

Quoi qu'il en soit, M. Foville n'a pas seulement cherché à établir que les deux principaux faisceaux de la moelle ont dans le cerveau des départemens distincts ; il nous a montré en outre que les corps calleux et les autres commissures plus petites sont des dépendances des fibres postérieures du bulbe, tandis que les communications médianes sont entièrement étrangères aux parties qui sont placées sur le trajet des fibres pyramidales du pédoncule. Cette circonstance, messieurs, est bien importante, car elle permet de concevoir des faits dont la loi jusqu'ici nous avait échappé, et qui se reproduit tous les jours dans la pratique ; savoir : que les lésions de la sensibilité dans les hémiplégies sont beaucoup moins complètes que les lésions de la motilité. En effet, par suite de la réunion médiane des parties affectées aux fonctions sensoriales, le nerf sensitif est toujours en rapport avec les deux côtés du cerveau, tandis qu'il en est tout autrement pour les nerfs moteurs qui émanent des régions auxquelles les commissures sont entièrement étrangères. M. Foville signale en outre une remarquable analogie de structure entre les fibres de deux ordres qui constituent le pédoncule, et les cordons également de deux ordres qui forment le système nerveux périphérique. Suivant lui, les fibres pédonculaires qui émanent de la partie postérieure du bulbe, semblables sous ce rapport aux nerfs que Charles Bell considère comme affectés aux fonctions sensoriales, présenteraient sur leur trajet des renflemens grisâtres, véritables ganglions avec lesquels elles se confondraient et desquels elles recevraient une multitude de fibres nouvelles, tandis que les fibres pyramidales, ainsi que les nerfs moteurs, n'offriraient rien de semblable.

Après ces considérations si nouvelles et si pleines d'intérêt, M. Foville présente, sous forme de corollaires, les propositions suivantes que nous ne pouvons mieux faire que de livrer aux méditations de l'Académie. Toutes les parties fibreuses du cerveau sont simplement conductrices. Les unes, continues à la face interne des circonvolutions d'une part, et aux pyramides de l'autre, sont destinées à transmettre l'influence qui détermine les mouvemens volontaires. Les autres, intermédiaires aux parties postérieures de la moelle et à la circonférence des hémisphères, transmettent au cerveau les impressions relatives aux phénomènes divers de sensibilité.

La substance corticale des circonvolutions paraît être le substratum matériel, par l'intermédiaire duquel la volonté dirige les mouvemens. Les lésions de cette substance sont celles que signalent depuis vingt ans comme les plus fréquentes, les médecins, assez nombreux aujourd'hui, qui croient trouver dans le cerveau des aliénés des altérations en rapport avec les symptômes caractéristiques des affections mentales. L'atrophie des circonvolutions, si fréquente dans la démence, résulte certainement de l'abolition des fonctions de l'écorce grise de ces parties ; l'amoindrissement de la substance blanche dans ces cas survient de la même manière que l'atrophie des nerfs optiques chez les aveugles.

Telle est, Messieurs, la première partie du travail dont nous étions chargés de vous rendre compte. Nous aurions fini sur ce point si, quelque temps avant la lecture de M. Foville, un de vos honorables collègues, M. le professeur Gerdy, n'avait publié sur le même sujet, dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales un mémoire dans lequel se rencontrent des vues qui ne laissent pas que d'avoir certains rapports avec celles que nous avons précédemment analysées. Vous comprenez dès lors qu'il importe dans l'intérêt de la vérité, et pour vous mettre à même de porter votre jugement avec une parfaite connaissance des choses, que nous vous donnions un aperçu rapide des analogies et des différences que présentent les travaux de ces deux anatomistes. MM. Gerdy et Foville ont également reconnu, chacun de leur côté, la disposition annulaire des parties du cerveau qui couronnent la partie supérieure des pédoncules, et tous les deux décrivent comme formant des cercles distincts : 1° la circonvolution marginale de l'hémisphère qui suit le contour du corps calleux ; 2° les deux filets longitudinaux de celui-ci ; 3° la voûte à trois piliers et le corps frangé ; 4° la couche optique ; 5° le corps strié ; 6° enfin le *tœnia* semi-circulaire. Mais d'une part M. Gerdy compte encore parmi les cercles qu'il admet le corps calleux et la toile choroïdienne, que M. Foville considère comme d'une nature différente ; et d'un autre côté, ce dernier comprend parmi les cercles médullaires un *tœnia* particulier que ne mentionne pas M. Gerdy, tænia analogue à la bandelette semi-circulaire, et placé en dehors du corps strié, à son point de jonction avec l'hémisphère. Par conséquent, s'il est bien certain que M. le professeur Gerdy a sur M. Foville l'antériorité sous le rapport de la connaissance de ce fait, que certaines parties de l'encéphale ont une disposition annulaire autour de ces pédoncules, il n'est pas moins bien établi que ces deux anatomistes ne se trouvent pas entièrement d'accord dans les déterminations particulières : le premier rangeant parmi les cercles du cerveau des parties auxquelles le second ne reconnaît pas ce caractère, et réciproquement celui-ci faisant entrer dans sa classification des parties que celui-là en écarte avec le plus grand soin.

Une considération qui caractérise plus nettement que nous n'avons pu le faire jusqu'ici les travaux de MM. Gerdy et Foville, c'est que le premier s'est particulièrement attaché à l'étude de cette remarquable disposition annulaire que nous avons signalée; tandis que le second, sans négliger cette donnée, insiste surtout sur ces faits que tous les cercles qu'il décrit ont une base fibreuse, que les fibres se terminent par leurs extrémités opposées dans la partie postérieure de la moelle et du pédoncule, et qu'ainsi tous se trouvent en relation de continuité avec ceux des nerfs que la plupart des anatomistes considèrent aujourd'hui

de frère Côme. A l'aide de cette modification il est très difficile de léser le péritoine ; cela fait, il glisse dans la cannelure de ce petit instrument très ingénieux, creusée sur la face postérieure tournée vers l'ombilic, un bistouri lenticulaire tranchant sur sa concavité ; il retire ensuite son aponévrotome, auquel il substitue le doigt indicateur de la main gauche, qui lui sert de guide pour achever d'un seul coup la section de l'aponévrose et décoller le péritoine si besoin est. Parvenu sur la vessie, il s'empare du souleveur de cet organe, le fait saillir vers son sommet en écartant ses branches, et dans leur intervalle plonge la pointe d'un bistouri ordinaire ; l'opération s'achève comme de coutume.

Nous ne terminerons pas tout ce qui regarde le manuel opératoire sans appeler l'attention des praticiens sur une particularité qui s'est offerte ici, et qui a exigé une manœuvre spéciale. Le malade, par suite des souffrances qu'il endurait, contractait tellement ses parois abdominales, ainsi que sa vessie, que M. Leroy d'Etiolles éprouvait d'assez grandes difficultés pour extraire la pierre qui était à moitié sortie. C'est alors que, portant le doigt indicateur de la main droite sur un des bords de la vessie s'appliquant hermétiquement sur le corps étranger, nous décoiffâmes, pendant que l'opérateur tirait dessus, le calcul, qui s'échappa de suite comme un marron de sa coque. Une sonde fut placée à demeure et le malade reporté dans son lit.

La pierre est ovoïde, et ressemble parfaitement à un gros caillou de rivière. Elle est recouverte d'une couche blanchâtre (phosphate de chaux) de nouvelle formation, qui coïncide ordinairement avec un état catarrhal de la muqueuse vésicale. Sciée suivant sa longueur, elle présente des couches excentriques rouges, très denses, formées par l'acide urique ; la partie centrale offre une cristallisation amorphe, une espèce de réseau très friable que M. Leroy-d'Etiolles a eu rarement l'occasion d'observer, et qui est composée de sels à base de chaux et d'ammoniaque. Son poids est de 75 grammes (2 onces 3 gros).

Le 3 mars, M. D. a passé une nuit fort agitée ; il existe de la réaction fébrile, le pouls donne 90 pulsations par minute, la peau est le siége d'une transpiration abondante ; du reste, aucun accident du côté de l'appareil urinaire ; la vessie se vide très bien par la sonde ; pas d'écoulement sanguin. Le malade, qui n'a jamais pu garder la diète, et dont l'estomac ne jouit pas de toute la plénitude de ses fonctions, insiste pour que des alimens lui soient accordés. Vaincus par ses supplications, nous lui donnons, dans le courant de la journée, deux légers potages féculens.

Le 4 mars, la circulation est la même ; des éructations ressemblant au hoquet, un peu de tympanite, quelques douleurs augmentant par la pression et s'irradiant autour de la plaie, viennent inquiéter un instant M. Leroy d'Etiolles, qui prescrit sur le champ des frictions mercurielles. Dans la nuit, plusieurs selles diarrhéiques ont lieu. Ce nouveau symptôme, loin de nous effrayer, est pour nous d'un augure favorable, à cause de la dérivation établie sur le tube digestif. En effet, dans la journée, le pouls revient pour ainsi dire à l'état normal ; l'hypogastre a perdu de sa sensibilité. A la levée du premier appareil, la plaie se montre exempte de toute complication.

Le 5 mars, la fièvre a eessé ; le malade cependant accuse de la douleur dans le solution de continuité, à travers laquelle les urines s'échappent en assez grande quantité. Ce phénomène ne nous inspire pas d'inquiétude, car il est probable que des adhérences se sont déjà établies et s'opposent à une infiltration urineuse. A cette époque, le point essentiel est que les urines ne s'échappent pas par la plaie les deux premiers jours, pour les raisons que nous venons ds signaler. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire de visiter souvent la sonde, afin de la repousser lorsque les yeux viennent se placer dans le col de la vessie. Sans cette précaution, le liquide urinaire ne pouvant pas sortir par le canal, trouve une issue plus facile par l'hypogastre.

Le 6, 7 et 8 mars, tout va bien ; les urines s'écoulent par l'algalie, que nous avons soin de déboucher de temps en temps à l'aide d'une petite injection, ainsi que par la plaie.

Le 9 mars, le malade n'ayant pas été à la selle depuis trois jours, nous donnons une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 10 mars. A dater de ce jour jusqu'au 14, la solution de continuité est vermeille, le fond se couvre de bourgeons charnus, et les urines reprennent leur cours naturel ; M. D. va admirablement sous tous les rapports ; il prend des alimens. Le 15 mars, on enlève la sonde devenue inutile, d'autant plus qu'elle détermine des douleurs assez vives.

Le 30 mars, l'hypogastre est tout-à-fait cicatrisé ; le malade n'urine que trois ou quatre fois dans la journée ; et dans la dernière quinzaine d'avril, il quitte la Maison de médecine opératoire, heureux d'aller reprendre ses fonctions.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Séance d'ouverture.

Messieurs,

Le cours de clinique pour l'année 18 (0 est commencé ; nous avons cru devoir vous prévenir que la première de nos leçons serait consacrée à l'exposition des principes et des progrès de la clinique ou de la médecine *exacte*. (Je dis de la clinique ou de la médecine, car qu'est-ce que la médecine, sinon la clinique elle-même exposée dans un ordre méthodique?) Nous avons, dis-je, voulu vous prévenir qu'il s'agirait ici de *médecine exacte*, afin que nul ne pût être surpris de ce que nous pourrions dire. Il y a des personnes qui s'offensent de cette expression que nous appliquons à la médecine ; croyez-le bien, nous en aurions pris une autre, si une autre nous eût semblé pouvoir expliquer mieux la forme que la médecine a prise depuis quelques années. Nous allons donc exposer aujourd'hui les principes de ce que nous entendons par clinique exacte.

Et d'abord, et avant tout, Messieurs, déclarons que, loin de renier les travaux des siècles passés et de répudier les œuvres des médecins qui ont eu la gloire de représenter la science que nous cultivons aux différentes ères qu'elle a parcourues, la médecine exacte proclame hautement qu'elle n'est et ne peut être que la continuation, *sous une forme nouvelle*, de la médecine de nos prédécesseurs. La médecine, comme toutes les sciences, s'est perfectionnée en traversant les âges, et elle a pris dans ces derniers temps une forme plus précise que toutes celles qu'elle avait revêtues jusqu'à présent. Saluons donc, Messieurs, et glorifions ensemble les noms de tous ceux qui jusqu'ici ont bien mérité de la médecine. Mais ferons-nous remonter notre coup d'œil historique jusqu'à Hippocrate et Galien? Non, Messieurs, assez d'autres font fumer aujourd'hui l'encens en leur honneur pour que nous puissions nous dispenser de leur panégyrique ; et d'ailleurs, nous ne pouvons pas plus chercher dans ces auteurs la médecine exacte, que nous ne pouvons chercher la physique ou la chimie positives dans Démocrite ou dans Aristote. Pour ne parler en ce moment que des plus modernes, et les choisissant entre ceux que notre pays a l'honneur d'avoir vu naître, saluons et glorifions les grands noms de Bichat ! de Bichat, ce fondateur d'une anatomie nouvelle qu'il appliqua à la physiologie et à la médecine ; de Pinel, qui le premier tenta de ramener l'ordre dans le chaos nosologique, et d'imprimer à la médecine la direction suivie dans les sciences naturelles ; de Pinel, qui ne fit pas assurément un chef-d'œuvre de nosologie, parce que l'on ne pouvait pas faire un chef-d'œuvre à cette époque, mais qui fit mieux que tous ses devanciers.

Glorifions le nom de Corvisart, ce père de la clinique française, ce propagateur, j'ai presque dit ce second inventeur de la percussion, de l'*inventum novum* d'Avenbrugger ; de Corvisart, qui, dans le discours préliminaire de l'Essai sur les maladies du cœur, insiste sur l'importance de l'application à la médecine de la physiologie, non de cette physiologie qui ne vit que de chimères, mais de la physiologie positive, de la physiologie expérimentale ; de Corvisart, qui, sous ce rapport, fut le précurseur du vrai fondateur de la médecine physiologique. Honneur encore au nom de Laënnec, qui, de concert avec Dupuytren, l'éternelle gloire et le prince de la chirurgie française, donna une constituton scientifique à l'anatomie pathologique, posa les bases d'un édifice pour la construction duquel Morgagni avait déjà réuni de si nombreux matériaux ; de Laënnec qui, par une inspiration, j'oserai presque dire divine, nous dota d'un nouveau sens par son immortelle découverte de l'auscultation médiate, et nous révéla comme un nouveau monde séméïologique.

Salut enfin, et trois fois salut au grand nom du fondateur réel de la médecine physiologique, à celui dont la mâle et vigoureuse main renversa jusque dans ses fondemens l'ancien régime médical et s'efforça de lui en substituer un nouveau ; à celui dont le génie hardi dissipa d'un seul souffle le fantôme des fièvres essentielles ! Salut à l'auteur des Phlegmasies chroniques, de l'Examen des doctrines, au promoteur de cette révolution de 1816, qui fut. il est permis de le dire, le 89 de la médecine ; à Broussais, cet homme puissant qui, par trente ans d'une vie consacrée tout entière à la sainte cause du progrès, a si bien mérité la statue qui va s'élever en son honneur !

Depuis tous ces grands hommes, le diagnostic, l'anatomie pathologique, etc., ont pris un essor inattendu. Mais il ne suffit pas aux générations nouvelles de bénir et de sanctifier en quelque sorte les réformateurs et les inventeurs des générations qui les ont précédées, et de faire leur oraison funèbre. Il faut aussi qu'elles se mettent à l'œuvre pour leur propre compte ; c'est là leur mission principale : elles doivent faire en sorte que les générations à venir disent d'elles, ce qu'elles ont dit elles-mêmes des générations passées.

Il s'agit maintenant de savoir, Messieurs, si après les immenses progrès que lui avaient fait faire les illustres auteurs dont je viens de vous parler, la science était arrivée à sa forme et à sa constitution définitive. Or, jusqu'à présent elle ne s'était pas constituée en médecine exacte, et elle n'avait pas suffisamment appliqué à son étude les méthodes employées par les sciences exactes.

Qu'est-ce donc, Messieurs, que cette ère nouvelle de la médecine qui vient de luire pour la génération présente? Permettez-moi de vous présenter quelques développemens à cet égard, de vous donner une idée générale de cette science ainsi considérée, après quoi nous vous parlerons de

---

comme affectés aux fonctions sensoriales. D'ailleurs la description des anneaux médullaires qui embrassent les pédoncules du cerveau ne constitue qu'une partie du mémoire de M. Foville ; cet anatomiste y démontre en outre, comme nous l'avons dit précédemment, que les commissures appartiennent au même système de fibres que les cercles, c'est-à-dire à celles qui émanent de la partie postérieure du bulbe, et, ce qui est plus important encore, il établit que certaines circonvolutions sont exclusivement en rapport de continuité avec les pyramides, tandis que d'autres sont le point spécial de terminaison des fibres auxquelles appartient les cercles et les commissures.

Dans la seconde partie de son travail, M. Foville appelle votre attention sur quelques particularités de la boîte osseuse encéphalique, et surtout sur les rapports de sa forme avec celle de l'important organe qu'elle renferme. Voici d'ailleurs les résultats il est arrivé :

Si l'on divise transversalement les deux bosses frontales par un trait perpendiculaire à leur surface, et que l'on poursuive cette division à quelque profondeur, on ouvre d'une part les ventricules latéraux à la hauteur de leur extrémité ou corne antérieure, et l'on arrive d'autre part sur le genou du corps calleux ; celles-là répondant exactement à ces bosses, et celui-ci se trouvant en rapport avec leur intervalle. Si l'on divise de la même manière les deux bosses occipitales supérieures, on parvient à l'extrémité ou corne postérieure des ventricules.

La section perpendiculaire des deux bosses pariétales conduit directement sur la partie postérieure du corps calleux, c'est-à-dire sur la région la plus spacieuse et la plus saillante en dehors des ventricules, celle qui représente, en quelque sorte, le confluent des étages supérieurs et inférieurs de ces cavités.

Enfin, si l'on traverse la portion écailleuse du temporal, au niveau de la bosse oblique en bas et en avant qu'elle présente, on ouvre le fond de la région temporale du ventricule correspondant, tandis qu'on pénètre dans la scissure de Sylvius si l'on agit au contraire dans la direction de la dépression placée au-devant de la bosse précédente.

De la sorte, suivant M. Foville, les ventricules impriment leurs contours sur les parois de la boîte encephalique, et modifient d'autant plus sûrement la forme générale de cette cavité, que rien dans le développement des parties superficielles du cerveau n'explique les bosses constantes que présente cette boîte. La comparaison approfondie de la forme de ces bosses et des parties corespondantes des ventricules, ne laisse aucune place au doute sous ce rapport ; en effet, les bosses frontales sont rondes ou ovales comme la corne antérieure des ventricules ; les bosses occipitales, mais surtout les fosses qui leur correspondent à l'intérieur, sont un peu plus aiguës, ainsi que la partie postérieure des ventricules ; les bosses temporales sont obliques comme la région temporale des ventricules ; enfin la convexité de la région sincipitale est parfaitement en rapport avec la voussure de la face supérieure du corps calleux.

Du reste, cette influence des sacs ventriculaires du cerveau sur les parois du crâne, que M. Foville signale avec un si grand soin, avec une si rigoureuse exactitude, ne l'empêche pas de reconnaître la part qu'ont les circonvolutions des hémisphères dans la modification de la boîte encéphalique ; seulement il n'attribue à celles-ci qu'une importance secondaire sous ce rapport.

L'observation démontre, en effet, que, dans les cas où les circonvolutions sont très grosses, le crâne conservant toujours la forme générale que lui impriment les ventricules, se renfle dans les régions intermédiaires, de telle sorte que ses bosses restent peu prononcées ; tandis que, au contraire, sur les sujets chez lesquels les circonvolutions n'ont qu'un médiocre développement, les bosses frontales, pariétales et occipitales sont très apparentes. Dans le premier cas, pour employer les expressions caractéristiques de M. Foville, la forme du crâne est plus cérébrale que ventriculaire, tandis qu'elle est plus ventriculaire que cérébrale dans le second.

Dans l'hydrocéphalie chronique, par exemple, dans laquelle les ventricules agrandis et distendus par une abondante sérosité, exercent sur les parois crâniennes une influence incomparablement supérieure à celle des circonvolutions hémisphériques, rudimentaires et presque atrophiées, les bosses frontales, pariétales et occipitales supérieures sont extrêmement prononcées, et le crâne offre le plus haut degré possible de la forme ventriculaire.

Vous le voyez, Messieurs, le travail de M. Foville doit, sous plus d'un rapport, exciter l'intérêt de l'académie. Il établit aussi clairement que possible le mode des connexions du cerveau avec la moelle épinière, connexions sans la détermination desquelles il est impossible de comprendre l'influence fonctionnelle réciproque de ces deux grands centres nerveux ; il montre que les racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens ont des départemens distincts dans l'encéphale ; il donne une appréciation beaucoup plus exacte qu'on ne l'avait fait jusqu'ici des rapports du crâne avec le cerveau, et il s'élève contre la trop grande généralisation de cette proposition, que « toute saillie ou dépression extérieure du crâne est nécessairement la fidèle traduction du développement des circonvolutions correspondantes du cerveau.

De tels résultats, Messieurs, marquent un progrès considérable dans l'histoire anatomique du système nerveux, et le travail dont ils sont la déduction est une de ces œuvres précieuses sur lesquelles, osons le dire, l'Académie n'a que rarement occasion de porter un jugement.

En conséquence, nous proposons à l'Académie de remercier hautement M. le docteur Foville de son importante communication, et d'ordonner l'insertion de son travail dans ses mémoires.

— Le Concours ouvert au Val-de-Grâce pour la réception des candidats au grade de sous-aide auxiliaire, dans l'armée expéditionnaire d'Afrique, s'est terminé hier. M. Gama, président de la commission du jury, a proclamé l'admission de quarante-sept candidats sur soixante-dix admis au concours. Le nombre de quarante-sept, évidemment insuffisant aux besoins de l'armée, sera augmenté par l'admission laissée au choix du ministre de la guerre de ceux qui ont obtenu le plus grand nombre de points, et qui n'ont pas atteint le chiffre de 900, exigé pour être reçu. La destination des élus sera immédiatement fixée, et leur départ aura lieu vers la fin du mois d'avril.

Voici les noms qui ont été proclamés : MM. Thirard, Pasquier, Bachelier, Testelin, Despréaux, Sintra, Bernier, Courcelle, Massuré, Meynard, Levasseur, Lefèvre, Soyez, Barbanchon, Ménard, Ténière, Lestourgie, Mathieu, Danelincourt, Lafont, Pierre, Germain, Vavasseur, Baudois, Mayère, Prévost, Otto, Bertrand Gabriel, Lebas, Richepain, Mastau, Capelle, Chauvin, Thiédedal, Chevrau, Prouver, Géreau, Marliac, Chauvin Hippolyte, Follens, Dufrène, Rougier, Moulinié, Line, Riquet et Maturié.

Les juges du concours étaient : MM. Gama, président, de Chambray, Soudan, Thiriaux et Casimir Broussais.

— M. Gendrin, médecin de l'hôpital de la Pitié, continuera sa clinique à cet hôpital à *six heures et demie du matin*, à partir du jeudi 23 avril. Les leçons spéciales sur les maladies du cœur seront reprises le jeudi 30 avril, et continuées tous les jeudis.

ses actes ou de ses œuvres.

Il faut considérer la médecine sous le point de vue de ses méthodes d'observation et de ses méthodes philosophiques. C'est, en effet, par les méthodes qu'elle emploie que l'on juge le véritable caractère d'une science.

Méthodes expérimentales. La médecine exacte n'a pas inventé une nouvelle méthode d'observation, pas plus que la chimie moderne n'a inventé de nouvelles méthodes. Ce sont toujours au fond les mêmes; mais, avec le temps, ces méthodes se multiplient, se perfectionnent tellement, qu'il arrive une époque qui peut être considérée comme une ère nouvelle. Sous le rapport même de la méthode expérimentale ou des divers modes d'exploration dont la médecine invoque les lumières, quelle différence entre la médecine d'aujourd'hui et la médecine, je ne dirai pas d'il y a un siècle, mais d'il y a trente ans. Alors, comme aujourd'hui, employait-on en grand ces méthodes précises empruntées aux sciences connues sous le nom de sciences exactes? L'inspection, la mensuration, la numération, la percussion, l'auscultation, le thermomètre, le microscope, les réactifs de la chimie, ou n'étaient pas encore appliqués à la médecine ou ne l'étaient qu'incomplètement. Cette application des méthodes exactes d'observation et d'expérimentation fera de nouveaux progrès. Quoi qu'il en soit, déjà la médecine est donc devenue véritablement une science exacte. Désormais elle ne subira plus de nouvelles transformations fondamentales; elle expérimentera seulement sur la découverte des faits nouveaux, de nouvelles lois. La médecine est donc en quelque sorte arrivée à un état de complet développement, à son état adulte. Elle a revêtu sa robe virile.

Méthodes logiques. Il y a des personnes qui s'imaginent que la médecine exacte, comme aussi la médecine dite organique, la médecine physiologique, ne tient pas compte de la partie philosophique. C'est une grande erreur, Messieurs; mais elle veut qu'on ne procède aux opérations théoriques, philosophiques, qu'avec toutes les données et les précautions convenables; elle sait que les faits isolés ne constituent pas une science. Il faut les organiser en système méthodique; il faut généraliser, tirer des principes des faits particuliers. La médecine exacte n'ignore rien de tout cela; elle le proclame. Il lui faut des lois, des coordinations rationnelles; en un mot, elle en appelle à toutes les opérations intellectuelles, comme à toutes les méthodes d'observation usitées dans les sciences exactes. La médecine exacte, par exemple, ne néglige pas l'induction; tous les jours elle y a recours; elle reconnaît toute la valeur, toute la puissance de cet instrument philosophique; mais lorsqu'il s'agit de ces assertions qu'on appelle *à priori*, la médecine exacte recommande de ne les adopter définitivement qu'au moment où l'expérience en aura constaté la vérité et pour ainsi dire la légitimité. Newton devine, par une sublime et magnifique induction, la présence d'un corps combustible dans l'eau et dans le diamant; ce n'est pas tout, il reste à le prouver par expérience. Or, cette expérience, sanctionnant l'idée du génie de Newton, montre de l'hydrogène dans l'eau et trouve que le diamant est du carbone pur, corps vraiment combustible. Les vérités d'induction doivent donc recevoir le baptême, la confirmation de l'expérience; c'est là, pour ainsi dire, leur sacrement.

Ici se présente la question de la certitude des principes de la médecine, de ses lois, et de la manière dont on peut arriver à cette certitude; comment arriverez-vous donc à la certitude en médecine? par la voie de démonstration. Le temps n'est plus où l'on procédait par la voie d'autorité. Le *magister dixit* est un anachronisme. Il faut recourir aux faits par la démonstration des vérités nouvelles, et si cette démonstration n'est pas facile, il suffit de songer à l'immense complication des faits de la médecine pour en trouver la raison.

Dans une école, très respectable d'ailleurs, on a cru que l'observation des faits devait être abandonnée aux élèves; on a dit que les grands hommes qui ont illustré la science ne sont pas arrivés aux admirables résultats qu'ils ont proclamés par la collection des observations. «Croyez-vous, dit cette école, que l'histoire des phlegmasies chroniques ait été faite d'après des observations particulières, et que le mérite de cet immortel ouvrage consiste dans la collection des faits, plutôt que dans les principes généraux qu'il renferme?». Ouvrez la préface de ce livre, Messieurs, et vous verrez l'auteur y déclarer qu'il doit tous les principes qu'il a posés à une observation plus exacte que celle de ses prédécesseurs. «Ce travail, ajoute-t-il, ne doit pas être confié à des élèves, parce que l'art d'observer est difficile... Il ne peut sortir que des mains d'un professeur de clinique d'une haute capacité, d'un zèle infatigable et assez dévoué à la science pour lui sacrifier des momens qui sont le plus souvent employés d'une manière toute différente par les praticiens d'une grande réputation.»

Il n'y a rien de plus difficile, en effet, que de recueillir *exactement* des faits; la construction de l'édifice est peut-être moins laborieuse que la collection d'observations complètes sous tous les rapports. Oui, la tâche la plus longue, la plus délicate, c'est cette collection des faits. La science en est encombrée, et donnez-vous la peine de les considérer, vous en trouvez une foule de contradictoires.

On trouve la raison de ces contradictions dans la foule des circonstances, des détails auxquels il faut faire une continuelle attention. Il faut être doué d'un esprit bien pénétrant pour ne laisser échapper aucune circonstance importante de l'observation que l'on recueille. Que savait-on jusqu'ici de positif, d'incontestable en médecine? rien ou presque rien. Tout était à peu près à recommencer. A mesure que nous avancerons dans nos leçons, nous vous ferons voir toutes les lacunes qui existent dans la science.

(*La suite au prochain numéro.*)

— Le concours pour la chaire d'opérations vacante par le décès de M. Richerand, s'ouvrira dans le mois de novembre prochain.

— On assure que M. Louis va rentrer à l'Hôtel-Dieu, d'où il avait été éloigné à cause des démolitions.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

— Nous sommes heureux de pouvoir démentir les bruits qui se sont répandus sur le prétendu tarissement ou refroidissement des sources thermales de Bourbonne-les-Bains.

Le médecin-inspecteur de ces eaux, M. le docteur Le Molt, nous informe qu'aucun changement ne s'est fait remarquer dans leurs produits ni dans leur température.

Jamais ces thermes, qui appartiennent à l'Etat et qui viennent de recevoir de bien importantes améliorations, n'ont joui de plus de prospérité et n'ont été l'objet de plus de sollicitude de la part du gouvernement.

Dictionnaire historique et géographique de la province de Bretagne, dédié à la nation bretonne, par M. Ogée, ingénieur-géographe de cette province. Nouvelle édition, augmentée de notes historiques, archéologiques et statistiques, présentant l'état actuel des départemens d'Ile-et-Vilaine, des Côtes-du-Nord, du Morbihan, du Finistère et de la Loire-Inférieure; par une société d'hommes de lettres, sous la direction de M. Varin, doyen de la Faculté des lettres de Rennes.

L'ouvrage formera deux volumes grand in-8°, à deux colonnes; il paraîtra par livraisons de cinq feuilles. Prix de chaque livraison: 2 fr. (La première est en vente.)

On souscrit à Rennes, chez Molliex, libraire-éditeur, et chez tous les libraires de Bretagne.

— M. Emile Chevé, d.-m.-p., commencera lundi, 20, l'étude du système nerveux à onze heures, dans son amphithéâtre, rue de la Harpe, n. 90. Mardi, à une heure, il commencera également l'étude de la pathalogie externe.

Un cours d'ostéologie a été commencé ces jours derniers, et se fait à quatre heures.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 21 AVRIL 1840. (13e ANNÉE.) N° 48, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger, 1 an, 5.

HOPITAL NECKER. — M. CIVIALE.

Service des calculeux. — Choix d'une méthode.

L'un des argumens dont on s'est servi pour mettre en doute les succès extraordinaires que M. Civiale obtient par l'emploi de sa méthode, c'est que cette manière d'opérer n'a point eu les mêmes avantages entre les mains d'autres praticiens. La différence n'est cependant pas difficile à expliquer. La pratique de M. Civiale présente effectivement certaines particularités qui exercent une grande influence sur les résultats auxquels il arrive. Nous ne voulons point parler de sa dextérité, de sa légèreté et de la précision de ses mouvemens dans la manœuvre, et de la facilité prodigieuse avec laquelle il opère; car, sous ce rapport, on ne peut guère songer à l'imiter, par la raison toute simple que personne n'aura autant d'occasions que lui d'appliquer la lithotritie et de s'identifier pour ainsi dire avec elle. Mais ce que nous devons signaler à l'attention, c'est le soin scrupuleux qu'il apporte soit, avant de prendre un parti, soit après que ses idées sont bien arrêtées, à l'examen des particularités qui se rattachen à chaque cas individuel Nous citerons en preuve les résumés qu'il a présentés, à sa dernière conférence, sur le choix d'une méthode pour opérer les calculeux.

Un jeune homme de quinze ans, faible de constitution et très peu développé, souffrait de la pierre depuis cinq ans; mais on n'avait tenu aucun compte de ses douleurs, en sorte que le calcul s'était élevé à un volume assez considérable; la vessie était racornie et frappée de catarrhe; la santé complètement dérangée; la maigreur excessive, et tout l'appareil urinaire atteint d'une irritation excessive.

Le repos, les bains, les lavemens calmans, les boissons abondantes et tous les moyens généralement usités pour combattre les accidens de la pierre, furent employés sans effet durable. Le malade conservait de fréquens besoins d'uriner; par momens, l'urine s'écoulait d'une manière continue; dans d'autres il fallait de grands efforts pour en chasser les dernières gouttes, et ces efforts s'exécutaient pour ainsi dire involontairement; car la recommandation avait été faite de ne pas s'y livrer; les contractions étaient si énergiques, qu'il en résultait souvent des états convulsifs. Il y avait diarrhée et fièvre continue. La physionomie portait l'empreinte de profondes angoisses; l'appétit était faible et le sommeil constamment agité.

Cet ensemble de phénomènes morbides parut à M. Civiale contr'indiquer l'emploi de sa méthode; du moins jugea-t-il la cystotomie préférable. Voici les raisons qu'il a données. La pierre étant volumineuse, autant qu'on peut en juger par un simple cathétérisme, elle exigera plusieurs séances pour être détruite par les procédés de lithotritie. Mais l'irritabilité excessive de l'urètre et du col vésical, la phlegmasie de la vessie et le raccornissement du viscère, rendront ces séances fort douloureuses; on sera obligé de les faire très courtes, et par conséquent de les multiplier. D'ailleurs, l'irritabilité de l'urètre doit faire craindre que les fragmens ne s'arrêtent dans le canal. Pour prévenir cet accident, il faudra réduire la pierre en poudre, autre circonstance qui prolongera encore la durée du traitement. La moindre exaspération qui pourra survenir par le fait de la manœuvre sera difficilement supportée par le malade, qui se trouve dans un état d'agacement extrême. En supposant même qu'on parvienne à rétablir le calme par l'emploi des moyens connus, et à force de précautions, le traitement n'en sera pas moins fort long, et la santé, qui est déjà si mauvaise, peut empirer au point de donner des inquiétudes. On a donc tout à craindre ici de l'application d'une méthode qui n'enlève pas sur le champ la cause des souffrances.

En conséquence, M. Civiale s'abstint même de faire un simple essai de lithotritie. Le malade lui paraissait être d'ailleurs dans des conditions favorables au succès de la cystotomie. On sait, en effet, que cette opération réussit généralement chez les jeunes sujets. La maigreur extrême du malade devait rendre l'opération facile et prompte, d'autant plus que la pierre, volumineuse pour la lithotritie, était petite pour la taille; en sorte que l'extraction pouvait être faite sans efforts et sans distension de la plaie. On avait donc tout à redouter, dans cette circonstance, des accidens qui viennent trop souvent compliquer les manœuvres de la lithotritie, dont ils diminue les chances de succès.

On avait déjà remarqué, et M. Civiale a eu plusieurs fois occasion de l'observer, que la taille réussit très bien chez des malades qui ont beaucoup et long-temps souffert de la pierre. Ce qu'il importe surtout alors, c'est de rechercher si les reins ne sont pas malades, et si ces organes ne sont pas, plutôt que la vessie, le point de départ des désordres qu'on observe dans la santé générale.

« A la vérité, il s'agit ici d'une question fort difficile à résoudre, dit M. Civiale, comme le prouvent les faits nombreux que j'ai publiés, soit dans le *Parallèle*, soit dans le *Traité de l'affection calculeuse*. Pour ce qui concerne notre petit malade, j'ai tout lieu de croire que les accidens proviennent de la vessie. En effet, l'urine est muqueuse, mais non purulente. Lorsque les douleurs de la pierre sont moins vives, la fièvre, l'agitation et le malaise diminuent; le calme se rétablit et l'appétit renaît. C'est une remarque que j'ai faite plus d'une fois depuis le séjour du malade à l'hôpital. Quand, au contraire, les contractions de la vessie sont fortes, énergiques et rapprochées, les symptômes généraux augmentent et la diarrhée survient. Tout porte donc à croire qu'en enlevant la pierre, ces accidens cesseront, puisqu'ils résultent évidemment de l'irritation produite par ce corps au col de la vessie, et des efforts irrésistibles auxquels le malheureux malade se laisse aller jour et nuit. »

M. Civiale rappelle qu'il a opéré un assez grand nombre de calculeux dans des conditions analogues, et que les résultats ont dépassé de beaucoup ce qu'il croyait d'abord pouvoir espérer. Ces résultats contrastent d'une manière frappante avec ceux qu'on obtient chez des hommes forts, replets, dont la constitution paraît avoir souffert à peine de la présence de la pierre, et qui n'ont ni fièvre, ni dérangement aucun dans les autres fonctions; ceux-là supportent difficilement une secousse violente et un ébranlement semblable à celui que détermine la cystotomie.

Chez eux, il ne faut recourir à la taille qu'à la dernière extrémité; car elle ne permet pas, comme la lithotritie, de proportionner la secousse à la résistance présente du malade. L'opération une fois commencé, il faut la terminer. Aussi n'est-il pas rare de voir succomber, même en peu de jours, ceux de ces calculeux qui paraissent être dans les conditions les plus favorables.

Quelles peuvent être les causes de ces différences? D'abord, chez les sujets replets, la route qu'on se fraye pour parvenir dans la vessie a beaucoup plus d'étendue et de profondeur que chez les personnes maigres. Les tissus qu'on a divisés sont mous et se laissent aisément pénétrer par l'urine. Mais la cause principale paraît tenir au mode d'existence habituelle du malade. Nous venons de voir que ces calculeux souffrent, de loin en loin, seulement en finissant d'uriner ou par le fait de la marche et de l'exercice. Les organes urinaires se rapprochent plus ou moins de ce qu'ils sont dans l'état normal. Ce n'est qu'accidentellement qu'il survient une exaspération de la sensibilité, quelques indices de phlegmasie ou un peu d'exhalation sanguine, et non seulement ces états maladifs ont peu de gravité, mais encore ils durent peu, et, au bout de quelques instans, le malade se trouve pour ainsi dire dans les conditions normales. C'est donc d'une manière subite que l'opération de la taille les jette dans une perturbation violente et profonde, qui les fait passer sans transition des habitudes ordinaires de la vie à une maladie fort grave. Tantôt alors l'ébranlement est si considérable, que l'équilibre ne peut se rétablir; tantôt, au contraire, la réaction qui survient est si forte qu'elle entraîne la perte du malade: ce résultat est d'autant plus à craindre que les ressources de l'art sont très limitées.

Dans ce rapprochement, qui n'est qu'un précis des détails consignés dans son *Parallèle*, M. Civiale a fait allusion au jeune calculeux dont nous venons de parler, ainsi qu'à un autre chez lequel il a commencé l'opération par la lithotritie, et dont nous ferons connaître l'observation.

*****

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. H. LARREY.

Tumeur blanche du genou; complications graves; amputation de la cuisse. Observation recueillie par MM. Cicard et Fauraytier, externes.

M. H. Larrey, agrégé en exercice, suppléant M. le professeur Cloquet, vient de pratiquer, à l'Hôpital de la Faculté, une amputation de cuisse qui, malgré son résultat funeste, nous a paru digne d'intérêt, par la gravité de l'affection, les désordres de l'articulation du genou, et par la manière rapide et brillante dont a été conduit le manuel opératoire, dans lequel nous avons remarqué une modification heureuse. Voici le fait:

Maingeon, âgé de cinquante ans, occupé depuis longtemps dans une fabrique de sucre, était d'une constitution naturellement faible, mais qu'avaient encore altérée l'affection du genou, des douleurs rhumatismales très anciennes et une pleurésie récente qui a laissé du côté droit de la poitrine un épanchement facile à constater par la percussion.

Il y a seize ans, un corps assez pesant tomba sur la jambe gauche et la fractura sans produire de commotion dans l'articulation fémoro-tibiale. Mais deux ans plus tard le malade ressentit, à la suite d'un effort violent, un craquement dans le genou gauche, qui devint douloureux et gonflé.

Maingeon continua ses travaux fatigans, se contentant d'appliquer sur le genou un bandage contentif et des vésicatoires volans. Il vécut ainsi pendant trois ans, insoucieux de sa terrible maladie, dont la forme insidieuse était bien faite, il est vrai, pour l'abuser. A cette époque, comme le gonflement persistait, Maingeon se décida, plutôt par les sollicitations de ses parens que par les effets de la douleur, à entrer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren, où il subit l'application de cinq moxas. Après quatre mois de séjour à l'hôpital, Maingeon sortit, parfaitement guéri en apparence. Bientôt après le genou se gonfla de nouveau et progressivement; la tuméfaction, parvenue à un certain point, resta stationnaire pendant huit ans sans occasionner de douleur, sans empêcher le malade de se livrer à ses fatigues habituelles. Au bout de ces huit années, le genou devint tout à coup plus gros et plus volumineux; cependant la marche était encore possible à l'aide de béquilles. Cette crise ne dura que quinze jours environ; après ce court laps de temps le malade abandonna ses béquilles pour reprendre sa vie accoutumée; mais le genou restait toujours gonflé.

Deux ans s'écoulèrent sans aucun accident notable, seulement parfois le malade sentait dans l'articulation fémoro-tibiale un léger craquement qui s'observait plus particulièrement lorsque la marche succédait au repos. Maingeon vivait ainsi lorsque, il y a environ deux mois, il fut atteint d'une pleurésie, à la suite de laquelle le genou se tuméfia avec une effrayante rapidité.

A l'entrée du malade à l'hôpital, le genou était du volume de la tête d'un adulte et présentait une peau lisse, rénitente, amincie, avec une fluctuation manifeste; la rotule paraissait un peu hypertrophiée et déjetée en dehors; une saillie anormale et mobile se dessinait au côté interne de la tubérosité du tibia et formait un relief sensible, de consistance osseuse, soulevé par une matière liquide qui décolait la peau dans une grande étendue. On sentait sur divers points de la région tuméfiée des nodosités qui paraissaient être des petits corps étrangers flottans dans l'articulation. L'œdème de la jambe et de la cuisse était considérable, envahissait le scrotum, un peu la paroi abdominale inférieure, et même l'autre cuisse. La nature de la tumeur ne pouvait être l'objet d'aucun doute; son développement, son siége, son aspect, son indolence, sa fluctuation, tout disait que c'était une tumeur blanche dégénérée; mais que renfermait l'intérieur de l'articulation? à quoi pouvait-on attribuer cette grosse saillie mobile placée du côté de la tubérosité du tibia? Quelle était la nature du liquide qui distendait la peau? Quel était l'état des cartilages et des surfaces articulaires? Voilà autant de points qui excitaient un intérêt sérieux de curiosité et sur lesquels M. Cloquet lui-même, si habile dans le diagnostic, n'osait pas trop se prononcer. L'examen de la pièce pathologique répondra à toutes ces questions.

Quant à l'état général, il était peu satisfaisant. Le malade, affaibli par la pleurésie à laquelle il venait d'échapper, débilité par l'affection de l'articulation, épuisé par une diarrhée ancienne et déjà colliquative, réclamait néanmoins l'ablation de sa tumeur. Mais l'ancienneté de la lésion organique de l'articulation et surtout les complications locales autant que la réaction générale, l'insuffisance de toutes les ressources de l'art et la certitude d'une terminaison funeste et abandonnant la maladie à elle-même, constituaient autant de considérations graves à propos de l'amputation, et que M. Larrey appréciait avec toute la réserve d'un chirurgien plus vieux d'expérience. Aussi ne se décida-t-il à faire l'amputation qu'après avoir consulté M. le docteur Cloquet qui, appréciant lui-même cette position difficile, déclara cependant qu'il valait mieux agir que s'abstenir.

En conséquence, l'opération fut pratiquée par M. H. Larrey, avec l'aide de MM. les internes Maslieuvat et Pasquier. M. Cloquet voulut bien se charger de faire lui-même la compression de l'artère fémorale.

M. H. Larrey, placé au côté interne de la cuisse, procéda à l'amputation par la méthode circulaire en trois temps, ou plutôt, selon ses propres expressions, en trois couches, et en modifiant la tenue du couteau de la manière suivante; au lieu de le saisir d'amblée de la main droite pour contourner le membre selon le mode suivi par la plupart des chirurgiens, M. Larrey prend d'abord l'instrument de la main gauche, qui le présente à la droite, de telle sorte que celle-ci n'a plus qu'à agir directement sans s'écarter du membre, et sans nécessiter par conséquent ce grand mouvement circulaire disgracieux qui semble menacer, de la pointe du couteau les aides et l'opérateur lui-même. Cette modification (1) que M. Larrait appliquer à toutes les amputations circulaires dans la continuité, et à laquelle il n'attache pas du reste une grande importance, nous paraît cependant avantageuse par l'aisance d'exécution et par l'air moins menaçant qu'elle donne à l'opérateur.

(1) C'est au siégé d'Anvers que M. H. Larrey, comme chirurgien militaire, a, pour la première fois, mis en pratique cette modification.

L'amputation a été complétée sans autre circonstance notable, si ce n'est l'écoulement d'une grande quantité de sérosité, résultant de l'infiltration du membre. La section du fémur fut faite profondément dans le cône rentrant des muscles, et un assez grand nombre de ligatures furent appliquées. M. H. Larrey se dispensa de lier la veine fémorale, contrairement à ce qu'il a fait quelquefois d'après la pratique constante de son habile et illustre père (1).

M. H. Larrey rapprocha simplement les lèvres de la plaie sans les réunir fortement, et il les soutint en contact par quelques bandelettes agglutinatives; il appliqua ensuite, comme le fait toujours M. Cloquet, une bande circulaire à nu sur la cuisse et médiocrement serrée, afin de soutenir les chairs et prévenir leur rétraction sans comprimer les vaisseaux. La levée de l'appareil aurait été faite le plus tard possible, d'après les principes du baron Larrey, si une hémorrhagie n'avait exigé qu'il en fût autrement.

L'opéré, qui avait supporté l'amputation avec beaucoup de courage et sans avoir été sensiblement affaibli, se trouvait dans un état aussi satisfaisant que possible, lorsque le lendemain matin on découvrit à son insu, et sans indices symptomatiques d'hémorrhagie artérielle, l'appareil et le drap d'alaise traversés par du sang; des compresses d'eau froide furent appliquées provisoirement. M. H. Larrey, prévenu aussitôt, s'empressa de lever l'appareil, et constata que l'hémorrhagie était toute veineuse. Des caillots de sang mobiles furent enlevés, et ceux, qui étaient adhérens au fond de la plaie, furent laissés comme moyen obturateur à l'écoulement du sang; le tamponnement avec quelques boulettes de charpie, et la réapplication de l'appareil, suffirent pour arrêter définitivement l'hémorrhagie. L'état consécutif fut aggravé cependant par l'épuisement graduel des faibles forces du malade qui, sans accuser de douleur fixe au moignon ni dans aucune partie du corps, sans présenter d'accidens cérébraux ou autres, s'affaissa de plus en plus, et succomba d'épuisement le quatrième jour de l'amputation.

L'autopsie, faite 24 heures après la mort, présente les altérations suivantes.

Etat du genou. La peau et le tissu cellulaire forment une couche épaisse, lardacée, infiltrée; on voit les muscles décolorés et baignés de sérosité, des foyers purulens sous-cutanés, au pourtour de l'articulation, plus particulièrement sur les parties latérales du ligament rotulien. Celui-ci est ramolli et pultacé. L'articulation, ouverte par les lésions de ses enveloppes, laisse échapper de plusieurs points une énorme quantité de pus inodore assez consistant, de couleur verdâtre.

Les ligamens latéraux et postérieurs sont en partie détruits, en partie ramollis; des débris de synoviale existent au pourtour de l'articulation: ils sont épaissis et fongueux. Le corps du tibia est dénudé de son périoste sur sa face antérieure dans une étendue de quatre pouces; la tubérosité interne est détachée du reste de l'os; elle présente un volume considérable et beaucoup de densité de tissu; celle de ses surfaces qui était en rapport de frottement avec des parties osseuses a un aspect lisse et éburné. Cette tubérosité est de forme semi-lunaire, à concavité tournée en dehors et complète une cavité ovalaire existant sur l'extrémité supérieure et interne du tibia, cavité dans laquelle flottent, au milieu de ce pus, des fragmens osseux nécrosés de forme et de grosseur variables. Plusieurs autres fragmens analogues ont été trouvés libres dans différens points de l'articulation. C'était cette tubérosité ainsi détachée qui formait cette tumeur mobile et saillante à la face interne du genou et qu'on prenait pour un corps étranger.

La tubérosité externe est un peu hypertrophiée et privée, du reste, comme l'interne de ses cartilages. La tête du péroné également dénudée est rugueuse à sa partie postérieure. La rotule, dépourvue de son cartilage, a été conservé à peu près son volume.

Le corps du fémur est intact; les condyles ont leur volume normal; mais leurs surfaces dénudées et grisâtres sont criblées de cavités aéolaires, variables pour la forme et les dimensions, présentant un fond dur et éburné qui donne par le choc du stilet un son clair et sec.

Ces pièces pathologiques fort curieuses ont été présentées à la société anatomique.

Etat du moignon. Les lèvres de la plaie sont en rapport exact: en les écartant, on découvre une infiltration de sanie sanguinolente à la surface et dans l'intérieur du moignon, ainsi qu'une masse de caillots de sang veineux; un vaste foyer purulent s'étend dans l'épaisseur des muscles jusqu'au niveau de l'articulation coxo-fémorale qui, du reste, est parfaitement saine, ainsi que la portion conservée du fémur. L'artère est intacte avec sa ligature; la veine, examinée avec la plus grande attention, ne présente aucune trace d'inflammation, ni de pus dans sa cavité.

Etat des organes. Aucun des organes n'a offert d'indice d'infection purulente. Du côté droit de la poitrine, on a trouvé un épanchement pleurétique considérable à l'état purulent, diagnostiqué pendant la vie. La plèvre costale droite a des adhérences avec la paroi thoracique correspondante. Le tissu du poumon est ramolli, d'une couleur lie de vin, mais sans trace de tubercule. Le cœur est légèrement hypertrophié; la vésicule biliaire considérablement distendue par une grande quantité de bile jaune noirâtre. Le cerveau est intact, assez ferme. Point d'altération non plus dans les autres organes.

(1) M. le baron Larrey a fait constamment la ligature de la veine fémorale dans les innombrables amputations de cuisse qu'il a pratiquées, sans jamais avoir observé les accidens de phlébite qu'on serait en droit de redouter.

— Cette observation, déjà longue, pourrait soulever plusieurs questions importantes relatives aux tumeurs blanches du genou, aux lésions organiques qui peuvent les compliquer, ainsi qu'à l'opportunité de l'amputation de la cuisse, si nous n'avions déjà donné à ce fait clinique toute l'extension qui nous était permise.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Séance d'ouverture.

(Suite du n° précédent.)

Une maladie étant donnée, cette maladie variera suivant beaucoup de circonstances; c'est alors qu'il faudra distinguer et catégoriser les cas, opération presqu'entièrement négligée par tous les observateurs. Ce n'est pas tout; même sous le rapport de ce qu'on pourrait appeler le corps des maladies ou de l'anatomie pathologique, croyez-vous, Messieurs, que tout soit fait, et que la science ait dit son dernier mot? Combien il s'en faut qu'il en soit ainsi! L'anatomie pathologique exacte est presque tout entière à refaire. Jugez-en par celle d'un organe qui a été tant de fois et si long-temps étudié: le cœur. Que savait-on, il y a quelques années, sur le poids et le volume du cœur à l'état normal? Que savait-on sur les différens diamètres de ses orifices? sur l'épaisseur de ses parois? Et en prenant le cœur, je cite l'organe dont l'anatomie pathologique était la plus avancée.

Parlerons-nous de la nature des maladies? C'est une question que nous éviterons de soulever ici; mais si vous voulez que nous abordions ce sujet, dites-le, que savons-nous sur la nature des maladies? A-t-on appris quelque chose lorsque l'on a dit que certaines maladies sont sthéniques, d'autres asthéniques, etc.? Et comment s'y prendre pour reconnaître la nature d'une maladie? Il faut examiner attentivement en quoi les organes sont altérés, quelles sont les causes qui ont amené ces altérations. Il y a des maladies dont la nature est bien connue: elles sont physiques, mécaniques; celles qui portent le nom de lésions vitales se terminent elles-mêmes souvent par des désordres mécaniques qui peuvent entraîner la mort. Aussi n'est-ce point la lésion dynamique seulement, et *abstractivement*, mais aussi le résultat de cette lésion dynamique qu'il faut considérer. Si vous faites abstraction des lésions mécaniques, physiques, chimiques, la plus grande partie de la médecine restera toujours un mystère à vos yeux.

Mais laissons de côté ces considérations qui nous ont éloignés de notre sujet, et voyons le parti que l'on peut tirer d'une méthode qui a été l'objet de longues discussions; je veux parler de la méthode dite *numérique*; ou mieux du calcul appliqué à la médecine, de la *statistique médicale*. On s'est fait un monstre de la statistique, et cependant il n'y a rien au monde de plus simple. La statistique, c'est ce que tous les observateurs ont fait de tous les temps, mais vaguement jusqu'ici. Que disaient les vieux praticiens à leurs jeunes confrères? « J'ai plus d'expérience. J'ai vu plus que vous; j'ai observé plus de malades. » Ils se rappelaient, sans les compter expressément, un grand nombre de cas qu'ils avaient rencontrés, et dont ils avaient fait la base de leurs doctrines sur telle ou telle maladie. En raison de cette expérience, ils prétendaient avoir plus d'autorité que les jeunes gens qui entraient dans la carrière où ils avaient marché si long-temps. Qu'a-t-on fait de nos jours? On s'est borné à donner une précision toute nouvelle à cette méthode; mais on n'a jamais prétendu remplacer par la statistique l'induction philosophique (je ne parle ici que de la médecine exacte, et non d'une autre école qui, par je ne sais quelle raison, a déclaré la guerre à l'induction, comme si l'induction et la méthode numérique bien entendue étaient incompatibles).

S'agit-il de se prononcer sur la valeur d'un traitement donné, il faut évidemment recourir à l'expérience. Or, n'est-il pas plus utile, plus exact de *compter* les faits, que de dire vaguement: j'ai vu un *grand nombre* de faits, *beaucoup* de faits, un *certain nombre* de faits? Mais combien en avez-vous vus? Est-ce dix? vingt, cent? Mais ce n'est pas apparemment par la méthode numérique que l'on a l'idée et la conception d'une méthode ou d'une formule nouvelle. C'est l'esprit philosophique qui conçoit et cette formule et cette méthode. Cela fait, il a recours à l'expérience; il cherche si sa conception sera justifiée par elle. La méthode statistique n'est là que pour *préciser* l'expérience destinée à contrôler les conceptions de l'esprit. Cette méthode statistique, je ne crains pas de le dire, est d'une haute importance quand elle est bien appliquée. Le point le plus difficile c'est d'avoir des faits bien observés, bien posés et bien catégorisés pour établir une statistique. Ce qui a manqué jusqu'ici, c'est la base. On présentait des généralités qui, appliquées à une série de faits, n'étaient pas applicables à une autre catégorie. De là l'origine de tant d'interminables discussions.

Un auteur qui est considéré en quelque sorte en France comme l'inventeur de la méthode numérique, M. Louis, a fait des recherches statistiques sur les effets de la saignée dans l'érysipèle, la fièvre typhoïde, et il en a conclu que la saignée n'abrégeait pas bien notablement la durée de ces maladies, qu'elle ne diminuait pas sensiblement la mortalité.

Nos propres recherches prouvent le contraire. Où se trouve l'erreur? il est facile de le montrer. Au lieu de généraliser ses conclusions, il fallait dire, dans les cas observés sous l'influence de telle manière d'employer la saignée, tels résultats ont été obtenus; mais il n'était légitime ni logique de généraliser ces résultats, d'appliquer à toutes les formules des saignées les résultats fournis par l'étude d'une seule de ces formules. Voilà l'importance qu'il y a à bien préciser les faits, et à ne tirer que les conclusions qui dérivent naturellement de ces faits observés dans des conditions données.

Mais c'est une tâche bien rude que l'exécution d'un travail de statistique vraiment exacte.

Grâce aux contradictions dont il a été question plus haut, où en était-on, Messieurs, sous le point de vue de la thérapeutique? Je le demande à ceux qui ont été témoins de ce qui s'est fait depuis vingt ans. Quel chaos! Quelle anarchie! Quelle incrédulité, et en même temps quelle superstition? Il ne fallait pas l'épaisseur des Pyrénées pour séparer, en médecine, la vérité de l'erreur. Non, vérité en-deçà de telle salle, erreur au-delà. De telle sorte que, comme les anciens augures, bien des médecins n'auraient pu se regarder sans rire. C'est un fait avéré qu'il y a quelques années, que maintenant encore, pour la plupart des médecins, l'incertitude règne en souveraine dans le domaine de la thérapeutique. La clinique exacte a rallumé, pour ainsi dire, le flambeau de la foi; je me trompe, de la conviction, en matière de thérapeutique. Elle a fait justice du système d'indifférence enseigné jusqu'ici dans tant d'écoles.

Mais, Messieurs, nous ne cherchons à inspirer ni l'enthousiasme, ni les aveugles croyances. Nous ne faisons aucun cas de ceux qui se bornent à croire en médecine. Nous n'attachons de prix qu'aux convictions éclairées par des faits suffisamment nombreux. Nous en appelons à l'observation personnelle pour prononcer sur la réalité des succès que nous obtenons sous l'influence d'une nouvelle méthode de traitement; succès tels que, sans exagération aucune, nous avons sauvé une bonne moitié des malades de plus que par les anciennes pratiques.

Quand je fus chargé de faire un cours de clinique, il y avait près de quinze ans déjà que j'étudiais la médecine; je savais à quoi m'en tenir sur la valeur de toutes les méthodes. Pour les saignées en particulier, nous les avions vu employer comme on les employait alors, et c'était la conviction où nous étions de l'insuffisance des méthodes mises en usage qui nous avait fait adopter une nouvelle manière de les employer. C'était comme une nouvelle tactique introduite dans l'art si difficile de combattre les maladies auxquelles s'applique l'emploi de saignées, cette sorte d'artillerie de la médecine.

Nous sommes loin d'avoir encore pour nous la majorité, mais qu'est-ce que la majorité qu'on voudrait nous opposer? Une majorité factice, majorité de circonstance, d'intérêt, de position; majorité incompétente, car elle n'a pas étudié les faits.

Je puis affirmer hautement, et sans crainte de me voir contredire par personne, que tous ceux qui ont été témoins désintéressés des faits, sont unanimement convaincus des vérités que je viens de vous indiquer. Que faire contre les résistances? S'armer de patience, attendre du temps la justice, qui ne peut manquer d'arriver.

On s'étonne quelquefois devant vous que nous ne répondions pas à des attaques violentes, à des articles plus ou moins injurieux de certains journaux. Croyez-vous donc, Messieurs, que nous ayons le temps de répondre à de pareilles attaques? Notre temps est plus précieux, et nous en devons compte aux jeunes gens à l'instruction desquels nous nous sommes voués. Je ne prétends pas vous faire croire que je n'en ressens aucune impression pénible. Mais la meilleure de toutes les réponses, c'est de poursuivre le cours de nos succès. A toutes les époques il y a toujours eu lutte contre les nouvelles conquêtes de l'esprit de progrès; mais un temps arrive où ceux qui ont attaqué le plus violemment les doctrines nouvelles, sont obligés de rendre hommage à leurs auteurs. N'avez-vous pas vu les adversaires les plus déclarés du fondateur de la médecine physiologique, condamnés en quelque sorte à applaudir son éloge prononcé au sein de cette académie, qui n'avait fini par l'admettre qu'après l'avoir si long-temps repoussé?

Encore un mot et je termine.

Les attaques dont nous parlons, Messieurs, ne sont donc que l'accomplissement des dures lois morales qui président à tous les progrès. Pleins de confiance dans ces saintes et immuables lois, foulant aux pieds les injustices et les calomnies, marchons ensemble, loyalement, dans la carrière de la vérité, sans nous laisser décourager ni rebuter par aucun obstacle. En médecine comme dans toutes les sciences, il y a toujours eu, il y aura toujours *de ces noirs habitans du désert* dont il est question dans une admirable strophe d'une ode fameuse. Qu'importent leurs clameurs contre le soleil du progrès?

> Le Dieu, poursuivant sa carrière,
> Verse des torrens de lumière
> Sur ses obscurs blasphémateurs.

Pathologie générale. — Cours de M. ANDRAL.

(Suite du n° 38.)

§ IV. *Système muqueux.*

Le tissu muqueux est très fréquemment le siége de l'inflammation. Cet état pathologique peut l'attaquer isolément aux trois élémens principaux qui composent ce tissu. Ainsi, on ne trouve quelquefois d'inflammation que dans le plan de la muqueuse lui-même; d'autres fois les follicules sont seuls enflammés; d'autres fois il n'y a que les villosités de malades. Il peut encore arriver que les

différens élémens soient enflammés simultanément.

Toute muqueuse enflammée prend une coloration rouge très prononcée ; cette coloration peut devenir plus foncée; on dit alors qu'elle est brune, noirâtre et même tout-à-fait noire. La rougeur est due à l'injection sanguine. Ce n'est d'abord qu'une arborisation vasculaire plus ou moins fine ; puis bientôt ce sont des points plus ou moins étendus dans lesquels le microscope montre un assemblage de vaisseaux nombreux qui forment un réseau très fin. Ces points s'étendent, se rapprochent et se confondent ; ils forment ainsi des taches dont le diamètre est variable.

En même temps que la muqueuse enflammée se colore, elle perd sa transparence. Je dois cependant vous avertir qu'il ne suffit pas de trouver une muqueuse opaque et rouge pour avoir le droit de dire qu'elle est enflammée. Toutefois, si la coloration est bornée à certains points dans l'intervalle desquels la muqueuse est à l'état normal, si le tissu cellulaire sous-jacent ne participe pas à l'injection, il y a tout lieu de croire que l'on observe ou une hypérémie active, ou même un commencement d'inflammation. On doutera moins encore d'un accroissement d'excitabilité quand on trouvera l'injection sanguine bornée au sommet des villosités. Quelquefois les petits organes offrent à leur extrémité libre une coloration noire très prononcée ; dans plusieurs cas de diarrhée chronique opiniâtre, je n'ai pas constaté d'autre altération du tube digestif. L'injection sanguine peut porter isolément sur les follicules ; on se sert même de ce fait pour démontrer l'existence des follicules à la surface des muqueuses sur lesquelles on n'en voit pas ordinairement. Ainsi les follicules deviennent quelquefois apparents sur la muqueuse vésicale enflammée. Dans certaines gastrites intenses ; la surface de la muqueuse de l'estomac est recouverte d'un très grand nombre de granulations manifestes.

L'accumulation du sang dans une muqueuse enflammée jointe à une altération de nutrition ne tarde pas à accroître l'épaisseur de cette membrane. L'épaississement persiste pendant tout le temps que dure l'inflammation ; si celle-ci est aiguë, il disparaît avec elle ; si elle est chronique, après qu'elle est guérie, la membrane en reprenant sa pâleur habituelle conserve l'épaississement occasionné par l'inflammation. On trouve assez souvent cet épaississement chronique sous la forme de renflemens mamelonnés plus ou moins inégaux.

L'épaississement qui détermine l'inflammation dans les muqueuses est quelqeefois très considérable. On trouve la muqueuse gastrique fort épaisse chez les individus empoisonnés par l'arsenic ou par d'autres poisons corrosifs.

Chez Soufflard elle était épaisse de 3 à 4 lignes, surpassant ainsi à elle seule toutes les autres tuniques de l'estomac. Cet épaississement si considérable des muqueuses enflammées explique la dyspnée si intense qui survient dans certaines inflammations des bronches. Les laryngites qui simulent le croup chez les enfans, sont funestes par l'épaississement qu'elles produisent dans la muqueuse laryngée. A l'autopsie on trouve quelquefois cet épaississement, et peu ou point de fausses membranes ; d'autres fois, le sang congestionné s'en allant avec la vie, on ne trouve rien d'anormal. J'incline à croire que beaucoup de croups que l'on pense avoir guéris, n'étaient que des laryngites de cette espèce. Je n'ai pas besoin de dire que l'épaississement peut attaquer isolément les divers élémens de la muqueuse. Dans la fièvre typhoïde, les follicules intestinaux sont spécialement épaissis ; c'est ce qu'on a appelé un *exanthème intestinal*. Le cholera nous a présenté, quoiqu'à un degré moins intense, des altérations analogues.

Une muqueuse enflammée perd sa consistance ; on dit qu'elle est ramollie. Mais une question importante se présente à résoudre ; il s'agit de savoir si le ramollissement des muqueuses prouve toujours que ces membranes ont été enflammées. J'agiterai cette question en traitant à part du ramollissement. Je me borne à vous dire aujourd'hui que je ne regarde pas comme enflammée la muqueuse grisâtre et si friable qui tapisse le grand cul-de-sac de l'estomac chez la plupart des phthisiques.

L'inflammation produit dans les membranes muqueuses des ulcérations de nature variable. Les unes tendent à gagner en superficie ; vous trouvez parfois dans les intestins d'individus morts de la fièvre typhoïde des ulcérations fort étendues en superficie, et qui en profondeur n'embrassent pas toute l'épaisseur de la muqueuse. D'autres ulcérations d'un très petit diamètre perforent de part en part toutes les tuniques intestinales, et occasionnent un épanchement dans le péritoine. Quelquefois les ulcérations sont dues à la chute d'une eschare gangréneuse ; d'autres fois l'inflammation les produit seule, sans que la gangrène intervienne. Elles peuvent attaquer primitivement le corps de la muqueuse elle-même ; on les voit encore débuter par le tissu cellulaire sous-jacent.

Des produits accidentels, en se développant sous une membrane muqueuse peuvent l'ulcérer et la perforer ; c'est ainsi que des tubercules des bronches, ayant leur siége dans le tissu cellulaire sous-jacent, perforent la muqueuse par laquelle sont tapissés les conduits. On voit de même des hydatides du foie ulcérer le péritoine et continuer ensuite leur chemin vers l'extérieur, perforer tantôt les parois du tube digestif, tantôt le diaphragme, le parenchyme pulmonaire et enfin les parois d'un tuyau bronchique.

Les ulcérations qui siégent dans la muqueuse elle-même peuvent occuper spécialement les follicules ; si ces follicules sont isolés, l'ulcération est arrondie et comme globuleuse ; elle est elliptique et plane quand elle a son siége dans les follicules agminés : c'est dans la muqueuse intestinale qu'on observe bien ces deux formes d'ulcération.

La nature intime des ulcérations que l'on observe sur les membranes muqueuses varie suivant les cas. Il y en a qui sont produites par le développement d'une inflammation ordinaire. On en trouve de cette nature dans les voies aériennes ; on en rencontre encore dans l'estomac ; je n'oserais vous dire qu'il se trouve des ulcérations simples dans l'intestin grêle, mais je puis affirmer qu'elles sont assez communes dans le gros intestin ; il n'est pas rare non plus d'en voir au col de l'utérus Les ulcérations simples ont pour caractère de pouvoir se cicatriser. D'autres ulcérations sont dites spécifiques. Je dois y comprendre d'abord les ulcérations syphilitiques pour être plus spéciales encore par leur siége que par leur nature. Si elles sont primitives, elles occupent la muqueuse du gland; elles se développent consécutivement sur la muqueuse du pharynx, sur celle de la bouche, des fosses nasales, du larynx. Ces ucérations s'étendent surtout en pofondeur et toujours en cherchant à gagner les parties solides.

Dans la morve aiguë on observe des ulcérations d'une nature toute spéciale. Vous savez tous qu'il en est de même dans la fièvre typhoïde. Les ulcérations de la muqueuse intestinale que l'on rencontre chez les phthisiques sont aussi d'une nature particulière. Toutefois je ne crois pas qu'on doive les considérer comme un tubercule ulcéré ; il faut se borner à constater que la même cause qui occasionne la tuberculisation tend aussi à les produire. Les ulcérations cancéreuses doivent encore être comptées parmi celles qui offrent une nature spéciale.

Si l'inflammation qui envahit une muqueuse est fort intense, il pourra se faire que cette membrane soit frappée de gangrène ; mais, en général, la gangrène dépend beaucoup moins de l'excès d'inflammation que d'autres circonstances qui influent sur l'état général de l'individu. On voit souvent des enfans mal nourris, habitant dans des lieux humides où les rayons du soleil ne pénètrent presque jamais, qui sont atteints de stomatite ; la maladie locale n'offre pas une grande intensité, et cependant, quoi qu'on fasse, elle se termine ordinairement par gangrène : c'est la stomatite gangreneuse. Dans les mêmes circonstances on voit se produire l'angine gangreneuse qui, quoique beaucoup plus rare qu'on ne le croyait anciennement, se rencontre pourtant quelques fois.

L'inflammation produit dans la sécrétion des muqueuses de nombreuses altérations, dont les unes se rapportent à la quantité, les autres à la qualité du mucus sécrété.

Au début de l'inflammation, la sécrétion du mucus diminue notablement, ou même se supprime complètement; plus tard, le mucus reparaît en plus grande abondance qu'à l'état normal, et en outre le plus souvent modifié dans sa qualité. Quand l'inflammation disparaît, il arrive quelquefois que la sécrétion muqueuse revient à l'état normal ; d'autres fois elle continue d'être abondante. On combat avantageusement ce flux muqueux par les toniques et les astringens. Des faits de cette nature s'observent surtout dans le catarrhe vésical et dans l'inflammation de la muqueuse bronchique.

Souvent le mucus sécrété pendant l'inflammation est beaucoup moins visqueux qu'à l'état normal, il contient une assez grande proportion d'eau ; il est alors analogue à de la sérosité. On voit un mucus de cette nature sécrété pendant toute la durée de certaines entérites.

Le mucus, à la surface d'une muqueuse enflammée, prend quelquefois les caractères du pus : c'est ce qu'on appelle muco-pus ou du pus puriforme. Entre ce liquide et du pus véritable, on n'observe pas de différence appréciable à l'œil nu. A l'aide du microscope on est quelques fois plus heureux ; mais la distinction est toujours assez difficile. Les caractères chimiques ne fournissent aucune donnée incontestable ; la distinction dont il s'agit était plus importante autrefois, alors que l'on regardait comme ulcérée, toute muqueuse qui sécrétait du pus ; aujourd'hui elle offre beaucoup moins d'intérêt. En effet, quoique la suppuration coïncide assez souvent avec l'ulcération de la membrane muqueuse, celle-ci peut sécréter du pus en ne présentant d'autre ulcération qu'un ramollissement plus ou moins notable.

Dans quelques cas les muqueuses enflammées se recouvrent d'une matière plastique, blanchâtre, assez solide, quelquefois assez mince pour laisser voir le tissu muqueux sous-jacent ; d'autres fois elle est épaisse de deux ou trois lignes, et opaque. On la trouve tantôt formant de petites plaques isolées, tantôt recouvrant la muqueuse dans une assez grande étendue, à la manière des fausses membranes. Cette matière n'est pas organisable. J'ai peine à accepter les observations de ceux qui admettent dans cette matière un commencement de vascularisation. Les muqueuses qui sécrètent le plus fréquemment de la matière plastique sont celles du nez, de la bouche, du palais, du pharynx, des voies aériennes, jusques dans les dernières ramifications bronchiques. La sécrétion de la matière plastique sur la moitié supérieure de la muqueuse gastro-intestinale se fait quelquefois de bas en haut ; plus souvent elle a lieu de haut en bas. Les cantharides données à dose toxique occasionnent une exsudation plastique sur la muqueuse vésicale. Cette exsudation est peu fréquente dans la partie sous-diaphragmatique du tube digestif. Je n'en ai jamais trouvé dans l'intestin grêle. Une fois je l'ai vue à peine formée, mais évidente déjà, sur la muqueuse gastrique. Plus fréquemment on l'observe dans le cœcum ; jamais je n'en ai constaté dans le colon, ni dans le rectum.

Des fausses membranes véritablement organisées peuvent être produites par l'inflammation des muqueuses, surtout chez les enfans. Chez ces derniers il s'en trouve quelquefois simultanément dans le nez, dans la bouche, dans le conduit auditif, dans les voies respiratoires, c'est une sorte de diathèse.

Du sang en nature s'exhale souvent des muqueuses enflammées. L'hémorrhagie peut dépendre de l'inflammation elle-même qui fait transuder le sang à travers les parois vasculaires. D'autres fois le sang s'échappe d'un vaisseau perforé au fond d'une ulcération. Ce dernier cas est de beaucoup plus fréquent.

Le tissu muqueux enflammé se couvre quelquefois de pustules ou de vésicules. Les vésicules s'observent surtout dans la bouche, les pustules dans le pharynx et les voies respiratoires. Cette éruption se manifeste principalement dans la variole ; on la retrouve dans le gros intestin, mais jamais dans l'estomac ni dans les intestins grêles.

Les appareils glandulaires situés dans le voisinage d'une muqueuse enflammée subissent des altérations de sécrétion. Au début c'est presque toujours un accroissement d'activité que l'on observe. Plus tard au contraire la sécrétion glandulaire diminue notablement, si elle ne disparaît tout-à-fait. Souvent dads la stomatite la sécrétion de la salive diminue singulièrement ; il en est de même de celle du foie dans la gastro-entérite.

Parmi les tissus subjacens aux membranes muqueuses, les uns servent à les supporter mécaniquement, les autres remplissent différens usages par rapport à ces membranes. En général, les différens tissus participent à l'inflammation de la muqueuse quand cette inflammation est chronique. Ainsi dans la gastrite on trouve parfois l'estomac ramolli dans toute l'épaisseur de ses parois, mais d'autres fois l'inflammation de la muqueuse de l'estomac est des plus intenses, et cependant les autres tuniques du viscère restent parfaitement saines. Dans la gastrite chronique, les altérations de ces tuniques sont plus constantes et très variées. La tunique celluleuse s'épaissit souvent et s'indure au point de crier sous le scalpel. La tunique musculaire peut s'hypertrophier, comme on le voit pour l'estomac, pour les gros intestins.

L'inflammation chronique de la muqueuse du larynx, de celle de la trachée-artère occasionne quelquefois le dépôt de phosphate calcaire dans les cartilages qui composent ces tuyaux. Ces diverses altérations déterminent des changemens de forme. L'épaississement d'une muqueuse enflammée et celui des parties sous-jacentes peut occasionner l'oblitération des ouvertures qu'entoure cette membrane et des canaux qu'elle revêt. On observe des exemples de ce phénomène au pylore, à la glotte, dans les bronches, dans les voies lacrymales, les canaux biliaires et pancréatiques, le canal de l'urètre. A. le F...

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies ; par M. MALGAIGNE.

(Suite du n° 46.)

En examinant avec soin la forme du canal et l'effet des pelotes, j'ai été conduit à essayer trois espèces de saillies que voici :

1° Pelote elliptique, convexité uniforme de haut en bas et d'un côté à l'autre. De cette manière la pression s'exerce à peu près uniformément sur toute l'étendue du canal ; toutefois la pelote ayant un peu plus de saillie à son centre, c'est la partie moyenne du canal qui est le plus comprimée.

2° Pelote ovoïde ; mais la plus forte saillie doit répondre à l'anneau abdominal, ce qui est l'inverse des pelotes de Wilckam.

3° La pelote ovoïde comme la précédente, mais de plus la saillie transversale de la pelote est plus rapprochée du bord inférieur que du supérieur.

La première variété avait pour but de comprimer à peu près également tout le canal ; j'en fais encore usage pour les sujets jeunes dont les aponévroses ne sont pas bien fortes et dont les efforts musculaires sont modérés.

La seconde devait agir spécialement sur l'anneau interne ou abdominal et fermer à la hernie la première porte qu'elle ait à franchir pour sortir du ventre. Quand les aponévroses sont très résistantes et les efforts musculaires considérables, c'est à cette pelote que j'ai recours, la précédente se laissant alors quelquefois soulever par la hernie à son extrémité externe ; mais si les aponévroses paraissent faibles, je craindrais que la pelote ovoïde ne finît par les distendre et les érailler.

Enfin j'ai rencontré quelques sujets d'une musculature tellement développée que, dans un effort violent, la contraction de l'oblique interne et du trapèze écarte notablement les deux parois du canal, soulève la pelote en masse avec la paroi antérieure, et ouvre le passage à la hernie. C'est pour ceux-là que j'ai songé à reporter vers le bord inférieur la saillie transversale de la pelote, de façon à appuyer presque uniquement sur le canal au-dessus du ligament de Poupart, au-dessous des deux muscles hostiles, et de telle sorte que ceux-ci en se contractant ne repoussent en dehors que le bord supérieur de la pelote qui est évidé, et ne dérangent point la saillie du bord inférieur. Mais il faut bien se souvenir que ces dernières pelotes sont plus tranchantes, si l'on peut ainsi dire, que toutes les autres, et amèneraint plus vite des éraillemens si on les employait dans les cas ordinaires. C'est une ressource bonne exceptionnelle pour des cas exceptionnels.

Je n'ai entendu parler ici que des hernies inguinales dont le canal est bien conservé ; lorsque déjà il y a de l'éraillement, j'ai dit quelle forme de pelotes était préférable. Dans les hernies directes, lorsqu'on emploie la pelote à bec de corbin, il est bien important d'en tailler d'abord un patron sur le malade même, afin que le bord externe du triangle soit bien parallèle au pli oblique de l'aine et

n'aille pas appuyer sur les muscles de la cuisse. Ces pelotes ont besoin d'être bien rembourrées, et il faut que la saillie soit plus forte le long du bord supérieur, afin que quand le reste de la pelote est appliqué contre le pubis, ce bord supérieur fasse encore sentir sa pression à la paroi abdominale. Toutefois il ne faut pas qu'il y ait de démarcation tranchée entre cette saillie et le reste de la pelote ; la convexité doit aller en mourant vers l'angle inférieur.

Si l'épine pubienne, très saillante, ne supportait pas la pression d'une plote rembourrée, ce serait le cas d'employer la pelote à air, mais en lui donnant encore la forme triangulaire.

Avec ces formes de pelotes, vous pouvez maîtriser la plupart des hernies inguinales même des plus difficiles. Vous pouvez juger, du reste, combien le choix d'une pelote est important, non pas seulement d'après l'espèce et l'état de la hernie, mais d'après l'âge et l'état du malade, et même d'après l'origine de son affection. Dans les hernies héréditaires, par exemple, il faut se méfier de la résistance des aponévroses, et avoir recours aux moyens les plus doux. D'ailleurs, chaque sujet et sur le même sujet chaque hernie exige une pelote spéciale comme un ressort spécial ; et c'est dans le choix du ressort et de la pelote que se montre la supériorité du chirurgien.

ORDONNANCE DU ROI.

LOUIS-PHILIPPE, roi des Français,

A tous présens et à venir salut.

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique,

Vu les ordonnances des 2 février 1823 et 12 décembre 1824, et le règlement du 11 avril 1829, relatifs aux agrégés dans les Facultés de médecine ;

Vu nos ordonnances des 22, 24 et 28 mars 1840, relatives aux suppléans dans les Facultés de droit et aux agrégés dans les Facultés des lettres et des sciences ;

Vu l'avis du conseil royal de l'instruction publique,

Nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

Art. 1. Les agrégés de chaque Faculté de médecine pourront être admis, sur l'avis du doyen et avec l'autorisation de notre ministre, grand-maître de l'Université, à ouvrir dans le local de la Faculté, s'il y a lieu, ou dans le local annexe de l'Ecole pratique, des cours gratuits destinés à compléter ou à développer l'enseignement ordinaire.

Art. 2. Cette autorisation sera accordée pour un an ; elle pourra être renouvelée.

Art. 3. Les cours ainsi autorisés seront annoncés à la suite du programme des cours obligatoires de la Faculté.

Art. 4. A la fin de chaque année, le doyen adressera au ministre un rapport sur les résultats de ces cours complémentaires.

Art. 5. Les succès obtenus dans ces cours par les agrégés feront partie des titres antérieurs dont l'appréciation forme une des épreuves des concours pour les places de professeurs titulaires dans les Facultés de médecine.

Art. 6. Le stage imposé jusqu'ici aux agrégés de médecine cessera d'avoir lieu.

La durée de l'exercice est augmentée et demeure fixée ainsi qu'il suit :

Neuf ans pour la Faculté de médecine de Paris ;

Douze ans pour la Faculté de médecine de Montpellier et de Strasbourg.

Ces dispositions ne sont applicables qu'aux agrégés qui seront ultérieurement nommés.

Art. 7. Les dispositions des ordonnances du 2 février 1823, du 12 décembre 1824, et de l'arrêté du 11 avril 1829, non contraires à la présente ordonnance, continueront à recevoir leur exécution.

Art. 8. Notre ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique est chargé de l'exécution de la présente ordonnance.

Fait au palais des Tuileries, le 10 avril 1840.

LOUIS PHILIPPE.

Par le Roi :

Le ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique,

V. Cousin.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Conférences cliniques sur les maladies des yeux.

M. Lugol, médecin de l'hôpital Saint-Louis, recommencera ses leçons cliniques sur les maladies scrofuleuses, le jeudi, 7 mai, à neuf heures du matin, et les continuera le jeudi de chaque semaine à la même heure.

Après avoir publié les observations faites dans les hôpitaux, par MM. Andral, C. Broussais, Barthélemy, Emery, Fouquier, Marjolin, Serres, Trousseau, nous devons faire connaître que, par suite des rapports du comité d'examen, le sirop de M. Johnson, pharmacien à Paris, a été brévelé par ordonnance royale, et que cette préparation a été annexée au codex. C'est donc sur la foi des plus solides garanties que le sirop de Johnson est entré dans la matière médicale comme sédatif et comme diurétique.

Le séjour de la campagne étant d'une nécessité indispensable dans le traitement d'un grand nombre d'affections, et beaucoup de personnes éprouvant une grande répugnance à entrer dans une maison de santé, M. le docteur Dupertuis nous paraît avoir eu une heureuse idée en faisant distribuer une vaste maison dont il est propriétaire à Champigny sur-Marne, près Saint-Maur (trois lieues de Paris), de manière à pouvoir recevoir un certain nombre de personnes qui peuvent y vivre en famille.

Cette maison, placée dans une situation des plus favorables, offre tous les avantages réunis d'agrément, d'utilité et d'économie.

La proximité de la capitale, et la fréquence des communications, offrent aux médecins la facilité de se rendre auprès des personnes en traitement aussi souvent que leur présence est nécessaire (1).

Les éloges mérités de tous les journaux de médecine, les approbations d'un grand nombre de médecins, *de l'Académie de médecine*, qui ont expérimenté et proclamé la bonté du CHOCOLAT FERRUGINEUX de M. *Colmet-Daâge*, pharmacien à Paris ; enfin, six années d'un succès constant ont démontré que ce CHOCOLAT FERRUGINEUX, d'une saveur agréable, guérit les *pâles couleurs*, les *maux d'estomac*, les *pertes blanches*, et la *faiblesse chez les enfans délicats*. Des imitations ayant été faites en Belgique, en Angleterre, nous prévenons que le véritable CHOCOLAT FERRUGINEUX de *Colmet-Daâge* ne se prépare qu'à sa fabrique de Paris ; que chaque tasse porte le nom de l'auteur moulé en relief, et qu'en outre chaque paquet ou boîte sont scellés d'une bande couleur chamois, rappelant l'approbation de la Faculté de médecine, et la médaille d'honneur qui lui a été décernée.

Le grand dépôt est chez M. *Colmet-Daâge*, pharmacien à Paris, rue St-Méry, 12 ; et les sous-dépôts dans les villes principales de France et de l'étrange.

On y délivre gratis une notice servant d'instruction sur la manière d'user de ce CHOCOLAT FERRUGINEUX.

(1) On se rend à Champigny : par la voiture de Champigny, partant tous les jours, rue Saint-Antoine, 88 ; par celle de Tournan passant par Champigny, et partant quatre fois par jour, rue Saint-Antoine, 51, et rue Saint-Paul, 40, hôtel Saint-Paul ; et par les Omnibus de Saint-Maur, partant de la Bastille et de la Porte-Saint-Martin.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 23 AVRIL 1840. (13e ANNÉE.) N° 49, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5[illegible]

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. Poirson.

Rhumatisme articulaire aigu universel.

Au n° 8 de la salle 2 des blessés, est entré, le 24 février dernier, le nommé Devaux, âgé de vingt-huit ans, soldat au 7e de ligne, atteint d'une affection rhumatismale. Cet homme est depuis long-temps sujet à des battemens de cœur exagérés, qui surviennent au moindre exercice. Il n'a jamais eu de rhumatismes ni de douleurs nerveuses. Il exerce, au régiment, l'état de cordonnier, et travaille dans un endroit très humide.

C'est le 20 février dernier qu'il est tombé malade. Son affection a commencé, le matin, par des picottemens à l'épaule gauche; vers quatre heures de l'après-midi, il fut pris de frisson avec tremblement de tout le corps, et se coucha aussitôt avec la fièvre. Une demi-heure après il commença à ressentir des douleurs vives dans toutes les principales articulations, au point que le moindre mouvement lui fut interdit. Les épaules, les coudes, les poignets, les genoux, les coude-pieds, furent successivement pris, ne tardèrent pas à devenir rouges, chauds et à se gonfler. La tuméfaction des articulations survint dans le cours de la nuit, et il y eut en même temps des palpitations et un sentiment excessif de fatigue. La soif était vive; il y avait en outre inappétence, insomnie et constipation. Pas d'oppression, d'étouffemens ni de dyspnée.

Tous ces symptômes persistaient au moment de l'entrée du malade à l'hôpital. Il n'avait subi aucun traitement.

Le 25 février, on lui pratiqua une saignée de trois palettes; cataplasmes sur les articulations; infusion de tilleul et bourrache; un vermicelle. Même état de la veille.

Le 26 février, amélioration légère. Les douleurs articulaires sont moins vives, les battemens du cœur moins violens et moins précipités. Nouvelle saignée de trois palettes; les autres prescriptions *ut suprà*.

Le 27 février, l'amélioration continue; la douleur, le gonflement et la rougeur, ont presque complètement cessé aux coude-pieds, et sont beaucoup moindres qu'hier aux genoux et aux poignets. La fièvre est également diminuée. Nouvelle saignée de trois palettes. Les autres prescriptions ne sont point changées.

28 février. Toute douleur a cessé aux articulations des pieds, des genoux et des coudes; celles des épaules et des poignets restent seulement douloureuses. Le gonflement est presqu'entièrement dissipé aux mêmes articulations, qui ne sont plus douloureuses. Les genoux restent encore un peu tuméfiés. Nouvelle saignée de trois palettes; application de deux vésicatoires, un à chaque bras; vermicelle; infusion de tilleul et bourrache.

29 février et 1er mars. L'amélioration continue; la douleur seule persiste avec opiniâtreté aux épaules et aux poignets: ces derniers sont encore un peu enflés. Fièvre légère. On pratique deux nouvelles saignées de trois palettes, et l'on persiste dans l'emploi des autres moyens.

Du 2 au 5 mars, cessation de la fièvre. On commence l'usage du sirop de salsepareille à la dose de 60 grammes tous les jours. L'amélioration continue.

L'appétit commence à peine à se développer vers le 14 mars. Quelques légères douleurs persistent encore à cette époque aux genoux, aux poignets et aux épaules, que l'on combat avec des frictions faites avec un liniment ammoniacal camphré, mais qui n'étaient point encore dissipées entièrement le 30 mars.

Ecrasement de la main; désarticulation du médius.

Au n° 8 de la salle 3 des blessés, est entré le nommé Bourgeois, soldat au 14e de ligne, âgé de vingt-quatre ans. Il a eu la main droite écrasée par le passage d'une roue de voiture; mais, par suite peut-être d'un défaut du pavé, le doigt médius seulement a été dilacéré, les deux dernières articulations ouvertes, et les phalanges fracturées comminutivement, tandis que les autres doigts n'ont reçu qu'une simple contusion.

C'était quatre jours après l'accident que Bourgeois entrait à l'hôpital, où l'on pratiqua immédiatement la désarticulation de la dernière phalange. On tenta la conservation de la seconde, mais des symptômes de gangrène s'étant manifestés, on eut recours à l'amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Cette opération fut pratiquée par la méthode à deux lambeaux. Il y eut à la suite deux ou trois petites hémorrhagies qui s'arrêtèrent d'elles-mêmes.

La cicatrisation a marché rapidement sans le moindre accident, et était presqu'achevée le 10 avril.

Ophthalmie scrofuleuse.

Au n° 1 de la salle 3 des blessés, est entré, le 24 février, le nommé Branchereau, âgé de vingt-trois ans, soldat au 4e léger, d'une constitution scrofuleuse, ayant eu à plusieurs reprises des engorgemens des glandes cervicales, qu'il conserve encore en partie au moment de son entrée à l'hôpital.

Il est natif du canton de St-Florent, département de Maine-et-Loire, où les maladies oculaires règnent en grande quantité. Un grand nombre des habitans du pays ont ce qu'ils appellent la *vue tendre*, état qui est caractérisé par la susceptibilité extrême des yeux à s'enflammer sous l'influence des causes les plus légères. Lui-même a été atteint de plusieurs conjonctivites paraissant et disparaissant dans l'espace de deux, trois ou quatre jours, mais laissant continuellement l'œil dans un état hypérémique.

C'est pour la première fois cependant qu'il est atteint d'une ophthalmie photophobique. La conjonctivite, à ce qu'il assure, a commencé, le 4 mars, par des petits boutons sur le blanc de l'œil, existant des deux côtés, et qui apparaissaient et disparaissaient avec une très grande facilité.

Au moment de son entrée à l'hôpital il y a photophobie; l'injection des conjonctives oculaire et palpébrale est portée très loin des deux côtés, mais principalement à droite. Pas de réaction générale.

Le traitement employé a consisté dans une saignée de trois palettes le premier jour; quatre jours après une ventouse scarifiée a été appliquée à la tempe droite, et un vésicatoire au bras gauche a été posé trois jours plus tard, ainsi qu'un second au cou. C'est à partir de ce moment que l'on a pu remarquer une légère amélioration, les émissions sanguines étant restées à peu près sans effet jusqu'alors. La photophobie n'a cessé qu'au bout de quinze jours.

Nous devons ajouter que les yeux ont été bassinés tous les jours avec un collyre composé d'eau de roses et d'eau de plantin, avec addition d'extrait aqueux de belladone. Le sirop anti-scorbutique a été administré à l'intérieur.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX ITALIENS.

Staphylome transparent (hyperkératose) guéri à l'aide d'un nouveau procédé; par M. Fario.

Luigi Cralivich, âgé de vingt-cinq ans, constitution délicate, habituellement mal portant, limonadier, avait été, dans son enfance, atteint de rachitisme. Il offre des symptômes évidens de scorbut, des épistaxis de temps en temps.

Son œil gauche était habituellement exposé à l'action du feu et aux vapeurs chaudes du charbon dans l'exercice de son art. Il avait souvent essuyé des ophthalmies de ce côté, et éprouvait continuellement une sensation comme si un corps étranger fût interposé entre l'œil et les paupières. La cornée avait commencé à bomber tout en conservant sa transparence. Les médecins qui l'avaient vu croyant que le brillant de cette membrane dépendait d'une nappe de larmes, s'étaient bornés à lui prescrire des collyres astringens. Le bombement a continué à faire des progrès.

Dans l'hiver de 1835, le malade s'aperçut que sa vue s'affaiblissait de ce côté, qu'elle perdait de son étendue. La lumière artificielle lui faisait paraître les objets comme couverts d'une zone et de barres coloriées. Plus tard, sa myopie a atteint un très haut degré; on lui prescrivit des

FEUILLETON.

ANALYSE DE LA BROCHURE DE M. ROGNETTA, SUR LE TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC; PAR J.-P. COUERBE (1).

Première partie. — Avant d'attaquer la question du traitement de l'empoisonnement par l'arsenic, l'auteur du livre que j'examine feuillète les temps anciens d'une manière laborieuse pour y puiser des documens utiles à ses recherches d'expérience et de médecine pratique; il compose ainsi une préface savante qu'il divise en quatre époques distinctes. Nous allons à la hâte parcourir cet historique qui m'a offert tant d'agrément, de plaisir et de faits nouveaux.

Dès la première époque l'auteur nous démontre, par des citations puisées aux sources mêmes, qu'Orphée, dans un de ses poëmes, parle de différens poisons et de plusieurs pierres précieuses qu'on donnait en poudre dans du vin comme antidote. On remarque encore, dans ce même paragraphe, que l'auteur de l'Iliade a parlé de quelques poisons qu'on extrayait sans doute du sol de la riante Grèce; mais il y aurait mauvaise grâce, je crois, à supposer des connaissances toxicologiques chez Homère, par cela seul que ce chantre fameux parle de quelques poisons dans ses vers. Du reste, M. Rognetta s'arrête fort peu sur cette idée; et, se laissant aller à son imagination, il n'hésite pas à dire que les Egyptiens, du temps de Moïse, devaient avoir de grandes connaissances sur les poisons. Il serait, en effet, curieux et important de faire une étude spéciale et approfondie de ces temps reculés de l'Afrique, dont la Bible essaie de nous révéler de si étonnans prodiges.

En parcourant les ouvrages de Nicandre, qui, à ce qu'il paraît, contiennent beaucoup de perfections, M. Rognetta rencontre, non sans surprise, que le vin généreux était administré avec les contre-poisons, et qu'on l'employait souvent seul pour combattre les empoisonnemens. Si, en prenant connaissance des autres époques de M. Rognetta, nous ne trouvions pas cette idée renouvelée, il serait rationnel de penser, vu la nature des antidotes dont on faisait usage avant Dioscoride, que le vin n'était employé que comme dissolvant des pierres précieuses, mais nous trouverons que, dans tous les temps, les médecins instruits ont recommandé le vin contre l'empoisonnement. Toutefois, quand bien même les savans qui ont écrit depuis Dioscoride auraient laissé l'observation des anciens dans l'oubli, il ne nous serait plus permis d'élever des doutes sur l'efficacité du vin comme antidote des poisons, depuis que M. Rognetta nous a fait connaître sa méthode de traitement des empoisonnemens par l'arsenic, méthode qui consiste dans l'emploi des excitans et la défense de la saignée.

Enfin, par une sorte d'énumération des hommes qui ont écrit sur les poisons, l'auteur fait remarquer que M. Orfila a commis une grave erreur d'histoire en attribuant à Hippocrate ce qui appartient à Tackénius, et que l'erreur est d'autant plus singulière que Tackénius vivait au dix-septième siècle. M. Rognetta, qui se montre partout historien habile et exact, raconte avec esprit les détails de l'erreur du toxicologue moderne, nous découvre facilement l'origine de cette erreur grossière, et dit plaisamment à ce sujet, quelque part plus loin dans son livre, que M. Orfila a pris Tackénius pour un malade d'Hippocrate. J'avoue que cette réflexion de M. Rognetta a agréablement distrait ma mélancolie, et que je ris comme un enfant toutes les fois que j'y pense.

L'époque que nous venons d'examiner dans la brochure de M. Rognetta, ne nous donne que des renseignemens peu certains sur la nature des poisons et des pierres précieuses préconisées pour les combattre; mais nous trouvons que Galien cherche à expliquer l'action des poisons, et qui nous confie cette grande vérité: que les poisons n'agissent comme tels qu'après leur passage dans le sang, et que cette absorption peut avoir lieu par simple application du corps sur une plaie. Cette remarque de Galien, M. Orfila ne l'ignorait point, sans doute, quand au sujet de ma découverte, il s'est livré à ce genre de recherches. Voilà donc une idée de son travail que la grande ombre de Galien peut à bon droit lui revendiquer (1).

Déjà nous avons franchi un grand espace, nous arrivons à Dioscoride, et l'auteur nous transporte tout à coup dans la sensuelle et horrible cour de Néron; là, et comme s'il était effrayé par souvenir des projets de cet empereur hideux, il nous parle en peu de mots du fréquent usage des poisons que l'on faisait à Rome dans ces temps célèbres à plus d'un titre. Enfin, laissant ce siècle de haute civilisation et de barbarie tout à la fois, qui ne nous apparaît plus maintenant que comme un fantastique rêve, M. Rognetta nous apprend que Dioscoride est le premier qui se soit occupé de l'intoxication arsenicale; il nous dit en outre que les Grecs distinguaient très bien l'arsenic blanc des autres arsenics. Toutefois, l'auteur, pour appuyer ses assertions, me semble choisir un faux exemple; car, dit il: « Dioscoride décrit un procédé pour sublimer l'orpiment; et qu'est-ce que l'orpiment sublimé, si ce n'est l'acide arsénieux. » M. Rognetta se trompe, selon nous, car l'orpiment ne change point de nature en se sublimant; il reste ce qu'il était: *sulfure d'arsenic*.

A la page suivante nous trouvons, il est vrai, qu'Oribase a écrit sur l'orpiment, l'arsenic et le sandarach, et qu'il parle d'un *arsenic brûlé*? Or, nous dit encore M. Rognetta: « Qu'est-ce que l'arsenic brûlé, si ce n'est l'acide arsénieux? » Ce qui est rigoureusement vrai. Mais cette seconde remarque exacte, de M. Rognetta, ne peut être prise en considération ici, attendu qu'Oribase écrivait quatre cents ans après Dioscoride. De sorte que, d'après l'écrit même de notre historien, il ne nous est pas démontré que les savans du temps de Dioscoride connussent les différentes espèces d'arsenic; car, dans l'espace de quatre siècles, la science peut faire d'immenses progrès et changer même plusieurs fois de face. Quoi qu'il en soit, M. Rognetta paraît, avec raison, attacher fort peu d'importance à cette question d'histoire; il s'applique à discuter la manière dont Dioscoride envisage l'arsenic sous le point de vue médical et toxique. Envisagé comme médicament, voici comment M. Rognetta traite la question:

« S'il est vrai que la vertu dynamique de cette substance est hiposthénisante, ainsi que cela résulte de mes expériences, l'assertion de l'auteur grec n'a rien d'exagéré, et l'on peut formuler ainsi les indications thérapeutiques de l'arsenic: cette substance est applicable toutes les fois que la saignée pourrait convenir; ce qui répond à cette autre proposition: L'arsenic et ses préparations peuvent être utiles dans toutes les maladies à fond hypérémique. Qu'est-ce effectivement qu'un catarrhe chronique, un crachement purulent, si ce n'est des affections de ce genre? La

(1) Chez Gardembas, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 10.

(1) Dans l'Esculape du 2 janvier 1840, M. Orfila dit, au sujet de la réclamation que j'ai envoyée à l'Institut: « Les deux sujets sur lesquels j'ai opéré pendant le séjour de M. Couerbe à Paris, ont uniquement servi à compléter mes recherches sur l'absorption; travail dont M. Couerbe ne peut revendiquer ni une idée, ni un fait. » (Voyez la *Gazette des Hôpitaux*, 3 mars 1840, mon article sur l'Intoxication arsenicale.)

lunettes concavo-concaves, qui lui servirent bien d'abord ; mais, par la suite, sa vue s'étant affaiblie davantage, ils devinrent insuffisans. En attendant, la saillie de la cornée devint de plus en plus remarquable.

Lorsque M. Fario l'a vu, le malade de se plaignait d'aucune souffrance à l'œil ; l'organe paraissait effectivement bien portant, à la difformité près. La cornée formait une saillie régulière au centre ; ce point s'avançait d'une ligne en deçà de son niveau naturel ; elle s'avançait en pointe, présentait un aspect luisant comme de diamant ou de glace, était diaphane partout ; pas d'opacité, ni d'ulcération, ni de larmoiement ; les paupières étaient saines. Examinée au microscope, la cornée paraît très luisante ; son milieu est comme glacé, comme fait par une goutte d'eau ou une boule de diamant. Touchée avec une sonde, cette membrane paraît plus résistante que dans l'état naturel, mais on ne peut s'assurer si son épaisseur est plus considérable ; sûrement cependant elle n'est pas amincie.

M. Fario ponctionne la cornée sur plusieurs points avec une aiguille à cataracte, puis avec un bistouri à cataracte ; il croit s'apercevoir que la circonférence a moins de résistance que le centre. La quantité d'humeur aqueuse qui s'est écoulée chaque fois n'a rien offert d'extraordinaire. L'iris, la pupille conservent leurs mouvemens naturels.

M. Fario a eu l'idée de pratiquer une ouverture artificielle dans le but d'arrêter les progrès du mal. Pour cela il a plongé un bistouri à cataracte, à double tranchant, dans la chambre antérieure, par le côté externe de la cornée, puis il a pratiqué une seconde incision à côté de la première en portant la pointe du bistouri de la face postérieure au dehors, de manière à faire un petit lambeau de la forme d'un V, qu'il a excisé ensuite d'un coup de ciseaux. Il en est résulté une ouverture permanente au côté externe de la cornée, par où l'humeur aqueuse devait s'écouler continuellement. Les paupières ont été fermées à l'aide de bandelettes agglutinatives, et le malade a été tenu pendant huit jours dans une chambre obscure sans aucun autre pansement. Au bout de ce temps, l'œil ayant été ouvert, on a trouvé la brèche cornéale cicatrisée et la cornée un peu aplatie. La même opération a été répétée à la partie inférieure de la cornée avec le même résultat. L'écoulement de l'humeur aqueuse a duré cette fois plus long-temps ; l'iris s'est appliqué dans la plaie, mais la cornée est restée aplatie. Frictions de belladone, pour éloigner l'iris de la cornée, ce qui a atteint le but. Une troisième excision a été nécessaire à la partie supérieure interne. La cornée a perdu son brillant morbide. Guérison.

L'auteur rapporte un second fait analogue, mais avec moins de détails ; il dit que ce qui l'a conduit à imaginer le procédé ci-dessus a été d'avoir vu un sujet atteint de la même maladie, chez lequel la tumeur s'est ulcérée spontanément, s'est ouverte et son état s'est beaucoup amélioré par suite de cette espèce de fistule temporaire.

(*Bull. delle Scienze med. di Bologne*, déc. 1839.)

— Deux ordres d'idées se présentent à l'occasion de ce fait ; les unes sur la nature de la tumeur, les autres sur le traitement mis en usage par l'auteur. Le staphylome transparent est une maladie nouvelle en quelque sorte. Scarpa, qui l'a signalée le premier après Ware, écrivait les lignes suivantes dans une note annexée à son article Staphylome : « Il m'est arrivé naguère, dit-il, d'observer une singulière affection de la cornée ; je ne sais trop si c'était un staphylome, ou bien une maladie d'un autre genre. Chez une dame de trente-cinq ans, dont les yeux étaient naturellement saillans, le centre de la cornée s'allongea tellement que cette membrane, au lieu de former un segment sphérique, enchâssé dans la sclérotique, se montrait sous la forme d'un cône terminé par une pointe saillante. Cette affection, commune aux deux yeux, n'avait aucune cause connue ; la cornée, vue de côté, ressemblait à un entonnoir diaphane, uni par sa base à la sclérotique. Dans certaines positions de l'œil, la pointe du cône paraissait moins transparente que sa base ; dans d'autres, la différence n'était nullement sensible. Au reste, cette légère opacité, qu'elle fût illusoire ou réelle, n'apportait aucun obstacle à la vision. Lorsque la malade tournait les yeux vers une fenêtre, le sommet du cône refléchissait la lumière avec une telle force qu'il se montrait sous l'aspect d'un point étincelant. Ce phénomène, toujours accompagné du resserrement de la pupille, ne permettait plus l'admission de la quantité de lumière nécessaire à la vision. Aussi la malade ne voyait-elle clairement les objets modérément éclairés. »

Il est étonnant que Scarpa, qui connaissait parfaitement les écrits de Ware (*Surgical observation*), puisqu'il les cite souvent, ne se soit pas rappelé d'un fait absolument pareil décrit par cet auteur (t. I, p. 78) sous le titre de *Cornée en forme de pain de sucre* (sugar loaf shape).

Depuis, les observations de cette nature se sont multipliées, surtout en Angleterre. Les Anglais ont décrit cette maladie sous le nom de cornée conique (*cornical cornea*). Wardrop l'a représentée dans la figure 1re de la planche IXe de son *Anatomie morbide de l'œil humain* ; Montheat lui a consacré deux figures de la IIe planche de sa traduction du Manuel de Weller ; Demours faisait aussi allusion à cette affection, si je ne me trompe, dans la figure 1re de la planche LVII de son bel ouvrage ; mais il ne l'a point décrite. La description la plus soignée que j'aie vue, est celle de Middlemore (Freatise of the diseases of the eye, t. I, p. 526. London, 1835). Je ne l'ai jamais rencontrée ni en Italie, ni en France dans une suite de douze années que j'ai passées dans les hôpitaux. Je présume qu'un grand nombre de praticiens véridiques en diraient autant ; les oculistes exclusifs cependant vous tiendront un autre langage !

On trouve des faits de cette espèce épars dans les recueils périodiques, en assez grand nombre pour en faire l'histoire pathologique d'une manière assez complète.

Les Allemands l'ont appelée *hyperkératose*, dénomination tout aussi vicieuse que celle des Anglais, puisqu'elle donne une idée fausse de la maladie ; M. Fario cependant l'a adoptée. Le nom de staphylome transparent serait plus exact si l'affection ne différait essentiellement des staphylomes. Elle se trouve caractérisée du nom de *conicité diaphane de la cornée* et de *cristallisation conique de la cornée* dans mon livre. Cette digression n'est pas sans importance, puisque, si l'on se donne la peine de lire ce qu'on a écrit sur cette matière, on trouvera des opinions fort divergentes, souvent erronées, faute d'une précision rigoureuse du sens des mots employés.

Un premier fait digne de remarque, c'est que cette affection ne se rencontre que dans le jeune âge, surtout vers l'époque de la puberté ou à peu près ; elle peut cependant se prolonger jusqu'à la vieillesse, ce qui fait penser que sa marche est quelquefois fort lente ou que le mal reste dans quelques cas stationnaire. Wardrop cependant l'a rencontrée chez un enfant de huit ans, et Middlemore au moment de la naissance. Il paraîtrait même, d'après une observation de M. Lawr ence (The Lancet, t. XI, p. 462), qu'elle peut être non-seulement congénitale, mais aussi héréditaire, puisqu'il a vu une jeune personne âgée de dix-huit ans, qui était depuis deux ans atteinte de conicité diaphane des deux cornées, et dont les frères et sœur, au nombre de trois, offraient la même maladie.

On ne confondra pas cette affection avec l'hydropisie de la chambre antérieure, car l'humeur aqueuse n'est pas augmentée ordinairement, la cornée seule est saillante comme un véritable entonnoir de cristal, par une sorte de végétation de la substance, sans déplacement de l'iris, ce qui fait une différence essentielle avec le staphylome. Ajoutons que la pointe du cône ne répond pas toujours au milieu de la cornée. Cette pointe pouvait être excentrique ou dans un des hémisphères de cette membrane, ainsi que cela a été observé par M. Middlemore. Je ne connais pas de dissection anatomique bien faite d'yeux ainsi conditionnés et aux différentes périodes de la maladie ; de sorte que des doutes restent encore à éclaircir sous le rapport pathologique. Il est bon néanmoins de faire remarquer que l'entonnoir cornéal ne conserve sa pellucidité éblouissante qu'autant que son sommet n'est pas assez saillant pour franchir l'enceinte palpébrale. Au-delà de ce terme, le sommet se dessèche, devient opaque et s'ulcère sous l'influence de l'action de l'air. C'est ce qui a eu lieu dans plusieurs des cas publiés par Travers et dans le second cas de M. Fario ; mais la végétation paraît arriver rarement à ce point : ordinairement elle ne franchit point les bords tarsiens.

On ne sait absolument rien de bien positif quant aux véritables causes de la maladie ; il est cependant remarquable que dans le cas dont on a lu les détails le sujet était rachitique et scorbutique à la fois, et que son œil malade était habituellement exposé à l'action des rayons du fourneau ardent sur lequel le jeune homme travaillait habituellement.

Scarpa n'a rien dit sur le traitement de cette maladie. L'idée de la traiter par l'évacuation répétée de l'humeur aqueuse n'appartient point à M. Fario. Ware a le premier conseillé et employé cet expédient en divisant souvent la cornée comme, pour l'extraction de la cataracte ; il a en outre fait usage de fomentations d'une infusion de tabac, dans le but de faire rétracter le tissu cornéal, mais tout cela a été parfaitement inutile. D'autres ont répété les mêmes moyens sans plus d'avantage, le mal s'étant constamment reproduit. Travers a beaucoup vanté les vésicatoires volans autour de l'orbite et l'usage d'un collyre arsenical, mais il n'a jamais guéri un seul cas de cette maladie. Il en est de même de plusieurs autres remèdes préconisés par d'autres ; de sorte qu'on s'accorde jusqu'à présent à regarder la maladie comme incurable, à moins de sacrifier l'organe en l'amputant, comme dans le staphylome ordinaire.

L'observation que M. Fario a faite sur la marche décroissante de la maladie à la suite de l'ulcération et de la perforation spontanée de la tumeur est intéressante et neuve. La mesure cependant qu'il a prise pour imiter la nature ne saurait être adoptée exactement avant que l'auteur n'eût mieux justifié de sa bonté par de nouveaux faits. On conçoit qu'une cornée dont on a ôté trois lambeaux triangulaires, comme l'a fait M. Fario, se trouve à la fin tellement couverte de leucomes que la vision doit être impossible et l'œil passablement difforme. Il ne dit pas, en effet, si son malade a vu après les trois opérations qui l'ont tenu plus de deux mois en traitement. Ajoutons

---

dyspnée, l'aphonie, peuvent, il est vrai, être des symptômes de maladies diverses, mais, en général, elles se rattachent aussi à des lésions de nature hypérémique. »

Ce passage est plein de lumière et de savoir ; aussi je n'ai pu résister au désir de le reproduire ici, parce que tout ce qui est règle, principe, méthode, système, etc., entraîne mon attention et ma plume malgré moi.

Après avoir consulté les divers auteurs de la deuxième époque, M. Rognetta nous parle d'Avicenne, et nous apprend que ce médecin distinguait très bien l'arsenic blanc, l'orpiment et le réalgar, et nous fait enfin remarquer que le vin et la thériaque sont encore recommandés dans le traitement de l'empoisonnement par l'arsenic.

Arrivés à la troisième époque, les choses prennent un caractère de précision qu'on ne retrouve pas dans les époques précédentes ; presque toujours l'expérience vient corroborer l'opinion que se formaient les médecins anciens sur l'action et le traitement des poisons ; nous trouvons encore qu'Avicenne et d'autres hommes depuis Galien connaissaient parfaitement l'absorption des poisons, et leur passage dans les veines ; qu'enfin, quelques-uns employaient la saignée comme moyen évacuateur. Autre idée que les anciens peuvent revendiquer à M. Orfila, qui s'est fait le champion de la prescription de la saignée dans les empoisonnemens par l'arsenic. Mercurialis condamne cette méthode des anciens et motive ses raisons.

Mais c'est surtout Mathiole qui, à cette époque, a, selon M. Rognetta, le mieux écrit sur l'arsenic ; dans son livre il cite de nombreux exemples d'empoisonnement par ce métal, traités et guéris par le vin blanc qui contenait des poudres particulières, mais probablement sans vertus. Enfin Paracelse, A. Paré, et tous les médecins distingués qui sont venus depuis ont employé les spiritueux comme antidotes ne l'arsenic, et les expériences toutes récentes auxquelles s'est livré M. Rognetta sur les animaux, sont venues confirmer le dire des savans anciens qui ont préconisé le vin comme antidote arsenical, et combattre la saignée renouvelée de nos jours par M. Orfila.

Parmi les savans qui forment la quatrième époque du docteur Rognetta, on distingue Romazzini, Méot, Plenck, Moray, Fourcroy, Fœdéré, Orfila, etc. Mais ce dernier, selon notre auteur, paraît s'être moins attaché à la science même qu'au désir frivole de briller aux yeux des gens du monde. Voici du reste dans quels termes M. Rognetta parle du Traité des poisons du toxicologiste du dix-neuvième siècle :

« La superficialité de ses études, les inexactitudes, les erreurs grossières qu'il a introduites, et les prétentions ridicules qu'il s'est arrogées abusivement par la voie du journalisme, ne sont à mes yeux qu'une sorte de monstruosité inusitée dans les sciences. M. Orfila paraît moins occupé de l'importance de chaque question qu'il s'agit d'éclaircir, que des articles pompeux qu'il lui convient de faire paraître dans les grands et petits journaux politiques. Quelle importance puis-je attacher aux travaux toxicologiques de cet auteur, alors qu'il me serait facile de démontrer qu'à chaque pas la vérité, la science et l'humanité ont été malheureusement trahies par sa plume ? »

Dans ce même dernier chapitre sur l'histoire des poisons, M. Rognetta n'approuve pas l'emploi du sesquioxide de fer hydraté dans les empoisonnemens par l'arsenic. « On prône aujourd'hui, dit-il, les oxides de fer comme un puissant contrepoison de l'arsenic, rêve déplorable et funeste, établi sur des expériences illusoires dont on berce l'imagination du public ! Ces messieurs semblent oublier que l'empoisonnement est constitué non par la portion d'arsenic qui reste dans l'estomac, msis bien par celle qui est passé dans le sang. Or, là les neutralisans chimiques n'ont aucune prise. »

Cédant toujours au goût de mon esprit éclectique, il m'est impossible de louer ce qui me semble mal, et de critiquer ce qui me paraît bien. Or, je dois dire que je ne partage pas toutes les assertions contenues dans ce paragraphe. Sans doute je crois comme M. Rognetta que c'est la portion du corps toxique absorbée par les veines qui tue : mais n'est-il pas certain que cette portion absorbée sera d'autant plus forte que la source du poison sera grande ? Or, si par un réactif quelconque on peut anéantir cette source, n'est-il pas vrai encore qu'on rendra la guérison plus certaine, et l'application de la méthode de M. Rognetta plus facile ? Ainsi nous pensons donc, et M. Rognetta le pense avec nous, qu'il est indispensable de s'occuper tout à la fois et de l'arsenic absorbé et de l'arsenic qui ne l'est pas encore. Je dis que M. Rognetta le pense avec nous, parce que j'ai trouvé dès la deuxième époque, p. IX, que Dioscoride employait l'huile chaude dans le triple but d'envelopper le poison, de s'opposer à sa résorption et de le faire vomir ; médication sensée qui amène cette réflexion judicieuse de M. Rognetta : « Cela vaut cent fois mieux que l'eau chaude ou froide recommandée par M. Orfila. Ce chimiste n'avait pas réfléchi que l'eau chaude dissout le poison, le rend plus absorbable et par conséquent plus funeste à l'économie. » Le fait est qu'on ne comprend pas que M. Orfila, qui est chimiste et médecin en même temps, ait pu recommander un moyen aussi dangereux ! »

Eh bien ! maintenant que le docteur Rognetta et moi sommes d'accord sur ce point, voyons si le sesquioxide de fer pourra remplacer avantageusement l'huile comme l'huile remplace l'eau. D'abord nous trouvons que les oxides de fer sont des excitans de premier ordre, et qu'alors, dans le système même de M. Rognetta, ils doivent par cela seul se trouver dans la classe des antidotes arsenicaux (1). Ensuite nous remarquons que la théorie nous démontre que l'oxide d'arsenic avec le sesquioxide de fer peut former un composé chimique presque aussi insoluble que le sulfate de baryte, je veux parler de l'arséniate de fer ; en effet l'acide arsénieux et le sesquioxide de fer sont susceptibles de donner naissance à de l'arséniate de fer mélangé de beaucoup de protoxide de fer. La réaction se manifestera sur un atome de l'un et sur deux atomes de l'autre. L'arséniate de fer restera dans l'estomac comme corps inerte, que l'on pourra ensuite expulser par les vomissemens. Le protoxide de fer qui n'est pas soluble pourra le devenir à l'aide des acides de l'estomac, passer à l'état de persel, se transporter dans le torrent de la circulation, y apporter l'excitation si recommandée par M. Rognetta, et s'emparer même encore de la portion d'arsenic absorbée de manière à la neutraliser complètement. Dès-lors, le tout réduit ainsi à l'état de dépôt terreux pourra, par un travail physiologique, partie sortir au dehors par les liquides des sécrétions, et partie se diriger vers le système osseux avec lequel il se combinera sans occasionner d'accidens. De tous ces raisonnemens il résulte pour moi qu'il faut conserver le sesquioxide de fer hydraté parmi les antidotes de l'arsenic, jusqu'à ce que l'expérience ait bien démontré que l'arséniate de fer est un poison aussi violent que l'oxide d'arsenic, chose que je n'admets point.

Je borne là ce que j'avais à dire sur la préface de M. Rognetta, le plan d'une analyse ne me semble pas comporter plus de détails ; mais on a dû voir par cette esquisse imparfaite à quelles recherches longues et pénibles l'auteur de la brochure a dû se livrer pour composer ces curieux prolégomènes. Cet historique en effet, par son étendue, par ses discussions, par la richesse de son érudition, par l'élégance d'une diction rapide et facile, peut impunément se placer à la tête d'un traité le plus complet sur les

(1) L'école italienne regarde les oxides de fer comme des substances hyposthénisantes ou contro-stimulantes.

qu'il est presque impossible d'ébrécher ainsi la cornée sans déterminer des procidences de l'iris, ce qui ajoute singulièrement aux conditions fâcheuses de la maladie. Il serait même possible qu'un staphylome opaque succédât au staphylome transparent, ce qui rendrait le remède pis que le mal.

Bien que j'eusse autrefois adopté moi-même l'opinion de l'incurabilité de l'affection, je conçois aujourd'hui que dans le cas où la rétine conserve encore sa faculté visuelle, on puisse tenter un mode opératoire plus rationnel que celui de M. Fario. Voici l'exemple qui me semblerait pouvoir être suivi.

Il y a deux ans, j'ai opéré, en présence des docteurs Vigreux et Spiridione, un jeune homme qui avait un staphylome énorme à l'œil droit; l'autre œil avait été détruit par une ophthalmie purulente. J'ai voulu exciser une partie de la cornée pour vider le corps vitré. Le lambeau fait inférieurement comme pour l'extraction du cristallin, je l'ai enlevé d'un coup de ciseaux; mais l'indocilité du malade a été telle que je n'ai pu emporter que le tiers inférieur du disque de la cornée. L'iris s'est présenté en bombant hors de la brèche; mais le corps vitré ne se vidait point. J'ai donc excisé d'un second coup de ciseaux la portion saillante de l'iris, le corps vitré s'est vidé en partie; le malade était couché, à la vérité, la tête peu élevée. Nous avons laissé les choses dans cet état, et nous nous sommes contentés d'un pansement simple. A la levée de l'appareil, l'œil était affaissé en partie, mais pas complètement vidé; l'ouverture de la cornée remplie de lymphe plastique. Par la suite, une cicatrice solide s'est formée sur ce point; la cornée s'est éclaircie supérieurement, et la rétine recevait assez de lumière pour permettre au sujet de se conduire, bien qu'avec peine: de l'humeur aqueuse s'était formée derrière la portion supérieure de la cornée. Une année plus tard, j'ai voulu lui pratiquer une pupille artificielle en décollant largement l'iris supérieurement; mais le malade n'a presque rien gagné, par des raisons qu'il est inutile d'exposer ici.

Ne pourrait-on pas appliquer la même pratique à la conicité diaphane de la cornée, en proportionnant, bien entendu, l'excision inférieure de cette membrane au degré de sa saillie morbide? Comme le mal est très difforme de lui-même et jugé incurable, des tentatives de cette nature doivent être regardées comme préférables à l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil.

Hydropisie ascite datant de trois ans, guérie à l'aide de la compression abdominale; par M. Morelli, professeur de clinique interne à Sienne.

Assunta Corsini, âgée de cinquante-deux ans, bonne constitution, mère de plusieurs enfans, eut, à la suite de chagrins prolongés, une fièvre continue rémittente, gastrique, puis des fièvres intermittentes tierces. Son foie s'est hypertrophié. On lui a fait faire des frictions sur la région du foie avec des préparations mercurielles; bientôt elle eut la salivation et une grande lassitude. Par la suite son ventre s'est gonflé, et acquit tous les caractères de l'ascite.

Pendant deux années consécutives la malade n'a fait que passer d'hôpital en hôpital, et subir des traitemens divers, mais inutilement. Enfin, en novembre 1838, elle est entrée à la clinique de M. Morelli, après avoir subi quatre fois l'opération de la paracentèse.

Le ventre est fort volumineux; douleurs abdominales. La femme demande avec instance une nouvelle ponction; elle ne veut se prêter à aucun autre traitement. En conséquence on répète la ponction huit fois durant une année de son séjour à la clinique. A cette époque, ayant vu les bons effets qu'une autre femme hydropique avait retirés du bandage abdominal dans le même hôpital, elle s'est prêtée à l'application de ce moyen.

M. Morelli a donc entouré le ventre de la malade d'une sorte de corset compressif s'étendant depuis le tiers inférieur du sternum jusqu'au pubis; il l'a serré graduellement à l'aide de lisières et de boucles. Des espèces de sous-cuisses en toile empêchaient l'appareil de remonter. La malade l'a très bien supporté, s'est levée et a marché tous les jours. Les douleurs ont diminué, les urines ont augmenté; garderobes régulières, retour de l'appétit; sommeil tranquille. Cette amélioration a été progressive, le liquide ne s'est point reproduit, et la malade guérit promptement. Ainsi voilà une ascite datant de trois ans, qui avait été ponctionnée douze fois inutilement et qui a été guérie à l'aide de la seule compression.

(*Annali universali di medicina*, mars 1840.)

— L'auteur cite d'autres cas analogues de sa pratique, et rappelle d'autres faits déjà connus, entre autres ceux de même espèce publiés en 1826 par le docteur Speranza, et ceux que Rush a fait connaître long-temps auparavant. Il dit qu'en cas d'infiltration séreuse des membres, il porte aussi la compression sur ces parties, et constamment avec avantage.

En France, on a bonne opinion de cette méthode de traitement de l'ascite, depuis surtout que M. Bricheteau en a démontré expérimentalement les avantages dans son intéressant mémoire intitulé: Recherches et observations sur l'emploi de la compression méthodique dans les hydropisies, et particulièrement dans l'ascite. (*V.* Clinique médicale de l'hôpital Necker, un vol. in-8°, 1835.) Onze ou douze observations remarquables sont rapportées dans ce travail en faveur de ce moyen. On est cependant étonné de ne pas le voir plus souvent mis en pratique; d'autant plus que la compression est par elle-même innocente, qu'elle n'empêche pas l'emploi d'autres moyens, surtout de la paracentèse, après laquelle la compression paraît plus particulièrement réussir. Ce qu'il y a de surprenant dans les faits de M. Bricheteau, c'est qu'il ait obtenu des guérisons, non-seulement d'hydropisies ascites, mais aussi d'hydropisies enkystées de l'ovaire.

Dans le fait de M. Morelli, on regrette de ne pas trouver de plus amples détails sur l'état précis des fonctions et des organes de la malade à l'époque de son entrée à la clinique et à l'époque de l'application du corset compressif. Toujours est-il cependant qu'il s'agissait d'une hydropisie datant de trois ans, ponctionnée inutilement pendant douze fois, huit fois surtout dans l'espace des douze derniers mois, survenue à la suite de fièvre intermittente, accompagnée d'hypertrophie du foie et de douleurs abdominales. On ne dira pas par conséquent qu'il ne s'agissait point dans ce cas d'une hydropisie active, ou, ainsi que les Italiens l'appellent, *hypersthénique*. En mettant de côté les doctrines, il est facile de se convaincre que dans le plus grand nombre des cas où cette méthode a réussi, il s'agissait incontestablement d'hydropisies actives, ce qui ferait assimiler l'action du bandage à celle des secours antiphlogistiques. C'est aussi dans cette intention que M. Lisfranc l'applique dans le traitement des tumeurs blanches.

On ignore si la compression poussait être employée avec avantage dans les hydropisies dites passives ou hyposthéniques, lesquelles sont fort rares d'ailleurs, comme on sait. On trouve dans l'Anatomie pathologique de Lobstein les plus belles recherches sur l'état du péritoine dans les ascites chroniques. Il résulte de ce travail que la véritable source de la sérosité est dans un état remarquable d'hypérémie du tissu cellulaire extra-péritonéal. Des vaisseaux, des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques fort développés, sillonnent abondamment les mailles de ce tissu, et versent sans cesse de la sérosité dans la cavité viscérale. On conçoit comment la compression, en aplatissant, en atrophiant ce tissu hypersthénisé, puisse mettre une fin à la reproduction du liquide, ainsi qu'un bandage roulé le fait sur une jambe œdémateuse couverte de varice.

Sans doute que l'hypertrophie du foie, de la rate, exige en même temps un traitement dynamique intérieur pour disparaître; mais la compression n'agit-elle pas aussi dans le même sens? L'hydropisie ascite est une maladie trop fréquente et trop grave, et la compression a donné des résultats trop satisfaisans pour que les praticiens ne songent sérieusement à l'application de ce moyen. Une remarque importante a cependant échappé à ceux qui se sont occupés de ce sujet, c'est que la compression n'est point applicable à l'ascite qui complique la grossesse. Le mémoire de Scarpa sur cette variété d'hydropisie mérite d'être lu et médité.

Inflammation aiguë de tout le système lymphatique. Ganglions volumineux dans la poitrine. Asphyxie. Autopsie; par Salvadore Pogliaghi, médecin à l'hôpital de Milan.

Cesare Cardani, âgé de quarante-huit ans, de constitution robuste, s'étant toujours bien porté, exerçant la profession de courtier, était adonné à l'abus du vin et de la débauche. Vers la moitié du mois d'octobre il est pris de malaise, d'inflammation aux deux côtés de la face, au-devant des oreilles, s'étendant à la mâchoire inférieure et au menton. On lui pratique deux saignées et on lui fait prendre des purgatifs. Mieux. Le malade se croit guéri, mais le mal fait des progrès sourds. Quelques jours après des tumeurs indolentes se déclarent à la base du cou, puis d'autres pareilles aux aisselles et aux aines; d'autres ensuite dans les creux poplités et aux plis des coudes. Toutes ces tumeurs augmentent tellement dans l'espace de trois jours que les mouvemens des articulations deviennent impossibles. Le malade rentre à l'hôpital. A le voir on aurait cru qu'il avait des oreillons rhumatismaux; les deux côtés du cou sont couverts de tumeurs peu douloureuses, commençant à la hauteur des conduits auditifs et descendant jusqu'au menton. Cette espèce de collier paraissait au toucher formé de ganglions distincts.

Un examen attentif a fait reconnaître d'autres tumeurs pareilles à la base du cou du volume d'un œuf de pigeon. Les tumeurs des articulations offraient le volume d'un œuf de poule, d'autres du poing; elles étaient peu chaudes au toucher. Celles du côté gauche étoient plus volumineuses que celles du côté opposé. Le malade avait d'ailleurs de la fièvre, pouls plein, face d'un rouge livide, yeux saillants comme si son cou eût été serré par une corde, tête lourde; langue plate, inappétence, respiration libre; mais le malade éprouvait de temps en temps le besoin de soupirer. Ventre, rien de remarquable. On diagnostique une inflammation de tout le système lymphatique. On prescrit un traitement antiphlogistique énergique: neuf saignées ont été pratiquées, deux applications de sangsues au cou; purgatifs doux, pilules d'extrait d'aconit et de calomel. Le sang est couenneux. Le malade va mieux, les tumeurs paraissaient moins dures. La fièvre cependant

---

poisons en général.

Deuxième partie. — Après avoir exposé le fruit de ses longues recherches historiques, M. Rognetta entre en matière, il nous fait part d'une correspondance qu'il a eue avec un avocat distingué de Dijon, défenseur de deux paysans accusés d'avoir empoisonné leur fils par l'arsenic. Ce début est plein d'intérêt: nous venons de faire de l'histoire ancienne, nous allons nous occuper maintenant d'histoire toute moderne.

M. Monget, de Dijon, est l'avocat défenseur; les cinq lettres qu'il a adressées à M. Rognetta découvrent chez cet homme de loi sensibilité, prudence, honneur, et une sorte d'ingénuité franche qui plaît. Il expose à M. Rognetta les faits incriminés, prie cet habile médecin de les examiner et de lui faire part de ses observations. M. Rognetta prend connaissance de ces faits, étudie le rapport des experts chimistes de Dijon, qui se termine ainsi:

« Nous concluons des faits qui précèdent que Nicolas Mercier a succombé à un empoisonnement d'une substance vénéneuse irritante et corrosive. »

M. Rognetta apprécie avec talent les faits contenus dans ce rapport et se résume dans ces termes:

« 1° Que les symptômes que Nicolas Mercier a présentés dans sa dernière maladie, et les lésions pathologiques rencontrées sur son cadavre, ne me paraissent pas pouvoir être rapportés à l'action d'un poison minéral quelconque;

» 2° Que ces symptômes et ces lésions me paraissent se rattacher naturellement à une gastro-entérite chronique devenue accidentellement sur-aiguë. »

Cette savante appréciation des faits est une pièce remarquable; je regrette de ne pouvoir la placer ici, le lecteur y verrait que M. Rognetta se montre habile interprète d'un écrit, et profond pathologiste.

Nous voici arrivés au document le plus curieux du procès Mercier, au rapport de MM. Orfila et Devergie, ce rapport conclut à l'empoisonnement par l'arsenic. (Nous venons d'entendre que les experts de Dijon et M. Rognetta n'ont encore rien dit sur l'arsenic.) Je me trompe quand je dis que le rapport des Parisiens conclut à l'empoisonnement; j'aurais dû dire, pour parler juste, qu'il conclut et qu'il ne conclut pas. C'est le véritable *oui* et *non* d'Hippocrate et de Galien. En effet, M. Orfila signe qu'il y a empoisonnement, et M. Devergie, partant des mêmes expériences, signe qu'il y a des *présomptions*. Je le demande, peut-on voir rien de plus absurde de la part de ce dernier?.... Eh mais! M. Devergie, on savait qu'il y avait des présomptions, et on le savait avant la *belle* découverte que vous venez de faire et de nous annoncer; car c'est sur ces présomptions mêmes que vous avez été requis par le tribunal, et que l'on vous a envoyé des lambeaux du cadavre Mercier. Si je ne me fais pas illusion, il me semble que je suis dans le vrai quand je crois qu'un logicien honnête homme peut répondre à toutes les questions par ces trois mots: *oui*, *non*, *j'ignore*; Dans les deux premiers cas on motive sa réponse; dans le troisième on se retire et on n'occupe pas un emploi lorsqu'on n'a pas les capacités voulues pour le remplir: c'était ce que devait faire M. Devergie. Je me plais à le dire, M. Orfila peut avoir erré, ses expériences peuvent ne pas être concluantes; mais au moins il a pris un parti, il a répondu aux questions des magistrats, il s'est exposé à un combat vigoureux, à une critique acerbe, mélangée de quelques injustices; enfin, il a fait un rapport. Malheureusement ce rapport, par l'observation vide de science, de franchise et d'esprit de M. Devergie, me paraît être un travail informe et la plus ridicule mystification qu'on ait jamais vue au monde.

Par des raisonnemens serrés et pleins de raison, M. Rognetta combat, de manière à entraîner les convictions, le travail des experts de Paris, et se fondant sur un grand nombre de considérations, il arrive à ces conséquences, bien fondées selon moi:

« 1° Que les rapports de M. Orfila ne sont point concluans, attendu qu'ils ne fournissent pas la preuve directe de l'empoisonnement.

» 2° Que les taches arsenicales obtenues par M. Orfila ne sauraient, dans aucun cas, suffire pour décider des questions criminelles d'empoisonnement, car leur quantité est extrêmement légère. »

Dans sa brochure, M. Rognetta ne se borne pas à opposer sa méthode de traitement par les excitans à la méthode M. Orfila, il ne se borne pas à combattre avec énergie les assertions thérapeutiques de M. le doyen, il attaque encore les procédés à l'aide desquels il retire l'arsenic d'intoxication; c'est alors qu'il repousse avec force et raison le *système* du *pot au-feu*. Ce *système* (c'est l'expression de M. Orfila) consiste à faire bouillir un homme (j'entends un homme mort) haché par morceaux, dans une grande marmite de fonte, à en faire plusieurs décoctions ou bouillons (1) que l'on rapproche et que l'on incinère par un oxydant quelconque; le produit de l'incinération est ensuite soumis à l'épreuve de l'appareil de Marsh, qui ne tarde pas à dégager de l'hydrogène arseniqué dans tous les cas, et à donner de l'arsenic métallique par sa combustion. Il n'en faut pas davantage à M. Orfila; car dans ses ouvrages, ainsi que dans ses cours, il n'oublie pas de dire: « Ne concluez à l'empoisonnement que sur la présence de l'arsenic métal. » Ce qui, selon nous, est une utopie grande et dangereuse.

On n'a pas besoin de faire remarquer que le procédé du pot-au-feu est un procédé monstrueux, et qu'il est inapplicable dans les expertises médico-légales.

Je n'approuve pas davantage l'emploi de l'appareil de Marsh en médecine légale; car on peut démontrer: 1° que deux milligrammes d'acide arsénieux sortant de cet appareil peuvent noircir une capsule de porcelaine, et que l'on peut avaler sans redouter l'empoisonnement, deux milligrammes d'acide arsénieux; 2° que quatre milligrammes d'arséniate de fer ou de chaux produiront le même effet sur la capsule, et que plusieurs grammes d'arséniate de fer et peut-être de chaux peuvent être pris impunément; 3° que tous les arséniates se comportent comme l'oxyde d'arsenic dans l'appareil, et se revifient en métal; 4° que les cadavres normaux contiennent tous de l'arséniate de chaux; 5° qu'il est enfin impossible, par le pot-au-feu et l'appareil de Marsh, d'apprécier la quantité d'arsenic contenue dans une matière animale quelconque. Ce sont ces considérations qui m'ont fait écrire le paragraphe suivant dans la réclamation que j'ai adressée à M. Orfila sous forme d'épître, et envoyée à l'Institut:

« Est-il nécessaire maintenant que j'entre dans les détails des mémoires qui composent votre brochure? Non, je ne le pense pas; mais je dois vous dire, cependant, qu'en général j'en suis mal satisfait; vous auriez pu faire mieux en employant des moyens, non pas plus subtils, mais plus exacts que celui de Marsh. »

M. Orfila a d'ailleurs une singulière méthode de travailler: il sait qu'il y a de l'arsenic dans le corps humain, et il ne cherche aucun moyen pour l'évacuer. On lui apporte une portion de cadavre inhumé qui est censé contenir de l'oxyde d'arsenic d'intoxication, et il ne s'occupe point d'extraire cet oxyde en nature et d'en prendre le poids. Cependant le dosage de l'arsenic contenu dans une matière animale quelconque, et l'extraction de l'oxyde en nature doivent, si je ne m'abuse, faire la base d'une bonne analyse et former la clé des difficultés toxicologiques? Mais non,

(1) Il faut bien se donner de garde d'ajouter du sel, des navets, des carottes, du poivre, des oignons, etc.; car M. Orfila a trouvé que ces sortes d'épices faisaisnt naître de l'arsenic.

augmente ; mort le neuvième jour de la dernière entrée du malade à l'hôpital, deux mois après le premier début de la maladie.

A l'autopsie, les tumeurs externes paraissent formées d'espèce de kystes enflammés et suppurans dans le milieu. Ces kystes, résultats évidens de ganglions lymphatiques enflammés, contiennent de la matière semblable à de la crème, et de couleur lie de vin. La cavité des tumeurs du cou pourrait contenir un œuf de pigeon ; celle des kystes de l'aisselle gauche peut contenir un œuf de poule. Les ganglions de ce côté sont plus altérés que ceux du côté droit. A l'aine, l'altération des ganglions est moins prononcée.

Les viscères thoraciques sont sains ; léger épanchement séreux dans la plèvre droite. Les ganglions qui se trouvent à la bifurcation de la trachée et des bronches sont prodigieusement grossis ; ils offrent le volume du poing. Coupés, ils présentent tous les caractères de l'inflammation à différens degrés comme les tumeurs externes, mais leur altération est moins avancée ; de la suppuration existe dans plusieurs, de couleur veineuse. Dans l'abdomen, rien de remarquable ; seulement les ganglions mésentériques sont légèrement hypertrophiés. L'auteur attribue la mort du malade à l'asphyxie produite par les glandes thoraciques.

(*Ibid.*)

— Cette observation peut être rangée au nombre des cas rares. Nous ne connaissons qu'un seul fait qui ait de la ressemblance avec celui-ci ; il se trouve dans Morgagni (Epître XXIX, n° 12, t. 2, p. 172, édit. de l'Encyclopédie des sciences médicales, 1839). Il s'agit d'une femme de quarante ans qui se nourrissait habituellement de choses salées, et faisait abondamment usage de vin généreux ; elle était souvent sujette à des maladies inflammatoires. Des masses de glandes volumineuses se sont déclarées tout à coup à la base du cou ; des symptômes assez anormaux ont enlevé la malade. A l'autopsie, Morgagni a trouvé des masses considérables de ganglions lymphatiques suppurés au cou, dans la poitrine et dans le bas-ventre. Nous regrettons que la longueur de ce fait, véritable modèle d'autopsie cadavérique, ne nous permette d'en reproduire tous les détails.

Nous connaissons si peu la pathologie du système lymphatique, que nous ne serions pas étonné que peu de lecteurs appréciassent tout l'intérêt que présente le fait ci-dessus.

On s'est tellement habitué à regarder comme passif ou atonique le gonflement des ganglions, que le mot phlogose effraie. On veut y trouver de l'humeur froide alors que le scalpel ne laisse voir que des tissus suppurés, épaissis par un travail sourd d'hypersthénie. On veut que les scrofuleux soient dans un état d'atonie et de faiblesse, et l'on ne réfléchit point que toutes les fonctions et les autopsies indiquent chez eux un état morbide de nature opposée. On se confirme dans cette hypothèse parce qu'on voit que l'iode les guérit, et l'iode est réputé un tonique, un excitant, parce qu'il guérit une maladie présumée de faiblesse. Ainsi donc la scrofule est une maladie asthénique parce qu'elle est guérie par l'iode présumé excitant, et l'iode est excitant parce qu'il guérit la scrofule qui est à son tour présumée une maladie de faiblesse. Mais qu'on donne du vin aux scrofuleux et l'on verra des phlogoses des plus formidables se déclarer ; qu'on dissèque attentivement leurs vaisseaux lymphatiques, et l'on trouvera une phlogose des plus patentes dans leur intérieur.

M. Orfila se contente de quelques semblans d'à peu près pour faire un rapport qui entraîne la peine capitale ! Mais, me dira-t-on peut être, ce travail tel que vous venez de le concevoir est-il abordable et possible ? Pourquoi non, pourquoi ne pourrait-on pas doser l'arsenic d'un cadavre à 5 milligrammes près ? Si M. Orfila n'aperçoit pas ce moyen, qu'il travaille à le découvrir : ce n'est pas à moi qui vis dans un village en simple cultivateur et qui salue avec respect la science de loin, à lui apprendre la chimie toxicologique.

Pour rendre son livre plus complet M. Rognetta place, à la suite de ses recherches, les débats qui ont eu lieu devant la cour d'assises de la Côte-d'Or, au sujet de l'empoisonnement Mercier, ainsi que la déposition remarquable de M. Raspail. Il y aurait inconsidération et légèreté de ma part, ce me semble, si, pour en sortir une critique ou des éloges, je fouillais dans ces précieuses pièces où M. Raspail se montre si ingénieux, si éloquent, si instruit, si profond. Aussi ne le ferai-je pas.

Il résulte des détails nombreux dans lesquels je viens d'entrer, que la brochure de M. Rognetta renferme un historique consciencieux, une nouvelle méthode de traitement de l'empoisonnement par l'arsenic, des discussions savantes toujours dirigées par une saine logique, et des documens de la plus haute importance pour les magistrats, les médecins et les chimistes toxicologues.

Verteuil (Gironde), le 9 avril 1840.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 21 avril.

M. *Gimelle* fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Jobert, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, relatif à une nouvelle méthode de traitement de la cystocèle vaginale. Cette méthode, nous l'avons fait connaître dans le temps. La conclusion du rapport est qu'une lettre de remerciemens soit adressée à l'auteur pour son importante communication, d'inscrire officiellement le nom de M. Jobert sur la liste des candidats pour la première place vacante dans la section de chirurgie, et d'envoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

Nomination d'un nouveau membre dans la section de médecine vétérinaire. — C'était la première fois depuis la fondation de l'Académie que l'assemblée s'accupait d'une nomination dans la section de médecine vétérinaire. La réunion était très nombreuse. Les candidats, au nombre de six, étaient MM. Husard, Lafond, Leblanc, Renauld, Rigaud, Rodet, tous recommandables par des travaux importans et par un caractère honorable. Trois cependant parmi ces candidats sortaient de la ligne : MM. Husard, Leblanc, Renauld. Sur eux effectivement ont porté les voix, et bien que la victoire ait été pour M. Renauld, directeur de l'Ecole d'Alford, le résultat du scrutin n'a pas été moins honorable pour les deux autres, surtout pour M. Leblanc.

Au premier tour de scrutin, il y a 117 votans, 115 bulletins ; majorité absolue 58. M. Renauld a obtenu 44 suffrages ; M. Leblanc 36 ; M. Huzard 34. Personne n'ayant obtenu la majorité absolue, on passe au second tour.

Le second scrutin porte 120 votans, 113 bulletins, majorité 57.

M. Renauld a obtenu	51 suffrages.
M. Leblanc	33
M. Husard	29

On passe à un scrutin de ballotage entre MM. Renauld et Leblanc. Dans ce scrutin il y a 111 bulletins, majorité 56 (2 billets blancs).

M. Renauld a obtenu	67 suffrages.
M. Leblanc	42

En conséquence, M. Renauld a été proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

Il est quatre heures et demie ; l'Académie se forme en comité secret pour discuter une proposition financière de M. Cornac.

—Le vendredi 15 mai 1840, à midi précis, un concours public sera ouvert dans la salle des concours de l'administration des hospices, rue Neuve-Notre-Dame, n. 2, pour la nomination à trois places de chirurgien du bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration, jusqu'au mardi 28 avril 1840, et devront justifier qu'ils ont vingt-sept ans accomplis. L'âge est réduit de deux ans pour les docteurs qui ont exercé pendant quatre années entières les fonctions d'élèves internes dans les hôpitaux.

— Le gouvernement de la Porte vient de faire choix d'un grand nombre de jeunes gens d'une capacité reconnue, pour les envoyer en France, où ils doivent compléter leur éducation.

Pour paraître incessamment.

Répertoire de Thérapeutique pratique,

Ou *Memento de cabinet*, à l'usage des personnes qui exercent l'art de guérir; par le docteur Maire (du Hâvre), chirurgien entretenu de la marine, membre de plusieurs académies, etc. Grand in-4°, de plus de 300 pages, avec répertoire pour faciliter les recherches. Prix : 7 fr. 50 cent., rendu à domicile pour toute la France.

S'adresser *franco* chez M. Binet, éditeur, rue Aubry-le-Boucher, 34 ; ou à J. Maire, rue de Crussol, n. 1.

L'auteur a voulu résoudre cette proposition : une maladie étant donnée, et son état actuel étant diagnostiqué, offrir méthodiquement groupés tous les moyens médicaux, chirurgicaux et hygiéniques dont on peut disposer pour les pallier, les guérir ou les prévenir dans une autre circonstance.

Nous avons déjà parlé avec avantage des produits de M. LEPERDRIEL; Pharmacien à Paris; nous les recommandons de nouveau d'une manière toute spéciale aux médecins et aux malades. (*Voir* les numéros des 18 et 26 décembre 1838.)

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 25 AVRIL 1840. (13e ANNÉE.) N° 50, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger, 1 an, [illegible]

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Des traitemens de la pneumonie.

Dans la pneumonie, comme dans toute autre maladie, il ne peut y avoir un seul et même traitement qui soit également applicable à tous les cas. Ce principe ne saurait être contesté; mais nous allons encore plus loin, et nous disons que, dans la même maladie, il est impossible de rencontrer deux cas parfaitement identiques, et qui admettent, sans aucune réserve, le même mode de traitement.

De cette multiplicité de modifications qu'une affection peut présenter, et qui sont subordonnées à une foule de circonstances, il résulte que, non-seulement chaque méthode de traitement demande à être modifiée suivant les individualités morbides, mais qu'en outre la méthode elle-même cessant de procurer toute l'efficacité que dans d'autres conditions on en eût pu retirer, doit être remplacée par une autre, laquelle, quoiqu'étant d'une nature différente, atteint néanmoins le même résultat, le même but.

Nous allons passer en revue les différentes méthodes de traitement qui ont été employées contre la pneumonie; nous allons signaler les modifications que chacune d'elles doit subir dans chaque cas en particulier, ceux enfin où telle méthode doit être préférée ou est appelée à en remplacer une autre. Ainsi, nous nous occuperons successivement: 1° de la méthode antiphlogistique, qui serait plus convenablement dénommée débilitante; 2° de la méthode rasorienne, ou par l'émétique à haute dose, que nous appelons empirique; 3° de celle par l'oxyde blanc d'antimoine, qui est également empirique; 4° de la méthode expectante; 5° de celle qui consiste dans l'emploi des vomitifs et des évacuans; 6° de celle par les révulsifs; 7° par les toniques; 8° enfin, par les antipériodiques.

Du traitement de la pneumonie par les antiphlogistiques. — Cette méthode tient le premier rang, et doit passer avant toutes les autres. Nous devons même ajouter que, par leur infériorité, ces dernières s'en éloignent de beaucoup. La saignée est on ne peut pas plus indiquée généralement dans le traitement de la pneumonie, surtout chez les sujets doués d'une constitution forte; mais son emploi doit-il être constamment formulé de la même manière? Nous ne le croyons pas. Occupé exclusivement de la recherche de la vérité, ce n'est pas des personnes que nous parlons ici. D'ailleurs, les premiers qui ont formulé l'emploi de la saignée dans le traitement de la pneumonie, n'ont certainement pas songé à appliquer leur formule sans aucune distinction des cas, de l'âge, de la force des sujets, etc., et ce serait, nous n'en doutons pas, une erreur que de leur attribuer une semblable intention. Evidemment ces formules n'ont été créées que pour des cas particuliers, et nous ne pouvons supposer qu'on les ait faites pour tous.

Les indications relatives à l'emploi des antiphlogistiques émanent de plusieurs sources. La première ressort sans contredit de l'intensité des phénomènes locaux, qui donnent la mesure selon laquelle la saignée doit être employée; ce sont eux seulement qui nous ont servi de guide chez ce vieillard qui n'a jamais présenté plus de 48 et 52 pulsations par minute; nonobstant quoi il a été saigné à plusieurs reprises. Assurément nous sommes loin de contester l'influence que doivent exercer les phénomènes généraux sur le jugement du médecin; mais ils ne servent qu'à confirmer l'indication déjà fournie par les phénomènes locaux, et à cet égard ils leur servent de moyen accessoire qui vient consolider les indications fournies par les premiers. Ce que nous venons de dire est tellement vrai que, dans quelques inflammations où la réaction est très prononcée, nous sommes loin de baser sur elle le nombre des évacuations sanguines. C'est ainsi, par exemple, que dans la pleurésie, où la réaction peut être portée aussi loin que dans la pneumonie, la saignée n'est jamais répétée un aussi grand nombre de fois qu'elle l'est dans la dernière.

L'époque à laquelle la maladie est arrivée fournit également des indicatinns importantes relativement à l'emploi de la saignée. Quand la pneumonie est déjà arrivée à une époque avancée, l'emploi de la saignée doit être plus réservé que lorsqu'elle est à son début; c'est là un précepte établi depuis bien long-temps, puisque Hippocrate même dit, d'une manière trop exclusive peut-être, qu'il ne faut jamais saigner après le huitième jour; trop exclusive, en effet, puisqu'il faut quelquefois y revenir de toute nécessité passé ce temps.

Mais c'est sans contredit dans les premiers jours de la maladie qu'il importe de répéter la saignée à des époques très rapprochées. Très efficace alors, son efficacité diminue progressivement avec le nombre des jours, et c'est pourquoi il ne faut jamais en pareil cas la différer, soit en cédant aux craintes du malade, soit en cédant à celles des parens. Nous disons que l'efficacité de la saignée est plus grande dans les premiers jours, et cela se comprend aisément. En effet, alors l'état morbide est tellement peu avancé, que l'on n'a pour ainsi dire à combattre qu'une simple hypérémie; mais néglige-t-on de saigner? alors à la simple hypérémie succède une altération plus profonde de l'organe, portant même sur la consistance de ses tissus. Ainsi donc, la saignée doit être dirigée d'après l'intensité des phénomènes locaux et généraux, et ensuite d'après l'époque à laquelle la maladie sera arrivée.

Ce n'est pas tout: l'état général des forces ne doit pas être négligé, car il entre aussi en ligne de compte pour régler l'emploi que l'on doit faire de la saignée. Nous ne pouvons appliquer les principes mathématiques à l'appréciation des forces de nos malades, et cela est d'autant plus fâcheux que l'expérience seule peut suppléer à ce défaut d'exactitude de notre science. Il importe toutefois que le jugement du médecin pourvoie à cette insuffisance, s'il ne veut s'exposer à donner une mauvaise direction à son traitement.

Disons toutefois que l'état de faiblesse ou de prostration que les malades peuvent présenter est réel ou apparent. Mais comment apprendre à distinguer ces deux cas l'un de l'autre? cela est bien difficile parfois. Si le malade garde constamment le décubitus dorsal, si l'œil est terne, le regard languissant, si la peau est terreuse et le pouls faible et petit, vous jugerez qu'il est plongé dans un état adynamique. Cependant comment saurez-vous si cette prostration est réelle? Il vous faudra alors avoir égard à plusieurs circonstances: ainsi si le sujet est d'une constitution forte, si la maladie est récente, si la saignée n'a pas encore été pratiquée ou ne l'a été qu'avec modération, n'en doutez pas, alors la prostration est le résultat de la concentration des forces et vous la ferez disparaître en tirant du sang. C'est dans ces cas que vous verrez l'asphyxie arriver, si vous ne vous conformez pas à ce précepte.

L'état du sang indique aussi si la saignée doit être renouvelée; c'est lorsque le cruor se recouvre d'une couenne inflammatoire épaisse. Il est des praticiens qui établissent en principe que l'on doit revenir aussi long-temps à la saignée que le sang présente cette couenne inflammatoire. Il faut, en général, se conformer à ce précepte, mais il serait dangereux de s'y conformer dans tous les cas; car il en est en particulier où l'on pourrait tirer jusqu'à la dernière goutte de sang sans voir disparaître la couenne inflammatoire de la surface du caillot. Dans ces cas, réglez-vous d'après les indications que nous avons établies précédemment, qui sont moins fautives; réglez-vous principalement d'après le degré de faiblesse des malades.

A l'autopsie des sujets qui ont succombé à la pneumonie au premier degré, les caractères anatomiques de cette affection paraissent constamment indiquer que la saignée n'a pas été poussée assez loin. C'est là une impression trompeuse dont nous vous engageons à vous méfier. Il est une limite, en effet, où l'emploi de cet agent thérapeutique doit cesser, au risque de voir les sujets tomber dans l'adynamie la plus profonde, et périr même pendant la saignée, ainsi que nous l'avons vu arriver chez des sujets âgés. Bien plus, et si alors la mort n'est pas le résultat immédiat d'une conduite aussi téméraire, cette issue néanmoins ne cesse pas moins d'arriver, par suite de l'augmentation de la pneumonie, sous l'influence de la saignée employée en excès.

Nous le répétons, il arrive un moment où il faut cesser de faire couler le sang, si l'on ne veut voir l'hépatisation s'accroître. Et cela se conçoit, en effet; car, un certain degré de force est indispensable pour que la résolution s'opère sous l'influence de l'absorption. De plus, en augmentant la faiblesse du malade par des saignées inopportunes, l'exhalation, qui est une fonction presque passive, ne fera que s'accroître, et le défaut d'équilibre entre elle et l'absorption augmentant également, l'engorgement se trouvera accru d'autant. M. Magendie, à la vérité, a prouvé par de belles expériences que la saignée favorise l'absorption; mais cela s'applique nécessairement aux cas où elle est pratiquée dans des limites convenables. L'expérience n'ailleurs nous démontre tous les jours dans les hôpitaux que, lorsqu'elle engendre la faiblesse, elle agit d'une manière tout à fait opposée.

En définitive, comment peut-on juger que l'instant est arrivé où la saignée cesse d'être efficace? c'est là une tâche bien difficile pour le médecin. Heureusement la nature, toujours large dans ses prévisions et dans ses ressources, n'a pas renfermé cette limite dans des bornes trop étroites, et il est juste de dire que nous pouvons fréquemment les dépasser, ou ne point les atteindre sans toujours exposer nos malades à de graves dangers.

Cependant nous croyons à cet égard que, lorsque la maladie s'éloigne de son origine, que la saignée a été renouvelée plusieurs fois, et que les phénomènes locaux restent les mêmes, les généraux diminuant d'autre part d'intensité; nous croyons, disons-nous, qu'il convient alors de passer à une autre méthode de traitement. C'est à la méthode rasorienne qu'en pareil cas nous donnons la préférence.

Du traitement de la pneumonie par l'émétique à haute dose. — Cette méthode est une conquête toute moderne de la médecine, que la science doit aux médecins italiens et à Rasori principalement. Elle a d'abord soulevé en France beaucoup de controverses, mais elle est jugée à sa juste valeur aujourd'hui que l'on est également revenu sur son compte des éloges demesurés de Laënnec, comme des critiques outrées de Broussais.

La méthode rasorienne est sans contredit d'une grande utilité, et constitue une véritable ressource dans les cas où la saignée ne saurait être portée plus loin impunément. Le tartre stibié est administré à la dose de 6 à 8 grains dans les vingt-quatre heures; on en fait prendre au malade une cuillerée à bouche toutes les deux heures, c'est-à-dire, la valeur de 5 centigrammes environ.

Les premiers effets du médicament sont, ordinairement, de déterminer le vomissement et des évacuations alvines. Ces effets peuvent manquer, ou cesser au bout d'un certain temps, malgré la continuation du médicament: le médicament est alors toléré. C'est là ce que les médecins italiens nomment la *tolérance*; et plusieurs d'entre eux prétendent que c'est alors seulement que le tartre stibié agit avec efficacité.

Il est des médecins qui, adoptant une opinion opposée, prétendent que l'émétique n'agit efficacement que par les évacuations qu'il détermine, et expliquent son action d'après celle des autres évacuans; nous ne partageons pas cette manière de voir. Quoi qu'il en soit des explications données, il n'en est pas moins vrai que l'administration de l'émétique est ordinairement suivie d'une amélioration très marquée.

Quel est le moment le plus opportun pour l'emploi de la méthode rasorienne? Voilà encore un point qui a été fortement controversé. Il est des médecins qui considèrent l'émétique comme plus efficace que la saignée, et veulent qu'il soit administré au début de la pneumonie. Après ce que nous venons de vous dire de la saignée, vous devez pressentir que nous ne partageons pas cette opinion; ce n'est jamais qu'après un nombre variable de saignées que nous y avons recours, et alors seulement qu'il ne nous est plus permis de les renouveler sans nous exposer à de graves inconvéniens.

Il est des médecins qui administrent le tartre stibié à haute dose après un nombre de saignées fixé à l'avance et qui est toujours le même dans tous les cas, conduite qui ne saurait être trop blâmée, car c'est vouloir soumettre des faits à des lois dont la nature a semblé vouloir elle-même les affranchir.

Nous n'employons donc la méthode rasorienne qu'alors que la saignée est devenue impraticable; on nous fera le reproche peut-être de l'employer dans des conditions défavorables, et de ne pouvoir point l'apprécier au juste, par conséquent. Nous savons tenir compte de ces conditions défavorables: la méthode n'a que plus de prix pour nous lorsqu'elle supplée à l'insuffisance de la saignée, et nous nous regardons très heureux de pouvoir par son secours guérir la pneumonie lorsque cette dernière est devenue inutile.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies; par M. Malgaigne.

(Onzième leçon.)

DU MODE D'UNION DU RESSORT ET DE LA PELOTE.

Nous avons maintenant à parler du mode d'union du ressort et de la pelote. Sous ce titre, qui peut vous paraître presque frivole, viennent se rattacher trois questions capitales pour la fabrication et l'application des bandages; questions qui divisent encore aujourd'hui, non-seulement les bandagistes, mais les chirurgiens.

1° A quel point de la pelote doit aboutir le ressort?

2° La pelote doit-elle être fixe ou mobile; et quels sont les moyens de la fixer?

3° Quelle doit être l'inclinaison de la pelote fixée sur le ressort?

4° Et, dans tous les cas, à quelle distance faut-il tenir le ressort et la pelote?

1° *A quel point de la pelote doit aboutir le ressort?*

Vous seriez en droit de vous étonner qu'une pareille question pût être posée; comme, en effet, c'est à l'extrémité antérieure du ressort que s'exerce la pression la plus forte, il paraît tout simple d'appuyer cette extrémité sur le point de la pelote qui doit transmettre cette pression. Ainsi, pour une pelote circulaire et à convexité, uniforme,

l'extrémité du ressort devrait aboutir au centre de la pelote ; pour une pelote triangulaire, également au point le plus central ; pour une pelote elliptique, si la saillie est uniforme et partout égale, à une égale distance des deux extrémités ; si, au contraire, la saillie va en croissant vers l'une de ces extrémités, comme l'adoption de cette forme n'a pu être dictée que par le désir d'avoir une pression plus forte dans la portion la plus saillante, le ressort doit appuyer plus spécialement sur cette portion, et s'écarter alors du centre de figure de la pelote. Un mathématicien trouverait ici une belle occasion de disserter sur chaque sorte de courbure de la convexité des pelotes, et de montrer par de savans calculs à quel point précis, pour une forme donnee, devra répondre le bout du ressort; mais je n'aime pas à embarrasser la pratique de ces formules géométriques ou algébriques, qui ne sont pas toujours une garatie d'exactitude, et dont le premier inconvénient est de rester inintelligibles pour la majorité des lecteurs.

Voici comment vous apprendrez à saisir l'endroit précis où appuiera votre ressort : ayez une pelote de la forme que vous croirez nécessaire ; appliquez-la sur le malade et cherchez à la maintenir du bout du doigt. Tant que le doigt ne s'appliquera pas sur le point demandé, la pression se fera mal et la pelote ne remplira pas son objet ; et vous serez conduits naturellement et comme d'instinct à chercher un lieu de pression plus favorable. Quand vous l'aurez trouvé, arrêtez-vous : c'est là qu'il faudra fixer votre ressort. D'ailleurs vous n'aurez pas fait cinq ou six fois cette épreuve que vous serez assez exercé pour prévoir à peu près à coup sûr le point de la pelote sur lequel le ressort sera le plus favorablement placé ; et vous comprenez qu'il n'est pas besoin ici d'une précision rigoureuse et mathématique.

Ce précepte est d'une importance capitale pour le succès d'un bandage, et j'ai fait plus d'une fois l'expérience suivante : La pelote étant bien choisie, le ressort suffisamment fort, si le lieu d'union est bien déterminé, la hernie est parfaitement contenue ; si vous portez le ressort un peu plus en dedans, en dehors, en haut ou en bas, la hernie s'échappe. Il suffit d'ailleurs des détails que je viens de donner pour que vous compreniez qu'il en doit être ainsi.

Or, vous ne serez pas étonnés quand j'aurai ajouté que, jusqu'à la réforme opérée par Salmon, tous les bandages inguinaux ont péché contre cette règle, et que beaucoup de bandagistes semblent encore en ignorer l'importance. Dans les bandages français ordinaires, tantôt le ressort est rivé le long du bord supérieur de la pelote, et le bandage de Camper même est taillé sur ce modèle, tantôt on fixe l'extrémité du ressort à l'angle supérieur et externe de la pelote, ce qui est plus détestable encore ; ou bien le ressort est coudé de manière à atteindre à peu près le centre de la pelote ; mais ce coude lui ôte une grande partie de sa force, et c'est toujours la partie supérieure de la pelote qui reçoit la plus forte pression.

Que résulte-t-il de là ? Le centre de la pelote étant appliqué sur le lieu où la hernie fait effort, l'intestin, qui cherche à s'échapper, trouvant moins de résistance à la partie inférieure de la pelote qu'à la partie supérieure, la soulève par en bas et s'échappe avec la plus grande facilité. C'est le défaut commun à tous les bandages anciens, de Camper ou d'autres, et vous ne sauriez croire combien les bandagistes se sont mis en frais d'imagination pour parer à ce défaut capital.

D'abord ils ont ajouté à leurs appareils des sous-cuisses assez serrés pour donner à la partie inférieure de la pelote la résistance que le ressort ne pouvait lui communiquer. Cela réussit, en effet, dans les cas peu difficiles ; mais la striction qu'il faut alors donner aux sous-cuisses entraîne des inconvéniens sur lesquels je reviendrai plus tard.

Ils ont ensuite imaginé d'incliner la pelote de telle sorte que son bord inférieur était porté beaucoup plus en arrière que le supérieur ; en d'autres termes, que la pelote était oblique de haut en bas et d'avant en arrière ; c'est ce qu'ils appellent *faire pincer la pelote*.

Cela est surtout indispensable chez les sujets à ventre saillant, dont la région inguinale présente une obliquité du même genre ; et afin que le premier bandage venu pût servir à toute application, les fabricans de ressorts ont laissé à dessein la portion du ressort la plus voisine de la pelote, ce qu'ils appellent *le collet*, un peu plus mou que le reste du ressort qui l'est déjà trop, afin de pouvoir lui imprimer le degré de torsion nécessaire pour *faire pincer* la pelote à volonté, c'est-à-dire pour l'incliner selon le besoin. Prenez au hasard un des bandages que l'on applique au Bureau central, vous lui ferez exécuter sans beaucoup d'effort ce mouvement de torsion ; et il est de fait, comme il était d'ailleurs aisé de le prévoir, que cette torsion suffit pour donner au bandage, dans certains cas, l'efficacité qu'il n'avait pas auparavant. Mais ai-je besoin d'indiquer le vice d'un pareil système ? Cette torsion du ressort se maintient quelques heures, quelques jours, si vous le voulez ; cela suffit sans doute pour l'industriel qui a vendu sa marchandise et touché son argent. Mais que deviendra le malade quand l'impulsion de la hernie aura redressé la pelote, incapable dès lors de la contenir ?

Ce péril bien reconnu a enfanté d'autres moyens. L'un des plus généralement adoptés consiste à réunir le ressort à la pelote au moyen d'une noix, d'un treuil ou de tout autre mécanisme qui permette à la pelote de recevoir le degré voulu d'inclinaison dans lequel elle est fixée par un ressort arrêté dans les dents de la noix ou du treuil. Tels sont les bandages *à cric* que l'on vend encore dans le commerce ; tel était le bandage pour lequel M. Absil avait pris un brevet d'invention en variant la forme de la noix ; je vous en ai montré d'ailleurs plusieurs variétés empruntées aux collections de la Faculté. Ces appareils sont tous mauvais ; d'abord ils sont plus compliqués et plus exposés à la rupture que les bandages ordinaires ; ensuite le ressort destiné à maintenir l'inclinaison de la pelote ne peut jamais offrir une grande résistance, si la hernie est facile, il suffit sans doute ; mais le premier bandage simple en ferait autant ; si elle est difficile, il recule sur son treuil, et dès lors la pelote ne fait plus aucune résistance. En voici un de M. Absil, fabriqué pour contenir une hernie directe et volumineuse et, en conséquence, avec plus de soin que la plupart ; vous voyez quelle faible force il me faut pour faire reculer la pelote et son ressort.

Dégoûtés de ce moyen, d'autres bandagistes ont essayé les pelotes à soufflet dont je vous ai présenté des échantillons. Ces pelotes sont composées de deux plaques de tôle écartées l'une de l'autre : la plaque externe est soudée au ressort de la ceinture ; la plaque interne est maintenue plus écartée de la première par en bas que par en haut, à l'aide d'un ressort intermédiaire qui la fait *pincer*. Cela est fort ingénieux ; mais le point d'appui de la plaque interne est toujours la plaque extérieure qui, n'étant soutenue que par en haut, est facilement soulevée en bas par la hernie dans un effort un peu violent.

D'autres ont employé les deux plaques, mais en les rivant ensemble par le haut et les maintenant dans un écartement fixe par en bas, ce qui avait toujours pour but et pour résultat de faire *pincer* la plaque interne. Ces pelotes valaient autant que les précédentes, mais elles ne valaient pas mieux, et elles sont toutes tombées en oubli.

On a également essayé de ce système des deux plaques en les laissant mobiles l'une sur l'autre, mais en les réunissant par en bas à l'aide d'une vis qui les écartait et les rapprochait à volonté. Il y a un bandage de ce genre dans les collections de la Faculté ; je l'ai fait passer sous vos yeux.

Enfin, en poursuivant toujours ce but qui les fuyait toujours, trois bandagistes contemporains ont essayé d'un autre système. Ils ont bien vu qu'en tordant le collet du ressort pour faire pincer la pelote, ce collet était trop faible pour résister long-temps aux chocs réitérés de la hernie ; et ils ont songé à donner à ce collet, dans la fabrication même, le degré de torsion et la force qu'il lui fallait. En première ligne je mettrai M. Jalade Lafond, qui a adopté cette modification avec plusieurs autres, au ressort de Camper ; vient ensuite le bandagiste Scatti qui a fait la même chose pour le ressort français, en construisant le ressort et la plaque d'une seule pièce ; et enfin M. Fournier de Lempdes, qui a laissé la pelote indépendante du ressort, en allongeant toutefois celui-ci de façon à lui faire figurer à peu près la plaque externe des bandages à soufflet, et en y réunissant la pelote à l'aide d'une vis et d'un écrou excessivement solides.

Ces trois bandages valent mieux assurément que ceux dont nous avons parlé d'abord, attendu que la pelote a un degré d'inclinaison déterminé qui maintient le collet du ressort épaissi jusqu'à figurer une barre de fer. Mais il en résulte deux inconvéniens. Le bandage est très lourd d'abord : c'est le moindre des deux ; mais ce qui est plus grave, c'est que la force de pression, pour être assez grande à la partie inférieure de la pelote, est excessive à la partie supérieure, sur laquelle le ressort appuie directement, et le bandage de M. Fournier, qui est le plus fort des trois, est aussi celui qui offre cet inconvénient au plus haut degré. Pour contenir les hernies difficiles, il lui faut une pression beaucoup plus considérable qu'au bandage anglais par exemple, et ce bandage de M. Fournier, que je vous présente, m'a été laissé par un Polonais auquel il avait excorié la peau à plusieurs reprises ; bien plus, auquel il avait déprimé et éraillé les parois du canal de manière à rendre très laborieuse la contention d'une hernie qu'il avait mise dans cette fâcheuse position. M. Jalade-Lafond ne va pas si loin, mais ses bandages sont toujours très pénibles à porter quand la hernie est un peu difficile, et de plus ils sont sujets à la laisser échapper.

Voyez, Messieurs, que d'efforts perdus pour avoir méconnu la cause réelle de la difficulté ; que de modifications plus fâcheuses les unes que les autres, pour conserver aux bandages un vice de construction originel ! Faites arriver le ressort au centre de la pelote, ou plus exactement à l'endroit où doit s'exercer la plus grande pression, la difficulté tombe ; tant d'appareils inventés pour la surmonter sont rendus inutiles, et les hernies sont mieux contenues avec moins de frais et de dangers. Je le répète, c'est Salmon qui le premier a eu cette idée si simple et heureuse, et il est juste de lui en rapporter l'honneur.

2° *La pelote doit-elle être fixe ou mobile, et quels sont les moyens de la fixer ?*

C'est également à Salmon que nous devons les pelotes mobiles, c'est-à-dire qui jouent sur le ressort de manière à s'incliner en haut, en bas, en avant, en arrière, d'un côté et de l'autre, selon les mouvemens du ventre. On obtient ceci par deux mécanismes différens. Le bout du ressort anglais, percé de deux ou trois trous, est insinué dans une petite mortaise de cuivre sur laquelle il est fixé par une vis ; cette mortaise se coude brusquement à angle droit du côté de la pelote et donne naissance à une petite tige qui tantôt se termine en boule et est reçue dans une genouillère fixée à la pelote ; d'autrefois s'aplatit, est percée d'un trou, s'engage dans une cavité creusée sur le dos de la pelote et est retenue là par une petite clavette qui traverse à la fois toute la longueur de la pelote et le trou de la tige métallique.

Peu d'innovations ont été aussi mal accueillies en France que celles-ci ; les chirurgiens et les bandagistes à la fois dirigeaient contre elle toutes les armes de la théorie ; les pelotes fixes n'étaient-elles pas assez sujettes à se déranger sans y ajouter cette mobilité malencontreuse ? Un mouvement du ventre allait faire plisser la pelote, et l'anneau resterait entr'ouvert, etc., etc. Mais les malades se trouvaient bien de ces pelotes, en dépit des objections ; et la plupart des bandagistes furent contraints de les employer. J'avais aussi contre elles une certaine prévention que l'expérience a complétement dissipée. Dans les cas de hernie simple, soit que la pression doive porter sur tout le canal ou plus spécialement sur l'anneau externe, surtout si le ventre est un peu bombé et le sacrum relevé en arrière, ces pelotes sont véritablement admirables ; le bandage tient tout seul, sans courroie, sans sous-cuisses ; la pelote se fait son nid, pour ainsi dire, et obéit aux mouvemens du ventre de telle sorte que la pression agit toujours perpendiculairement sur le lieu désigné ; en un mot je n'y ai trouvé que des avantages. Mais si le sujet est maigre, à ventre plat, le pubis saillant, la pelote tend à remonter, et elle a besoin d'un sous-cuisse pour la retenir. Alors elle n'a plus son entière mobilité ; elle est fixe d'un côté ; et il m'a paru qu'elle offrait quelques inconvéniens. Ainsi dans certains mouvemens, le sous-cuisse plus tendu que dans d'autres atteint en bas l'extrémité du ressort auquel il va s'attacher ; la tige métallique qui va du ressort à la pelote se trouve ainsi inclinée et n'exerce plus la pression perpendiculaire, et la hernie peut s'échapper. Je préfère alors la pelote fixe, sur laquelle, à raison de sa fixité même, le ressort agit toujours perpendiculairement.

Quand il y a deux hernies, et qu'il faut deux ressorts, comme ils n'entourent pas même la moitié de la circonférence du corps, ils ont besoin d'être réunis en avant par une courroie, et presque toujours aussi il leur faut des sous-cuisses. Les pelotes se trouvent ainsi bridées d'un ou de deux côtés ; et, comme je viens de le dire, je préfère une fixité absolue à une mobilité incomplète. En conséquence, pour les bandages doubles, je n'emploie plus que des pelotes fixes. Quand il s'agit de pelotes à bec de corbin qui doivent rester collées contre le pubis, on conçoit que la mobilité serait tout à fait irrationnelle, et les pelotes doivent être solidement fixées sur le ressort.

Mais quel est le meilleur moyen de les fixer ? Sans doute ce serait le plus solide ; et si l'on pouvait fabriquer le ressort et la pelote d'une seule pièce, ce serait là le moyen à préférer. Après celui-là, il y en a un autre qui consisterait à river le ressort avec la plaque de support de la pelote ; la solidité est à peu près la même, et on a déjà cet avantage de pouvoir choisir séparément le ressort et la pelote convenables. Ces deux procédés sont généralement adoptés pour les bandages français et leurs dérivés ; M. Fournier de Lempdes seul a préféré un écrou et une vis, pour des raisons que j'exposerai tout à l'heure. Mais pour le bandage anglais, on se sert de préférence d'une vis qui traverse l'un des trous antérieurs du ressort, et s'engage dans un pas-de-vis creusé dans l'épaisseur de la pelote. Cela est véritablement moins solide ; la vis peut se desserrer et même s'échapper tout à fait, et il y aurait là quelque chose à modifier. Mais comme on n'a guère à craindre quand la vis est suffisamment forte et longue, et que dès lors la question tombe à un rang très secondaire, j'ai laissé jusqu'ici les choses comme elles étaient, et n'ai pas encore eu à m'en repentir. Quand on ne peut fabriquer soi-même ses instrumens, il ne faut pas changer brusquement, et pour de légers motifs, les habitudes des ouvriers ; ils font fort bien une chose qui n'est peut-être pas la meilleure ; mais la meilleure serait peut-être plus mal faite, et nous n'y gagnerions pas. Ce sera une question à revoir.

3° *Quelle doit être l'inclinaison de la pelote fixe sur le ressort ?*

Nous avons vu que dans les anciens bandages, la nécessité d'égaliser la force de pression de la partie inférieure avec la partie supérieure de la pelote obligeait à incliner celle-ci ; mais de plus, la forme de certains ventres, plus bombés que d'autres, exige que l'inclinaison de la pelote se conforme à la leur. Vous comprenez que toute la règle est en ceci : conformer l'inclinaison de la pelote à la saillie du ventre ; je parle de la saillie qui se prononce le sujet étant de bout ; car elle augmente toujours dans la station assise. Mais il y a une autre difficulté ; car nous avons recommandé de faire porter le ressort perpendiculairement sur la pelote, et celle-ci, inclinée, la pression perpendiculaire est changée en pression oblique. Trois moyens se présentent de parer à cet inconvénient :

1° En tordant le bout antérieur du ressort de manière à ce qu'il appuie toujours en plein sur la pelote : c'est ce qu'ont fait les anciens bandagistes, mais c'est toujours décomposer la pression perpendiculaire, comme il a été dit : le moyen est donc à rejeter.

2° Donner à la pelote plus d'épaisseur dans un sens que dans l'autre ; ainsi lorsqu'elle doit s'incliner en bas et en arrière, augmenter l'épaisseur de sa partie inférieure, de telle sorte que le ressort tombe toujours perpendiculairement sur la plaque de support : ce moyen est assez bon, mais seulement pour les inclinaisons très médiocres, sans quoi l'épaisseur de la pelote deviendrait démesurée.

3° Enfin dans plusieurs cas où le ventre faisait une très forte saillie, le pubis fuyant en bas et en arrière, j'ai imaginé le moyen que voici : la pelote fabriquée à l'ordinaire, je fais souder à la plaque de support une espèce de petite plaque supplémentaire en cuivre, beaucoup plus éloignée de la plaque primitive par en bas que par en haut, et sur laquelle le ressort vient s'appliquer en plein ; cela m'a très bien réussi ; j'ajouterai même par avance que j'ai pu maintenir ainsi des pelotes à bec de corbin sans le secours toujours désagréable des sous-cuisses.

1° Enfin à quelle distance faut-il mettre le ressort et la pelote?

On pourrait demander d'abord quel est le sens de cette question. La pelote étant bien faite, le ressort suffisant, qu'est-il besoin d'intermédiaire? Soudez le ressort à la pelote même, et tout sera dit. Ainsi faisaient les anciens bandagistes: Salmon le premier s'est fait une loi de tenir ses pelotes mobiles à distance de ses ressorts, et je dois dire que que je suis très souvent la même règle pour les pelotes fixes. Pour quelles raisons? Le voici.

La force d'un ressort ne peut pas être indiquée d'une manière absolue; très faible à un léger écartement, elle augmente d'autant plus que l'écartement devient plus considérable. Ainsi, un ressort beaucoup plus faible, et conséquemment plus léger de poids, fera le même effet à écartement double qu'un ressort beaucoup plus fort et plus lourd à écartement de moitié moindre. En tenant la pelote écartée du ressort, nous augmentons l'écartement de celui-ci, et conséquemment sa force relative; et ainsi nous économisons sur son poids, ce qui est déjà quelque chose. Je vous ai dit dans une des séances précédentes que je vous expliquerai d'une manière très simple et très clair l'efficacité de la pelote de bois placée par le bucheron américain sous la pelote ordinaire. Elle n'agissait pas autrement qu'en augmentant l'écartement, et par suite la force du ressort; cela est tellement évident que toute démonstration serait superflue.

Il y a donc un léger avantage, mais non pas une nécessité, de tenir la pelote et le ressort écartés. Cette nécessité se révèle dans quelques cas spéciaux. Le sujet est riche en embonpoint; la pelote doit faire son nid dans les graisses sous-cutanées, qu'elle a besoin de déprimer à un demi-pouce, un pouce de profondeur; dans ces cas, si la pelote n'a que quatre lignes ou huit lignes d'épaisseur et qu'elle soit immédiatement réunie au ressort, celui-ci rencontre la peau avant que la pelote n'ait pénétré à la profondeur nécessaire, et la pression s'exerçant dès-lors sur une très large surface n'a plus la puissance qu'elle aurait déployée sur une surface moindre.

D'autres inconvéniens surviennent avec le temps. La peau sans cesse froissée par le ressort, quelque bien garni qu'il soit, s'irrite, s'enflamme, s'excorie, ou si elle est peu sensible, ne trahit sa souffrance que par un aspect dartreux; et dans tous les cas, la sueur arrive bien plus promptement jusqu'au ressort qu'elle attaque dans sa nature même. Vous voyez donc combien il est important dans ces cas de tenir le ressort très éloigné de la pelote, ou plutôt de la paroi abdominale; car, pour remplir l'indication, on pourrait tout aussi bien souder au ressort une pelote épaisse de 15 lignes, que d'employer une pelote de 10 lignes avec une tige intermédiaire qui procurerait un écartement de 5 lignes de plus.

Quand la pelote doit avoir peu de ressort et une épaisseur qui ne soit pas trop démesurée, je fixe le ressort sur la pelote même; dans les cas contraires, je les tiens à distance; car après ce but essentiel de remplir l'indication signalée, il ne faut pas oublier une autre condition, secondaire si vous voulez, mais qui a pourtant sa valeur: c'est de conserver à l'appareil sa simplicité, sa légèreté et sa solidité tout à la fois.

Je tiens depuis bien long-temps votre attention fixée sur les bandages, et ce serait en abuser s'il fallait les considérer comme des appareils de chirurgie ordinaire. Mais ils diffèrent essentiellement des autres instrumens par ces deux points.

1° Qu'ils doivent être portés fort long-temps, des mois entiers dans les cas les plus favorables; dans d'autres cas, toute la vie;

2° Qu'ils constituent à eux seuls le traitement palliatif ou curatif d'une des plus graves infirmités qui affligent l'espèce humaine, et ce qui n'est pas sans importance aussi, de l'infirmité peut-être la plus commune de toutes.

Vous pouvez prévoir du reste que cette étude tire à sa fin; toutefois nous avons encore à examiner la garniture et les accessoires des bandages à hernies inguinales, revêtement, courroies, sous-cuisses, plaques de derrière; c'est ce que nous ferons dans la prochaine séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 20 avril.

Sur les insectes qui produisent la substance appelée par les Chinois cire d'arbre. — M. Virey rappelle qu'il a publié dans le tome X du Journal complémentaire des sciences médicales un mémoire sur la cochenille de la laque, mémoire où se trouvent aussi des détails sur une autre espèce de coccus qui donne la cire d'arbre des Chinois. L'insecte, dit-il, pour se dérober à ses ennemis, est comme enterré sous l'amas de cire qu'il fait exsuder de l'arbre; la cire sort accompagnée d'une liqueur mielleuse, que les enfans aiment à sucer et dont les fourmis se montrent en général très friandes.

Le *coccus ceriferus*, ajoute M. Virey ne se trouve pas seulement à la Chine, il est aussi dans l'Inde-Orientale. Il a été fort bien décrit et figuré dans une monographie publiée à Madras en 1790, et la cire qu'il produit a été examinée par le chimiste Pearson; le mémoire de ce dernier a été publié dans les Transactions philosophiques, année 1794, p. 383.

L'auteur de la lettre annonce qu'une cire jaunâtre, transparente, qu'on reçoit de l'île de Madagascar, où elle est connue sous le nom de *lit in bitsic*, provient aussi d'une cochenille qui l'extrait d'un arbre déjà désigné, mais non décrit par Flacourt. Au reste, ajoute M. Virey, toutes les laques contiennent une proportion plus ou moins forte de véritable cire.

— L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un associé étranger, en remplacement de M. Blumenbach.

La liste de candidats présentée par la commission nommée à cet effet, porte:

En première ligne:
M. Léopold de Buch, à Berlin.

En deuxième ligne, et par ordre alphabétique:

MM. Bessel,	à Kœnigsberg.
Brewster,	à St-Andrew.
Faraday,	à Londres.
Herschell,	à Slough.
Jacobi,	à Kœnigsberg.
Mitscherlich,	à Berlin.
OErstedt,	à Copenhague.

Au premier tour de scrutin, M. Léopold de Buch obtient 38 suffrages; M. Bessel, 6; M. OErstedt, 5; M. Brewster, 2; M. Mitscherlich, 1.

M. Léopold de Buch, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

Une des huit places d'associé étranger reste encore vacante par la mort de M. Olbers. On nomme, en conséquence, une nouvelle commission pour présenter une liste de candidats. Cette commission se compose du président et de six membres nommés au scrutin: trois pris dans les sections des sciences mathématiques, MM. Arago, Biot, Poinsot; et trois dans les sections des sciences naturelles, MM. Alexandre, Brongniart, de Blainville.

Exposé des motifs du projet de loi présenté, dans la séance d'hier, à la Chambre des Députés, par M. le ministre de l'instruction publique, pour la création d'une Faculté de médecine et d'une Faculté des sciences à Rennes.

L'intention du gouvernement est de créer sur quelques points de la France un certain nombre de grands centres d'instruction supérieure, qui puissent devenir des foyers de lumière pour les provinces où ils seront placés. Des Facultés isolées peuvent avoir leur avantage; mais la plus grande force de ces établissemens se tire de leur réunion. Une Faculté de droit ne peut guère se passer du voisinage d'une Faculté des lettres et une Faculté des sciences est à la fois le fondement et le couronnement d'une Faculté de médecine. C'est ainsi que toutes les connaissances humaines se lient et se soutiennent l'une l'autre, et communiquent à ceux qui les cultivent une instruction solide et étendue, de véritables lumières.

Il n'est pas non plus sans quelque intérêt social et politique de retenir dans nos provinces une foule de jeunes gens dont les talens mûris dans les grandes écoles de leur pays peuvent tourner à son profit, et concourir à former et à fortifier cette vie provinciale, jadis si animée, aujourd'hui si languissante, et dont le retour serait un bienfait sans aucun danger dans la puissante unité de la France.

Tels sont les avantages de la réunion des quatre Facultés sur un même point.

Cette réunion en offre d'autres encore, qui ne sont pas à dédaigner. Une seule et même bibliothèque peut suffire aux quatre Facultés; un seul cabinet de physique, de chimie, d'histoire naturelle, suffit aux deux Facultés de médecine et des sciences. Enfin, plus d'une chaire peut être commune à ces deux Facultés.

Par tous ces motifs, sur lesquels il serait inutile d'insister, le gouvernement se propose d'établir successivement quelques grands centres d'instruction supérieure. Il en existe déjà plusieurs; il s'agit de les multiplier avec une sage lenteur, après avoir bien étudié les points où de pareils établissemens peuvent le mieux fleurir.

Il nous a paru convenable de commencer par la Bretagne, qui comprend cinq grands départemens, liés ensemble par un esprit commun, et dont la capitale, Rennes, est une ancienne ville parlementaire, où l'étude est en honneur, et où sont déjà un assez grand nombre de beaux établissemens d'instruction publique. Le gouvernement de juillet a beaucoup fait pour la Bretagne. Il y a tracé de grandes routes stratégiques; cette année même, un allocation de 1 million 300,000 francs vous est demandée pour divers travaux relatifs à la canalisation de la Vilaine et à l'amélioration des quais de Rennes. Un collége communal a été fondé à Brest, et porte le nom d'un prince de la famille royale. Une grande école normale primaire, placée à Rennes, fournit d'excellens instituteurs aux communes des cinq départemens. L'école de droit de Rennes est depuis long-temps en possession d'une juste renommée; un de mes prédécesseurs a créé à côté d'elle une faculté des lettres. Je viens vous proposer de convertir l'école secondaire de médecine en une Faculté et de soutenir cette Faculté par la création d'une Faculté des sciences. Ainsi la Bretagne possèdera à Rennes une sorte d'Université bretonne; quatre grandes Facultés y pourront former des sujets pour toutes les carrières et les professions libérales. Ce bienfait sera reçu avec reconnaissance par la Bretagne entière; il y est attendu; il y est demandé depuis long-temps.

Dès 1824, la ville de Rennes avait acquis l'espoir fondé d'obtenir une Faculté de médecine; diverses délibérations du conseil municipal avaient fixé le choix d'un emplacement convenable pour la nouvelle Faculté, et alloué les sommes nécessaires pour l'appropriation du local.

Sur les trois Facultés de médecine actuellement existantes, l'une est située à Paris, l'autre dans le midi, la troisième dans le nord-est de la France. Depuis long-temps on a senti la nécessité d'établir une quatrième Faculté à Rennes, pour les départemens de l'ouest. La population de la ville se prête à cet établissement. Rennes compte même un peu plus d'habitans que Montpellier, dont la Faculté de médecine jouit d'une vieille et légitime renommée. Rennes possédait anciennement un collége royal de chirurgie et un collége royal de médecine qui avaient été largement dotés par les États de Bretagne. En 1793 la dotation disparut; mais l'enseignement médical subsista avec éclat. Plusieurs des jeunes médecins formés à Rennes à cette époque furent couronnés dans les premiers concours que l'École de Paris venait de fonder; parmi ces anciens élèves de l'École de Rennes, il suffit de citer Laennec et Broussais.

L'école secondaire actuelle a compté, à diverses époques, près de cent élèves inscrits: ce nombre il est vrai a diminué depuis quelques années; mais il augmentera rapidement lorsque les élèves qui auront commencé leurs études médicales dans les écoles secondaires les plus rapprochées et les jeunes aspirans au titre de chirurgien de marine pourront venir de Nantes, d'Angers, des ports de Brest et de Lorient, prendre leurs grades dans la ville de Rennes, sans avoir à entreprendre le voyage lointain et coûteux de Paris. Par là diminuera le nombre des officiers de santé et s'accroîtra celui des docteurs, au grand profit de la population de tous nos départemens de l'Ouest, de celle des campagnes comme de celle des villes.

Rennes offre d'ailleurs des ressources certaines pour l'instruction des élèves; elle possède quatre hôpitaux renfermant plus de mille lits. Des services spéciaux sont organisés pour les diverses maladies. Déjà les élèves en médecine assistent à tous les accouchemens qui sont pratiqués en grand nombre dans l'hospice de la Maternité. Il y a de plus un hôpital militaire qui contient près de cinq cents lits; et l'une des trois prisons de la ville renferme à elle seule près de cinq cents détenus. Le service des cliniques et des amphithéâtres est donc assuré. La ville possède un jardin botanique fort riche en espèces, un cabinet d'histoire naturelle et une bibliothèque nombreuse renfermant une collection considérable de bons livres de médecine; enfin, plusieurs des professeurs actuels de l'école secondaire pourraient être appelés à faire partie de la nouvelle Faculté.

Cette Faculté serait organisée d'une manière solide; mais on n'y constituerait d'abord que l'enseignement indispensable. Les élèves trouveraient dans la Faculté des sciences les connaissances accessoires qui sont le commencement des études médicales: les leçons de physique, chimie, botanique, zoologie et minéralogie seraient spécialement dirigées vers ce but. De cette manière, il suffirait d'établir dans la Faculté de médecine dix chaires ayant pour objet:

1° Anatomie;
2° Physiologie;
3° Pathologie interne;
4° Pathologie externe;
5° Accouchemens et clinique des accouchemens;
6° Clinique interne;
7° Clinique externe;
8° Matière médicale et thérapeutique;
9° Matière pharmaceutique et toxicologie;
10° Hygiène et médecine légale.

Quelques-unes de ces chaires pourraient provisoirement n'être confiées qu'à des adjoints. A la Faculté de Strasbourg, il y a douze professeurs, et la dépense annuelle de cette Faculté est de 05,000 fr. Nous ne vous demandons, pour celle de Renness qu'un crédit de 58,200 fr., qui se répartira ainsi qu'il suit:

1° *Personnel.*

Sept professeurs titulaires à 4,000 fr. chacun,		28,000
Trois professeurs-adjoints à 2,000 fr.,		6,000
Préciput du doyen,		1,000
Traitemens éventuels des dix professeurs, évalués d'après un effectif de 100 à 125 élèves,		6,500
(Cette dépense est compensée par une recette égale provenant des droits perçus par le Trésor.)		
Fonctionnaires et employés divers, savoir:		
Un secrétaire agent comptable, à	2,500	8,400
Un chef des travaux anatomiques,	1,500	
Un prosecteur.	1,000	
Trois aides de clinique, choisis parmi les internes des hôpitaux,	1,200	
Un aide préparateur,	600	
Un garçon de salle pour les cours,	600	
Un appariteur, concierge,	1,000	

2° *Matériel.*

Chauffage et éclairage,	1,500
Frais des différens cours,	3,200
Collections,	2,000
Prix,	600
Frais de bureaux,	500
Entretien et dépenses diverses,	500
Somme égale,	58,200

3° *Faculté des sciences*

Le crédit nécessaire pour la nouvelle Faculté des sciences que nous vous proposons également d'établir à Rennes, et qui comprendrait les chaires de mathématiques, physique, chimie, zoologie et botanique, géologie et minéralogie, est beaucoup moins considérable encore, et ne s'élève qu'à 25,000 fr., savoir:

Quatre professeurs titulaires à 4000 fr. chacun,	16,000
Un professeur adjoint à	2,000
Préciput du doyen,	1,000
Droits d'examen à répartir entre les professeurs,	600
Un préparateur de physique et de chimie,	1,200
Un préparateur d'histoire naturelle,	1,200
Frais matériels,	3,000
Somme égale,	25,000

Depuis 1830, il a déjà été créé deux nouvelles Facultés des sciences, l'une à Lyon, l'autre à Bordeaux. Le progrès continu des études scientifiques, la haute mission que les Facultés des sciences ont ainsi à remplir, les secours qu'elles assurent au développement de l'industrie, appellent sur ces utiles établissemens toute l'attention du gouvernement et des chambres. Le conseil municipal de Rennes, appréciant le bienfait d'une semblable institution, s'est empressé d'allouer les fonds nécessaires pour l'appropriation d'un local provisoire destiné à la Faculté des sciences et pour l'acquisition de tout le matériel scientifique nécessaire à l'enseignement. Une somme de 52,000 francs a été votée à cet effet, conformément aux devis arrêtés en conseil royal de l'instruction publique. La ville se chargera également de l'amélioration du local de l'école secondaire qui, provisoirement, recevra la nouvelle Faculté de médecine. Cette Faculté, comme celle des sciences, ne sera organisée que lorsque tous les travaux d'approbation provisoire seront complètement terminés.

Enfin, et je le dis ici pour honorer la ville de Rennes, sur la demande expresse du ministre de l'instruction publique, et par l'aide d'honorables influences auxquelles je me plais à rendre hommage, le conseil municipal, par une dernière délibération du 13 avril 1840, vient de voter un emprunt de 300,000 fr. pour l'établissement définitif des quatre Facultés dans un bâtiment convenable, qui sera construit sur un terrain appartenant à la ville.

Vous le voyez, Messieurs, la ville de Rennes ne recule devant aucun sacrifice pour obtenir le bienfait d'une instruction supérieure complète; ses généreux efforts méritent d'être encouragés, et les chambres voudront sans doute se montrer empressées à sanctionner l'utile projet de faire de Rennes un grand centre de hautes études universitaires pour la Bretagne.

En terminant, je prie la chambre de remarquer que le gouvernement n'a voulu faire aucune des créations nouvelles qui sont l'objet de ce projet de loi, ayant d'avoir obtenu les crédits nécessaires pour les réaliser. Il a voulu que les chambres conservassent toute leur liberté d'examen: il se confie à leur générosité et à leur munificence accoutumées pour tout ce qui se rapporte à la grandeur et au développement de l'enseignement national.

Le crédit total ici demandé est de 88,200 fr. C'est une bien faible dépense pour de si grands intérêts, Messieurs ; et encore cette dépense est elle compensée par l'abandon d'une somme presque égale sur quelques-unes des augmentations portées au projet de budget dont la loi actuelle est le complément.

Compte-rendu du Dispensaire de l'œuvre Sainte-Geneviève, consacré au traitement des maladies particulières aux femmes.

M. Tanchou vient de rendre compte aux souscripteurs de cette bonne œuvre, de sa gestion médicale pendant l'année 1839.

« Vous savez, Messieurs, dit M. Tanchou, qu'en sollicitant votre charité, j'avais pour but : 1° de faire profiter la classe pauvre des observations que j'avais faites sur les maladies des femmes ; 2° de prouver sur une grande échelle : que, bien que les maladies des femmes soient fréquentes et graves, elles le sont cependant moins qu'on se l'était figuré ; 3° enfin, qu'on peut les prévenir, les arrêter, les guérir plus sûrement et par d'autres moyens qu'on ne l'a fait jusqu'ici... Ce but, Messieurs, je l'ai déjà atteint. L'année dernière j'ai prouvé 1° que le repos absolu que l'on fait garder aux femmes dans les convalescences est souvent inutile et même dangereux ; 2° que les saignées répétées et la privation d'alimens sont contraires dans beaucoup de cas, et n'ont souvent pour résultat que de jeter les malades dans un état de langueur d'où elles ne se retirent parfois que difficilement..... Cette déclaration, Messieurs, a eu du retentissement, et a fait quelque bien. On ne garde plus, maintenant, couchées pendant quatre, six, dix et même dix-huit mois, des femmes qui, à votre Dispensaire, guérissent en se promenant, sans quitter leur ménage, leurs occupations et même leurs travaux, et dont le régime alimentaire, loin d'être affaiblissant, devait être, dans beaucoup de cas, tonique, alibile, plus abondant et mieux ordonné.

..... Cette année je suis en mesure de prouver que l'affection qui alarme tant la société depuis quelques années (les ulcérations du col de l'utérus) tient le plus souvent à des causes excessivement innocentes, existe chez beaucoup de femmes, disparaît même sans qu'elles s'en doutent, et qu'on peut les guérir parfois par les moyens les plus simples.

Ainsi, Messieurs, nous avons déjà été utiles à la société en jetant dans le monde médical des données nouvelles, ou qui viennent confirmer ce que d'autres médecins avaient entrevu déjà ; nous avons été utiles aux hôpitaux en traitant, en guérissant un grand nombre de malades qui seraient venues à leur charge. Nous avons calculé que si le nombre de malades que nous avons traitées au Dispensaire fût resté seulement vingt jours, l'un portant l'autre, dans les hospices, nous aurions déjà économisé près de 30,000 fr. à l'administration.

..... « D'une autre part, Messieurs, le résultat que j'ai obtenu s'accorde parfaitement avec l'excellence de vos intentions : *de traiter autant que possible les malades à domicile.* A cet effet, j'aurais bientôt à vous demander de m'adjoindre au moins un médecin par arrondissement municipal, afin de répandre partout les bienfaits d'une institution dont vous êtes les fondateurs et les soutiens. »

..... Nous félicitons sincèrement M. Tanchou de sa persévérance et de son humanité : les maladies des femmes ainsi observées isolément, sans influence ni préoccupation, ne peuvent manquer d'y gagner. En effet, quoi qu'on puisse dire, il y a toujours de l'avantage à avoir dans la même salle, dans le même service, dans le même établissement, des maladies du même genre, affectant les mêmes organes ou à peu près ; sous ce rapport, il serait utile, à défaut d'hôpitaux spéciaux, qu'il y eût dans chaque hôpital une salle consacrée uniquement à telle ou telle affection ; les élèves y gagneraient, ils ne seraient point distraits par des altérations diverses qui viennent interrompre leurs réflexions et leurs méditations sur le sujet qu'ils ont sous les yeux. L'élève est, dans nos hôpitaux ordinaires, comme un spectateur au Musée, s'il veut voir tous les tableaux, il n'en remarque, il n'en retient aucun ; ses yeux sont fascinés, sa mémoire fatiguée, son jugement dérouté. Et si ces tableaux, même les meilleurs, étaient entremêlés d'autres objets d'arts, de gravure, de sculpture, d'architecture, etc., ce serait bien pis encore ; il y aurait avantage donc à ce que les élèves fussent ainsi isolés. Le professeur aussi y gagnerait : parlant à un auditoire déjà pénétré du sujet qu'il va traiter, ayant respiré le même air pour ainsi dire que lui, étant sous les mêmes influences scientifiques, ses inspirations seraient plus soudaines, plus naturelles plus vraies, mieux entendues et plus profitables à ses auditeurs. Nous engageons donc M. Tanchou à persévérer dans la voie qu'il s'est tracée.

X.....

— Nous publions le projet de loi qui annonce la création prochaine d'une Faculté de médecine à Rennes. C'est lundi dernier que M. le ministre de l'instruction publique a présenté à la chambre des députés une demande de crédit de près de 60,000 fr. pour cet objet. Une Faculté des sciences sera en même temps créée dans cette ville.

Il paraît que cette création ne sera pas la seule et que plusieurs autres grandes villes auront plus ou moins prochainement leur tour.

M. GUERSA[illegible] [illegible]rgien à l'hôpital des Enfans, co[illegible]mencera son Cours de clinique chirurgicale le jeudi 30 avril 1840, et le continuera les mardis, jeudis et samedis. — Visites à sept heures et demie. Leçons et opérations à huit heures et demie. Consultations tous les jours à neuf heures, excepté le jeudi et le dimanche.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 28 AVRIL 1840. (13e ANNÉE.) N° 51, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5[illegible]

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

çon sur la peste d'Egypte, et spécialement sur ce qui concerne la contagion ou la non-contagion de cette maladie;

PAR M. CLOT-BEY.

L'amphithéâtre de la Pitié nous a présenté ce matin e de ces solennités médicales qui sont la pierre de uche du véritable mérite des hommes placés à la tête de nseignement, et de l'empressement avec lequel les élès de nos écoles savent rechercher et applaudir leurs lens. C'était à M. Clot-Bey de faire passer dans l'esprit notre jeunesse sa ferme conviction sur la non-contaon de la peste d'Egypte; et celle-ci, qui quelque jour peutre sera appelée à braver de front cet indomptable fléau, t accourue en foule pour écouter un maître appris par xpérience.

Lorsque je partis pour l'Egypte en 1825, je n'avais sur peste que les idées puisées dans les auteurs : comme x j'étais contagioniste; et la lecture des ouvrages des édecins qui firent partie de l'expédition d'Egypte me conma dans cette opinion. En partant donc pour ce pays, croyais tellement dans la contagion que je me prémunis un long stéthoscope qui devait me servir pour apprécier tat du pouls des pestiférés. Comme vous voyez, j'étais in d'être imbu d'idées analogues à celles que je professe jourd'hui à l'égard de la maladie qui nous occupe, et ne saurais encourir le reproche d'avoir apporté des préntions dans l'opinion que j'ai émise plus tard relativeent à la question de la contagion de la peste.

Le lendemain de mon arrivée, qui était le 11 février, je ouvai chez le consul général de France un capitaine de vire qui m'invita à visiter à bord un malade qui, disaitétait atteint de fièvre maligne. Je fis transférer le made sur le pont; il avait les yeux injectés, la face vultueu, la démarche vacillante, comme s'il eût été ivre; il acsa une douleur à l'épaule, où je constatai l'existence d'un orme charbon, et quelque chose aussi à l'aisselle, qui était qu'un engorgement ganglionnaire. Je fus frappé de nalogie de ce symptôme avec ceux de la peste que, jus'alors je ne connaissais que par tradition; j'avertis, en rticulier, le capitaine de mes soupçons, et je fis mon pport au consul. Le bâtiment venait de Chypre, où la ste ne régnait pas; c'était donc un cas extraordinaire, ique. Le consul général de France ne fit que rire de ma mmunication et révoqua en doute mon jugement. Pluurs médecins du pays furent convoqués; le malade fut nouveau examiné, et l'on reconnut qu'il était atteint la peste.

J'étais donc compromis, à mon avis, puisque j'avais uché un pestiféré, et toute la ville aussi, puisque moi, ssi bien que le capitaine et plusieurs autres personnes l'équipage, avions jusqu'alors librement communiqué ec les habitans. Le navire fut séquestré; le malade transré à l'hôpital et sévèrement surveillé.

Ce premier fait me frappa vivement; car si, d'une part, malade mourut, de l'autre part, tous ceux qui l'avaient uché et approché ne furent point atteins de la peste.

Je partis bientôt après pour le Caire, et vis dans le count de l'année deux autres cas de peste. Je ne laissai pas hapepr cette nouvelle occasion: j'observai, je pris des formations, les renseignemens ne firent pas défaut, et je appris rien qui fût capable de me confirmer dans mes lées à l'égard de la contagion. Je trouvai seulement dans peste beaucoup d'analogie avec le typhus de 1812 et 813, que j'avais été à même d'observer.

De décembre à juin, je rencontrai encore quelques cas este sporadique ou bénigne, quoiqu'elle ne soit pas jours telle, puisque quelquefois les malades en meurent. le retour en France en 1832, ayant été interrogé par upuytren sur ce qui concerne la contagion ou la nonntagion de la peste égyptienne, je ne pus lui faire qu'une ponse à cet égard; savoir, que n'ayant observé jusqueqn'un très petit nombre de faits, mon opinion n'était as bien arrêtée.

Messieurs, ce préambule était indispensable pour vous ire connaître dans quelles dispositions d'esprit j'étais, uchant la question, lorsque je partis pour l'Egypte. ous voyez, je le répète, que mon opinion n'était pas bien xée, lorsqu'arriva la terrible épidémie de 1835. Alors, on-seulement mes devoirs de médecin me dictaient de ster à mon poste, mais en maqualité de chef de service santé, je crus devoir faire dicter par le gouvernement es ordres pour que le service médical fût exécuté dans rte sa rigueur pendant la durée de l'épidémie, qui fut cinq mois.

Je passe actuellement à l'examen de quelques points uchant l'histoire de la maladie qui nous occupe; mais je e bornerai plus spécialement à l'étude des points les us importans, tels que son origine, son étiologie, sa thérapeutique, et la question de la contagion ou de la noncontagion.

Origine de la peste. La plupart des auteurs ont prétendu que la peste d'Egypte a existé de tout temps. On a invoqué à l'appui, des passages de la Bible qui y font allusion; cependant, tout récemment cette opinion a rencontré des contradicteurs parmi lesquels un bien recommandable, M. Pariset. Une commission composée de médecins français fut envoyée en Egypte, pour décider si la peste était une maladie moderne, ou si, au contraire, conformément à l'opinion émise il n'y a qu'un instant, elle avait toujours existé; cette commission se prononça affirmativement. Je ne vois pas, toutefois, sur quelles raisons elle a pu baser son jugement; car les épidémies anciennes me paraissent présenter les caractères de la peste. Assurément, nous ne trouvons pas toujours dans les descriptions qui en ont été données un tableau aussi parfait que pourraient le tracer les pathologistes de notre époque; mais il faut tenir compte de ce que ceux qui nous ont transmis l'histoire de ces épidémies n'étaient pas toujours des médecins, et que ceux même, parmi ces derniers, qui ont entrepris de remplir cette tâche, n'étaient pas aussi éclairés à l'époque que nous le sommes aujourd'hui. De ce défaut de renseignemens exacts, il en est résulté que l'on s'est refusé à reconnaître la peste dans les épidémies d'autrefois; d'autant plus qu'on ne les a pas toujours décrites sous la dénomination de peste.

Cependant, est-il bien vrai que la peste égyptienne soit une maladie nouvelle? Disons mieux : y a-t-il réellement des épidémies nouvelles? je ne le crois pas. Le choléra a toujours existé dans l'Inde, et la rougeole ainsi que la variole et la scarlatine ne sont assurément pas des maladies nouvelles. Du reste pourquoi les épidémies d'autrefois auraient-elles été d'autres affections que la peste? Le climat est-il changé? les changemens survenus dans le sol seraient-ils capables d'expliquer pourquoi à ces épidémies aurait succédé la peste? L'étude des historiens anciens ne tend-elle pas à démontrer que ces prétendues épidémies n'étaient autre chose que la peste? Hérodote, Strabon et Diodore de Sicile parlent d'une manière très explicite de lois d'hygiène publique qui témoignent de la nécessité d'une propreté très grande; et quel but ces précautions hygiéniques pouvaient-elles avoir si ce n'était de préserver les populations d'un fléau apparaissant de loin en loin.

Les contagionistes, pour donner de la valeur à leur manière de voir, ont invoqué l'embaumement comme capable de démontrer que de tout temps les Egyptiens ont craint la contagion miasmatique comme pouvant engendrer la peste. S'il en était réellement ainsi, et si dans l'embaumement, qui était très dispendieux, on n'avait vu qu'un but hygiénique, pourquoi aurait-on négligé celui des esclaves. Cette vénération, ce culte même que l'on y vouait ne prouvaient-ils pas qu'on y attachait un respect religieux. Si l'embaumement n'avait été qu'une loi hygiénique publique, et n'avait eu que le but d'éviter la contagion, pourquoi les Egyptiens se seraient-ils adonnés à la recherche des oiseaux qui vont mourir dans des repaires très cachés, de poissons qui meurent dans les profondeurs de la mer ou du Nil, de serpens même qu'ils ne pouvaient se procurer que difficilement, et cela dans le but de les embaumer et de les entourer de tout cet appareil religieux et solennel qui accompagnait l'embaumement. Qu'avait-on à craindre de la décomposition de leurs cadavres, laquelle s'effectuait si loin de la demeure des hommes? Pourquoi encore affectaient-ils de déposer dans un même lieu les animaux qu'ils avaient embaumés, tels que les chats, les ibis, les reptiles. N'est-il pas naturel de reconnaître là des règles religieuses au lieu de lois hygiéniques capables de prévenir l'infection et la contagion? D'ailleurs si l'on avait employé l'embaumement à l'égard de tous les cadavres, il n'eût fallu que cent à cent cinquante ans pour recouvrir de momies toute l'Egypte. Que si la crainte de la contagion eût été la seule cause de l'embaumement, n'eût-il pas été plus facile de prévenir la contagion, et surtout plus économique de traîner les cadavres dans le désert et de les enterrer à une grande profondeur.

Je me résume en deux mots et je conclus que la peste a de tout temps existé.

Etiologie de la peste. — Elle nous est inconnue, aussi inconnue que celle du choléra, de la fièvre jaune, de la scarlatine, de la grippe, des ophthalmies, etc.; nous ne connaissons que les constitutions médicales. Cependant, on a voulu donner à la peste des causes particulières; ainsi, on l'a voulu attribuer à l'infection du limon du Nil. Mais à coup sûr c'était ne pas en connaître la nature, puisque ce limon n'est autre chose que de la terre pure sans mélange de cadavres, soit de végétaux, soit d'animaux; bien plus, après le retrait des eaux du Nil, le sol n'en reste recouvert que d'une couche aussi mince qu'une feuille de papier, et vous voyez qu'il y a loin de là aux effets qui résultent de nos inondations, d'après lesquels on paraît avoir basé les raisonnemens que l'on a établis à l'égard du limon du Nil.

Je le répète, le limon du Nil recouvre en si petite quantité le sol après le retrait des eaux, qu'il est plus que douteux pour moi qu'il serve favorablement à la végétation. Ce qui semble confirmer cette manière de voir, c'est que, lorsque les eaux rentrent dans le lit du fleuve, entraînant nécessairement avec elles la plus grande partie du limon, il en résulte que celui-ci s'arrête en plus grande quantité sur les rives, qui cependant ne sont pas plus fertiles que l'intérieur des terres.

L'évaporation des eaux du Nil a été invoquée à son tour comme cause de la peste. On a dit : ces eaux traversent des marais et entraînent, par conséquent des cadavres de végétaux qui les rendent infectes; mais ces marais n'existent pas; que s'ils existaient, ce sont eux qui devraient être le foyer de la peste. Leur situation devrait être dans la haute Egypte, d'où les principes contagieux seraient consécutivement entraînés dans la Nubie et dans la basse Egypte. Or, ni dans la haute Egypte, ni dans la Nubie, la peste n'exerce ses ravages.

Je dois vous dire ici, Messieurs, que l'on se fait une fausse idée des inondations du Nil, et que l'on a eu tort, je le répète, d'attribuer à la mare des eaux des propriétés pernicieuses. Le Nil n'inonde le sol de l'Egypte que lorsqu'on le veut, et cette inondation, on l'effectue en ouvrant des digues : la Haute-Egypte est inondée d'abord, puis la Nubie et la Basse-Egypte. On dirige l'inondation comme on l'entend, et cela au moyen d'autres digues qui la limitent successivement dans les provinces. Ce n'est qu'accidentellement, des digues étant rompues, que les grandes inondations, les inondations désastreuses arrivent; et encore on n'a pas remarqué que dans ces circonstances la peste fût plus fréquente, tandis qu'on a eu occasion d'en subir les ravages pendant les petites inondations et les moyennes, le fléau n'exerçant nullement ses ravages pendant les fortes. Disons enfin que bien d'autres pays sont sujets aux inondations qui néanmoins ne sont pas exposés aux dévastations de la peste.

On a invoqué bien d'autres causes qui, il faut bien le dire, ne sont pas plus probantes : ainsi la malpropreté, l'indigence; mais ces causes existent surtout dans la Haute-Egypte, et pourtant là il n'y a pas de peste. Que si ces causes avaient une influence réelle sur la production de la peste, ainsi que les inondations, certains vents, la sécheresse et l'humidité, ainsi que l'évaporation occasionnée par les inondations, n'est-il pas évident que la peste devrait régner plus fréquemment. Ces conditions locales peuvent assurément favoriser le développement de la maladie, l'aggraver même : mais elles ne l'enfantent pas, pas plus que ces mêmes causes locales ne sont capables d'enfanter le choléra, la petite-vérole, la scarlatine, etc. Il y a là une cause à part, quelque chose qui donne la maladie, et qu'il faut bien distinguer de toutes les influences locales que je viens de passer en revue.

Je me résumerai donc en disant que les causes locales ne sont pour rien dans la production de la peste.

Symptomatologie. Le temps ne me permet pas, Messieurs, de m'arrêter sur ce point. Je passerai donc sur la symptomatologie, que vous trouverez d'ailleurs religieusement exposée dans les livres sur la matière; car de tout temps on a bien observé les caractères extérieurs de la peste, et mes faits ne feraient que confirmer ce que les auteurs ont écrit à cet égard.

Thérapeutique de la peste. On en est réduit aux mêmes conditions que pour le choléra; toute la pharmacologie a été employée, et, comme vous le pensez bien, les médecins n'ont pas manqué d'attribuer des succès aux moyens qu'ils ont mis en usage. Je dis, à cet égard, que quand une cause frappe assez violemment pour apporter presque instantanément un trouble profond dans l'exercice de l'innervation, et que la mort ou les altérations organiques les plus graves en sont la suite, je dis qu'alors il n'y a guère de thérapeutique possible : le choléra ne vous a que trop démontré à Paris qu'il en est malheureusement ainsi. Aussi concevrez-vous que quand une cause spécifique est capable en trois jours de temps de quadrupler le volume de la rate, de donner aux ganglions mésentériques le volume d'une orange et la consistance de la bouillie; de déterminer la rupture des vaisseaux, l'extravasation du sang, la formation de vastes ecchymoses, etc., vous concevrez, dis-je, qu'alors établir une thérapeutique applicable à de tels désordres devient une entreprise excessivement ardue.

Anatomie pathologique de la peste. — Je voudrais aussi m'arrêter sur cette partie de l'histoire de la peste, qui est toute nouvelle; mais je vois que le temps ne me permet pas non plus de le faire. Je me bornerai à vous dire que les médecins qui accompagnèrent la mémorable expédition française en Egypte se livrèrent à l'ouverture de quelques pestiférés; mais faisant les autopsies suivant la coutume de l'époque, ils se bornaient à inspecter superficiellement la cavité abdominale; aussi l'anatomie pathologique de la peste a-t-elle été imparfaitement connue avant ces derniers temps. Des controverses même ont existé à l'égard de certaines altérations, telles que celle du bubon, qui,

selon quelques auteurs, n'était pas toujours représentée par un engorgement ganglionnaire. Je puis vous assurer, Messieurs, que cette assertion manque de fondement, et que le bubon est toujours constitué par une glande lymphatique engorgée.

De la contagion et de la non-contagion. Considérations relatives aux lazarets et aux quarantaines.— J'avais hâte, Messieurs, d'arriver à cette partie de l'histoire de la peste qui vous intéresse, je pense, plus que toutes les autres. Les anciens n'ont jamais agité cette question; lorsqu'en Grèce, par exemple, on disait que la peste était venue de l'Egypte, on ne voulait pas dire par là que le virus avait voyagé pas à pas pour passer du premier de ces pays dans le second, et l'on se contentait d'indiquer par là que c'était en Egypte que la peste avait commencé. Du reste, si c'était un virus qui dans tous les cas fait naître la peste, on ne conçoit pas comment il n'aurait pas parfois franchi les barrières que ces grandes épidémies paraissent elles-mêmes s'être imposées. Ne voyons-nous pas le choléra rester renfermé dans l'Inde, la fièvre jaune aux Antilles; à moins toutefois de l'intervention insolite de conditions atmosphériques extraordinaires qui leur font faire le tour du monde. Ce n'est que plus tard que l'on a invoqué des principes particuliers, des virus, des venins. On établit que la contagion peut s'effectuer suivant deux modes: 1° par des miasmes; 2° par inoculation.

De la contagion par virus.— Dans les épidémies à virus, on remarque constamment la reproduction des mêmes phénomènes et qu'elles ont pour caractère la création d'un produit qui, étant inoculé, est capable de reproduire la maladie.

Pour ce qui concerne la contagion miasmatique; ceux qui l'adoptent admettent que les émanations qui s'exhalent des corps malades sont capables de donner lieu à la même maladie.

Voyons actuellement auquel de ces deux modes de contagion peut appartenir celui qui, suivant quelques auteurs, préside à la production de la peste d'Egypte.

Assurément aucun virus n'exerce ici son influence; car, où sont les caractères extérieurs constans qui sont propres aux contagions par virus? Sans doute ces caractères ne sont pas représentés par la pustule, le charbon n'existant pas chez les deux tiers des pestiférés. On dira peut-être c'est le bubon, puisque l'engorgement des glandes lymphatiques est loin d'être constant; et d'ailleurs, quel serait le caractère constant chez les sujets qui meurent très promptement, sans bubon, sans charbon et sans pétéchies? disons enfin que les inoculations tentées avec le pus des bubons et la sérosité des pustules charboneuses n'ont pas donné la peste. Nous rejetons donc entièrement la contagion par virus.

De la contagion miasmatique. — Elle a donné naissance à la théorie de l'infection. Les partisans de cette théorie établissent que le premier malade atteint de la peste n'ayant pu la gagner d'aucun autre malade, l'a nécessairement prise des causes générales. Ces causes se réduisent elles-mêmes à la décomposition des substances végétales et animales.

Admettons un instant que les choses se passent ainsi; quel sera le corps qui servira de véhicule aux produits de cette décomposition, si ce n'est l'air atmosphérique? S'il en est ainsi, les principes miasmatiques peuvent manifestement pénétrer dans l'organisme par trois voies différentes: la respiration, l'absorption cutanée et la déglutition. De ce que l'air sert de véhicule aux principes miasmatiques, il en résulte déjà qu'aucune barrière ne peut mettre à l'abri de la peste, et que les mesures sanitaires que l'on prend généralement sont au moins inutiles.

Mais cet agent pestilentiel, qui a engendré la maladie chez un individu dont il a par conséquent modifié profondément l'organisme, comment n'aura-t-il pas lui-même été décomposé une fois introduit dans l'économie et combiné aux différens principes qui la constituent. Admettons même que les choses se passent selon les théories données par les contagionistes, et que les émanations des malades soient capables de produire la peste chez les personnes qui les entourent. N'est-il pas encore évident que les émanations sauront franchir les barrières au-delà desquelles les mesures sanitaires s'efforcent de vouloir les contenir? Les faits ne manquent pas pour témoigner en faveur de cette assertion. La peste se développe au Caire; un de ses faubourgs très populeux échappe à ce fléau sans que les communications ordinaires entre lui et la ville soient le moins du monde interrompues; la même chose existe à l'égard du Caire et d'Alexandrie. Voyez ce que deviennent alors ces contagions occasionnées par une plume, un bout de fil, un peu de coton, etc.

Mais il est d'autres objections bien plus sérieuses encore. L'épidémie commence on ne sait comment: c'est ce début surtout que les contagionistes sont embarrassés d'expliquer; la peste parcourt toutes les périodes et disparaît enfin. Les dépouilles des pestiférés restent, et un grand nombre d'habillemens qui leur ont appartenu sont portés par d'autres individus sans que la peste se déclare chez eux une fois le mois de juin et de juillet arrivés. Lors de la peste, il y eut à Alexandrie de cinq à six cents maisons de fermées par ordre de l'autorité, car elles avaient été le foyer primitif de la peste. On se borna à l'enlèvement des cadavres. Les portes et fenêtres furent condamnées ensuite, et les clefs déposées entre les mains de l'autorité. Une fois la peste terminée, on rentra dans les maisons sans précaution aucune, et bien certainement si quelque part l'air pouvait être imprégné de principes pestilentiels, c'était assurément là où, après que l'épidémie eut exercé ses ravages, on soumit les localités justement aux mesures qui, s'opposant au renouvellement de l'air, laissaient celui qui y existait déjà altéré par les mêmes principes. Or, aucune des personnes qui y pénétrèrent ne fut atteinte de la peste. Ce n'est pas tout: les effets qui étaient contenus dans ces maisons furent publiquement vendus à l'encan, et personne encore, parmi les acquéreurs comme parmi les individus chargés de la vente, ne fut atteint de la peste.

Ce n'est pas tout encore: dans les hôpitaux, pendant l'épidémie, les mêmes objets ont servi à bien du monde, et après la peste, sans désinfection préalable, faute d'argent et de temps, les mêmes objets ont encore servi pour des malades non pestilentiels, sans qu'il y ait eu contagion; et sans aucun doute rien ne se prêtait davantage à la production de la peste que ces couvertures imprégnées de pus de bubons, de sérosités charbonneuses et du sang des saignées faites aux pestiférés.

Je me résume, et je dis qu'il y a indubitablement une autre cause que la contagion qui préside au développement de la peste. Je dis que celle-ci est une maladie analogue au choléra, à la fièvre jaune, etc.; je ne dis pas au typhus qui paraît être contagieux par miasmes. C'est une maladie épidémique qui tient à une cause générale, et les causes ordinaires d'insalubrité peuvent tout au plus favoriser son développement, comme elles favorisent toutes les autres épidémies auxquelles je la compare.

D'après ce qui précède, vous devez pressentir que je ne conçois pas que les quarantaines soient capables de préserver de la peste; bien souvent elles ne réunissent en leur faveur que l'apparence, lorsqu'elles paraissent nous mettre à l'abri de la contagion; car elles sont violées de toute manière. Nous avons vu à cet égard des choses presque incroyables au lazaret de Marseille, qui pourtant est surveillé et dirigé par des contagionistes dans toute la force du terme. Pour vous donner une idée des infractions qui s'y commettent, je vous dirai que moi-même, pendant la quarantaine que j'y ai subie dans ces derniers temps, j'ai pu faire passer au-dehors un tapis de chambre et un châle cachemire très grand. Songez que tous les autres lazarets de l'Europe ne sont pas mieux surveillés, et dites-moi où nous en serions si, avec un littoral aussi immense que celui de la Turquie et de l'Autriche, la police des lazarets ne pouvant être mieux exécutée, la contagion était réelle.

Si nous jetons un coup-d'œil sur le passé, nous voyons encore combien les craintes du transport de la peste d'un lieu dans un autre sont éphémères, et partant les lois sanitaires mal fondées, et les lazarets ainsi que les quarantaines inutiles. Nous voyons que les croisades, ces grands débordemens d'hommes de l'occident vers l'orient et de l'orient vers l'occident, n'ont jamais servi de moyen de transport à ce funeste fléau. Nous y voyons que les pertes n'étaient pas plus considérables avant la formation des lazarets, et qu'elles étaient même moindres.

Cependant, les prédications des contagionistes avaient porté tellement loin la manie des quarantaines, que le pacha d'Egypte en avait établi dans une foule d'endroits. Pour témoigner de l'efficacité de l'isolement, quelques contagionistes ont dit que les Européens ne sont pas atteints de la peste: je puis vous assurer que cela est faux. Ils le sont moins cependant, et cela se conçoit: car ils sont riches en général, et bien nourris; bien plus, moyennant la quarantaine, ils se croient en toute sécurité. Or, je vous demande un peu, rien ne leur manque dans l'ordre physique, puisqu'ils peuvent s'entourer de tous les bienfaits que l'aisance peut procurer, et que, d'autre part, leur moral se trouve entièrement rassuré par la confiance illimitée que leur donne la quarantaine. Toutefois, ne croyez pas que l'isolement auquel ils se condamnent mette entièrement leurs maisons à l'abri de la peste; il est vrai de dire, néanmoins, que lorsqu'elle y pénètre, elle sévit de préférence sur les nègres, c'est-à-dire sur les domestiques, et cela se conçoit très bien, puisque ces derniers ne réunissent pas des conditions matérielles et intellectuelles aussi favorables que leurs maîtres pour éviter les influences de l'épidémie.

Voici, à cet égard, le fait le plus frappant, et c'est par là que je termine. Dès l'apparition de l'épidémie, le pacha se retira dans un jardin qu'il possède à quelque distance d'Alexandrie, situé dans un des endroits les plus sains du pays. Le lieu qu'il occupait avec les trois cents personnes de sa suite fut entouré d'une palissade en bois, et en dehors de celle-ci on établit un cordon militaire pour empêcher toute sorte de communication avec l'extérieur. Les sentinelles étaient placées à quarante ou cinquante pas d'intervalle. Tout à coup la peste se déclara au lieu même de la demeure du pacha sur la personne d'un nègre qui, malgré les violences corporelles auxquelles il fut soumis, persista à déclarer qu'il n'avait communiqué avec aucune personne du dehors. Ce premier cas de peste fut bientôt suivi de sept autres. Le cordon, de son côté, fut aussi entamé par la peste, mais plus tard seulement, et des soldats qui le composaient rien que quatre furent atteints de la peste.

Voilà bien des faits qui protestent contre les théories contagionistes. Malgré toutes les précautions prises, et vous devez bien penser qu'elles ont dû être nombreuses; malgré l'isolement complet garanti par la palissade en bois d'une part, d'autre part par le cordon sanitaire, la peste se déclare d'abord au sein même du jardin, et ce n'est que consécutivement qu'elle fait son apparition à l'extérieur parmi les individus qui composent le cordon. Bien plus, le nombre des personnes frappées par l'épidémie dans l'intérieur de la demeure du pacha est du double plus considérable que celui des pestiférés parmi les gens du dehors qui, d'après les idées des contagionistes, auraient dû nécessairement soutenir le premier choc de l'invasion de l'épidémie provenant elle-même d'un lieu plus excentrique, et succomber en plus grand nombre sous son influence.

N. M.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Des traitemens de la pneumonie.

(Suite et fin du n° 50.)

Traitement par l'oxyde blanc d'antimoine. Cette méthode qui date d'une époque encore bien récente et dont on a voulu faire grand bruit, est bien déchue aujourd'hui de cette vogue momentanée dont elle a joui un instant.

Voici comment on arrive à l'emploi de l'oxyde blanc d'antimoine dans la pneumonie. L'efficacité de l'émétique à dose rasorienne était bien reconnue, mais il était notoire aussi qu'il existe des cas où il ne peut être administré sans inconvéniens; d'autres encore où il est, selon quelques praticiens, expressément contr'indiqué. Tel est, pour notre propre compte, le cas où la pneumonie se complique d'une affection typhoïde, ou simplement d'un état typhoïde. Mais les cas où l'on reconnaît généralement qu'il faut s'abstenir de l'emploi du tartre stibié à haute dose sont ceux où la dneumonie se complique d'une inflammation gastro-intestinale. Il est naturel que l'on ait songé alors à donner comme succédanée de l'émétique une autre préparation antimoniale, et c'est l'oxyde blanc de ce métal dont on a fait choix.

Nous vous avons dit, il n'y a qu'un instant, que cette méthode de traitement de la pneumonie a beaucoup perdu de cette faveur portée même à l'enthousiasme qu'on lui accordait encore récemment: mais nous n'avons pas voulu conclure de là qu'elle était totalement tombée dans l'oubli et qu'elle était à négliger entièrement. Au contraire, elle, comme toutes celles dont nous venons de nous occuper et dont nous nous occuperons dans un instant, possède des cas propres où elle est spécialement indiquée et passe en première ligne. Les faits qui tombent dans le domaine du traitement par l'oxyde blanc d'antimoine sont pour nous ceux dans lesquels la saignée et l'émétique à haute dose ne peuvent plus être employés, et pour lesquels on ne conserve plus grand espoir dans l'action des révulsifs cutanés. Dans ces cas, qui sont très rares à la vérité, l'oxyde blanc devient d'un grand secours, et le médecin se trouve encore heureux de posséder un moyen de plus capable de tirer d'affaire son malade dans ce cas particulier.

Mais il ne nous appartient pas de pousser trop loin les éloges de cet agent pharmaceutique dont on a assurément trop vanté l'efficacité. Disons d'ailleurs que son emploi date déjà d'une époque très éloignée, et que ceux qui l'ont administré dans ces derniers temps n'ont fait que faire revivre un médicament qui était antérieurement acquis à la thérapeutique. Pour ce qui concerne les éloges outrés que l'on a faits de ses vertus, et qui, au dire de quelques praticiens le placent tellement au-dessus de la saignée que celle-ci, selon eux, ne devrait plus désormais être employée dans la pneumonie, pas même comme moyen auxiliaire. Nous nous abstiendrons d'y souscrire. Nous nous abstiendrons également de croire qu'il enlève les pneumonies comme par enchantement, ainsi que l'assurent quelques praticiens, et qu'il faut l'administrer au début de la maladie, la saignée devenant alors non seulement inutile, mais aussi nuisible. Après ce que nous avons dit sur l'importance de la saignée, vous comprenez que nous ne pouvons accorder autant de mérite à l'oxyde blanc d'antimoine.

Au demeurant, l'oxyde blanc d'antimoine est une substance insoluble et inerte. Des doutes s'élevèrent sur l'authenticité des succès proclamés, et l'exagération cessa au moins. Bien plus, on invoqua alors la constitution médicale régnante, comme ayant favorisé la guérison des pneumonies, et cet appel au concours d'une circonstance étrangère au médicament, fait par ceux mêmes qui l'avaient tant prôné, portait déjà de rudes atteintes à la valeur morale de cette substance. Oui, les constitutions médicales impriment des modifications et des nuances particulières aux affections, en général, qui influent sur leur gravité et peuvent en rendre la guérison plus ou moins facile; sans doute il est permis de les invoquer dans le cas qui nous occupe; mais en admettant, selon les vœux des personnes qui les invoquent, qu'elles aient eu une influence favorable dans le cas qui nous occupe, la valeur intrinsèque de l'oxyde blanc d'antimoine ne s'en trouve pas moins diminuée; car, évidemment, sans le concours salutaire de la constitution atmosphérique régnante, il eût moins bien réussi.

Nous avons eu plusieurs fois occasion, à la clinique, d'employer l'oxyde blanc d'antimoine, et d'en étudier les effets; nous devons avouer, toutefois, que n'ayant été mis en usage que dans les cas qui avaient résisté à la saignée et à l'émétique à haute dose, les circonstances étaient on ne peut pas plus défavorables. Eh bien! administré dans ces cas à la dose d'un à deux gros, et plus encore, il nous a réussi dans quatre ou cinq cas réellement désespérés et analogues à celui d'une femme âgée de 80 ans, rachitique, demeurant à la Croix-Rouge, que nous soignons en ce moment d'une pneumonie. Elle ne voulait plus entendre parler de l'émétique et répugnait à l'emploi des vésicatoires; la saignée n'était plus praticable non plus. Nous avons eu recours à l'oxyde blanc d'antimoine, et la malade est guérie.

En résumé, l'oxyde blanc d'antimoine est un médicament qui, dans le traitement de la pneumonie, ne mérite pas l'enthousiasme que l'on a eu pour lui, mais qui n'est pas non plus à rejeter entièrement.

De la méthode expectante. Nous avons à combattre ici

opinion d'un médecin pour lequel nous professons la plus grande estime, qui, dans un écrit imprimé, établit un parallèle entre le traitement de la pneumonie par la méthode expectante et par la saignée, et conclut que par la première on guérit tout autant de pneumonie que par la seconde. Il résulte de cette conclusion que la saignée entraînant avec elle les inconvéniens d'une opération, on doit nécessairement donner la préférence à l'expectation.

L'expérience des siècles a démontré l'efficacité de la saignée dans le traitement de la maladie qui nous occupe, et une semblable doctrine nous paraît dangereuse. Toutefois, si nous sommes loin de contester la réalité des résultats obtenus par ce médecin, nous ne devons pas non plus perdre de vue que non-seulement il est des pneumonies qui sont susceptibles de se guérir sans le concours de la saignée, mais qu'il en est en outre qui indiquent expressément l'éloignement de ce moyen. Telle, du moins, est la conduite qu'il faut tenir à l'égard des sujets faibles et des vieillards : ces cas rentrent absolument dans la catégorie de ceux où la saignée déjà employée cesse d'être praticable par suite de l'affaiblissement des malades, et nous n'avons rien à ajouter sur ce traitement.

Ici se place naturellement une considération secondaire sans doute, mais qui mérite cependant d'être examinée. Assurément les cas où il importe de s'abstenir de toute sorte de médication active, où il faut, en d'autres termes, faire de la médecine expectante, sont difficiles à juger ; mais c'est là une difficulté dont le tact et les connaissances du médecin doivent triompher. Un écueil bien plus dangereux pour la dignité du praticien, et qu'il ne peut toujours éviter, c'est le jugement injuste des gens du monde qui, traduisant l'expectation par le mot ignorance, attribuent, au défaut de savoir, l'inaction incontestablement salutaire dans laquelle il se renferme. Or, comment espérer de parvenir toujours à faire passer dans l'esprit des parens, des gens qui entourent le malade et du malade lui-même, cette conviction qu'il y a moins de péril, dans ce cas, à abandonner la nature à ses propres ressources, qu'à la contrarier par une médication intempestive? C'est pourtant là un des plus grands inconvéniens de la méthode expectante, que nous combattons comme méthode générale.

Méthode évacuante ou emploi des vomitifs et des purgatifs. Quelques médecins rangent dans cette méthode celle de l'émétique à haute dose, car ils établissent que le tartre stibié n'exerce pas autrement son efficacité que par les évacuations qu'il détermine. Si telle était réellement leur opinion sur ce point, on ne voit pas trop pourquoi ils n'administreraient pas l'émétique à dose vomitive, au lieu de l'employer d'après la méthode rasorienne. Stoll, qui admettait des pneumonies bilieuses, a été le premier qui ait parlé du traitement par les évacuans : les médecins qui lui ont succédé dans l'emploi de cette méthode l'ont portée à l'excès. Ils ont établi une doctrine sur les faits appartenant à ce grand praticien ; mais le diagnostic des phlegmasies thoraciques était tellement obscur du temps de Stoll, comparativement au degré de perfection qu'il a atteint aujourd'hui, que les faits cités par lui méritent peu de confiance.

Toutefois, il est de toute évidence que Stoll a employé la méthode évacuante contre des pneumonies bilieuses ; or, nous croyons qu'elle peut très bien réussir dans ces cas, moins souvent cependant qu'on ne le pense généralement. Les conditions principales qui indiquent le traitement, sont l'existence d'un embarras gastrique, se traduisant par les caractères ordinaires à l'état saburral des premières voies gastro-intestinales, avec absence de douleur épigastrique ; dans ces cas, l'émétique modifie favorablement les conditions de la maladie, et en diminue les accidens. Nous tenterons, d'ailleurs, de mieux préciser aux lits des malades les cas où cette méthode doit être employée, et vous verrez alors la résorption de la pneumonie s'accélérer sous son influence. Nous nous bornerons, quant à présent, à vous dire que la méthode évacuante a été trop préconisée, d'une part par Corvisart, Pinel et Landré-Beauvais ; mais qu'aussi l'école physiologique en a porté trop loin la critique.

Médication tonique. Cette méthode a soulevé bien des controverses ; les critiques n'ont pas fait défaut, et pourtant elle guérit quelquefois. Quand l'école physiologique était encore dans toute sa vigueur, nous étions loin de partager ses exagérations, car nous avions de par nous les résultats de notre expérience qui protestaient contre elle ; dès lors, déjà nous possédions plusieurs exemples de phlegmasies guéries par l'emploi des toniques et des excitans, et ces faits furent publiés dans le Nouveau Journal de médecine qui a précédé les Archives.

Il faut, en effet, recourir à la médication tonique, dans la pneumonie, quand l'adynamie est réelle et qu'on l'apprécie aux signes que nous avons déjà indiqués. (*V.* l'article précédent.) Il importe dans ces cas de relever la vitalité au degré nécessaire pour que la résorption de la pneumonie puisse s'opérer. Dans de semblables cas, le quinquina, le camphre, le vin, nous ont guéri des malades dont la mort paraissait inévitable.

Assurément nous n'avons pas voulu conclure, au moyen de ces faits, qu'il fallait traiter la pneumonie par les toniques, pas plus que M. Louis n'a voulu conclure qu'il faut toujours se borner à la médecine expectante. Nous voulons reconnaître seulement qu'il est des cas qui réclament la médication tonique et des conditions qui l'indiquent. Administrés dans les conditions les plus défavorables, les toniques ont pu guérir, la chose est incontestable, et le médecin trouve en eux une méthode de plus de traitement dans les cas difficiles.

Méthode révulsive. — Des médecins ont dit que les révulsifs sont plus nuisibles qu'utiles dans la pneumonie ; qu'ils ajoutent à l'irritation et que parfois ils augmentent l'inflammation. On fait en outre le reproche aux vésicatoires de déterminer quelquefois des eschares gangréneuses, sans d'autre part hâter la guérison.

Ce sont là assurément des reproches bien graves ; mais voyons s'ils sont justement appliqués. Nous pouvons vous assurer d'abord qu'il est tout à fait inexact de dire que les vésicatoires augmentent la fièvre. Depuis sept à huit ans que nous faisons observer attentivement, non seulement les sujets pneumoniques, mais aussi tous ceux à qui nous faisons appliquer des vésicatoires, il ne nous est arrivé qu'une fois ou deux seulement de constater l'accélération du pouls ; et encore existait-il des circonstances concomitantes qui rendaient parfaitement compte de ce phénomène insolite en pareille occurrence. Nous le répétons, le pouls a toujours été compté avant et après l'application du vésicatoire ; ce n'est qu'accidentellement que dans deux cas on l'a vu s'élever, et encore existait-il des causes capables d'expliquer ce phénomène.

Disons mieux, souvent le pouls n'a ni augmenté ni diminué de fréquence, et, plus souvent encore, on a pu noter un ralentissement assez marqué. Nous croyons, en effet, que si le vésicatoire a une action sur le système circulatoire artériel et est capable d'influencer ses mouvemens, cette action ne s'exerce que dans le sens de son abaissement ou de son ralentissement.

C'est une objection sérieuse de prime abord que celle des probabilités que l'emploi du vésicatoire réunit en faveur de la formation d'une eschare gangréneuse ; mais nous devons nous hâter de vous dire que nous ne craignons pas autant, à beaucoup près cet incident fâcheux, dans la pneumonie, que l'on a droit de le craindre dans l'affection typhoïde. Nous croyons même, que cette révulsion profonde est salutaire, et, dans une consultation que nous avons eu dernièrement en compagnie de MM. Guersant père et Chomel, le premier, appris d'ailleurs, comme vous savez, par une longue expérience, a entièrement été de notre avis à cet égard. Comme nous il a observé que lorsque l'eschare vient à se former, la convalescence est plus longue à la vérité que dans des conditions opposées, mais aussi que les malades l'atteignent bien plus facilement après avoir passé par les dangers d'une affection qui se présentait avec un appareil de gravité capable de faire craindre l'issue la plus funeste. On doit toujours se regarder heureux de sauver son malade, serait-ce même au prix d'une très longue convalescence, et cette appréhension ne doit jamais être mise en ligne de compte avec une catastrophe autrement sérieuse : la mort. Or, nous le répétons, si l'eschare consécutive à l'application du vésicatoire entraîne une longue convalescence, elle réunit néanmoins un plus grand nombre de chances en faveur de la guérison, que le défaut d'emploi de cet agent thérapeutique.

L'opportunité de temps pour l'application du vésicatoire est marquée comme celle de l'emploi de l'émétique à haute dose, par la période de la pneumonie dans laquelle les phénomènes locaux restant les mêmes, la saignée cesse d'être praticable par suite de l'affaiblissement du malade.

Il est des professeurs qui appliquent le vésicatoire dès le premier jour de la pleurésie, et nous nous élevons contre cette pratique, car alors le vésicatoire est capable d'activer la circulation et de déterminer une excitation réelle.

D'après ce que nous avons dit il n'y a qu'un instant sur l'époque la plus opportune pour l'application du vésicatoire, qui, avons-nous dit, est la même que pour l'émétique à haute dose, vous devez pressentir que ces deux agens sont ordinairement employés en même temps, par nous, chez nos malades. Il en est ainsi, en effet, et, à la vérité, cette circonstance ne laisse pas de jeter quelqu'incertitude sur la valeur relative des deux agens, puisque, étant employés en même temps, leur action ne peut être étudiée séparément.

C'est là une objection réellement sérieuse, à laquelle il serait difficile de répondre. Il est même impossible de faire cesser l'obscurité de la question scientifique ; mais nous nous rassurons en présence des bons résultats que la pratique nous fournit chaque jour.

Administration du sulfate de quinine dans la pneumonie. — En terminant ce que nous avions à vous dire sur le traitement de la pneumonie, nous devons signaler à votre attention les cas qui peuvent réclamer l'emploi des agens antipériodiques et du sulfate de quinine en particulier. Nous n'admettons assurément pas les pneumonies intermittentes telles que les entendent M. Mongellaz et quelques autres auteurs; mais il est bien démontré, pour nous, que la pneumonie peut se développer à la suite d'une fièvre intermittente actuellement existante ou déjà guérie, ou bien que la fièvre intermittente peut survenir dans le cours d'une pneumonie. Or, ces cas réclament l'emploi des médicamens antipériodiques. En voici un exemple bien frappant :

Un malade, habitant dans les environs de Fontainebleau, fut pris de pneumonie à la suite d'une fièvre intermittente dont il avait été guéri. Un jeune médecin très instruit lui donna tous les soins qu'exigeait sa maladie; il fut saigné à plusieurs reprises, et l'on ne négligea pas tous les autres moyens qui pouvaient concourir à rétablir la santé du malade. Néanmoins, la pneumonie persistait avec une ténacité désespérante. On revint à la saignée, et cela sans plus de succès ; si bien que, par suite de l'affaiblissement progressif du sujet, ce puissant moyen de traitement de la pneumonie ne put plus être employé. On nous demanda de voir ce malade ; et nous essayâmes, de concert avec le médecin ordinaire, quelques autres moyens qui restèrent sans efficacité. Enfin, nous apprîmes que la pneumonie avait été précédée par une fièvre intermittente tierce, dont il ne restait cependant pas le moindre vestige. Nous pensâmes alors que l'apparition de la pneumonie avait pu être déterminée par la fièvre intermittente, ou que du moins celle-ci avait pu favoriser le développement. La congestion pulmonaire restait encore tout entière, et nous pensâmes que, eu égard à cette circonstance exceptionnelle d'une pneumonie qui avait été précédée d'une fièvre intermittente, on pourrait peut-être avantageusement combattre la phlegmasie thoracique à l'aide des médicamens antipériodiques. Nous demandâmes, par conséquent, à notre jeune confrère, quels inconvéniens il pouvait y avoir en soumettant le malade au traitement des fièvres périodiques, et nous nous décidâmes à y avoir recours. Le sulfate de quinine fut administré, et, à notre grande satisfaction, nous vîmes l'absorption de l'engorgement pulmonaire se faire rapidement, et notre malade guérir avec promptitude.

Nous vous avons parlé dans l'une de nos dernières leçons d'une jeune personne atteinte de pneumonie à laquelle nous donnons actuellement nos soins, et chez laquelle la saignée, tout en modifiant favorablement les phénomènes généraux, n'avait néanmoins pas encore eu de prise sur les phénomènes locaux. Dans cet état de choses, la malade fut prise au milieu de la nuit d'un frisson glacial ; le pouls devint imperceptible et des douleurs intolérables se faisaient sentir sur toutes les parties du corps; ce frisson dura deux ou trois heures et fut alors suivi d'une réaction extraordinairement prononcée. La chaleur, qui était brûlante, fut elle-même bientôt remplacée par une diaphorèse excessivement abondante. Le cas était difficile : il n'y avait pas eu d'antécédens capables de faire supposer une fièvre intermittente ; si l'on avait affaire à une semblable affection, c'était le premier accès qui venait d'avoir lieu, et évidemment il s'agissait d'une fièvre intermittente pernicieuse. Dès lors nous avions raison de craindre que, si un second accès venait à se manifester, la mort n'en fût le résultat, et sans attendre plus long-temps, nous nous mîmes en mesure de la prévenir. Le sulfate de quinine fut administré. La nuit suivante se passa sans accidens, ainsi que celle du surlendemain que nous appréhendions le plus, vu que les fièvres intermittentes pernicieuses affectent ordinairement le type tierce.

Depuis lors, rien n'a troublé notre sécurité : bien loin de là, les crachats ont presque aussitôt cessé d'être sanguinolens, la résorption de la pneumonie a été rapide, et notre jeune malade n'a pas tardé à entrer en convalescence.

N. M.

Sur la rétraction active des ligamens comme cause de difformités articulaires, et sur la section sous-cutanée des ligamens rétractés pour remédier à ces difformités; par M. J. Guérin.

A M. le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences,

Monsieur le secrétaire,

Je vous prie d'avoir la bonté de communiquer à l'Académie les conclusions d'un travail développé que j'aurai l'honneur de lui adresser très prochainement, sur la rétraction active des ligamens comme cause de difformités articulaires, et sur la section sous-cutanée des ligamens rétractés, pour remédier à ces difformités.

1° Les ligamens peuvent, comme les muscles, être atteints de rétraction active ; cette rétraction, comme celle des muscles, tient à une affection des nerfs qui les desservent, et le raccourcissement qu'ils présentent provient, comme celui des muscles rétractés, de deux sources : d'un retrait immédiat, espèce de contracture spontanée, et d'un arrêt de développement consécutif, appréciable par une inégalité de croissance entre les ligamens rétractés et les portions du squelette auxquelles ils s'insèrent.

2° Les ligamens rétractés peuvent constituer à eux seuls des causes primitives de difformités permanentes : la déviation essentielle des genoux en dedans, produite par la rétraction des ligamens latéraux externes et la portion correspondante du *fascia lata*, en offre un bel exemple; ou bien ils ne sont que des agens auxiliaires de production de difformités, comme dans certains pieds-bots compliqués. Dans l'un et l'autre cas, les caractères spécifiques de la déformation sont représentatifs de l'action isolée, ou auxiliaires de ce nouvel élément.

3° Il existe un état particulier des ligamens et des capsules articulaires correspondant à la paralysie des muscles : cet état, caractérisé par un relâchement considérable des élémens fibreux de l'articulation, est le produit de l'articulation des nerfs qui s'y distribuent ; et les circonstances où ce relâchement se rencontre sont précisément celles où l'affection nerveuse a produit la paralysie des muscles environnans.

4° La section sous-cutanée des ligamens rétractés doit intervenir dans le traitement des difformités qu'ils réalisent, ou concourent à réaliser, au même titre que la section des muscles rétractés; et cette opération peut et doit être pratiquée par les méthodes et procédés établis pour la section des tendons et des muscles. J'ai pratiqué déjà un grand nombre de fois publiquement cette opération avec un plein succès à l'hôpital des Enfans, notamment la section des ligamens latéraux externes du genou, pour remédier à la déviation essentielle de cette articulation, et la section des ligamens péronéo tarsiens antérieur, moyen et postérieur; du ligament deltoïde de la malléole interne; des ligamens supérieur et latéral astragalo-scaphoïdien; et du ligament latéral scapho-cunéiforme, pour remédier à

des pieds-bots compliqués que la ténotomie seule n'avait pu résoudre complètement.

Agréez, etc. Jules GUÉRIN.

NOUVELLES DIVERSES.

— L'association des médecins de Paris, dans sa séance générale du 29 mars dernier, a nommé des comités d'arrondissement *chargés de la police médicale*, et composés comme suit pour chaque année :

1er arrondissement. — MM. Izarié, Andrieux, Duval, Charruau, Montmahou, Fauconneau-Dufresne, Evrat.

2e arr. — MM. Goupil, Tanchou, Piet, Guillon, Martin-Solon, Mège, Miquel.

3e arr. — MM. Janin, Bourgeois, Fiard, Andry, Meurdefroy, Leroy-d'Etiolles, Godriot.

4e arr. — MM. Pillon, Léger-Fleurus, Perdrix, Cordier, Coutard, Honoré, Favrot.

5e arr. — MM. Campardon, Roger, Mareillaux-Crespiat, Grésely, Terrier, Pailloux, Ollinet.

6e arr. — MM. Audiffrey-Erembert, Ledeschault, Rey, Lozes, Roche, Paguéguy, Laborie.

7e arr. — MM. Videcoq, Duclos, Gogot, Marx, Vanvalsnaer, Patissier, Bonnassie.

8e arr. — MM. Augouard, Berton, Belhomme, Sorbier, Cazenave, Pressat, Bézard.

9e arr. — MM. Dubois, Hatin, Deville, Chailly, Bourjot-St-Hilaire, Boullard, Delens.

10e arr. — MM. Guersant, Smith, Cornac, Hennelle, Moreau, Mérat, Martin-Saint-Ange.

11e arr. — MM. Régnier, Morin, Cullerier, Planté-Mengelle, Michon, Lesueur, Thillaye.

12e arr. — MM. Lemoine, Ratier, Ménière, Clément, Lagasquie, Pinel-Grand-Champ, Martin de Cabuzac.

Il nous est impossible d'apprécier la portée de cette division.

Que vont faire ces comités, et quels moyens de répression peuvent leur appartenir ? C'est ce que nous ignorons complètement. Aussi nous contentons nous de faire connaître le fait, nous proposant de revenir sur ce sujet si cette mesure ne reste pas sans résultat.

— *Ecole médicale de Rennes*. M. le docteur Godefroy est chargé provisoirement de l'enseignement des accouchemens à l'Ecole secondaire de médecine de Rennes.

— *Faculté de médecine de Strasbourg*. M. Boyer, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Strasbourg, est autorisé, en vertu de l'art. 14 du règlement du 14 messidor an IV (2 juillet 1796), à permuter ladite chaire avec celle de physiologie devenue vacante par la nomination de M. Buisson à la Faculté de Montpellier.

— *Ecole médicale d'Amiens*. M. Padieu, docteur en médecine, est nommé professeur-adjoint de pathologie externe à l'Ecole secondaire de médecine d'Amiens.

— *Jury médical du Cantal*. M. Rivière, médecin en chef de l'hospice d'Aurillac, est nommé membre du jury médical du département du Cantal, en remplacement de M. Miquel, décédé.

M. Alphonse CAZENAVE commencera mardi (28 courant), à onze heures, à l'Ecole pratique, amphithéâtre, n. 3, un cours public sur les maladies de la peau, qui sera continué les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

EAU DU Dr CHAPELAIN.

En vérité, quand les Allemands ou les Anglais nous accusent d'être frivoles et incapables d'apprécier les choses sérieuses, nous sommes malheureusement forcés de reconnaître qu'ils ont souvent raison. Chez nous, la moindre découverte clinquante obtient des récompenses nationales, et les Jacquard, et les Vaucanson sont à peine encouragés par une mention honorable : M. Daguerre trouve un ingénieux procédé, il est vrai, mais dont les plus enthousiastes cherchent encore une application tant soit peu utile ; l'académie des siences le prend aussitôt sous sa protection et les deux chambres s'empressent de l'enrichir ; tandis que M. Chapelain, qui propose à cette académie de la faire assister à des expériences du plus haut intérêt pour l'humanité, puisqu'il ne s'agit de rien moins que de simplifier les plus grandes opérations chirurgicales et d'un agent qui paraît souverain contre les *inflammations* les plus graves et les plus rebelles, obtient à peine une commission qui semble prendre à tâche de le décourager par sa lenteur et son mauvais vouloir. Cependant personne ne s'est jamais présenté avec de plus beaux antécédens. Avant d'écrire à l'Institut, M. Chapelain avait, depuis près d'un an, fait des expériences publiques toujours suivies par un grand nombre de médecins de la capitale qui ont pu se convaincre (leurs certificats en font foi) que le sang artériel était immédiatement coagulé dès qu'il se trouvait en contact avec le liquide hémostatique. En outre, l'examen anatomique des vaisseaux lésés révélait un phénomène bien étrange : le caillot avait fermé l'ouverture de l'artère en réparant, pour ainsi dire, la perte de substance, et sans oblitérer la capacité du tube, de telle sorte que la circulation ne se faisait pas au moyen des anastomoses, ainsi qu'après la ligature, mais continuait au contraire directement, comme si le vaisseau n'avait pas été blessé.

Certes, quoique ces faits fussent assez remarquables pour attirer l'attention des praticiens et mériter un examen sérieux, si les propriétés de ce liquide avaient été bornées à l'hémostasie, il est probable que son emploi n'aurait jamais acquis l'importance qu'il est appelé à avoir avant peu dans la thérapeutique. Mais l'inventeur, s'appuyant sur une théorie rationnelle qu'il serait trop long de développer ici, affirmait dès lors qu'outre le pouvoir d'arrêter toute espèce d'hémorrhagies, son médicament jouissait encore d'une puissance antiphlogistique des plus prononcées.

Il lui restait de soumettre sa prévision à la sanction de l'expérience. Durant six mois, de nombreuses observations ont démontré incontestablement que M. Chapelain avait eu raison, et grâce aux faits recueillis dans sa propre pratique et dans celle de ses confrères, il est certain d'avoir doté la matière médicale d'un agent précieux à la fois contre les hémorrhagies et les inflammations. Depuis six mois, les plaies nouvelles ou anciennes, les ulcères atoniques, chroniques et variqueux, les brûlures (1er et 2e degré), les érysipèles, les contusions, les engelures, les excoriations de la peau, le saignement des gencives, les tumeurs hémorrhoïdales, les engorgemens lymphatiques et les leucorrhées les plus opiniâtres, n'ont jamais résisté à l'emploi bien entendu de ce nouvel agent pharmaceutique.

Plusieurs accoucheurs ont, de leur côté, guéri comme par enchantement les gerçures du sein qui font si long-temps souffrir les jeunes femmes qui nourrissent pour la première fois.

Dans deux ou trois circonstances, des personnes officieuses qui ont immédiatement remédié, sur la voie publique, aux graves accidens arrivés à des passans heurtés par le choc des voitures publiques, sont, à leur tour, venues grossir la masse des observations qui prouvent la puissance antiphlogistique de l'eau Chapel[ain]

Jusque-là, cependant, bien qu'on ait reconnu les deu[x pro]priétés de cette eau, on ne s'était servi que de l'une ou de l['autre] de ces deux actions isolées ; mais des praticiens ont aussi [songé] à les combiner ensemble, de telle sorte qu'à la suite d'une [grave] opération le même moyen arrêta l'hémorrhagie et hâta [la ci]catrisation de la plaie faite par l'instrument chirurgical. P[our ce] dernier fait nous cesserons de parler nous-mêmes, et nous [nous] bornerons à rapporter l'observation des docteurs Baud et H[...]

« Madame M....., limonadière à Paris, place de la Made[leine,] nº 17, âgée de trente-six ans, souffrait depuis six mois, dis[ent les] docteurs, dans une observation signée qu'ils se sont empress[és de] remettre à M. Chapelain, de douleurs graves, quelquefois [lanci]nantes dans le fond du bassin, le bas-ventre et les reins. Des p[ertes] fréquentes et une légère fièvre hectique, tels étaient les [...] symptômes quand nous reconnûmes dans la matrice l'exist[ence] d'un polype de la grosseur d'un œuf de poule.......

» L'opération présenta quelques difficultés, d'où il résult[a une] hémorrhagie assez importante. Cet accident nous décida à [faire] à plusieurs reprises, l'application de l'eau du docteur Chape[lain.] L'effet de cette eau fut non-seulement d'arrêter de suite l'hé[mor]rhagie, mais aussi de prévenir la fièvre inflammatoire, la s[uppu]ration et la mauvaise odeur, suites ordinaires de semblables [opé]rations. Peu de jours après, cette dame put reprendre ses oc[cupa]tions habituelles, et le traitement consécutif fut incontesta[ble]ment d'une durée moindre que si nous eussions suivi les m[éthodes] des de pansemens usitées en pareil cas. »

Ces médecins terminent ainsi :

« S'il est permis de baser une conclusion sur un seul fait, [nous] dirons que l'eau hémostatique du docteur Chapelain est [aussi] puissante pour remplir ce dernier but (antiphlogistique) que [pour] remplir son but spécial d'arrêter les hémorrhagies, quoiq[ue ce] soit à cette dernière propriété qu'elle doive sa dénominat[ion.] Cette seconde puissance de prévenir l'inflammation et la supp[uration] tion nous semble, pour le moins autant, si non plus préci[euse] que la première. »

— Après de pareils témoignages, il ne manque plus au pub[lic] pour être entièrement convaincu, que l'approbation de l'un [des] corps savans qui ont la mission spéciale de l'éclairer sur de s[em]blables matières. Espérons donc que les membres de l'Acad[émie] de médecine, dont l'auteur se propose de réclamer avant pe[u la] haute sanction, n'imiteront pas le silence de leurs confrères [de] l'Institut, et que l'eau Chapelain prendra enfin le rang qui [lui] appartient parmi les plus utiles de nos découvertes moderne[s.]

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 30 AVRIL 1840. (13e ANNÉE.) N° 52, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Les ateliers étant fermés vendredi, 1er mai, le Journal ne paraîtra pas samedi prochain.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Mort volontaire causée par la décharge d'un pistolet porté sur la voûte palatine. Diagnostic; nouveau symptôme; par M. Demarquay, élève des hôpitaux.

L'observation que nous rapportons aujourd'hui appartient à un homme âgé de trente-cinq ans, employé dans une administration. Ce malheureux, désespéré d'avoir perdu l'emploi qui faisait toute sa fortune, résolut de se tuer; il choisit, à cet effet, un pistolet de médiocre volume, mais chargé à balle forcée. Le saisissant de la main droite, il plaça la lumière du canon sur la voûte palatine, et lâcha la détente... Le choc fut si violent que Roger fut renversé par terre, où il resta assez long-temps baigné dans son sang et sans connaissance. Le malade n'a pu nous dire combien de temps il était resté dans cet état; toutefois, nous ajouterons que, bien qu'il eût recouvré tous ses sens, il fut pendant quelques instans encore privé de la vision. L'hémorrhagie qui eut lieu par la bouche et les fosses nasales fut assez abondante.

C'est le 13 avril, jour même de l'accident, que Roger fut apporté à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, n° 36.

Le 14, au moment de la visite, le malade se plaint de souffrir et de n'avoir pu reposer. Sa figure pâle exprime la stupeur et de l'étonnement; les paupières sont mobiles, la vision et l'audition intactes; l'intelligence est nette, les réponses justes et précises; la commissure droite est un peu affaissée. On aperçoit vers la partie moyenne de la voûte palatine une ouverture à bords irréguliers, boursouflés et comme déchiquetés. Un stylet introduit par cette ouverture pénètre jusqu'à la hauteur de deux pouces environ, et pour peu qu'on l'agite, on sent des craquemens osseux dus au déplacement ou au frottement de quelques parcelles d'os fracturés. Il s'écoule par les fosses nasales une quantité vraiment énorme de sérosité sanguinolente. Le malade accuse une douleur très vive occupant toute la partie postérieure de la tête. Les mouvemens du malade sont mal assurés. Tels sont les principaux phénomènes qui se présentèrent à l'observation de M. Blandin, le lendemain de l'accident.

Le diagnostic suivant fut porté : Fracture de la base du crâne et probablement de la partie supérieure de l'apophyse basilaire, avec rupture des méninges.

Prescription. Bien qu'une saignée eût été pratiquée la veille, deux nouvelles saignées sont prescrites, de la glace sur la tête, etc.

Le malade mourut quelques heures après la visite.

L'autopsie a été faite trois jours après la mort, et voici ce que l'on a trouvé : Les méninges du sommet et de la base du crâne sont dans leur état normal. Le cerveau est ferme, sans injection aucune. Un peu de sérosité existe dans les ventricules latéraux et dans les fosses occipitales. Le cervelet, le corps strié et la couche optique sont parfaitement intacts. En enlevant la base du cerveau qui avait été examinée en place, on trouva la balle logée dans la selle turcique, un peu au-dessus de la partie moyenne et légèrement à droite; le corps pituitaire est détruit de ce côté. Si maintenant nous examinons le trajet de la balle, nous verrons que l'os maxillaire supérieur a été perforé à son union avec les os palatins qui sont eux-mêmes fracturés. Le corps du sphénoïde et la partie postérieure du vomer sont également détruits.

Cette observation est surtout intéressante : 1° pour le diagnostic qui a été porté avec tant de précision, et 2° par l'écoulement abondant de sérosité sanguinolente qui se faisait par les fosses nasales, et sur lequel M. Blandin fixa toute son attention.

Mais ici une question se présente : d'où vient ce liquide? est-ce uniquement du troisième ventricule ou de la grande cavité de l'arachnoïde? La réponse n'est point facile : en se rendant à la première opinion, il faut admettre, avec un certain nombre d'anatomistes (les frères Wenzel en particulier), la perforation de l'infundibulum ou tige pituitaire, et la communication directe et immédiate du troisième ventricule avec le corps pituitaire. Nous ferons remarquer que le peu de sérosité qui se trouvait dans les ventricules latéraux vient à l'appui de cette manière de voir. Si on fait attention d'une part à la situation de la balle et à l'ouverture de la grande cavité de l'arachnoïde, et d'une autre part à l'abondance de l'écoulement, ainsi qu'au peu de sérosité qui existait à la base du cerveau et dans les ventricules, ne serait-on pas en droit de conclure que le liquide en question venait des deux sources que nous avons signalées? Quoi qu'il en soit de ces considérations, c'est le nouveau symptôme que cette lésion a présenté qui doit surtout fixer l'attention; je dis nouveau, car je ne sache point qu'il ait été mentionné nulle part, et on sent de suite de quelle importance il est pour le diagnostic de la base du crâne et surtout pour le pronostic de cette affection.

Un mot maintenant sur l'abaissement de la commissure droite. Quelle pouvait en être la cause? Le nerf facial aurait-il été blessé? Dans cette supposition, la paralysie se fût étendue à tout le côté droit de la face, et il n'en était rien, et l'autopsie a démontré l'intégrité du nerf facial. Sa véritable cause nous paraît être dans la grande distension que la commissure droite a dû nécessairement éprouver au moment de la déflagration du pistolet. Cette opinion est d'autant plus admissible que ce malheureux se servit de sa main droite.

Nous ne parlerons point de la perte de connaissance au moment de l'accident, ni de l'irrégularité des mouvemens que le malade présentait au moment de la visite, ni de sa mort si prompte. La gravité des lésions et la commotion cérébrale qui a dû s'en suivre en sont des causes trop manifestes et trop palpables pour que nous insistions davantage.

HOSPICE DE BICÊTRE.

Réduction d'une luxation sous-acromiale de l'humérus datant de six mois et demi; communiquée à l'Académie de médecine par M. Malgaigne, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Monsieur le président,

Les luxations de l'humérus en arrière sont fort rares, et la réduction opérée après plus de cinq mois est plus rare encore : c'est pourquoi j'ai pensé que le fait suivant que je viens communiquer à l'Académie ne lui paraîtra pas indigne de son attention.

Un journalier âgé de cinquante-six ans fut frappé d'une attaque d'épilepsie le 8 novembre 1839. Il était dans son lit et ne fit aucune chute; toutefois, au sortir de l'accès il ne put remuer le bras droit, et le lendemain le gonflement survenu à l'épaule l'obligea à entrer dans un hôpital. Il paraît que la nature de la lésion fut méconnue, car on se contenta d'appliquer des sangsues, des cataplasmes, un vésicatoire, et on le renvoya le onzième jour. Depuis lors, le bras était toujours resté dans le même état; et quand le malade se présenta à ma consultation à Bicêtre, le 21 avril dernier, il offrait les caractères les plus manifestes d'une luxation de l'humérus en arrière. Sans entrer dans les détails des symptômes, je noterai seulement que la tête n'était point, comme le veulent quelques chirurgiens, dans la fosse sous-épineuse, mais seulement sous l'angle postérieur de l'acromion. C'était donc bien la luxation que j'ai appelée *sous-acromiale*, qui est essentiellement incomplète.

Cette circonstance, malgré le temps écoulé depuis l'accident, me fit bien augurer de la réduction; et même, le sujet ne pouvant se procurer chez lui les soins préparatoires ordinaires, je n'hésitai pas à fixer le lendemain pour l'opération. L'extension fut faite sur le bras au-dessus du coude, l'avant-bras légèrement fléchi; la contre-extension opérée par une alaise qui embrassait l'épaule en avant, et dont les deux chefs allaient se rejoindre derrière le dos; nous agissions à l'aide des poulies. La traction ayant été porté à 110 kilogrammes, j'essayai de repousser la tête luxée à l'aide du genou; et pour avoir plus de force, j'avais fait passer autour de l'épaule du malade une serviette dont les deux bouts me furent liés derrière le cou, et qui me servait ainsi de point d'appui et comme d'arc-boutant. A la première tentative, la tête rentra presque complètement; à la seconde la force de traction fut portée à 120 kilogrammes, et la réduction fut complète. La luxation, d'après les détails qui précèdent, datait donc de cinq mois et quatorze jours.

Il n'y eut d'accident d'aucune espèce, pas même le moindre indice de paralysie des doigts, si commune après les fortes extensions mal dirigées. Seulement la tête humérale avait une grande tendance à revenir en arrière dans les mouvemens du bras, phénomène presque constant après la réduction de ces sortes de luxation, et il a fallu s'y opposer à l'aide d'un appareil spécial.

Qu'il me soit permis en terminant de faire remarquer combien le diagnostic exact du degré où est parvenue la luxation éclaire le pronostic et le traitement. La luxation étant incomplète, j'étais à peu près sûr de réussir; et c'est dans des cas de ce genre qu'on a obtenu la réduction même après plus d'une année écoulée. Tout récemment j'ai été consulté pour un malade qui avait été vu par plusieurs membres de cette Académie, et qui portait depuis environ cinq mois une luxation *sous-coracoïdienne complète*. Les avis furent partagés : j'étais d'opinion qu'il y avait lieu de faire des tentatives prudemment dirigées; mais que la réduction, sans être impossible, serait très difficile. A un degré de plus, quand la luxation est *sous-scapulaire*, il suffit de deux mois pour ôter tout espoir; et j'ai vu après cet espace de temps des extensions portées jusqu'au point de produire la paralysie du membre sans pouvoir retirer la tête du lieu où elle s'était fixée.

Agréez, etc.

MALGAIGNE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

Fractures compliquées. Réflexions sur l'époque la plus opportune pour l'application de l'appareil.

Au n° 5 de la salle Saint-Louis et au n° 5 de la salle Saint-Antoine, sont couchés deux malades atteints de fractures de la jambe siégeant au-dessus des malléoles. Chez le premier de ces deux malades la fracture, qui siége à un travers de doigt seulement au-dessus du lieu indiqué, existait avec peu de déplacement. Quand il est arrivé à la clinique, la fracture se compliquait d'un épanchement sanguin considérable et d'étranglement inflammatoire.

Fallait-il, dans cet état de choses, procéder immédiatement à l'application de l'appareil? Cette pratique est conseillée et suivie par quelques praticiens; mais la gangrène et la formation d'eschares a été plus d'une fois le prix d'une conduite aussi peu conforme aux principes d'une saine thérapeutique.

Nous adoptons une pratique opposée, et nous retardons l'application de l'appareil de cinq, six ou sept jours, suivant l'intensité des accidens inflammatoires, nous réglant, à cet égard, d'après le plus ou moins de promptitude avec laquelle s'effectue la résorption de l'épanchement sanguin, la disparition de la tuméfaction, la cessation des accidens inflammatoires. C'est ainsi que nous avons agi en votre présence à l'égard de tous nos malades, et nous avons eu à nous en féliciter ne serait-ce qu'en ce sens que jamais nous n'avons eu à regretter les accidens gangréneux auxquels s'exposent les partisans de l'application immédiate de l'appareil dans le traitement des fractures.

Ordinairement nous faisons pratiquer tout d'abord à nos fracturés une saignée révulsive de 90 à 120 grammes, et nous les soumettons en même temps à une diète sévère. Cette saignée agit mieux que n'agirait en pareil cas une saignée spoliative; nous ne nous étendrons pas sur ce point, que dans d'autres circonstances nous avons suffisamment développé dans cette enceinte.

Le nombre ultérieur des saignées doit d'ailleurs être proportionné à la gravité des accidens inflammatoires et à la force du sujet; mais, en général, il doit être plus limité dans les cas où la fracture se complique de plaie. Alors, il convient aussi de prolonger la diète pendant un temps moins long, afin que les malades se nourrissent moins de leur propre substance, circonstance qui les expose moins à la résorption purulente.

De nos deux malades, le premier, c'est-à-dire celui qui est couché au n° 5 de la salle Saint-Louis, a été saigné six fois; il a eu une saignée de quatre palettes, une de trois, et les autres de trois onces. Chez lui, le tibia avait traversé les parties molles à la partie interne de la jambe, et la réduction du fragment a pu être effectuée sans que l'on ait été forcé de recourir au débridement. Sous l'influence des saignées, l'étranglement inflammatoire a cessé, la tuméfaction a disparu, et il n'y a pas eu de fluctuation. Le second malade n'a été saigné que trois fois; chez lui, les accidens inflammatoires étaient beaucoup moins prononcés.

Brûlure. Traitement par le chlorure d'oxyde de sodium.

Au n° 18 de la salle Saint-Louis est couché un homme atteint de brûlure à la région dorsale de la main. Nous avons traité ce malade par le chlorure de sodium à trois degrés, et vous avez pu remarquer que la chaleur et le prurit occasionnés par son application ne s'étendent jamais au-delà d'un quart d'heure. Après ce temps, non-seulement les douleurs occasionnées par le chlorure cessaient, mais aussi celles inhérentes à la brûlure et qui existaient avant l'application de celui-ci.

Vous avez pu voir aussi, sous l'influence du chlorure, la surface de l'ulcère sécréter et se couvrir d'une couche de lymphe plastique à dater du second jour, qui n'est autre chose, comme vous le savez, que le commencement de la cicatrice. La brûlure au deuxième degré, c'est-à-dire avec simple dénudation du corps muqueux, sans ulcération de ce corps, était guérie au bout de quarante-huit heures. Celle au troisième degré, dans laquelle le corps muqueux est ulcéré, n'a subi aucune modification de la part du chlorure, ainsi que nous l'avions annoncé, si l'on en excepte la douleur qui a été calmée.

Dès que la brûlure au troisième degré restait seule à cicatriser, et que celle au deuxième l'était entièrement, nous avons cessé les pansemens avec le chlorure; car il aurait augmenté l'inflammation éliminatoire, et, en agissant dans

le sens de cette dernière, eût cessé de procurer les effets sédatifs que l'on en retire dans la brûlure au deuxième degré seulement.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX DE NAPLES.

Cas remarquable d'anthrax (favo ou vespajo des Italiens); par M. Bellucci.

Marie Spada, mère de plusieurs enfans, tempérament bilioso-sanguin, âgée de quarante-six ans, bien réglée, avait essuyé trois attaques d'hépatite accompagnée d'ictère; elle ressentit par la suite des douleurs au foie, qui revenaient de temps en temps. Vers la moitié du mois de mars de l'année dernière, elle éprouva une lassitude générale, de l'inappétence, envies de vomir, état pâteux et amer de la langue; ventre ballonné, constipé, douloureux au toucher. La malade reste huit jours dans cet état sans consulter de médecin; à cette époque elle s'aperçut d'une tumeur douloureuse dans la région lombaire droite, à un pouce et demi de l'épine dorsale.

Le 2 avril, M. Bellucci a été appelé. Il a trouvé un tumeur dans la région indiquée, offrant à la base une circonférence de 218 millimètres (8 pouces), dure, d'un rouge brun, couverte d'une eschare livide à son sommet, très chaude, ayant des petits boutons blancs à sa surface; suppuration profonde et obscure; fièvre ardente, pouls petit et viscéral, frisson, exacerbation de la fièvre le soir; rémission le matin avec sueur légère; langue sèche, couverte d'une couche jaune obscure; nausées continuelles; soif, désir de boissons acides; constipation, ventre tuméfié et douloureux; sentiment de poids à la région épigastrique; urines rares, très colorées en jaune, et accompagnées de chaleur durant leur émission.

A ces phénomènes, M. Bellucci a diagnostiqué un *favus* (anthrax). Il prescrivit une solution de tartre stibié et de crème de tartre édulcorée de sirop de violettes (l'auteur n'indique pas les doses), à prendre par cuillerées; des boissons acidules végétales; diète; un bain général; cataplasmes émolliens sur la tumeur. Ce traitement a été continué pendant quinze jours. La potion stibiée a été de temps en temps remplacée par une dose d'huile de ricin. La malade a eu des évacuations alvines abondantes, jaunâtres, très fétides, et des vomissemens bilieux, ce qui l'a beaucoup soulagée.

Le ventre est devenu moins ballonné et moins douloureux; la langue un peu humide et moins chargée; l'haleine moins fétide; soif et fièvre moindres. La tumeur cependant a continué à faire des progrès; l'eschare s'est prononcée de plus en plus. A ses côtés sont deux petits trous qui laissent échapper du pus; ils s'élargissent par degrés et donnent issue à de la matière putride et sanguinolente. On prescrit l'usage d'une limonade minérale, et l'on continue les remèdes ci-dessus: on suspend seulement l'usage des bains à cause de la faiblesse de la malade.

Vers le trentième jour de la maladie l'eschare est limitée et percée de plusieurs trous; elle commence à se séparer. M. Bellucci en excise plusieurs lambeaux à l'aide de pinces et de ciseaux; il continue cette manœuvre tous les jours. Le pus entraîne des lambeaux de tissu cellulaire mortifié et quelques lambeaux tendineux qu'on croit appartenir au muscle grand dorsal. Par la réunion de tous les trous il en est résulté une caverne ayant une ouverture de dix à onze pouces de circonférence, sans compter un décollement de la peau saine de l'étendue de trois pouces de circonférence, laquelle met à découvert une partie de deux vertèbres lombaires et plusieurs muscles de la même région.

Le vingtième jour du traitement, comme la fièvre était tombée, que la langue était détergée et que la malade était faible, M. Bellucci a prescrit l'usage de bons bouillons simples d'abord, puis de soupe substantielle, ensuite de viandes blanches. De l'eau magnésienne pour boisson; potion avec acétate d'ammoniaque.

Le malade a été de mieux en mieux; le foyer s'est couvert d'une bonne granulation, et la plaie n'offrait vers le quarantième jour que la largeur d'une pièce de cinq francs.

A cette époque la malade éprouve des contrariétés et, en peu de jours, la douleur au foie reparaît. Anorexie, pesanteur à l'estomac, envies de vomir, fièvre, soif ardente, teinte jaunâtre de la conjonctive, ventre constipé, urines rares et d'un jaune-rougeâtre. A l'examen on trouve la région du foie tuméfiée, très sensible au toucher. On applique des sangsues sur ce point; potion tartarisée, boissons acidules, légers purgatifs. Ce traitement, continué pendant sept jours, a apaisé les symptômes généraux, mais la plaie avait acquis un mauvais caractère; elle ne donnait que de l'ichor au lieu de pus, et n'a plus fait de progrès vers la cicatrisation; mais la malade n'était pas encore au bout de ses souffrances. De petites tumeurs douloureuses se sont manifestées sur le dos et aux fesses. Ces tumeurs venaient de suite en suppuration, puis elles se fermaient et restaient dures.

Peu à peu cependant, la malade semblait marcher vers la guérison, lorsqu'un troisième orage a amené la déclaration d'un second favus entre la partie inférieure de l'omoplate droit et l'épine dorsale, de la grosseur d'un pain de trois sous, de couleur rouge-foncé très prononcée, avec eschare à son sommet et une multitude de trous à la circonférence. Céphalalgie, fièvre lente, envies de vomir, soif ardente, langue rouge et couverte d'une lame verdâtre et sèche, ventre ballonné et sensible au toucher, constipation, urines rares et rouges. La malade est faible; on désespère de sa vie. Traitement *ut suprà*; amélioration lente. Guérison après trois mois de traitement.

(*Il Filiatre Sebezio*, avril 1840.)

Dans un second cas que l'auteur rapporte, il s'agit d'un homme, âgé de quarante-huit ans, tempérament bilioso-mélancolique, chef de bureau dans un ministère. Il avait eu à la suite de chagrins une affection au foie, laquelle s'était plusieurs fois reproduite et était enfin devenue chronique. La teinte de son visage était devenue verdâtre; des furoncles se déclaraient souvent aux fesses. Enfin, en juillet 1839, un énorme favus s'est manifesté dans le centre de la fesse droite; sa circonférence est de sept à huit pouces à la base; sa couleur d'un rouge vif; dur et douloureux au toucher, légèrement pulsatile. Traitement comme dans le cas précédent.

La tumeur marche lentement; le malade commet une imprudence; il se permet de faire une longue course à pied et de rester pendant une journée dehors. Le lendemain douleurs lancinantes atroces dans la tumeur; conjonctives jaunes, réaction fébrile intense. Bientôt la grosseur proémine en pointe, se couvre de points blancs et offre de la fluctuation, toute la fesse est engorgée, rouge, dure en douloureuse. Traitement antiphlogistique actif; la tumeur s'ouvre au centre; suppuration d'assez bonne nature; les trous latéraux s'agrandissent et se réunissent à l'ouverture centrale. Réaction générale alarmante. Suppuration abondante; douleurs insupportables dans la fesse; second favus à côté du premier, puis naissance d'une troisième tumeur pareille dans la même fesse, s'étendant jusqu'au sacrum et au coccyx. Symptômes d'adynamie, mort.

Avant la mort, la suppuration des deux premiers favus s'était arrêtée. L'autopsie n'a pu être faite.

— On voit rarement à Paris la maladie dont il est question dans ces deux observations; elle se rencontre cependant assez fréquemment dans le midi, surtout dans le midi de l'Italie. Pendant les huit dernières années de l'exercice de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, nous n'en avons rencontré qu'un seul exemple; tandis qu'à l'hôpital des Incurables de Naples, il ne se passe guère d'année sans qu'on en observe une douzaine de cas au moins. Evidemment l'enthrax est une maladie des régions méridionales; il serait difficile de donner la raison de ce triste privilège. Le mot *favo* dont se servent les Italiens pour indiquer l'anthrax signifie *ruche*, ce qui fait allusion à la structure de la tumeur; le mot *vespajo* est synonyme de *nid de guêpes*. On distingue aujourd'hui l'anthrax du charbon, ce dernier se rattachant toujours à une maladie constitutionnelle grave dont il est le symptôme terminal ou la crise. On désigne pourtant aussi le charbon du nom d'anthrax *malin*, tandis que le premier est désigné sous le nom d'anthrax *bénin*. Il est facile de se convaincre cependant, d'après les descriptions qu'on trouve dans les auteurs, que l'on pourrait de confondre ces deux maladies ensemble, si l'on ne se rappelait point que l'anthrax bénin se déclare ordinairement au milieu de la santé pour ainsi dire, tandis que l'autre succède aux fièvres malignes ou pestilentielles. Selon Dupuytren, la condition différentielle des deux tumeurs est la non-contagion dans le cas d'anthrax bénin, la contagion dans l'autre cas (Leçons orales, t. IV, p. 469, 2e édit.). Les anciens confondaient l'anthrax bénin avec le charbon: Ambroise Paré en parle au chapitre des phlegmons (liv. VII, chap. 7); mais il paraît y attacher si peu d'importance qu'il n'en s'en occupe qu'à peine.

Fabrice d'Aquapendente en parle avec détails; mais il comprend toutes les espèces sous le nom de *charbon*, le mot anthrax, dit-il, étant grec et ne signifiant que charbon...; et cette dénomination elle-même provenant d'un symptôme de l'affection, savoir de la sensation de chaleur de charbon ardent qu'elle occasionne dans la tumeur. Cet auteur du reste conseille dans le traitement local de l'anthrax l'application d'une pâte arsénicale déjà préconisée par Galien (OEuvres chir., liv. 1, ch. 26, p. 140, édit. de Lyon, 1674). Cette indication ne serait peut-être pas à dédaigner, vu l'action asthénisante ou antiphlogistique puissante dont jouit ce médicament. En mêlant en effet quatre parties d'oxide blanc d'arsenic en poudre (acide arsénieux) avec cent parties de farine de froment, et en délayant ce mélange avec un peu d'eau de manière à en faire une sorte de pâte, on obtient une préparation éminemment antiphlogistique qu'on peut appliquer comme la pâte du frère Côme, sans avoir d'action cautérisante très-prononcée. Je suis même convaincu qu'en couvrant le centre du cataplasme d'une couche de cette pâte, qu'on appliquerait sur un anthrax à l'état de crudité, on en obtiendrait d'excellens effets. L'absorption toxique n'est point à craindre dans ce cas, attendu que les tissus enflammés comme ceux attaqués d'anthrax n'absorbent pas ou presque pas.

Ce que Fabrice d'Aquapendente dit sur les causes de l'anthrax est assez curieux. « La cause conjointe de ce mal est, dit-il, une fluxion d'un sang extrêmement bouillant, tombant sur quelque partie, laquelle fluxion est esmeuë par la plénitude de tout le corps. Or, cette plénitude provient d'une grande chaleur de foye, ou bien de causes externes, comme sont les viandes chaudes et de mauvais suc, » (*Ibid.*)

Il est remarquable, à propos de cette phrase, *chaleur du foie*, que les deux malades dont nous venons de rapporter les détails avaient été tous deux atteints d'hépatite.

De nos jours on raisonne autrement sur la nature de l'anthrax; c'est, aux yeux des pathologistes, une maladie inflammatoire particulière. Cette inflammation a reçu le nom d'anthracique. (Velpeau, *Anat. chir.*, 2e édit.)

Dupuytren regardait la tumeur comme un furoncle multiple, et faisait dépendre sa terminaison en gangrène de l'action mécanique étranglante des tissus enflammés (*L. c.*) Cette opinion cependant n'est pas adoptée par tous les pathologistes; il en est qui regardent la gangrène anthracique comme le résultat de la violence de l'inflammation, et indépendant de l'état d'étranglement mécanique. Quoi qu'on fasse, effectivement, cette gangrène est inévitable si le degré de phlogose est assez intense pour cela.

Dans le cas que nous avons vu à l'Hôtel-Dieu, en 1831, la tumeur existait au dos, offrait le volume du poing d'un homme adulte. Dupuytren la pourfendit crucialement durant la période de crudité, l'opération fut excessivement douloureuse; la substance de la tumeur était dure, compacte, rougeâtre et comme lardacée: cela n'empêcha point cependant la gangrène consécutive du tissu cellulaire et des angles de la peau divisée de se déclarer; tandis que dans plusieurs autres cas que nous avons vus, en Italie, traités sans incision, le mal n'a pas présenté de gangrène à la peau, si l'inflammation n'était pas excessive, ou bien, si elle l'était, la gangrène a eu lieu comme dans les cas où l'incision avait été pratiquée.

Ces remarques ont, comme on le voit, une portée pratique réelle. S'il est vrai, en effet, que la gangrène de l'anthrax dépend moins d'une cause mécanique, étranglante, comme Dupuytren le pensait, que d'une action morbide dynamique, c'est-à-dire par la violence de l'inflammation (*V.* Scarpa, Malad. des yeux, art. *Orgeolet*), on conçoit qu'il y aurait moins d'avantage à insister sur l'incision prématurée et profonde de la tumeur, qui est excessivement douloureuse, que sur les remèdes dynamiques capables d'apaiser la phlogose.

Faisons en attendant remarquer qu'il n'y a de neuf dans tout cela que la doctrine, car la pratique des incisions est déjà ancienne, puisque Fabrice d'Aquapendente la conseille d'après Galien.

Dionis en parle avec une précision remarquable, il dit même l'avoir pratiquée chez trois personnes de la cour de Louis XIV et chez le roi lui-même qu'il a traité d'un anthrax à la nuque. Notez bien que Dionis distingue parfaitement l'anthrax du charbon.

« Lorsque le mal se place proche des parties tendineuses ou membraneuses, il est, dit-il, plus douloureux que dans les musculeuses; s'il vient au col, il se fait encore plus sentir qu'ailleurs, comme je l'ai vu à trois personnes de la Cour, dont je les ai pansées et guéries. L'un à M. Chamarante, premier maître d'hôtel de madame la Dauphine; l'autre à M. le chevalier Dudicourt, et un autre à M. Duchêne, chef ordinaire du gobelet du roi. Ces trois anthrax étaient à la partie postérieure du col, proche la base du crâne, où, ne pouvant pas trop s'étendre, ils faisaient une tension insupportable. Les premiers jours, la tumeur étant dure, rouge et élevée en dehors, je mis des maturatifs; mais la matière ne tarda pas à se faire jour par plusieurs trous qu'elle fit à la peau; de tous ces trous, je n'en fis qu'un, et *je continuai par des incisions cruciales* pour découvrir toute cette chair brûlée, et lui donner moyen de sortir par gros bourbillons, comme elle faisait tous les jours, et qu'elle continua jusqu'à ce qu'elle fût détachée et sortie entièrement. *Aussitôt que les incisions furent faites* la douleur ne fut plus si grande, et elle diminuait à mesure que cette séparation se faisait; les eschares tombées, il y avait un creux à mettre un œuf; je le laissai remplir de chairs, et j'achevai ces cures comme celles des autres abcès. Nous en avons vu un exemple mémorable en la personne du roi: il eut un anthrax au même endroit en l'année 1697, et comme aux personnes de ce rang on tâche de ménager les incisions, on les différa le plus qu'on pût; mais les bourbillons qui se détachaient du fond ne pouvant sortir par les petits trous ouverts, on fut obligé *de faire les incisions*, ce qui réussit heureusement. Je ne vous rapporte ces faits que pour vous faire voir qu'on ne peut guérir un anthrax sans incisions. » (Cours d'opérations, dixième démonstration, p. 827; édit. de Dionis, 1765.)

On voit bien que Dionis attachait, comme Dupuytren, une grande importance aux incisions profondes dans le traitement de cette maladie. Boyer, cependant, n'est pas du même avis; il ne veut qu'on ouvre la tumeur que lorsque sa fluctuation est manifeste, pour faciliter l'issue des matières, prévenir le décollement de la peau et des clapiers. (T. II, p. 53.)

Nous venons de voir, dans la première observation, que la tumeur a été traitée sans aucune incision, et que les choses ne se sont pas mal passées. Dans un opuscule que nous avons sous les yeux, du docteur Marini de Bologne, sont consignées une dizaine d'observations pareilles à celle-là (Pochi concetti concernenti il modo de curare il favo o vespajo, in-8°, Loreto, 1836); les malades sont guéris plus promptement et avec moins de douleur que lorsqu'on a pratiqué les incisions. L'auteur prétend que les incisions en question ajoutent à l'irritation et à la douleur, étendent la sphère de la maladie gangréneuse, et retardent le travail d'exfoliation des bourbillons.

Nous avons vu nous-mêmes la méthode chirurgicale expectante, accompagnée seulement d'un traitement antiphlogistique énergique, général et local, donner d'excellens résultats. M. Marini se vante beaucoup des cataplasmes arrosés d'eau cohobée de laurier-cerise, du tartre stibié intérieurement et de l'extrait de jusquiame, comme hyposthénisans; bains entiers, des saignées, etc. Nous pourrions ajouter aujourd'hui les applications abondantes de pommade mercurielle.

On conçoit qu'il s'agit ici d'une question de pratique qu'on ne saurait résoudre que l'expérience à la main. Nous appelons par conséquent l'attention des praticiens; le temps décidera sans doute si une méthode est préférable à l'autre, ou s'il faut les conserver toutes les deux pour

des catégories différentes de faits ou pour être appliquées à des périodes diverses de la même maladie.

Luxation grave du pied déterminée par une cause insolite ; par M. Pagano.

R. B , âgé de cinquante-sept ans, marin, tempérament sanguin , constitution robuste , en voulant jeter l'ancre à la mer, eut le pied tellement enveloppé par la corde de cet instrument , que ce membre a été complètement luxé en dedans et la peau de l'articulation largement déchirée. Une hémorrhagie a eu lieu. Un chirurgien , ayant été appelé et trouvant les parties trop maltraitées, proposa l'amputation de la jambe. Le malade s'y est opposé ainsi que sa famille. On a donc réduit et pansé simplement. Un second chirurgien a été appelé qui a été d'un avis opposé à l'amputation, et a continué les pansemens ; il s'est appuyé sur l'autorité de Monteggia , qui prescrit de ne pas se hâter d'amputer dans les luxations compliquées de plaie.

Le quatrième jour, réaction alarmante ; céphalalgie , yeux injectés, susurrus, battemens remarquables aux artères temporales ; langue sèche, rouge sur les bords ; pouls fréquent, dur et plein ; respiration accélérée. Gangrène de la plaie ; écoulement d'un liquide fétide et noirâtre. Saignées répétées ; tartre stibié à haute dose. On propose de nouveau l'amputation , qui est acceptée (cinquième jour) , mais on croit devoir différer jusqu'au lendemain. Dans la nuit le malade a eu le délire ; carpomanie. Le lendemain cet état empire ; soubresauts ; augmentation de la gangrène ; engorgement des ganglions inguinaux ; mort le septième jour, sans avoir été opéré. (*Ibid.*)

— On conçoit à peine comment le poids de l'ancre, dont la corde avait enveloppé le pied de ce marin , n'a pas plutôt entraîné tout le corps à la mer. Quoi qu'il en soit , ce mode d'action est insolite, et la luxation doit être peut-être regardée comme l'effet d'un véritable arrachement. La question de l'amputation, dans ce cas, s'est présentée avec des circonstances tellement ambiguës , que le praticien le plus expérimenté pouvait rester dans le doute sur le parti le plus convenable à prendre. Quand on se rappelle les cas nombreux de guérison publiés par sir A. Cooper et par d'autres , sans amputation, de luxations du pied aussi ou plus compliquées peut-être que le précédent, on ne saurait blâmer le parti du second chirurgien , et la mort même du sujet n'autorise pas davantage l'opinion du premier, qui voulait pratiquer l'amputation. Peut-être aurait-on conjuré l'orage ; si la plaie eût été traitée par les irrigations continues d'eau froide ; peut-être aussi aurait-il fallu amputer aux premiers signes de la manifestation de la gangrène !

Paraplégie inflammatoire guérie à l'aide de la strychnine ; par M. Spada, médecin à l'hôpital de Lorette.

Il s'agit d'un individu qui a été reçu à l'hôpital pour être traité d'une fièvre gastro-rhumatique et d'une paraplégie complète. La fièvre a été promptement dissipée, mais la paraplégie, qui existait depuis long-temps, et pour laquelle le malade avait été en vain dans plusieurs hôpitaux, persistait. M. Spada a mis le malade à l'usage de la strychnine, quoique l'affection eût été attribuée à une myélite chronique. Il a commencé par la douzième partie d'un grain mêlé à du sucre

Cette dose a été augmentée tous les huit jours, jusqu'à un grain et demi par jour. Il n'est arrivé à cette dose qu'après quatre mois continus de traitement. Par la suite, il est arrivé à un grain trois quarts par jour. Alors des soubresauts terribles se sont manifestés ; les convulsions tétaniques étaient indomptables, mais aux membres inférieurs seulement. Le tronc est resté immobile. On a pratiqué de suite une saignée, on a mis le malade dans un bain, on lui a fait prendre une potion calmante. Les symptômes se sont apaisés. Le lendemain il y avait une amélioration marquée ; les membres qui, auparavant, étaient tout à fait impuissans et insensibles, ont acquis de la sensibilité et de la motilité volontaire. Cet état est allé en augmentant, et le malade est sorti parfaitement guéri.

(*Ibid.*)

Nouveau traitement de la gale ; par M. Raffael Napoli.

Pr. Chlorure de chaux de bonne qualité, demi-kilogramme (une livre);
Versez-le dans un kilogramme et demi ou deux kilog. d'eau (trois à quatre litres);
Laissez-le digérer pendant deux heures ;
Passez ensuite le liquide à travers un linge serré.

On trempe des compresses dans cette eau, qu'on applique sur les régions couvertes de boutons. On recouvre chaque compresse d'un second linge trempé légèrement dans de fort vinaigre. On retrempe les linges à mesure qu'ils se dessèchent. On doit continuer le pansement jusqu'à consommation de tout le liquide. Au bout de ce temps le malade est guéri radicalement de la gale. Dans quelques cas rares on doit recommencer le pansement.

(*Ibid.*)

HOPITAL D'ALAIS (Gard). — M. Ferry.

Hypertrophie du ventricule gauche du cœur; rétrécissement de l'orifice aortique; tubercules muqueux d'apparence syphilitique, sur la face auriculaire de la valvule mitrale; erreur de diagnostic ; mort.

Le nommé Compfort (François), âgé de trente-deux ans, manœuvre, entra à l'hôpital d'Alais, se plaignant d'oppression et de palpitations de cœur. Ces accidens duraient depuis un an environ, étaient calmés par le repos et les saignées générales ; mais ils se renouvelaient toutes les fois que le malade essayait de se livrer aux exercices pénibles de son état. Enfin, ces accidens devenant plus fréquens, il se décida à entrer à l'hôpital le 15 décembre dernier.

Le lendemain de son entrée, il présenta les symptômes suivans : face pâle, un peu bouffie ; lèvres bleuâtres ; respiration anxieuse ; toux avec crachats spumeux et sanguinolens ; pouls fort, plein, régulier, isochrone aux mouvemens du cœur. La respiration s'entend très bien dans toutes les parties de la poitrine, qui d'ailleurs donne partout un son normal, excepté cependant à la région sous-sternale qui offre un peu de matité. La main appliquée sur la région du cœur, on sent les battemens avec beaucoup de force. Ces battemens sont plus sensibles du côté droit de la poitrine ; on les perçoit jusque sous l'aisselle du même côté. On perçoit également à la région cardiaque un bruissement qui n'est pas continu, qui a lieu par saccades régulières, sans intermittences et paraissant alterner avec les pulsations artérielles. Enfin, un fort bruit de soufflet se fait entendre dans le court intervalle qui sépare la systole de la diastole. Du reste, le sujet est encore fort, vigoureux ; il présente un léger œdème des extrémités inférieures.

D'après ces signes, nous portons le diagnostic suivant : Hypertrophie du ventricule droit du cœur ; rétrécissement probable d'un des orifices de cet organe.

Nous dirons peu de chose du traitement qui a été employé, cette observation n'ayant point été recueillie sous le point de vue thérapeutique. Les saignées locales et générales souvent répétées, les applications de morphine à l'aide du vésicatoire, la teinture de digitale à l'intérieur, tels sont les divers moyens qui ont été mis en usage, et par lesquels on n'a obtenu que de légers amendemens. Les symptômes persistèrent, tels que nous les avons décrits, jusqu'à la mort qui arriva au bout d'un mois de séjour à l'hôpital.

Pendant tout ce temps, Compfort fut, à tous les instans, l'objet de l'observation consciencieuse et éclairée de M. Barbaste, chirurgien interne.

Autopsie. 60 grammes de sérosité citrine dans les cavités pleurales ; quelques adhérences entre la plèvre costale et pulmonaire au sommet du poumon gauche. Les poumons sont plus lourds, plus résistans qu'à l'état physiologique ; ils contiennent un sang noir à demi coagulé, qui s'enlève facilement en râclant avec un scalpel la surface des incisions. Le péricarde contient environ 30 grammes de sérosité.

Le cœur a un peu plus que son volume ordinaire ; il pèse 260 grammes ; sa texture, sa consistance et sa coloration sont normales ; le ventricule gauche est hypertrophié concentriquement ; ses parois présentent une épaisseur de 28 millimètres ; sa capacité est diminuée ; ses colonnes ont augmenté de volume ; sa membrane interne a conservé sa couleur ordinaire. Deux des valvules sygmoïdes sont converties en deux noyaux osseux de la grosseur d'une aveline, contenant des concrétions calcaires ayant pour centre le tubercule d'Arantius, et obturant presque entièrement l'orifice aortique. C'est avec peine que nous sommes parvenu à faire pénétrer du ventricule dans l'aorte un stylet de 4 millimètres de diamètre.

L'oreillette gauche a deux fois sa capacité ordinaire. Tout le bord libre de la valvule mitrale du côté de l'oreillette est couvert de végétations, dont quelques-unes ont la plus grande ressemblance avec les tubercules muqueux syphilitiques ; plusieurs présentent une surface irrégulièrement mamelonnée, comme celle d'un choufleur ou d'un poireau vénérien ; quelques-unes ont la grosseur et l'aspect d'une petite fraise. La réunion de ces petits corps donne au bord libre de la valvule une épaisseur plus grande et un aspect frangé ; ce qui fait qu'elle ne ferme qu'en partie l'orifice auriculo-ventriculaire. L'oreillette droite et le ventricule du même côté ne présentent rien de particulier.

On le voit, nous nous étions étrangement trompé ; nous croyions à l'hypertrophie du ventricule droit , et c'est le gauche qui était hypertrophié ; nous croyions bien à un obstacle à la circulation , mais nous étions loin de le placer à l'orifice aortique.

Nous avons vu que les battemens du cœur se percevaient dans tout le côté droit et jusque sous l'aisselle ; dans tout le coté gauche ils étaient beaucoup moins sensibles et nuls sous l'aisselle ; c'est ce symptôme qui paraissait à lui seul devoir décider notre diagnostic. La matité, plus grande qu'à l'état normal, de la partie inférieure du sternum est , pour nous, un signe de peu de valeur lorsqu'il est seul ; car , chez presque tous les sujets atteints d'une affection organique des centres circulatoires , les organes glanduleux de l'abdomen sont dans un état de congestion passive à laquelle participe particulièrement le foie, lequel, augmenté de volume, occupe alors la région sous sternale qui , à la percussion, donne un son mat que l'on attribue souvent à tort à l'hypertrophie du ventricule droit ; mais ce symptôme , uni au précédent , nous paraissait devoir être pris en considération ; enfin , l'expulsion souvent réitérée de crachats spumeux et sanguinolens semblait devoir confirmer notre diagnostic.

A la vérité, nous manquions d'un signe que la plupart des auteurs ont considéré comme caractérisant l'hypertrophie du ventricule droit , nous voulons parler du gonflement des veines jugulaires externes , accompagné de pulsations analogues et isochrones à celles des artères ; mais, outre que Corvisart rejette ce signe comme ayant très peu de valeur, selon nous, le pouls veineux, comme symptôme de l'hypertrophie du ventricule droit n'existe que lorsqu'à cette affection se joint l'insuffisance de la valvule auriculo-ventriculaire , laquelle permet à une partie du sang contenu dans le ventricule de refluer dans l'oreillette au moment de la contraction ventriculaire, et d'imprimer au liquide contenu dans celle-ci un choc qui se communique au sang des veines caves et de là à celui des veines jugulaires.

Le bruit de soufflet, accompagné d'un frémissement sensible à l'oreille, qui était évidemment le même que celui que l'on sentait à la main, se faisait entendre dans l'intervalle qui sépare le premier du second bruit du cœur, et de plus, la plénitude et la régularité du pouls éloignaient de nous l'idée d'un obstacle à l'orifice aortique.

Ce n'est pas qu'à l'autopsie nous n'ayons pu nous rendre compte de quelques-uns des phénomènes observés pendant la vie. Sans doute, la maladie de Compfort a débuté par l'épaississement des valvules aortiques, lesquelles, par les progrès naturels du mal, ont passé graduellement de l'état cartilagineux à l'état osseux ; de là, rétrécissement de l'ouverture aortique, obstacle au cours du sang et séjour dans la cavité ventriculaire de ce liquide qui a déterminé une action expulsive très violente : ces efforts réitérés auxquels le ventricule gauche a été contraint de se livrer, ou bien plutôt la stase prolongée du sang, ont augmenté son mouvement de composition assimilatrice.

Observation de gangrène survenue à la suite de l'emploi du bandage amidonné ; par M. le docteur Defer, de Metz.

Un vigneron nommé Job, d'une bonne constitution, fit une chute ; il en résulta une fracture transversale de la rotule du membre gauche. L'officier de santé du voisinage fut appelé : il appliqua le bandage roulé amidonné, lequel s'étendait des orteils jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. Ce médecin fit de temps à autre des visites au malade , mais il lui laissa le bandage tel qu'il l'avait placé. Six semaines après, il revint pour lever l'appareil ; mais l'odeur qui s'exhalait lui ayant fait présumer que le membre était gangrené, il n'osa plus toucher à la fracture sans l'avis d'un autre médecin. C'est alors que je fus appelé.

L'odeur qui s'exhalait de la partie malade ne me laissa pas douter un instant qu'il s'agissait en effet d'un cas de gangrène. Le bandage enlevé, je m'aperçus que la gangrène s'étendait des orteils jusqu'à sept pouces au-dessous du genou, et qu'elle était bornée. Les orteils étaient comme momifiés, le pied était froid et d'une insensibilité absolue, la peau se détachait par plaques. L'articulation tibio-tarsienne était à nu, les ligamens postérieur, latéraux et antérieur étaient détruits ; de sorte que les tendons n'étant plus retenus, étaient tendus comme des cordes fortement tirées par leurs extrémités. Les vaisseaux et le tissu cellulaire étaient entièrement détruits. Les tendons commençaient à s'exfolier, et les os de la jambe étaient à nu dans leur tiers inférieur. Le cas jugé incurable, on procéda à l'amputation, et le malade est guéri.

Fracture du fémur. Emploi du bandage amidonné. Succès.

Un enfant, A. C., âgé de cinq ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, fit une chute. Il en résulta une fracture à l'union du tiers supérieur du fémur avec le tiers moyen. Comme le petit malade était alors affecté de la danse de St Guy au suprême degré, il fallut songer à des moyens contentifs qui ne réclame pas la généralité des fractures.

Je fis placer le malade sur une paillasse élastique. Les fragmens mis en contact, j'attachai solidement les pieds à une planche clouée à l'extrémité du lit ; les mains furent également assujetties, et le tronc fut également retenu par un bandage de corps qui s'étendait des aisselles jusqu'à la partie supérieure des cuisses. Le gonflement disparu, je fis l'application d'un bandage amidonné très épais. Quelques jours après, le petit malade fut laissé libre sur son lit, malgré les mouvemens désordonnés de tout son corps. Quatre semaines après l'application du bandage, cet enfant marchait parfaitement et il n'y avait pas le moindre raccourcissement.

— Ces deux observations , auxquelles je pourrais en joindre beaucoup d'autres , nous montrent les avantages et les inconvéniens du bandage inamovible. Lorsque la fracture est simple , que le gonflement a disparu , le bandage inamovible peut être employé ; mais, comme d'un jour à l'autre, il peut survenir du gonflement , il importe de surveiller la partie malade , afin d'enlever le bandage aussitôt que le gonflement survient , ce qu'il est facile de voir, car la partie du membre qui n'est point recouverte par le bandage , et qui se trouve au-dessus de la fracture , s'édématie par suite de la compression exercée par le bandage. C'est ce qui est arrivé une fois chez l'enfant qui fait le sujet de la deuxième observation ; aussi ai-je enlevé le bandage de suite pour le replacer après la disparition du gonflement et de l'œdème. D'un autre côté, on voit que le bandage inamovible m'a été très utile au cas particulier, à cause des mouvemens violens et désordonnés du malade.

Chez le sujet de la première observation , l'emploi du bandage inamovible n'était nullement indiqué, surtout de la manière qu'il avait été placé ; d'ailleurs il avait été appliqué immédiatement après l'accident, et de plus, il était resté six semaines en place.

D'où il résulte que le bandage inamovible est très convenable.

1° Lorsque la fracture est simple , que le mal est borné à l'os et que le gonflement a disparu ;

2° Lorsque le malade n'est pas docile et que d'ailleurs la fracture est simple ou composée sans complication ;

3° Lorsque enfin le médecin peut visiter souvent son malade (ce qui ne peut avoir lieu dans les campagnes).

Il doit au contraire être proscrit lorsque la fracture est compliquée, lorsqu'il existe du gonflement et que le médecin ne peut voir chaque jour son malade.

La première observation nous fait voir aussi combien le bandage inamovible peut être nuisible entre les mains d'un médecin ignorant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 28 avril.

La correspondance comprend une lettre de M. Malgaigne, relative à un cas de luxation de l'humérus en arrière (Commission). (*Voir* plus haut.)

— Le bureau nomme une commission de vingt membres pour aller, le jour de la Saint-Philippe, féliciter le roi.

— *M. Adelon* fait un rapport officiel sur une demande que MM. Gélis et Conté ont adressée au ministre du commerce, pour obtenir un brevet d'invention pour l'exploitation du lactate de fer.

La réponse de la commission à M. le ministre est contraire au désir de MM. Gélis et Conté.

M. Boullay fait remarquer que non-seulement la demande de ces messieurs ne peut être accordée puisqu'elle est contraire à la loi, mais encore parce qu'ils n'ont rien inventé, ce sel étant connu depuis long-temps dans la science.

Plusieurs membres se plaignent du charlatanisme qu'on emploie déjà dans les journaux pour exploiter ce médicament, le nom de l'Académie étant invoqué abusivement et faussement.

M. Bouillaud fait remarquer qu'en faisant un rapport favorable sur l'efficacité du lactate de fer il avait rempli un devoir de conscience, puisqu'il n'en a parlé que d'après les effets qu'il avait observés à sa clinique; il déplore cependant l'abus que le charlatanisme fait de son rapport; il n'a point fait l'éloge des pastilles que la cupidité exploite à son de trompette. Néanmoins, il doit déclarer encore, dans l'intérêt de la vérité, que bien que le lactate de fer fût avant MM. Gélis et Conté connu en chimie, il n'avait point encore été introduit en thérapeutique.

M. Planche dit que l'on trouve dans la Pharmacopée de M. Jourdan, imprimée depuis la formule long-temps, du sirop de lactate de fer.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

Un membre fait plusieurs rapports officiels sur des remèdes secrets insignifians.

M. Sédillot, membre de l'Académie, commence la lecture d'un long travail sur la variole, la vaccine, les revaccinations, etc.

M. Sédillot jeune lit un travail sur l'utilité des poulies et du dynamomètre appliqués à la réduction des luxations. (Commission.) Nous en rendrons compte quand un rapport en sera fait à l'Académie.

— *M. Gauthier de Claubry* dépose sur le bureau les détails du cas de croup qu'il a guéri, conjointement avec M. Robert, à l'aide de la trachéotomie. Voici un extrait de cette observation.

Enfant de sept ans, à peine convalescent d'une fièvre typhoïde de longue durée.

Rhume depuis plusieurs jours; le 22 février, à dix heures et demie du matin, 6 sangsues au cou; vomitifs, sinapismes. A quatre heures et demie, mort imminente par asphyxie. Il existe des pseudo-membranes dans le pharynx et sur le voile du palais. Trachéotomie pratiquée à six heures par M. Robert; sortie de lambeaux membraneux par la plaie, et ensuite par la canule; des fragmens canaliculés et bifurqués même continuent à sortir jusqu'au onzième jour. Canule retirée le douzième jour. Ouverture de la plaie fermée spontanément seulement au quarante-quatrième jour.

Au quatrième jour, péripneumonie intense; expectoration caractéristique; pouls à 135; danger imminent. Vésicatoire sur la poitrine, bientôt ulcérée et couverte d'exsudations membraniformes. Emétique à haute dose les cinquième, sixième et septième jour; prompte résolution de la péripneumonie; pouls tombant rapidement à 120, 104, 92, 84. Eau émétisée en lavage pour soutenir l'effort résolutif qui se passe dans les poumons, malgré une dysenterie aiguë qui survient alors et dure pendant plusieurs jours. Complète résolution de la péripneumonie et retour de la respiration vésiculaire empêchée jusqu'alors par l'extension de l'affection croupale aux petites bronches. La maladie s'est terminée comme une simple bronchite catarrhale aiguë. Le sujet, parfaitement rétabli, a été présenté à l'Académie royale de médecine dans la séance du 24 février, au cinquante-deuxième jour de l'opération.

Séance levée à cinq heures.

— Le roi de Suède a accueilli l'hommage de l'ouvrage sur le traitement des sourds-muets de M. le docteur Deleau jeune, et a chargé son ambassadeur, M. le comte de Lœwenhielm, de faire parvenir à l'auteur, comme marque de son estime, une médaille d'honneur.

M. GUERSANT fils, chirurgien à l'Hôpital des Enfans, commencera son Cours de clinique chirurgicale le jeudi 30 avril 1840, et le continuera les mardis, jeudis et samedis.

Visites à sept heures et demie.

Leçons et Operations à huit heures et demie.

Consultations tous les jours à neuf heures, excepté le jeudi et le dimanche.



DEUXIÈME ÉDITION.

Sous presse, pour paraître en 2 deux beaux volumes grand in-8°. — Prix de l'ouvrage entier, 12 francs.

NÉMÉSIS MEDICALE ILLUSTREE,

PAR FRANÇOIS FABRE, Phocéen et Docteur.

Revue et corrigée avec soin par l'Auteur,

Avec 30 dessins de M. Daumier, et un grand nombre de culs-de-lampes gravés par les meilleurs artistes.



Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage.
BOILEAU, *Art poét.*

Le succès qu'a obtenu la première édition de la NÉMÉSIS MÉDICALE, dont plusieurs satires qui étaient épuisées ont dû être réimprimées et ont eu même les honneurs d'un troisième tirage, dispense de tout éloge pour cette nouvelle édition. Les journaux se sont accordés pour placer cet ouvrage à côté de la NÉMÉSIS de Barthélémy, dont la poésie est plus brillante, mais dont l'exécution offrait sans contredit moins de difficulté.

Publier vingt quatre poèmes sur des sujets spéciaux et ingrats de science, est un tour de force inconnu jusqu'à ce jour et dont aucun poète n'avait donné l'exemple.

Les médecins et les gens du monde ont lu avec intérêt la NÉMÉSIS MÉDICALE, en ont suivi pas à pas les développemens; et l'on ne saurait douter qu'une deuxième édition, revue et corrigée avec soin par l'auteur, et accompagnée d'un grand nombre de vignettes piquantes dessinées par M. Daumier et gravées par nos meilleurs artistes, n'obtienne un succès plus étendu encore. Que les médecins ne se figurent pas trouver dans la NÉMÉSIS MÉDICALE un ouvrage superficiel et sans intérêt positif. La plupart des sujets choisis par le phocéen sont graves, scientifiques, instructifs; les doctrines médicales, les points de pratique, les auteurs et les ouvrages modernes, y sont appréciés, étudiés, critiqués, toujours avec décence, mais avec énergie, franchise et bonne foi. Ainsi, veut-on juger la doctrine d'Hahnemann? cette doctrine est exposée et appréciée dans la satire sur l'HOMOEOPATHIE; les satires 19 et 20 font ressortir les niaiseries nouvelles du MAGNÉTISME et les écarts aventureux de la PHRÉNOLOGIE. Les institutions médicales anciennes et modernes, françaises et étrangères, sont discutées dans les satires intitulées: l'ÉCOLE; — le RÉVEIL; — l'ACADÉMIE; — le CONCOURS; — les EXAMENS A L'ÉCOLE; — la PATENTE et le DROIT D'EXERCICE; — les SAGES-FEMMES; — les HÔPITAUX et les CLINIQUES; — la RESPONSABILITÉ MÉDICALE; — les LAZARETS et les QUARANTAINES. Les titres des autres satires en font connaître les sujets, dont aucun n'est dénué d'intérêt.

La NÉMÉSIS MÉDICALE illustrée sera suivie de l'ORFILAÏDE, poème en trois chants, du même auteur, dont deux éditions ont été enlevées en quelques jours. L'ORFILAÏDE sert de complément à la NÉMÉSIS MÉDICALE, et éclaircira certains passages des satires où quelques lecteurs des départemens pourraient désirer des explications.

Voici les titres des 25 satires.

1re Introduction.
2e L'Ecole.
3e L'Académie.
4e Souvenirs du Choléra.
5e M. Orfila.
6e Le Concours.
7e Les Examens à l'Ecole.
8e La Patente et le Droit d'exercice.
9e Les Obsèques de Dupuytren.
10e L'Homœopathie.
11e Les Professeurs et les Praticiens.
12e Les Etudians en médecine.
13e Réveil. — Ecole.
14e Les Charlatans.
15e Les Spécialités.
16e Les Sages-Femmes.
17e Les Hôpitaux et les Cliniques.
18e La Responsabilité médicale.
19e Le Magnétisme Animal.
20e La Phrénologie.
21e Les Pharmaciens.
22e Le Conseil royal de l'Instruction publique. L'Institut.
23e Les Lazarets et les Quarantaines.
24e Mes Adieux. Conclusion.
25e L'Orfilaïde. — 1er, 2e et 3e chants.

La *Némésis Médicale illustrée* sera publiée en 40 ou 45 livraisons. Il paraîtra une livraison par semaine très régulièrement. — *Prix de la livraison à Paris:* 30 cent.

On souscrit à Paris, au Bureau du Journal, rue de Bussy, 13.

La première Livraison est en vente. — La deuxième paraîtra samedi 2 mai.

Paris, imprim. de BÉTHUNE et PLON, rue Vaugirard, 36.

SAMEDI 2, ET MARDI 5 MAI 1840. (13e ANNÉE.) N° 53, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant.

Séance d'ouverture.

Après un court préambule, dans lequel M. Guersant a entrepris de démontrer l'insuffisance des spécialités, leur danger même, et les abus dont elles deviennent parfois la source, il a établi que l'étude des maladies chirurgicales des enfans ne peut être considérée comme faisant partie des spécialités proprement dites; car leurs maladies sont absolument celles des adultes, et une clinique qui les embrasse toutes n'est pas une clinique spéciale.

Toutefois, a ajouté M. Guersant, les enfans ont un petit nombre de maladies qui leur sont propres, quoiqu'à la vérité on ait rarement lieu de les observer; et dans cette catégorie de faits pathologiques exceptionnels, qui font partie du cadre des maladies chirurgicales des enfans, viennent principalement se ranger quelques vices de conformation, qui, par cela même qu'on les corrige de bonne heure, ne se rencontrent pas chez les adultes.

Il est vrai de dire, cependant, que même parmi les maladies chirurgicales, il en est quelques-unes qui s'observent plus fréquemment chez les enfans que chez les adultes, et parmi lesquelles il convient de ranger en première ligne les maladies des os et des articulations. Ce n'est pas tout: et à l'égard même de ces affections, il faut dire que chez les enfans elles se présentent avec une série de nuances spéciales, qui établissent une ligne de démarcation entre elles, et ce qui s'observe chez les adultes dans des cas analogues.

Ces nuances réclament parfois des modifications thérapeutiques qui donnent les meilleurs résultats dans la pratique.

Evitant autant que possible les théories, nous nous attacherons principalement à vous faire observer des malades, et à étudier les nuances que leurs affections peuvent nous offrir. Nous tâcherons surtout de rapprocher les faits semblables, de faire ressortir en quoi les applications thérapeutiques ont dû différer, et ce que nous aurions fait chez l'adulte dans des cas du même genre.

Deux séances de la semaine seront consacrées par nous à vous faire l'histoire des malades qui nous paraîtront mieux mériter votre attention, et à vous faire remarquer les résultats thérapeutiques que nous aurons obtenus. La troisième séance, celle du jeudi, sera plus particulièrement affectée aux opérations. Dès aujourd'hui même, nous opérerons plusieurs malades devant vous; mais avant d'y procéder, nous croyons devoir vous indiquer avec rapidité les malades les plus intéressans du service, et sur lesquels je vous engage à fixer particulièrement votre attention.

Salle des filles ou Sainte-Thérèse.

N° 2. Jeune enfant amputée de la cuisse à la suite d'une tumeur blanche du genou.

N° 9. Fracture de la cuisse; sujet rachitique: application ce matin même de l'appareil dextriné.

N° 12. Enfant de onze à douze ans: carie du premier métatarsien; désarticulation.

N° 16. Gangrène spontanée des parties génitales.

N° 17. Coxalgie en voie de guérison.

N° 18. Jeune sujet chez lequel nous avons extirpé une tumeur à la partie postérieure du dos, vers le bord externe de l'omoplate, et à l'égard de laquelle on conserve des doutes relativement à sa nature: squirrheuse pour les uns, fibreuse pour les autres.

N° 25. Brûlure ayant opéré la destruction totale du bras; il n'a pas été nécessaire de recourir à l'amputation ni à aucune autre opération.

N° 2. Affection probable du nerf moteur commun. Sujet de treize à quatorze ans.

Salle des garçons.

N° 2. Jeune sujet de quatorze à quinze ans, scrofuleux à un faible degré, à qui nous avons extrait un énorme séquestre il y a quinze à vingt jours. Il est en voie de guérison.

N° 3. Amputation de cuisse. Sujet âgé de treize à quatorze ans. Soupçon de tubercules pulmonaires qui, toutefois, n'ont pas été aggravés par l'amputation.

N° 6 et N° 7. Deux jeunes frères, de Meaux, ayant des pustules plates, essentiellement syphilitiques, siégeant aux lèvres, au pourtour de la bouche, aux joues et au pourtour de l'anus. Ces deux malades sont traités par les mercuriaux, et prennent actuellement un quart de grain de proto-iodure de mercure.

N° 15. Fracture du fémur droit. Sujet rachitique.

N° 22. Fracture de la cuisse; sujet rachitique: variole intercurrente, quelques jours après l'application de l'appareil inamovible, dont l'existence n'a apporté aucune modification à l'évolution des pustules dans le membre fracturé.

N° 23. Jeune sujet opéré depuis cinq ou six mois d'un cancer encéphaloïde de l'œil, sans qu'il y ait eu récidive jusqu'à présent.

N° 24. Garçon de treize à quatorze ans, à l'égard duquel je crois devoir entrer dans quelques détails. Il est entré à l'hôpital avec deux autres enfans de son âge, portant tous des blessures graves, occasionnées par un éboulement de bois dans un chantier. Celui-ci présentait une plaie transversale en dehors de l'articulation tibio-tarsienne gauche, s'étendant dans l'espace de dix centimètres d'une malléole vers l'autre; la peau était déchirée, et une portion de l'astragale faisait saillie au travers de la plaie. Le pied néanmoins ne présentait pas de déviation et était droit. La malléole externe était facturée, et il est à présumer qu'il en était de même de l'interne; mais nous jugeâmes inutile de pousser plus loin un examen très douloureux.

Fallait-il tenter de conserver le membre? On est généralement d'accord sur la nécessité de recourir à l'amputation, quand une grande articulation est ouverte, et les quelques faits de guérison avec conservation du membre, que l'on rencontre dans les auteurs, ne peuvent infirmer la règle. Quelquefois on a extirpé l'astragale, et M. Manec a encore pratiqué récemment cette opération avec succès. Mais ici le membre était presque totalement violacé; nous avons cru qu'en tentant la conservation du membre, c'était jouer quitte ou double et nous n'avons pas hésité à amputer immédiatement.

Dès le lendemain de l'opération il se manifesta des symptômes nerveux; le malade avait de l'agitation; il accusa de la céphalalgie, des envies de vomir; le pouls était fréquent (140 pulsations), très faible; la pâleur du visage était très marquée. Ces symptômes vous paraîtront peut-être avoir quelque ressemblance avec ceux de la méningite ou de l'encéphalite commençante; mais si quelques-uns des phénomènes propres à ces maladies se sont montrés ici, néanmoins la pâleur du visage, la petitesse du pouls, malgré sa fréquence, l'agitation, et la constipation qui existait, nous ont porté à croire de préférence qu'il s'agissait simplement d'un état nerveux. Aussi nous sommes-nous borné, dans l'emploi des agens thérapeutiques, à l'usage des purgatifs et de la limonade gazeuse.

Nous espérions beaucoup dans les effets des moyens auxquels nous avions eu recours: mais, nous devons le dire, ils n'ont apporté que peu ou point de modification dans l'état du malade. Nous devons même ajouter qu'il est survenu un peu de délire, quelques vomissemens, et que l'anxiété continue.

D'autre part, l'agitation du malade a déterminé un écoulement de sang par le moignon qui, ce matin, a provoqué de notre part le simple changement des pièces extérieures de l'appareil, conduite que nous tenons dans tous les cas de ce genre, et cela dans le but de ne pas déranger les caillots sanguins qui ont servi à tarir l'hémorrhagie.

Nous ne devons pas vous cacher que ce malade nous inspire de fortes craintes. Aujourd'hui nous agirons de nouveau sur l'appareil digestif, et dans ce but, nous avons prescrit toutes les deux heures une prise de 20 centigrammes (4 grains) de calomel, continuée jusqu'à concurrence de 80 centigrammes (16 grains). Des cataplasmes sinapisés seront promenés sur le membre abdominal sain; dans ces cataplasmes, les deux farines de graines de lin et de moutarde seront mélangées; car, lorsqu'on se borne à saupoudrer les cataplasmes ordinaires avec la dernière, leur action est trop intense, et ils offrent alors l'inconvénient de ne pouvoir point être laissés appliqués assez longtemps.

On continue l'usage de la limonade citrique mélangée à de l'eau de Seltz, et nous essayons aujourd'hui les effets du sirop diacode. Dans les cas de ce genre, en effet, on a à craindre le *delirium tremens*. Toutefois, nous devons nous hâter de le dire, cette funeste complication se montre de préférence chez les personnes adonnées à la boisson, circonstance qui fait défaut dans ce cas. De plus, lorsque les malades sont menacés du *delirium tremens*, ils offrent cela de particulier qu'ils sont dominés par une idée fixe: si c'est un cordonnier, il ne fait que parler de cuir et de formes; si c'est un menuisier, il parlera sans cesse de rabot et de planches. De plus on remarque chez ces individus des sueurs très abondantes. Disons enfin que le *delirium tremens* est très rare chez les enfans, et que pour notre propre compte nous n'avons jamais eu occasion de l'observer.

Consultation pour les malades de la ville. Double hydrocèle; ponction.

Nous allons opérer dans un instant un enfant de cinq mois, d'une constitution assez forte, qui nous a été présenté à la consultation il y a deux jours, et dont les parties génitales sont très volumineuses. Les bourses présentent une tumeur de chaque côté, du volume d'un œuf de dinde, *irréductibles*, légères eu égard aux dimensions qu'el-

---

FEUILLETON.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de l'hydrocèle par les injections iodées. — Le docteur Adrien Sicard, de Montpellier, vient de publier une notice sur l'emploi des injections iodées dans le traitement de l'hydrocèle. On sait que M. Martin, chirurgien de Calcutta, emploie les solutions d'iode pour combattre la maladie dont il s'agit, et que c'est à M. Velpeau que nous sommes redevables de son introduction en France. M. Sicard cherche à fixer l'attention des hommes de l'art sur ce moyen thérapeutique, dans une observation dont voici le résumé. Un homme de soixante-quatre ans entra le 17 juillet 1838 à l'Hôtel-Dieu St-Eloi de Montpellier. Cet homme présentait une collection aqueuse dans la tunique vaginale, survenue à la suite d'un rétrécissement du canal de l'urètre. Le 28 août, le rétrécissement ayant cédé à un traitement approprié, on fit une ponction qui donna issue à une verrée de liquide rougeâtre. Dès que ce liquide eut été évacué, on fit une injection avec 120 grammes (4 onces) d'eau distillée froide, et 16 grammes (4 gros) de teinture d'iode. La matière de l'injection fut laissée cinq minutes en contact avec la séreuse testiculaire, pendant lesquelles les bourses furent malaxées, afin de bien mettre en contact le liquide et tous les points de la séreuse. Le malade fut porté dans son lit, et l'on eut soin de soutenir les bourses à l'aide d'un coussinet placé entre les cuisses. Aucun topique ne fut appliqué sur la partie malade. Le malade a bien passé la nuit: il ne souffre pas. Le 30, l'inflammation est modérée. Le 31 août et le 1er septembre, M. Serre fait appliquer sur le scrotum des compresses trempées dans une dissolution de 8 grammes d'hydrochlorate d'ammoniaque et 100 grammes d'eau distillée, dans le but d'activer le travail de réaction. Le 5 septembre on fait, avec la lancette, une ponction qui donne issue à une cuillerée de sérosité. Le 8, la guérison ayant eu lieu, le malade quitta l'hôpital. M. Sicard a fait suivre cette observation de quelques réflexions dont voici les points importans: 1° pas de douleur; 2° en douze jours la guérison a été complète; 3° lorsque l'injection pénètre dans le tissu cellulaire on n'a point à craindre la gangrène. De toutes ces considérations M. le docteur Sicard conclut que les injections iodées sont préférables aux injections vineuses dans le traitement de l'hydrocèle. (*Gaz. méd.*, 2 mai).

Bains d'écorce de chêne contre les engelures. — Le docteur Janyot emploie avec succès la préparation suivante pour combattre les engelures:

Pr. Écorce de chêne, 500 gramm. (1 livre).
Alun, 30 gramm. (1 once).
Eau commune ou vin rouge, 5000 gramm. (10 livres).

Faites réduire aux deux tiers par l'ébullition; l'alun ne s'ajoute au décocté qu'après que celui-ci a été retiré du feu. Deux ou trois de ces bains locaux, pris pendant une demi-heure, suffisent pour faire disparaître les engelures: il ne faut pas les employer quand ces dernières sont ulcérées. (*Journ. des conn. méd.*)

Cas remarquable d'abcès de la fosse iliaque droite. — Voici une observation curieuse, publiée par M. E. Bermond, chef interne à l'Hôtel-Dieu Saint-André de Bordeaux. Un laboureur, âgé de vingt-six ans, entra à l'hôpital le 15 août 1838. Il était sujet à des coliques depuis un mois; il présentait à son entrée, à la fosse iliaque droite une tumeur phlegmoneuse dont la première apparition remontait à quinze jours; c'était un empâtement dur, profond, d'une étendue circulaire assez grande, surmonté par un hémisphère de la saillie du poing, fortement injecté, et où l'on pouvait percevoir déjà de la fluctuation. Depuis quatre jours le malade n'avait rendu aucune selle; un lavement purgatif ne produisit aucun effet. Pendant les trois jours suivans on donna de l'huile de ricin et de l'huile de croton tiglium. Aucune selle.

Le 20 août, on apprit que la tumeur phlegmoneuse s'était ouverte spontanément pendant la nuit; une petite ouverture, placée au centre du foyer, donnait issue à un liquide purulent, exhalant une odeur fécale. Deux selles abondantes furent rendues dans la journée; elles étaient formées d'un liquide jaune, mêlé à des portions durcies d'excrémens.

Le 21 août la tumeur était presque entièrement affaissée. Un pus abondant et fétide s'écoulait par l'ouverture. Soulagement très marqué.

Le 22, l'empâtement profond avait disparu presque en totalité.

Le 27, l'ouverture de l'abcès ne fournissait que quelques gouttes de pus; les selles n'avaient pas cessé d'être régulières; aucune réaction fébrile n'avait eu lieu, le malade quitta l'hôpital le même jour.

Dance, Dupuytren, et d'autres observateurs ont publié des travaux importans sur les abcès de la fosse iliaque: nous y renvoyons nos lecteurs. Voir aussi la *Gazette des Hôpitaux* du 28 juillet 1833.

Empoisonnement par la racine d'aconit. — Un enfant âgé de treize mois jouait avec d'autres enfans dans un jardin où des plantes diverses avaient été cueillies et déposées près de lui; il

les présentent, rénitentes, et d'une transparence très marquée. Le testicule est à peine distinct.

Cet enfant tette bien et n'a aucune espèce d'incommodité. Il n'est point douteux que nous n'ayons affaire à une double hydrocèle qui, au dire de la mère, existait au moment de la naissance : ce fait, au moins, lui a été assuré par la sage-femme.

Malgré ce double témoignage, nous craignons qu'il n'y ait erreur sur ce point ; car, dans les hydrocèles congénitales, la tumeur est ordinairement réductible et disparaît même par le simple décubitus dorsal. Chez cet enfant, au contraire, les hydrocèles se présentent avec tous les caractères qui les accompagnent chez l'adulte.

On a appliqué sur les tumeurs différentes substances astringentes, dans l'espoir de les voir disparaître, et cela sans résultat favorable. Nous ne croyons donc pas devoir insister plus long-temps sur l'emploi de ces moyens ; nous nous bornerons à la cure palliative, c'est-à-dire à la simple ponction : c'est le conseil que donne sir A. Cooper ; et Dubois disait qu'il ne débutait jamais, dans le traitement de l'hydrocèle, par la cure radicale ; car la simple ponction peut suffire pour amener la guérison.

L'enfant étant trop jeune pour séjourner à l'hôpital, vous ne pourrez suivre tous les jours les résultats de l'opération ; mais nous aurons soin qu'il vous soit présenté tous les deux jours au moins.

Cicatrice vicieuse de la main ; opération par le procédé de Rudtorffer.

Cet enfant, âgé de douze ans, porte une cicatrice vicieuse à la main droite, consécutive à une brûlure datant de près de dix ans. Les brides qui se sont établies ont amené la flexion permanente des doigts, qui, vers leur base, se trouvent réunis entre eux dans une certaine étendue au moyen de productions membraneuses. Les cicatrices et les brides sont très solides.

Nous avions à choisir ici entre les procédés de Dupuytren, de Dubois et de Rudtorffer. Celui de Dupuytren, que nous avons vu employer plusieurs fois par ce praticien, offre le grand inconvénient de fournir une plaie qui persiste pendant long-temps. Nous avons donné la préférence à celui de Rudtorffer.

Ce procédé comprend deux temps. Le premier consiste à percer la base de chaque interstice digital, actuellement réuni au moyen de productions membraniformes, par un trocart, et de laisser à demeure dans le trou obtenu une cheville en plomb, jusqu'à ce que la cicatrisation du trajet soit effectuée. Le second comprend la section des brides et des membranes, que l'on fait suivre immédiatement de l'extension graduelle des doigts sur une palette en bois. Des irrigations d'eau fraîche sont continuées pendant 48 heures, pour prévenir une trop grande réaction inflammatoire.

Il y a un mois que le premier temps de l'opération a été pratiqué chez notre malade ; aujourd'hui nous allons procéder au second. K...

PROTHÈSE DENTAIRE.

Réflexions pratiques sur l'obturation ou plombage des dents ; par O. Taveau, chirurgien-dentiste.

Lorsqu'on débute dans la pratique d'un art, on prend généralement, et on ne doit prendre, en effet, pour guides que les principes élémentaires de cet art ; mais à mesure qu'on avance dans la carrière, on est forcé de reconnaître que les principes ne sont souvent que l'expression collective des faits, qu'une sorte de vérité moyenne établie sur la pluralité des cas, parce qu'ils peuvent faire défaut dans des circonstances qui, pour être les moins habituelles, n'en sont pas moins quelquefois assez communes.

Que le nouvel initié rencontre précisément dans les faits soumis à ses premières observations, non le principe, mais l'exception à la règle, il pourra de suite commettre une faute, se dégoûtera de bonne heure ; et, trouvant ailleurs des moyens plus efficaces que celui qu'il avait primitivement employé, il concevra pour le dernier une injuste prévention, et sera long-temps à reconnaître que son insuccès a dépendu bien moins de son défaut d'action que de l'inopportunité de son emploi.

Cette réflexion est, sans nul doute, applicable à la totalité de l'art de guérir ; mais de toutes les parties qui le composent, et dont on est convenu de faire une branche à part, et par suite ce qu'on nomme une spécialité, il en est peu dans lesquelles la théorie ait plus besoin d'être éclairée par la pratique, que celle qui s'occupe d'une manière exclusive du traitement des maladies des dents ; et cela, non-seulement parce que cette branche, de jour en jour plus importante, se compose d'une foule de procédés manuels, de détails mécaniques, dont la description, même la plus minutieuse, laisse toujours quelque chose à désirer dans les livres, mais encore parce que les faits qui forment son domaine se rencontrent très rarement sous un aspect parfaitement semblable, et que chacun d'eux réclame ordinairement un moyen approprié à lui seul. A quoi se réduit, par exemple, tout ce qui, dans les traités élémentaires, même les plus étendus, a été écrit sur cette opération vulgairement désignée sous le nom de plombage des dents, l'une des plus communes de la chirurgie dentaire, et qui a pour but de remédier, par l'obturation de la cavité accidentelle d'une dent cariée, à sa perte de substance, et de la rendre ainsi à ses usages naturels ? à trois ou quatre préceptes d'ailleurs assez vaguement exprimés, et qui se rapportent moins à la question pathologique, généralement trop négligée, qu'au procédé manuel en vertu duquel la substance obturante est introduite, foulée et maintenue dans l'excavation de la carie. Quant à la matière à employer, le choix en est presqu'abandonné au gré de l'opérateur, tant le choix a paru indifférent à la plupart des auteurs qui se sont érigés en arbitres de la science.

Il n'est cependant aucun des préceptes donnés au sujet de tout ce qui a trait à cette opération, que l'expérience ne démontre susceptible de subir d'importantes modifications, c'est-à-dire qui, suivi à la lettre, tel qu'il est indiqué, ne puisse quelquefois éloigner du but qu'on se propose, et dans tous les cas le choix de la matière obturante est une affaire si importante que c'est ordinairement de lui que dépend tout le succès. Bien convaincu de cette vérité, et fortifié de plus en plus par l'expérience dans cette opinion que j'ai depuis long-temps émise et au développement de laquelle j'ai consacré un traité spécial (1), que notre ministère doit avant tout être conservateur, j'ai fait de l'obturation des dents le sujet de recherches particulières qui m'ont conduit à des résultats nouveaux, assez avantageux pour que je puisse me croire dans l'obligation de les rendre publics et de les offrir comme voie de transition entre ce qu'on a généralement écrit à cet égard et les nombreux perfectionnemens que cette partie de la chirurgie dentaire est susceptible de recevoir des praticiens de notre époque. Ces recherches ont principalement porté sur deux points : l'opportunité de l'obturation et la détermination de la matière obturante. Examinons-les successivement.

1° *Opportunité de l'obturation.* Tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet s'accordent à reconnaître « qu'il ne faut jamais plomber d'abord une dent douloureuse, ensuite une dent affectée de carie sanieuse ou humide. La première partie de ce précepte, ne jamais plomber une dent douloureuse, est vraie dans la plupart des cas, mais elle souffre cependant quelques exceptions ; car on rencontre, par exemple, des dents cariées qui ne sont douloureuses que précisément parce que leur intérieur est assujetti aux vicissitudes atmosphériques qui l'impressionnent péniblement et qui cessent de faire souffrir aussitôt que leur cavité est soustraite par son occlusion à l'action du froid et du chaud. J'en ai actuellement sous les yeux une preuve fournie par un médecin qui a une seconde grosse molaire inférieure profondément excavée, et qui n'en souffre que lorsqu'il enlève de sa cavité un tampon de coton dont il est obligé de l'obturer tous les jours. Que cette personne se présente chez un dentiste, après avoir enlevé le coton que contient sa dent, elle annoncera certainement une douleur qui, dans quelques cas, est très vive ; mais cette douleur sera-t-elle une contre-indication de l'obturation, et même d'un plombage définitif ? Non, très certainement, puisque ce moyen pourra seul la faire cesser.

Dans d'autres circonstances, une douleur, affectant une dent plus ou moins excavée par la carie, peut avoir son siége non dans la cavité accidentelle, mais dans le périoste alvéolaire ; ce dont on s'assure par la percussion qui aggrave la douleur, et par l'introduction dans la carie d'une sonde qui ne détermine aucune sensation pénible. Ce genre de douleur ne contre-indique par conséquent pas non plus précisément toujours l'obturation de la dent. Il n'y a donc relativement à la douleur rien de bien absolu quand elle est prise pour mesure de l'opportunité du plombage ; aussi est-il plus conforme, à ce que démontre l'expérience, de se borner à dire : S'il ne faut pas plomber une dent douloureuse, c'est surtout celle dont la cavité est le siége d'une douleur continue, ou dans les cas où la douleur s'accompagne de phénomènes inflammatoires.

Quant au conseil donné, sous forme aphoristique, de ne pas plomber une dent affectée de carie sanieuse ou humide, il est tout-à-fait obligatoire, si on a voulu entendre par le mot plomber l'obturation définitive d'une dent cariée ; mais il est au moins juste, si par ce mot on a voulu défendre toute introduction dans la dent malade d'un corps étranger capable de la soustraire provisoirement à l'action de l'air et des alimens. En effet, c'est presque toujours par là qu'il faut commencer, puisque les substances susceptibles d'arrêter la suppuration de la pulpe dentaire ou la décomposition de la matière éburnée doivent rester en contact avec les parties malades un certain temps, en un mot le temps nécessaire à la cicatrisation, ou si l'on veut, au dessèchement de la ca carie. Le précepte dans le cas de carie sanieuse doit donc, pour exprimer convenablement l'indication rationnelle, être donné à peu près en ces termes : Soustraire provisoirement la cavité de la carie au contact de l'air et des corps étrangers, pour faciliter son dessèchement, et plomber ensuite.

Pour remplir les premières indications, opérer le dessèchement de la carie, je me suis long-temps servi avec succès, et faute de mieux, d'une sorte de ciment ou pâte composé de sulfate d'alumine et d'éther sulfurique ; mais j'ai été forcé de reconnaître que les avantages de cette substance, qui se durcissait d'ailleurs assez promptement, étaient annulés par l'espèce d'astriction que l'alun exerçait inévitablement sur les parties voisines, et par l'incommodité qui résultait du dégagement de l'éther. J'ai fait à ce sujet de nouvelles recherches qui m'ont conduit à la découverte d'une autre substance qui non-seulement a tous les avantages de la précédente, sans en avoir les inconvéniens, mais qui me semble même préférable sous tous les rapports à cette foule de préparations que l'esprit industriel et spéculatif de notre époque a fait éclore et préconise avec emphase comme moyen infaillible de suspendre les douleurs dentaires. C'est une solution de résine du *pistacia lentiscus* de l'île de Chio, ou simplement de benjoin dans l'alcool à 42 degrés, et dont on imbibe un peu de coton qu'on enfonce dans la cavité de la carie, en tamponnant assez fortement.

Cette préparation, qui ne laisse pas dans la bouche l'odeur et la saveur pénétrantes de l'éther sulfurique et de la créosote, et qui n'a pas, comme cette dernière, l'inconvénient de cautériser toutes les parties qu'elle touche, a le double avantage : 1° de dessécher très promptement, c'est-à-dire en deux ou trois applications et souvent même en une seule, la pulpe dentaire, et, suivant l'expression habituelle assez peu médicale d'ailleurs, de charbonner l'in-

(1) Hygiène de la bouche. 1 vol. in-12, 1826.

---

mangea par hasard de la racine d'aconit. Peu d'instans après, il parut malade ; il devint pâle et vomit plusieurs fois. Deux heures après, ces accidens ayant empiré, la mère, justement alarmée, le conduisit à l'infirmerie de Derby ; elle présenta en même temps un des morceaux de racine que l'enfant venait de vomir. M. Dix reconnut de suite cette racine pour être celle de l'aconit. L'enfant présentait les symptômes suivans : pâleur, vomissemens continuels, pouls bas et intermittent, pupilles dilatées, tendance à la stupeur, signes de douleurs à l'estomac. M. Dix prescrivit d'abord du vin d'ipécacuanha par petites cuillerées à café, pour hâter les vomissemens. Aussitôt après, il administra de l'eau-de-vie et de l'ammoniaque dans une forte décoction de café, à donner par intervalle ; il fit appliquer des sinapismes à l'épigastre et aux mollets ; il fit des affusions d'eau froide à l'occiput, et fit donner des lavemens de térébenthine. Le petit malade éprouva du soulagement sous l'influence de la potion excitante ; la continuation de ce remède dissipa les symptômes d'intoxication, et quatre heures après son arrivée, il était hors de danger. L'enfant sortit guéri. (*Journal de Chimie médicale*, mois de mai.)

Emploi des fraises contre la goutte. — M. Sauquet, chimiste et pharmacien à Sigean, a adressé dernièrement à une société savante, une observation relative à un de ses amis qui s'était délivré de la goutte en mangeant annuellement, soir et matin, des fraises. Ce fait rappelle celui que Linné observa sur lui-même ; on sait que cet homme célèbre dut à ce fruit savoureux la guérison d'une goutte douloureuse qui le tourmentait au point de lui ôter le repos. Ceci mérite quelque attention de la part des praticiens. (*Idem.*)

COUR ROYALE D'ORLÉANS.

Les officiers de santé établis dans une commune où il y a une pharmacie ouverte peuvent-ils porter et vendre des médicamens à leurs malades dans une commune où il n'y a pas de pharmacien établi ? — (Non.)

Un officier de santé et plusieurs épiciers d'une petite ville ont été poursuivis, sur la plainte d'un nommé F., pharmacien, pour vente illégale de médicamens. Un jugement du tribunal correctionnel les a condamnés chacun à 500 fr. d'amende et à 5,000 fr. de dommages-intérêts.

La Cour royale, près de laquelle les condamnés avaient interjeté appel, a confirmé la sentence des premiers juges ; elle s'est fondée : 1° sur ce que l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI ne contient d'exception qu'en faveur des officiers de santé établis dans les communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, et seulement pour les médicamens nécessaires aux malades près desquels ils sont appelés ; 2° que ce n'est pas le domicile du malade qui donne lieu à l'exception : que c'est au contraire le domicile de l'officier de santé, ou même, si l'on veut, du docteur en médecine, où se trouve une officine ouverte.

Cette sentence peut être traduite ainsi :

Médecins et officiers de santé qui habitez un lieu où il y a une officine ouverte, vous devrez puiser dans cette officine les médicamens dont vous aurez besoin pour la pratique de votre art, lors même qu'il n'y aurait pas de pharmacies dans le voisinage de votre malade. Que si vous vous avisez de faire venir à vil prix les médicamens que votre voisin l'apothicaire vend à mille pour cent de profit, vous vous verrez condamné à des amendes exorbitantes.

Nous devons du respect à la loi, mais qu'elle soit égale pour tous, et si je n'ai pas, moi médecin, le droit de vendre des drogues, défendez au moins à MM. les apothicaires de saigner et de purger des malades sous mes yeux. Je sais bien qu'il existe parmi nos cent mille lois un tout petit article qui défend à ces messieurs de faire de la médecine à tort et à travers, mais ce tout petit article n'est qu'une dérision du moment où l'autorité ne prête pas la main à son exécution. Tout cela est bien triste sans doute, espérons que le jour de la justice ne tardera pas à luire.

— Un sieur Brocchieri, qui était il n'y a pas long-temps à Paris, faisait des expériences publiques sur des animaux dont il ouvrait les gros troncs artériels, puis il arrêtait l'écoulement du sang à l'aide d'une eau qu'il nommait eau Brocchieri ou balsaméléane. Cette eau jouissait de propriétés merveilleuses pour arrêter les hémorrhagies ; ceci n'est que pure vérité, car nous avons assisté aux expériences du chimiste napolitain, et nous pouvons assurer avoir vu de nos propres yeux des faits très curieux. Jusqu'ici tout était bien : mais par malheur, dans son enthousiasme, M. Brocchieri avait oublié de nommer cette eau du nom de son inventeur, M. Binelli, de Naples, et s'attribuait la gloire de sa découverte ; en outre il lui attribuait la propriété de guérir le cancer, les obstructions, que sais-je ? toutes les maladies ; et cela au prix de 5 fr. la petite bouteille, et 10 fr. la grande. Ce remède n'était pas, comme on voit, à la portée de toutes les bourses. Le tribunal a condamné M. Brocchieri à 550 fr. d'amende comme coupable de vente illégale de médicamens, et d'annonces de remèdes secrets.

térieur de la dent ; 2° de se durcir en six ou huit heures, de telle sorte que non-seulement elle soustrait la carie au contact de l'air et des alimens, mais qu'elle habitue encore la dent à la présence d'un corps moins dur, il est vrai, que tous les métaux employés pour plomber ; et cependant d'une consistance telle qu'il obture complètement la cavité de la carie. Elle peut donc servir à la fois de topique par ses propriétés escharotiques, à la manière de toutes les teintures alcooliques, et de moyen contentif pour toutes les substances qu'on jugerait nécessaire de maintenir un certain temps en contact direct avec le fond d'une carie dentaire, comme l'opium, le camphre, la myrrhe, etc. Ajoutons à cela que sa texture permet de l'extraire facilement, dès qu'on le pense convenable.

2° *Matière obturante.* Quand, par l'emploi de moyens appropriés, locaux ou généraux, on est parvenu à arrêter les progrès d'une carie, qu'on en a pour ainsi dire obtenu la cicatrisation, on doit s'occuper de la plomber d'une manière définitive ; et je persiste à soutenir que cette opération, peut-être trop négligée de nos jours, pourrait, convenablement faite, conserver quatre-vingts dents au moins sur cent de celles dont on réclame de nous l'extraction. Quoi qu'il en soit, on a généralement employé jusqu'ici, pour plomber, cinq sortes de métaux ; le plomb, l'étain, l'or et le platine, qui s'emploient en feuilles, et le métal de Darcet, qui s'utilise à l'état de fusion.

Le plomb est avec raison totalement abandonné aujourd'hui, et il en est presque de même de l'étain qui, quoiqu'obturant assez bien, s'oxyde toujours à la longue, et laisse pénétrer cette oxydation au fond de la carie qu'elle tend à entretenir ; on les a remplacés avec le plus grand succès par l'or et le platine. Mais l'or, que quelques dentistes modernes disent à tort avoir les premiers employé à cet effet, puisque Fauchard le désigne en termes formels (1), est préférable à tous. Quand il est convenablement préparé, il est d'un excellent usage, parce que non-seulement sa couleur ne diffère pas très sensiblement de celle des dents, comme l'étain et même le platine qui sont toujours d'un gris de fer, mais encore parce qu'il ne s'oxyde pas comme l'étain et s'identifie plus intimement qu'aucun autre avec lui-même et les parties environnantes. Il est seulement à regretter qu'il soit très difficile de se procurer de l'or pur à Paris, car il n'y a guère que M. Motin, rue Grénetat, qui le livre à cet état ; encore est-il moins convenablement préparé que celui de Vienne en Autriche, et même que celui des Etats-Unis.

Les métaux à l'état de feuilles peuvent être employés comme moyen d'obturation dentaire dans des circonstances que les auteurs ne me semblent point avoir assez rigoureusement déterminées. Ces circonstances sont presqu'exclusivement, ou des cas de petites caries centralement placées, ou des caries dont l'ouverture est très étroite. Mais malheureusement ces cas ne sont pas les plus communs, car les caries sont plus habituellement larges et affectent très souvent les parties latérales des dents ; disposition qui, dans quelques occasions, ne permettrait pas aux métaux en feuilles de subsister seulement vingt-quatre heures.

Il a donc fallu chercher une substance plus solide, plus susceptible pour ainsi dire de contracter adhérence avec la dent. On a cru l'avoir trouvée dans le métal de Darcet, qui n'est, comme on sait, qu'un composé de huit parties de bismuth, cinq de plomb et trois d'étain, auxquelles un de nos honorables maîtres, M. Regnard, a ajouté un dixième de mercure pour augmenter sa fusibilité. Si cette substance a sur les métaux en feuilles l'avantage 1° de s'amalgamer plus uniformément, et par conséquent de ne pas laisser dans son intérieur ces vides que j'ai souvent rencontrés en sciant des dents plombées avec les autres substances ; 2° de ne pas permettre une sorte de filtration par capillarité des sucs buccaux dans son intérieur ; elle a cependant un inconvénient : c'est d'exiger l'emploi d'une température qui, sans être assez élevée pour brûler la dent et les parties environnantes, peut néanmoins enflammer ces dernières et dessécher l'émail au point de le faire éclater. Aussi, quoique pouvant rendre de grands services, exige-t-elle une longue expérience et une grande prudence dans son emploi ; car il ne suffit pas de savoir « qu'elle entre en fusion à la température de l'eau bouillante ; » il faut pouvoir juger promptement cette température qui, au-dessous du point voulu, laisse l'opération incomplète et force à y revenir, et au-dessus peut véritablement brûler.

Pour obvier à tous ces inconvéniens, je me sers depuis quatre ou cinq ans, avec un incontestable avantage, d'une pâte que j'ai nommée *pâte d'argent*, et dont je me suis aussitôt empressé de communiquer la composition à plusieurs de nos confrères. C'est la même que celle qu'un dentiste anglais a tout récemment importée à Paris, où il l'a donnée comme chose nouvelle, et qu'il a fort mal à propos désignée du nom de minéral succédané, désignation qui est pour le moins un non sens, puisqu'elle n'indique ni sa nature ni ses usages. Cette pâte se prépare avec de l'argent vierge et du mercure. Pour cela on sature d'argent vierge, réduit en poudre très fine et bien épuré, une quantité donnée de mercure ; on broie le tout dans un mortier environ deux heures, pour que les métaux s'incorporent bien ; et l'on passe, ou pour mieux dire, on exprime fortement le tout dans une peau de chevreau dépourvue de son épiderme, afin d'en extraire presque tout le mercure. Le résidu qu'on obtient ainsi est une pâte assez compacte qu'on renferme dans un bocal bouché à l'émeri pour l'utiliser au besoin.

(1) Le Chirurg.-Dentiste ; 3e édit. Paris, 1786 ; p. 68 et suiv.

On emploie cette préparation à froid, en la faisant pénétrer avec un fouloir dans l'excavation de la carie, et en se conduisant exactement comme pour les substances en feuilles. Le mercure venant à s'évaporer par la seule chaleur de la bouche, et cela dans le court espace de trois ou quatre jours, l'argent reste en une seule pièce dans l'excavation de la dent, en remplit toutes les anfractuosités, et devient aussi compacte que s'il avait été fondu dans cette même cavité. Ce nouveau moyen de plombage a donc une incontestable supériorité sur tous ceux qu'on emploie communément aujourd'hui, puisque d'abord il s'amalgame mieux et sans demander autant de foulement que les métaux en feuilles, ensuite parce qu'il ne nécessite pas l'emploi du feu, comme le métal de Darcet, enfin parce qu'il ne se durcit que dans un temps qui permet de l'enlever dans le cas où l'expérience prouverait que la dent n'était pas dans une condition requise pour un plombage définitif.

La pâte d'argent n'a presque pas de retrait, comme on pourrait le craindre par l'évaporation du mercure qui n'y est, après son expression dans la peau de chevreau, que dans une proportion presque inappréciable. Quant à la crainte qu'on pourrait avoir de l'action de cette portion de mercure sur les dents, elle est absolument illusoire, puisque ce métal n'y reste qu'en quantité bien moindre que dans le métal de Darcet, modifié par Regnart ; aussi est-il infiniment supérieur en dureté. En résumé, cette pâte me paraît devoir être bientôt appelée à remplacer tous les autres moyens de plombage, puisque non-seulement elle en a tous les avantages sans en avoir les inconvéniens, mais qu'elle peut s'accommoder à presque tous les cas, et qu'elle offre en même temps et une parfaite homogénéité et une dureté qu'on chercherait vainement ailleurs. Cette dureté est telle, en effet, que la pointe des instrumens d'acier, qui pénètrent très aisément le métal fusible, a quelque peine à l'érailler. Je me fais donc un devoir de chercher à en répandre l'emploi en appelant sur elle l'attention des praticiens qui pensent avec raison que la perte d'une dent est toujours regrettable, et que son évulsion est un sacrifice auquel il ne faut en venir qu'à la dernière extrémité.

Tumeur cancéreuse. Ablation; par M. le docteur Defer, de Metz.

Auguste Vindeling, âgé de deux ans, né de parens sains, porte depuis sa naissance une tumeur volumineuse qui comprend la totalité de la lèvre inférieure. Au dire de la nourrice, cette tumeur a débuté par un bouton rougâtre situé vers le milieu de la lèvre. Le sommet de ce bouton s'est ulcéré, puis quelque temps après la plaie s'est cicatrisée. C'est depuis ce moment que le mal a considérablement augmenté ; la tumeur est tellement saillante, qu'elle recouvre presque tout le menton. Elle change d'aspect et de volume à chaque instant, et présente cinq à six bosselures.

Cet enfant a été soumis à l'examen de plusieurs chirurgiens qui ont refusé de l'opérer, croyant avoir affaire à un *noli me tangere.*

Je reconnus bien une dégénérescence cancéreuse, mais je pensai qu'il était possible de débarrasser cet enfant d'un mal qui augmentait chaque jour. La ressource la plus efficace me parut être l'extirpation ; mais comme toute la lèvre était malade, il s'agissait de l'enlever entièrement. J'eus d'abord l'idée de recourir à l'incision semi-lunaire à concavité supérieure, mais la perte de substance eût été tellement grande, que l'arcade dentaire inférieure eût été nécessairement à découvert.

Il est vrai que du milieu de cette incision on aurait pu en faire partir une autre verticale, partageant le lambeau de la lèvre en deux, de manière à les relever au niveau des commissures labiales au moyen de sutures ; mais il aurait fallu porter la dissection trop bas, et d'ailleurs l'enfant eût été bien laid.

Après avoir examiné le mal avec attention, je reconnus que toute la tumeur n'était pas cancéreuse, et qu'il restait à peu près deux lignes et demie (de chaque côté) de tissu qui n'était que variqueux. Je songeai alors à l'incision en V en conservant ces deux lignes de tissu variqueux, malgré les inconvéniens qui pouvaient en résulter.

Je fis donc une incision en V, en conservant deux lignes vers les commissures labiales ; puis je fis comprimer les bords de la plaie pendant un quart d'heure. Après ce temps, l'hémorrhagie avait cessé, et je pus opérer la réunion immédiate au moyen de la suture entortillée, comme pour le bec-de-lièvre. Le tout fut recouvert d'un plumasseau, de bandelettes agglutinatives et d'un bandage unissant. J'examinai alors la tumeur ; elle était flasque, décolorée, et formée par un tissu cérébroïde.

Le petit malade pleura tant que les aiguilles déchirèrent les tissus du deuxième au troisième jour. J'eus alors recours aux bandelettes agglutinatives, qui maintinrent assez bien les bords de la plaie en contact, excepté à la partie supérieure. Il se développa ensuite sur la moitié inférieure de la face, une trentaine de petits ulcères à fond grisâtre ; je les cicatrisai au moyen du nitrate d'argent, et aussitôt la cicatrisation eut lieu. Au bout de quinze jours, la réunion était complète, excepté supérieurement, où il existait un écartement de trois lignes, en forme de V ; mais il se développa des bourgeons charnus que j'excitai légèrement, et bientôt le vide fut comblé.

Aujourd'hui l'enfant est parfaitement guéri, ayant une lèvre inférieure presqu'aussi grande et aussi contractile qu'à l'état normal.

ÉCONOMIE PUBLIQUE. — VIANDE DE BOUCHERIE. — SA CONSOMMATION.

La question de la viande vient de nouveau d'être reprise par les chambres ; c'est le point principal dans la modification que doit subir notre tarif. Aussi, lorsque récemment la chambre l'écarta par l'ordre du jour, était-il facile de prévoir qu'elle ne tarderait pas à revenir sur sa décision. En attendant que les négociations avec la Prusse soient arrivées à leur fin, et que la chambre discute sur les conséquences que l'union commerciale des états d'Allemagne a eues pour notre commerce, il est bon d'appeler l'attention sur les ressources dont dispose l'Allemagne, et sur les moyens de rendre ces ressources fécondes pour nous.

Examinons d'abord les quantités de viande qui se consomment par tête dans les diverses villes des états de la confédération douanière. Ici nous nous en rapporterons à l'autorité de M. Dieterici, professeur d'économie politique à l'université de Berlin ; les chiffres qu'il nous donne sont pris dans divers points de la monarchie prussienne : A Berlin, 104 livres par tête ; à Memel, dans la Prusse-Orientale, 109 livres ; à Cottbus, 123 livres, et pour le reste de la province de Brandebourg, 91, terme moyen ; à Coblentz, dans la province rhénane, 147, et 85, terme moyen, pour toute cette province.

Ainsi, de toutes les villes que nous venons de citer, Paris est celle qui consomme le moins de viande. Et que sera-ce si nous passons de la capitale dans les départemens, où, comme le dit M. Bugeaud : « Le peuple des campagnes ne mange de la viande que quand il marie ses filles ou ses garçons, et où les ouvriers ne vont que le dimanche, à la barrière, se repaître d'une viande qui n'a pas payé de droit ? »

Quelque considérable que soit la consommation de la viande en Allemagne, les états de la confédération douanière élèvent une si grande quantité de bestiaux, que non seulement ils peuvent satisfaire, et au-delà, aux besoins de cette consommation, mais qu'en 1834 et 1835 l'exportation a dépassé l'importation de 23,000 têtes de bétail. Le Wurtemberg, dont la population est des plus compactes, a expédié à lui seul en 1835 9,000 têtes à l'étranger, outre un nombre au moins égal envoyé sur les marchés des autres pays confédérés. On peut hardiment porter à 25,000 têtes ce que le Wurtemberg fournit en sus de la consommation, et expédie annuellement. L'élève des bestiaux est aussi une branche importante d'industrie dans le grand-duché de Hesse, et surtout dans la Bavière, qui en 1835 a expédié 20,033 têtes, après avoir satisfait à sa consommation qui est très considérable. Les rives de l'Oder, la Lusace, l'Ost-Frise, l'Oldenbourg, toutes les contrées qui longent la mer du Nord et la mer Baltique, la Westphalie, les vallées de la Forêt-Noire et du Spesard, le Westerwald, etc., sont autant de pays où l'éducation des bestiaux est la principale richesse des habitans. Les pays qui forment aujourd'hui la confédération commerciale élevaient déjà, avant que cette confédération existât, 8,575,000 bœufs et vaches, 2,554,000 chevaux, 26,663,000 moutons, 3,539,000 cochons, 521,000 chèvres ; en tout 41,852,000 pièces d'animaux domestiques ; et cette quantité a augmenté depuis d'un tiers au moins, grâce à l'activité que l'association commerciale a imprimée à cette branche d'industrie. La Prusse a élevé en 1834 334,000 pièces de gros bétail de plus que trois années auparavant, en 1831 ; et cette augmentation est d'autant plus importante qu'elle consiste en bétail de races améliorées. Pendant ce même laps de temps, le nombre des moutons ordinaires a diminué de 1,068,947, et celui des mérinos et des moutons croisés a augmenté de 1,104,920.

D'après la manière dont sont établis les systèmes de douane et de perception des impositions, il est difficile d'indiquer espèce par espèce la quantité de viande qui se consomme par tête ; aussi si nous nous hasardons à le faire pour la monarchie prussienne, c'est en nous appuyant sur l'autorité de M. Dieterici. Suivant cet économiste, il a été consommé, en 1834 en Prusse, par chaque habitant, 16 livres de bœuf et de vache, 5 livres de veau, 4 livres de mouton, 0,103 de chèvre, 8 livres de porc ; en tout 34,745 livres prise sur les animaux élevés en Prusse, et 1,060 livres sur les animaux étrangers entrés dans le royaume pendant cette année.

D'après le dernier relevé, toute la monarchie prussienne possédait à la fin de 1837, 1,472,901 chevaux de tout âge, 4,836,622 bœufs, vaches, etc., 15,011,452 moutons, 327,525 chèvres, et 1,936,304 cochons ; c'est-à-dire 1 cheval pour 9 habitans, en accordant à chaque cheval, pour se nourrir, un poids d'avoine, qui est cinq fois celui du pain que consomme par jour un homme robuste, et, terme moyen, de 137 à 501 chevaux par lieue géographique.

Les 2,719,619 vaches, dont ce relevé fait mention, donnent tous les ans 7,560 millions de livres de lait d'une valeur de 134,400,000 f., en admettant qu'il n'y ait que 2,400,000 de productives, qu'un neuvième du nombre total soit stérile, et qu'une vache productive donne, pendant les quarante semaines de l'année où on peut la traire, 3,150 livres de lait, c'est-à-dire à peu près quatre fois le poids de son corps. Il résulte de ces chiffres que chaque habitant du royaume de Prusse consomme par jour 7 1/2 livres de lait ; mais il faut ajouter qu'une grande partie de ce lait est employée à faire du beurre et du fromage.

N'est-il pas affligeant de penser que la France, située à côté de l'Allemagne, de ce pays qui abonde en viande de la meilleure qualité et qui a besoin de nos vins, de nos soieries et de tant d'autres articles dont nos magasins ne peuvent se débarrasser, sollicite vainement depuis dix ans la réforme de notre déplorable système douanier ; que tout récemment encore des pétitions adressées de Lyon, de Strasbourg et de Paris, à la chambre des députés, pour obtenir la diminution du droit d'entrée de 55 fr. que paie chaque pièce de bétail étranger, ou la conversion de cette taxe par tête en une taxe au poids, ce qui serait bien plus juste et plus raisonnable, que ces pétitions, disons-nous, ont été repoussées en faveur de cent quarante mille familles tout au plus, qui sont intéressées au maintien de cette taxe exorbitante dont la masse et la classe ouvrière surtout ont tant à se plaindre ? Ne s'est-on pas mis ainsi en opposition avec les conseils généraux des manufactures et du commerce, ainsi qu'avec le conseil général de l'agriculture, qui demandait en 1828 la substitution du droit perçu d'après le poids, au droit uniforme et injuste par tête de bétail. Indépendamment de tout ce que nous venons de dire, la décision de la chambre aura encore pour résultat la diminution progressive de la qualité de la viande et la détérioration de la race bovine.

En fermant nos frontières aux bestiaux étrangers et surtout aux bœufs maigres si indispensables à l'agriculture, en privant la partie industrieuse de notre population d'un aliment nécessaire, en la forçant de se réduire à ceux que fournit le règne végétal, nous la plaçons dans un état flagrant d'infériorité vis à vis de l'é-

tranger. Le maintien de ce droit prétendu protecteur nous expose à une concurrence qui doit nous vaincre, et à la dégradation générale des forces physiques de la nation. (*Temps.*)

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Permettez-moi de témoigner ici publiquement, au nom de la science et de vos lecteurs, ma gratitude profonde aux chefs de clinique des hôpitaux tant nationaux qu'étrangers, qui, médecins non moins laborieux et éclairés que citoyens courageux et dévoués, viennent persévéramment et consciencieusement apporter au grand jour de la publicité les fruits de leur expérience, leurs convictions et leurs doutes, et, vrais missionnaires du progrès, soumettre, sans souci des hommes, mais seulement de la vérité, à une discussion tout à la fois impartiale et hardie, les faits, les doctrines et les systèmes présens ou passés...

C'est ainsi que je suis toujours avec avantage et quelquefois avec un haut intérêt, dans les articles féconds que vous publiez, la clinique des praticiens éminens dont les noms viennent tout naturellement se placer ici sans qu'il soit nécessaire de les indiquer. Mais, conformément aux principes de *libre examen* qui nous sont désormais acquis, au moins en matière de science, permettez-moi aussi, cher confrère, de m'arrêter un instant avec vous sur les considérations pleines de vues pratiques et de sage appréciation physiologique que vient de publier, sur la pneumonie, l'un de ces savans cliniciens, M. le professeur Rostan.

Ce n'est certes pas moi qui chercherai à réhabiliter la mémoire ni le *Mémoire* (*sur les maladies du foie*) « d'un médecin arrivé en France à une époque, à jamais funeste, dans les bagages des Cosaques;... » mais tout en m'associant à la noble indignation de M. Rostan contre un homme qui, ainsi que tant d'autres mauvais citoyens, avait alors fondé sa prospérité sur l'adversité d'honorables confrères et sur les malheurs de la patrie, je ne saurais adopter en son entier la conséquence pathologique que tire le savant professeur des prémisses de son argument médico-politique (*Voir* la deuxième observation; *Pneumonie bilieuse*; de l'article intitulé : HÔTEL-DIEU. — ROSTAN. N° 46, page 182 de ce journal).

En effet, si l'auteur en question, dans le travail bien et dûment stigmatisé par M. Rostan, exagère et fausse même l'interprétation du phénomène pathologique qu'il indique, il n'en a pas moins signalé ou voulu signaler un fait réel, évident, désormais indéniable : la complication *hépatique*, ou plutôt *gastrique*, ou plutôt encore *duodénale* dans la pneumonie, autrefois sentie, quoique mal appréciée par Stoll, Portal, Laënnec et tant d'autres illustres nosographes; complication si bien établie, si bien démontrée dans ces derniers temps par l'immortelle *Histoire des phlegmasies chroniques*, et par la thèse remarquable de *la duodénite chronique* !

Oui, Monsieur, je suis convaincu que fréquemment, très fréquemment, les pneumonies sont compliquées de phénomènes gastro-intestinaux, non pas toutefois, le plus souvent du moins, *secondaires*, par communication de tissus, par une sorte d'*endosmose*, comme on le prétend, mais bien *primitifs*, provocateurs de la maladie actuellement dominante; théorie qui peut expliquer en même temps les rapports sympathiques ou de corrélation pathogénique qui existent entre telle portion du canal digestif et tel poumon : par exemple l'estomac, son bas-fond surtout et le poumon gauche, la portion pylorique, le duodénum, les intestins grêles et le poumon droit, etc., et qui pourrait par cela même, je pense, fournir quelque lumière pour la solution de questions que, dans sa consciencieuse modestie, soulève sans les résoudre notre excellent clinicien, à l'occasion des diverses observations de l'article qui nous a suggéré ces réflexions.

Et cette théorie, fondée en bonne physiologie, si je ne me trompe, est loin, croyez-moi, Monsieur, d'être oiseuse; car elle explique en même temps pourquoi, de l'aveu même de M. Rostan (n° 51, page 202), la méthode évacuante réussit moins souvent dans ces cas qu'on ne le pense généralement, et pourquoi les saignées répétées *coup sur coup* peuvent échouer, ou être insuffisantes dans le traitement de la pneumonie.

Vous tireriez, *illico*, tout le sang d'un malade sous le poids d'une telle complication, c'est-à-dire atteint à la fois d'une phlegmasie des parenchymes et des organes plats, des surfaces de rapport surtout, que vous n'en amèneriez pas la résolution, si vous ne modifiez également les divers points, les divers appareils souffrans. Ainsi le veut la loi des sympathies organiques, ainsi l'ont entendu Bichat et Broussais.

Il faut donc en cette occurrence, comme l'a fait du reste M. Rostan pour le malade de la quatrième observation, attaquer en même temps la complication qui, je le répète, est pour moi le plus souvent le point génésique, le *fons* et *origo* de la pneumonie, par des saignées locales, par des ventouses ou des sangsues appliquées *loco dolenti*; mesure sage, nécessaire d'ailleurs, pour l'utile administration du tartre stibié ou de tout autre spécifique ou révulsif gastro-intestinal, s'il devient ultérieurement nécessaire, ce qui sera rare, beaucoup plus rare alors.

Agréez, etc.

Paris, 4 mai 1840. L. CORBIÈRE, D.-M.-P.

NOUVELLES DIVERSES.

— M. le professeur Marjolin vient d'être nommé officier de la Légion-d'Honneur.

— M. le professeur Gerdy vient d'être nommé chevalier du même ordre.

— L'efficacité des procédés de M. Gannal acquiert une éclatante sanction par l'exposition prolongée de la jeune victime de la Villette. Depuis bientôt deux mois que le corps de ce jeune enfant est exposé à la Morgue, le public remarque tous les jours sa parfaite conservation et son inaltérabilité complète, et cela sous l'influence d'une température de 26 degrés. C'est assurément une expérience des plus retentissantes et des plus satisfaisantes à la fois qu'il ait pu fournir une circonstance douloureuse.

Ecole médicale d'Amiens. — M. Padieu, docteur en médecine, est nommé professeur adjoint de pathologie externe à l'école secondaire de médecine d'Amiens.

Jury médical du Cantal. — M. Rivière, médecin en chef de l'hospice d'Aurillac, est nommé membre du jury médical du département du Cantal, en remplacement de M. Miquel, décédé.

— Le conseil-général des hôpitaux vient de nommer médecin de l'hôpital Saint-Louis, en remplacement de M. le docteur Biett, décédé, M. Alphonse Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur-agrégé à l'Ecole de médecine.

— M. le docteur Ch. Place, secrétaire-général de la Société phrénologique, ouvrira, le 9 mai courant, à 7 heures du soir, un Cours de phrénologie au Musée phrénologique, rue de Seine-St-Germain, 37.

Les Leçons seront continuées les lundi, mercredi et samedi de chaque semaine à la même heure. L'entrée est publique et gratuite.

— M. Ségalas commencera son Cours sur les maladies des organes génito-urinaires, le vendredi 8 mai, à 11 heures du matin, dans l'amphithéâtre de l'Ecole pratique, et les continuera les lundis et vendredis suivans à la même heure.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 7 MAI 1840. (13e ANNÉE.) N° 54, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger. 1 an, 5[illegible]

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Avantages de la saignée révulsive dans les maladies de l'utérus.

Les avantages de la saignée révulsive dans le traitement des maladies de l'utérus ont été si souvent constatés par les faits nombreux dont vous avez pu être témoins dans cet hôpital, qu'il y a vraiment lieu de s'étonner de l'opposition que quelques praticiens font encore à cet agent puissant de thérapeutique. Nier la révulsion par la saignée, c'est non-seulement infirmer les écrits des anciens observateurs, tels que Sylva, Bellini, Quesnay, Lafaye, qui, tous, l'admettent comme un fait pratique de haute utilité. C'est encore vouloir ne tenir aucun compte des preuves matérielles que l'expérience de chaque jour apporte en faveur de cette même révulsion. Que fait-on, en effet, quand on veut provoquer les règles chez une femme? On a recours aux sangsues. Mais dans quelle proportion? En applique-t-on dix, quinze et plus? Non, sans doute; car on produirait ainsi une saignée locale déplétive, et l'éruption menstruelle serait empêchée. Posez, au contraire, deux sangsues, trois au plus, à la partie interne et supérieure des cuisses; n'en laissez saigner les morsures que huit à dix minutes; les règles alors ne tarderont pas à paraître.

Il y a plus; une femme a une hémorrhagie utérine qui a résisté à tous les autres moyens, vous lui pratiquez au bras une saignée de 60 ou 120 grammes (2 ou 4 onces): la métrorrhagie s'arrête. Une saignée double de celle qu'on vient de faire eût plutôt augmenté que diminué la perte utérine. N'est-ce pas là, je vous le demande, l'effet révulsif le mieux indiqué? Mais, poursuivons cet examen de preuves.

Ne nous avez vous pas vu souvent ici appliquer avec succès, sur un engorgement blanc, indolore et stationnaire, de quatre à huit sangsues, dans le but de produire une excitation légère capable d'aviver les tissus en y déterminant une fluxion sanguine modérée. Or, comment cet effet, que vous avez dû plusieurs fois constater, aurait-il eu lieu si les sangsues n'avaient pas révulsé le sang sur l'articulation ou l'organe affecté d'engorgement?

Enfin, s'il était besoin d'une dernière preuve à l'appui de ces idées que je ne vous impose certes pas, mais dont je vous engage à vérifier la valeur par l'application que vous en ferez, je rappellerais la mort déplorable d'un homme haut placé dans le monde, chez lequel une apoplexie cérébrale eut lieu consécutivement à l'application d'un petit nombre de sangsues derrière les apophyses mastoïdes, pour combattre une céphalalgie dont il souffrait depuis quelques jours.

Ces faits divers que je viens de grouper à dessein prouvent suffisamment que la révulsion par la saignée, loin d'être une utopie physiologique, constitue une réalité thérapeutique dont la science doit profiter.

Dans les maladies de matrice, chaque fois qu'on la pratique dans les formes convenables, c'est-à-dire sur le point le plus éloigné du siége de la maladie, ainsi au bras, et c'est le lieu d'élection, en ayant soin chaque fois de n'extraire que 60, 90 ou 120 grammes de sang (deux, trois ou quatre onces), suivant l'idiosyncrasie de la maladie, il est rare de ne pas observer une rémission notable des symptômes du côté de l'utérus, en même temps qu'il se produit vers les organes sus-diaphragmatiques une fluxion sanguine qui se révèle par de l'oppression, des palpitations, de la céphalalgie, de la chaleur et de la rougeur à la face.

Pour vous convaincre de ces résultats, vous n'avez qu'à interroger les seize femmes couchées aux numéros 3, 4, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 23, 24, 27, 29, 31, 32, 35, 39 de la salle Saint-Augustin; chez toutes la saignée révulsive a été pratiquée le même jour: quatorze ont éprouvé une amélioration notable vers la matrice, et les symptômes que j'ai indiqués du côté des organes supérieurs.

Chez deux seulement la saignée n'a produit aucun changement appréciable.

A ce résumé, dont nous pourrions tous les mois vous donner la répétition, j'ajouterai un relevé statistique publié dans le Bulletin thérapeutique, par M. Forget. Vous y verrez que sur dix-huit femmes, toutes atteintes d'engorgement sub-inflammatoire de l'utérus, la saignée révulsive ayant été pratiquée le même jour, huit d'entre elles ont éprouvé de la céphalalgie pendant plusieurs heures: une, le soir même du jour de la saignée; les autres, le lendemain. La céphalalgie a varié d'intensité. Chez ces huit femmes les douleurs utérines ont beaucoup diminué.

Quatre ont ressenti cette amélioration du côté de l'utérus, sans aucun accident vers les organes supérieurs. Chez une malade à laquelle sa faiblesse ne permit d'extraire qu'une once de sang, la congestion sus-diaphragmatique fut on ne peut plus marquée.

Trois éprouvèrent de fortes palpitations, de la chaleur à la poitrine; la douleur utérine diminua.

Trois, enfin, ne présentèrent aucune modification dans leur état qui se maintint tel qu'il était avant la saignée.

L'énumération statistique de semblables résultats obtenus par la saignée révulsive est assez concluante pour convaincre tous les esprits dégagés de prévention et libres de toute idée préconçue. Pour vous, qui apportez dans l'étude de la médecine le désir de savoir ce qu'elle enseigne de vraiment utile, et qui, placés en dehors de toute préoccupation systématique, ne devez être mus que par le noble instinct qui vous fait rechercher avec ardeur la vérité, examinez les malades qui offrent ici un vaste champ à votre observation, recueillez des faits, et je ne doute pas que leur interprétation simple et logique ne vous conduise à partager notre conviction sur l'efficacité de l'agent thérapeutique que vous me voyez si souvent mettre en usage.

Il est une dernière objection que les antagonistes de la saignée révulsive ne manquent jamais de lui faire: en répétant aussi souvent la phlébotomie, disent-ils, on affaiblit les malades. Sans doute il en sera ainsi dans le cas où, perdant de vue les règles que nous avons prescrites, le médecin aura l'imprudence d'extraire, non plus 2 ou 3 onces de sang, mais une quantité double et triple même. Cette saignée copieuse aura, de plus, le grave inconvénient de rompre l'harmonie du système nerveux et d'y jeter une perturbation prompte à se révéler par des troubles fonctionnels nombreux et variés. Ce dernier effet a lieu d'autant plus facilement que déjà les organes se trouvent sympathiquement prédisposés, placés comme ils le sont sous l'influence morbide de l'utérus.

Pour en finir d'ailleurs avec cette objection, je vous conseille de lire la thèse de M. Pasquet, soutenue à la fin de l'année 1837. Vous y trouverez des faits qui prouvent que ces petites saignées du bras conviennent également sur des femmes chétives, débilitées, et qu'en les répétant à des intervalles même rapprochés, au lieu d'épuiser la constitution, on voit les malades reprendre généralement des forces, leur teint devenir meilleur et leur santé se rétablir.

Il ne faut pas oublier que cette saignée ne doit être, en général, pratiquée qu'une fois par mois, à la suite des règles.

Du traitement dans quelques cas de fracture.

Si l'intolérance chirurgicale s'est manifestée quelque part, c'est sans contredit dans le traitement des fractures. Point de guérison hors de mon bandage, dit celui-ci; point de salut hors de mon appareil, s'écrie celui-là; et cependant il n'est aucun état pathologique qui, par la variété de ses formes et la multiplicité des phénomènes dont il s'accompagne donne lieu à plus d'indications diverses, souvent même opposées, et qui, conséquemment, réclame moins d'uniformité dans la thérapeutique, dont les allures doivent se prêter aux exigences de chaque fait individuellement envisagé. C'est en vous tenant en garde contre cet esprit d'exagération exclusive que vous éviterez de compromettre les meilleures méthodes de traitement. Ainsi, vous avez été témoins de trois faits qui prouvent que nonobstant les services qu'elle a rendus, la position à-demi fléchie appliquée aux fractures supporte quelques exceptions.

Au n° 4 de la salle Saint-Antoine est couché un malade présentant une fracture du fémur vers le point correspondant à l'union des deux quarts supérieurs de cet os.

Conformément aux règles prescrites par Dupuytren, le membre fut placé dans la demi-flexion sur un double plan incliné; vous avez remarqué que malgré la disposition particulière des attelles appropriées au genre de déplacement, ce dernier se reproduisait constamment en avant et en dehors; nous avons alors placé le membre dans l'extension, et immédiatement, par la seule position, avant l'application de tout appareil, le déplacement a cessé presque complètement.

L'influence de la position sur la coaptation fixe des fragmens, et par conséquent sur leur consolidation régulière, mérite la plus grande attention: voici trois faits qui le prouvent.

Pour une fracture du tiers supérieur de la jambe, le membre ayant été placé par Dnpuytren dans la demi-flexion, le fragment supérieur incessamment entraîné par les muscles demi-tendineux, droit interne et biceps se portait constamment en arrière et un peu en-dedans; le membre alors fut uni dans l'extension, le déplacement cessa même sans appareil.

Vous avez vu la flexion du membre offrir les mêmes inconvéniens chez deux malades couchés, l'un au n° 8, l'autre au n° 30 de la salle Saint-Louis. Tous deux portent une fracture sur le tiers moyen de la jambe.

Chez l'un, pendant cinq jours on conserva la position à demi fléchie sans pouvoir maîtriser le fragment supérieur qui se portait en avant et en dedans.

L'autre malade fut, à son entrée, examiné par M. Dauménil, interne, qui, après avoir vainement tenté la réduction à l'aide de la position à demi fléchie, fut contraint, par la persistance du déplacement en avant, d'avoir recours à l'extension, qui, comme dans le cas précédent, a parfaitement réussi.

Vous devez conclure de ces faits que, dans le traitement des fractures, la méthode rigoureusement déduite des indications est, sans contredit, la plus rationnelle comme la plus efficace.

Tumeur fibreuse des os maxillaires supérieurs. Extirpation.

Je dois vous rendre compte du malade couché au n° 13 de la salle Saint-Antoine, chez lequel nous avons pratiqué une grave opération.

Cet enfant, âgé de douze ans environ, portait sur la face antérieure de la mâchoire supérieure une tumeur du volume d'un œuf de dinde. Il nous apprend qu'à la suite d'une violence extérieure, il se développa, il y a deux ans, une grosseur que le chirurgien du pays enleva. Depuis un an, la maladie a récidivé; elle couvrait l'os maxillaire du côté gauche, et celui du côté droit dans une petite étendue; elle avait en quelque sorte soulevé le nez, dont les ailes étaient distendues, élargies, et la pointe refoulée de gauche à droite. La lèvre et la membrane muqueuse étaient fortement distendues par la tumeur, qui, du côté gauche, remontait jusque près du bord orbitaire inférieur.

Pour découvrir cette production morbide, je fis une incision oblique dans la direction d'une ligne partant du milieu du bord orbitaire inférieur, et se terminant au bord libre de la lèvre supérieure ainsi complètement divisée; je disséquai en haut et en bas; je glissai le doigt derrière la tumeur, dont je parvins à énucléer la majeure partie.

Une portion adhérente à la sous-cloison nécessita la section de celle-ci jusqu'au vomer; il fallut disséquer très péniblement dans l'épaisseur même de la peau, où le corps fibreux avait pénétré en plusieurs endroits; sur un de ces points indiqués par de la rougeur érythémateuse, l'adhérence entre la peau et le tissu morbide était tellement intime, que je dus sacrifier les tégumens; avec les doigts j'allai chercher dans les fosses nasales un prolongement de la tumeur. Enfin je ruginai la surface des os, en ayant soin d'exciser le tissu des gencives un peu dur, et tous les lambeaux du périoste.

La suture entortillée maintint les lambeaux en contact. Le malade a éprouvé quelques phénomènes nerveux qui m'ont d'autant plus inquiété qu'il avait déployé pendant l'opération longue et douloureuse un courage vraiment stoïque.

Les antispasmodiques ont heureusement fait dissiper ces phénomènes, et le malade est aujourd'hui en voie de guérison prochaine.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Apoplexie cérébrale. Considérations générales sur cette affection.

Une femme couchée au n° 11 de la salle Sainte-Sophie, âgée de 78 ans, offrant toutes les conditions de la caducité, qui s'accompagnaient depuis plusieurs mois d'un état voisin de la démence, a eu, il y a quelques jours, une légère attaque d'apoplexie dont elle était remise le lendemain. Peu de jours après elle en eut une seconde plus sérieuse dans ses suites, puisqu'elle entraîna l'hémiplégie du côté gauche, la perte de la parole et celle presque complète de la connaissance. Elle conservait cependant assez de lucidité pour comprendre lorsqu'on lui disait de tirer la langue, ce qu'elle s'efforçait d'effectuer; mais alors on voyait cet organe ne sortir de la bouche qu'incomplètement et avec peine, se déviant d'ailleurs fortement à gauche. A l'hémiplégie complète du côté gauche s'ajoutait un état de contracture des membres du même côté, et l'abolition de la sensibilité.

Dans les premières vingt-quatre heures qui suivirent l'arrivée de la malade dans le service, la contracture gagna les membres droits; cet état persista pendant trois ou quatre jours et cessa à droite au bout de ce temps, pour rester limité au côté gauche, où il s'était montré primitivement pour ne plus disparaître, quant à présent au moins. L'abolition partielle de la connaissance a cessé au bout de quelques jours. Aujourd'hui les réponses de la malade sont sensées, la langue n'est plus autant déviée, et la sensibilité est un peu rétablie.

Il n'est point douteux que tous les phénomènes présentés par la malade ne soient l'expression d'une lésion cérébrale, ayant annihilé l'action du cerveau. Mais de quelle nature est cette lésion, quelle est la cause de cette atteinte portée à tant d'actes départis au cerveau? C'est là une question facile à résoudre, s'il faut en croire certains auteurs; mais je puis vous certifier qu'il n'en est point toujours ainsi. Rien n'est aussi aisé, à les entendre, que de diagnostiquer pendant la vie une extravasation sanguine

encéphalique, et d'en établir rigoureusement le siége. Il peut en être ainsi en théorie, mais au lit des malades cela est difficile.

Il est, en effet, deux ordres de lésions cérébrales capables de déterminer la suspension de la sensibilité et du mouvement, et l'esprit du médecin peut rester incertain au milieu des probabilités que l'un et l'autre réunissent en faveur de leur existence. Ces deux ordres de lésions sont :

1° L'encéphalite locale ;

2° L'hémorrhagie cérébrale.

Dans un cas comme dans l'autre, il existe des phénomènes et des circonstances analogues ; et c'est principalement de cette participation à une même nature de faits que résulte fréquemment l'incertitude et l'obscurité du diagnostic. L'encéphalite locale et l'hémorrhagie cérébrale ont de commun la forme de l'invasion qui, dans un cas comme dans l'autre, est subite, et est marquée principalement par la suspension de la sensibilité et de la motilité.

Nous ne connaissons pas de signes résultant des circonstances qui accompagnent l'attaque qui soient capables d'indiquer immédiatement et d'une manière péremptoire si les phénomènes actuellement existans sont l'expression d'une encéphalite ou d'une hémorrhagie cérébrale. Mais ces signes se trouvent, ordinairement au moins, dans le commémoratif.

Ainsi, quand un sujet est disposé à l'hémorrhagie cérébrale, il réunit à cet égard des conditions pathogéniques qui consistent principalement soit dans une altération particulière des artères cérébrales, soit dans un molimen hémorrhagique ou dans des congestions encéphaliques ; dès que ces conditions existent, l'hémorrhagie est éminente. Dans ce cas, la manifestation des phénomènes communs aux deux ordres de lésions, que nous avons dit consister dans une invasion subite, ainsi que dans la suspension de la sensibilité et de la motilité, n'est aucunement annoncée au préalable par une altération de l'intelligence, du sentiment ou du mouvement. Tout au plus a-t-on eu occasion d'observer les indices du molimen hémorrhagique, des bouffées de chaleur au visage, l'insomnie pendant la nuit, un penchant presque irrésistible au sommeil pendant le jour, l'inaptitude au travail, mais encore l'existence de ces phénomènes précurseurs est-elle souvent négative : d'où résulte néanmoins une remarque importante, savoir qu'il n'est nullement possible alors d'admettre l'existence d'une encéphalite locale, exclusion qui réunit toutes les probabilités du diagnostic en faveur de l'hémorrhagie cérébrale.

Que si au contraire l'encéphalite locale est elle-même le point de départ des phénomènes communs, alors ceux-ci auront été précédés de loin en loin par des attaques d'apoplexie fugaces, par une douleur de tête permanente, etc., signe suffisant pour faire craindre un travail désorganisateur du cerveau ou une encéphalite, ayant préparé l'hémorrhagie de cet organe, qui d'autre part explique l'existence des désordres actuellement existans.

Les lésions anatomiques appartenant à l'hémorrhagie cérébrale sont dès long-temps connues. Une rupture vasculaire, portant ordinairement sur une des ramifications de l'artère cérébrale moyenne, le plus souvent au fond de la fissure de Sylvius, s'effectue, et l'extravasation du sang a lieu ; d'autres fois la rupture porte sur l'un des rameaux du réseau vasculaire de la pie-mère ; dans ce cas, le sang s'étend en nappe à la surface des circonvolutions cérébrales, et une partie plus ou moins étendue du cerveau, celle qui est en contact avec le sang extravasé se trouve d'autant plus comprimée, que dans l'état habituel tous les vides de cet organe se trouvent exactement comblés par de la sérosité. Si l'extravasation reste ainsi limitée, le sang se résorbe, le foyer disparaît et le malade récupère la totalité des mouvemens.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et le plus habituellement l'extravasation qui s'opère dans le réseau cellulo-vasculaire de la pie-mère pénètre dans l'épaisseur de la pulpe cérébrale et plus spécialement dans le tissu situé en dehors ou interposé à la couche optique et au corps strié.

Quand les choses se passent de cette manière, le cas est plus grave, et toutes les fois que la pulpe a été ainsi endommagée, elle ne se répare plus qu'au moyen d'un travail organique, condition indispensable pour que la santé se rétablisse. Alors la résorption du sang épanché n'est pas le seul phénomène qui s'accomplit ; celle-ci est suivie d'une cicatrisation éliminatoire de la pulpe ou formation du kyste apoplectique ; une fausse membrane se forme et s'organise, et le foyer se trouve limité ; cette pseudo-membrane passe à la forme des fausses membranes séreuses et l'épanchement disparaît ; il ne reste plus alors qu'un kyste simple ou traversé soit par des brides, soit par des vaisseaux restés intacts. D'autres fois le kyste est aréolaire ou spongieux, il revient sur lui-même et a de la tendance à disparaître ; mais quelquefois aussi il persiste.

Ce sont les kystes aréolaires et à brides qui ont le plus de tendance à disparaître et à être remplacés par du tissu cellulaire, d'où résulte cette altération du cerveau irréparable qui rend la paralysie également irréparable.

Quand la dilacération cérébrale est considérable, cette réparation est indispensable. Le temps qu'exige l'accomplissement de ce travail est variable.

Maintenant, qu'arrive-t-il dans la phlegmasie cérébrale circonscrite ? Ordinairement elle a son siége dans la pulpe, vers les circonvolutions ; c'est là aussi que s'effectuent le plus fréquemment les hémorrhagies ; et l'on explique le fait par la plus grande vitalité qui règne dans cette partie de l'encéphale, signalée depuis long-temps par les pathologistes, vitalité qui est plus grande au fond de la scissure de Sylvius et autour des couches optiques et des corps striés.

Si, au contraire, la phlegmasie cérébrale existe à la surface du cerveau, elle se communique alors à la trame cellulo-vasculaire de la pie-mère ; une forme de méningite chronique s'établit, cause fréquente de la démence sénile qui entraîne à la longue l'inflammation de la substance grise. Il s'établit ainsi un foyer continu d'irradiation irritative, point de départ de fréquentes congestions sanguines qui prédisposent aux hémorrhagies. Le concours de toutes ces circonstances prédispose à son tour au ramollissement de la pulpe, qui, se propageant aux parties profondes, s'étend jusqu'aux parois des ventricules. Alors, la sérosité contenue dans ces cavités effectue la dilution de la pulpe cérébrale ; une irruption séreuse s'accomplit, qui donne naissance à des phénomènes apoplectiformes, à une apoplexie, en d'autres termes, occasionnée par le fluide céphalo-rachidien.

Dans l'encéphalite partielle, la paralysie est moins permanente, les attaques apoplectiques sont fugaces ; et après le simple coup de sang, les traces paralytiques et anesthésiques disparaissent.

Toutefois, la persistance de l'irritation qui est l'effet de l'épanchement séreux, entretient l'aptitude aux congestions sanguines ; d'où résultent des accidens apoplectiformes accessoires de courte durée.

Toutefois, dans l'apoplexie séreuse, il peut y avoir aussi désorganisation, et de plus dilution de la pulpe cérébrale ; et alors, la guérison ne peut s'effectuer sans un travail de cicatrisation. Si, au contraire, l'épanchement n'a pas entraîné la déchirure de la pulpe cérébrale, il n'y a pas alors de cicatrisation à obtenir, et la guérison est toujours rapide ; mais l'encéphalite chronique continue, la céphalalgie persiste, le sommeil est altéré, et les attaques apoplectiques reviennent.

Lorsque la désorganisation par dilution existe, on observe des exacerbations inflammatoires, marquées par la rigidité et la contracture des membres ; symptômes d'un travail inflammatoire cérébral aigu. Mais la contracture n'arrive qu'alors que la réaction inflammatoire est établie ; c'est-à-dire six, sept à huit jours après l'attaque, et dans les cas seulement où cet état inflammatoire chronique ne préexistait pas.

Les connaissances qui précèdent sont d'une grande utilité lorsqu'il s'agit de procéder aux applications pratiques.

Quand l'attaque est accompagnée de phénomènes de congestion sanguine, de développement du pouls, et que les forces sont relevées, il convient alors de débuter dans l'emploi des moyens thérapeutiques par une large évacuation sanguine ; alors on voit cesser d'ordinaire les symptômes congestionnels, et s'il y a dilacération de la pulpe cérébrale, la maladie se trouve au moins simplifiée, et la paralysie seule reste.

On doit alors suspendre l'emploi des antiphlogistiques : car, le siége de l'hémorrhagie étant réduit au simple foyer apoplectique, toute déplétion sanguine devient inutile ; et persister avec hardiesse dans l'usage de la saignée deviendrait superflu, sinon nuisible. Il faut alors qu'un travail organique s'établisse et opère la résorption de l'extravasation sanguine. Ce travail ne se manifeste qu'au bout de quatre, cinq ou six jours, et on ne peut pas plus le hâter à la suite de l'apoplexie, que les chirurgiens ne peuvent le faire consécutivement à leurs opérations.

Donc, si la céphalalgie cesse, ainsi que la contracture des membres, sous l'influence de la saignée, il n'y a plus de traitement capable d'accélérer le travail réparateur qui puisse être mis en usage... Il faut se borner à se mettre en garde contre la réaction inflammatoire, et la maintenir dans les bornes convenables et nécessaires au parfait accomplissement du travail auquel elle doit présider. Quand cette période est arrivée, le traitement antiphlogistique trouve de nouveau sa place et doit être dirigé, non sur le système circulatoire en général, mais bien sur l'organe lésé.

Partant, après nous être bornés à l'usage des boissons adoucissantes, au repos le plus absolu du corps et de l'esprit et une à alimentation légère, en attendant l'instant de la réaction, moyens qui eux-mêmes ont été précédés par une saignée générale, alors, s'il y a lieu, nous avons recours aux saignées locales. Mais ordinairement cette réaction est légère, il y a peu de fièvre ; l'on n'observe plus qu'un peu de céphalalgie vers le soir, et bientôt ce symptôme fugace cesse : le malade reste sous la simple influence du travail de cicatrisation.

Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi, et bien souvent on voit la paralysie augmenter sous l'influence de l'extension de la dilacération de la pulpe cérébrale par l'effet même de l'inflammation.

C'est dans ces cas qu'il faut recourir aux révulsifs appliqués sur le cou et sur la tête, aux ventouses scarifiées appliquées à la base du crâne, s'il y a congestion vers la tête. Par ces divers moyens vous ne faites pas cesser l'inflammation cérébrale, mais vous la limitez au degré convenable, et c'est là le but que vous vous proposez d'atteindre : votre malade alors se rétablit autant que possible.

Quand au contraire les phénomènes inflammatoires continuent et que l'attaque est aussitôt marquée par la contracture des membres, des douleurs dans ceux-ci, par un état fébrile plus ou moins intense, par une lésion prononcée de l'intelligence : alors, immédiatement après la saignée, il faut employer des dérivatifs autour de la base du crâne, ainsi que les vésicatoires et les saignées capillaires pratiqués dans cette même région, ce siège les rendant plus aptes à combattre avantageusement l'inflammation.

Parmi les sujets frappés d'appoplexie, on remarque une grande variété relativement à l'étendue des phénomènes paralytiques : quelquefois ils sont bornés à la face, d'autres fois à un membre ; tantôt à ce dernier s'ajoute le système musculaire de l'une des moitiés du tronc. Vous ramenez, à la vérité, le malade à la connaissance, mais le corps est perdu ; il se peut de plus que les fonctions organiques et surtout l'hématose soient profondément altérées, et alors la détérioration croissante des organes s'effectue avec tant de rapidité que la mort ne tarde pas à arriver.

La respiration devient progressivement de plus en plus gênée jusqu'au point de déterminer parfois l'asphyxie. L'apoplexie alors n'a pas frappé l'individu de manière à le tuer immédiatement, mais elle détermine la mort par l'étendue trop grande de la paralysie, incompatible avec le libre accomplissement des fonctions. C'est là le mode le plus ordinaire suivant lequel les apoplectiques succombent et qui ne survient, terme moyen, qu'au bout de deux, trois ou quatre jours.

Si après ce temps la mort n'a pas eu lieu, vous pouvez prédire qu'il n'y aura plus d'accroissement dans les phénomènes de la maladie qu'au moment de la réaction inflammatoire. Sans doute, à cette époque, vous aurez de nouveaux dangers à courir, dangers qui constituent les accidens propres à la seconde période de l'apoplexie.

Cependant alors le cas n'est plus si grave, et ordinairement le tout se termine par la paralysie.

Quand au contraire l'encéphalite locale est caractérisée par la contracture des membres, la douleur de tête et les autres symptômes qui lui sont propres, et qu'il n'est plus permis de conserver aucun doute sur son existence, le pronostic devient fâcheux, car dans ces cas la pulpe cérébrale est profondément altérée et la paralysie ne cessera jamais entièrement.

Vous voyez donc que le pronostic de l'apoplexie cérébrale est relatif : très heureux quand après la saignée on voit cesser la paralysie du mouvement, l'anesthésie et les symptômes d'inflammation cérébrale ; il est très fâcheux, par contre, quand la paralysie s'étend au point de gêner les fonctions des principaux organes.

Enfin la gravité est moyenne quand ces fonctions ne sont qu'imparfaitement gênées, et elle est moindre encore lorsqu'elles ne le sont aucunement.

La malade qui nous a fourni l'occasion d'entrer dans les détails qui précèdent a été saignée une fois. La contracture qui existait lors de son arrivée dans le service, au défaut même de commémoratif, nous a fait soupçonner la préexistence d'une encéphalite chronique à l'attaque d'apoplexie ; aussi avons-nous, sans plus différer, eu recours aux ventouses scarifiées appliquées à la base du crâne ; mais nonobstant cela, la paralysie ne diminue pas.

De plus, le travail de cicatrisation n'est point encore fait, et il se peut que le degré de réaction inflammatoire qui doit y présider nous amène une nouvelle attaque apoplectique plus funeste encore que la première. Cependant nous pouvons dire, quant à présent au moins, que la phlegmasie tend à se limiter.

Disons enfin que l'âge avancé de la malade constitue une circonstance on ne peut plus grave ; car la résorption de l'extravasation sanguine n'en sera que plus lente, ainsi que le travail de réparation. Aussi trouve-t-on souvent ce travail peu avancé chez des vieillards morts à une époque déjà assez éloignée du moment où l'hémorrhagie cérébrale a eu lieu.

Nous rappellerons à peine que les jeunes sujets et les adultes se trouvent dans des conditions tout-à-fait opposées.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX ANGLAIS.

Bronchocèle. Déplacement du larynx. Division des muscles sterno-mastoïdien et cléido-mastoïdien. Par M. Liston.

G. B., âgé de quarante-trois ans, est reçu à London-Hospital le 23 janvier. Il offre une tumeur du lobe gauche de la glande thyroïde depuis six ans ; elle est fort volumineuse, ferme, élastique, immobile, apparemment adhérente à la trachée. Elle s'étend sous le sterno-mastoïdien jusqu'au bord externe de ce muscle, et distend fortement celui-ci en avant. La trachée est violemment poussée à droite ; elle se trouve éloignée de plus d'un pouce de la ligne médiane ; la respiration est fort difficile, surtout la nuit.

Le 18 janvier, M. Liston a coupé les deux muscles indiqués à leur attache inférieure, il a divisé les tégumens dans l'étendue de trois pouces, et lié une veine. Aussitôt la division opérée, la trachée a pu être ramenée sur la ligne médiane, où elle est bien restée depuis. Amélioration remarquable de la respiration. Guérison de la plaie.

(*The Lancet*, mars 1840.)

— Cette opération est sans contredit des plus hardies et des plus heureuses : nous ne sachons pas qu'elle ait été pratiquée dans le même but avant M. Liston. On pourrait sans doute se demander pourquoi ce chirurgien n'a pas préféré l'incision sous-cutanée à celle qu'il a suivie ; il ne s'explique pas à ce sujet : il est probable que les conditions locales de la maladie n'ont pas permis d'en agir autrement.

Contusion de l'artère brachiale ; par M. Arnott, chirurgien à Middlesex hospital.

Un homme est reçu dans la nuit pour être traité d'une fracture de cinq ou six côtes, et d'une fracture du cubitus gauche, compliquée de plaies occasionnées par le passage de la roue d'une voiture. Le lendemain, à l'examen, M.

Arnott trouve que la lésion de l'avant-bras n'est pas assez considérable pour réclamer l'amputation, l'os n'étant pas comminutivement fracturé; mais le pouls au poignet n'est pas perceptible ni à la radiale, ni à la cubitale. On essaie la conservation du membre. Le quatrième jour, gangrène à la main et à l'avant-bras. On ampute le bras. A l'examen du membre enlevé, on trouve l'artère brachiale comme écrasée à trois pouces au-dessous de l'endroit scié; elle présente une grosseur formée par un caillot sanguin dans sa gaîne celluleuse; ses deux membranes internes sont comme coupées par un fil en cet endroit. La pièce a été présentée à une des sociétés médicales de Londres. (*Ibid.*)

— On ne connaît que deux ou trois faits analogues au précédent. Deux circonstances le rendent surtout remarquable : la lésion particulière de l'artère, qu'on peut regarder comme un véritable écrasement, et la gangrène qui s'en est suivie. Il y avait là un véritable anévrisme commençant et qui vient à l'appui de la belle observation de Scarpa, c'est-à-dire qu'en origine toute tumeur anévrismale spontanée n'est qu'une ecchymose de la gaîne artérielle. Bien que dans ces cas la rupture des deux tuniques internes ait été le résultat d'une cause traumatique, les conditions matérielles étaient les mêmes que dans la plupart des anévrismes spontanés, puisque la gaîne celluleuse était restée intacte.

On est naturellement porté à se demander pourquoi le membre s'est-il gangréné dans ce cas, à la suite de la lésion du tronc artériel, tandis que la ligature du même tronc se pratique ordinairement sans ce résultat. Il serait difficile d'expliquer autrement le fait que par l'intervention de la présence de la plaie, et peut-être aussi du gonflement inflammatoire, qui ont dû déranger la circulation anastomotique. Ce qui semble confirmer cette présomption, c'est qu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital le pouls, du côté blessé, était sensible au poignet, tandis que le lendemain, au moment de la visite, il ne l'était plus; la circulation était donc interceptée par la présence du caillot dans la brachiale blessée. Il est probable du reste que, sans cette circonstance, la lésion du tronc artériel serait guérie par l'oblitération organique, comme à la suite de la ligature, d'après la méthode de Jones. On conçoit du reste que le diagnostic exact était impossible *à priori*; il est vrai cependant que l'absence du pouls à la radiale et à la cubitale en était une présomption; mais c'est là un symptôme un peu vague, que l'état actuel de la science ne permet pas d'apprécier rigoureusement.

Cas de présentation placentaire. Mort. Par M. Ingliby.

Jeune femme. Grossesse à terme. Attaques répétées d'hémorrhagie dans les dernières semaines. Gonflement œdémateux des jambes. Nouvelle attaque d'hémorrhagie sans douleurs, mort pendant la perte sanguine. M. Ingliby touche la femme un instant avant la mort, passe deux doigts dans le col et reconnaît la présence du placenta contre cet orifice; le col utérin était à peine ouvert. Sur le cadavre on essaie de dilater le col, mais on ne peut en venir à bout. Cependant M. Ingliby pense que si le cas eût été diagnostiqué plus tôt, la main aurait pu petit à petit se frayer une route dans l'utérus; le tampon aurait pu être appliqué dans le but d'arrêter l'hémorrhagie jusqu'au moment de l'accouchement. (*Ibid.*)

— On est frappé du peu de détails que l'auteur a consacrés à un fait aussi important; leur précision est telle cependant que pour qui les médite ils offrent un véritable intérêt. L'adhérence placentaire sur le col n'est pas rare, mais la présentation du placenta au début de l'accouchement de manière à précéder le fœtus est un fait rare et grave à la fois. La femme est morte d'hémorrhagie sans pouvoir accoucher. Le diagnostic a offert de grandes difficultés. Que fallait-il faire si la femme eût eu recours de bonne heure aux conseils de l'homme de l'art? M. Ingliby l'a déjà dit; c'est là d'ailleurs le précepte généralement recommandé : accoucher la femme avec la main. Mais on a dû remarquer que la rigidité du col était telle dans ce cas que la main aurait éprouvé les plus grandes difficultés à le dilater. N'aurait-il pas été convenable d'avoir recours à une forte infusion de seigle ergoté donnée par la bouche à dose progressive, dans le double but de diminuer l'hémorrhagie (on sait que le seigle à forte dose affaisse l'action du cœur comme la digitale), et de favoriser la dilatation du col? Les accoucheurs savent bien que la plus grande difficulté dans ces cas n'est pas ordinairement de dilater du col, mais bien de débarrasser l'ouverture de celui-ci de la présence du placenta; il s'agit de déchirer ou de décoller le placenta pour arriver jusqu'à l'enfant. Eh bien, cette indication si importante, si difficile a été exécutée par la nature elle-même, dans le fait suivant rapporté par M. Ingliby.

Une femme à terme est prise d'hémorrhagie utérine. Des remèdes sont administrés inutilement. Vingt-quatre heures après elle éprouve des douleurs et l'enfant se présente; mais elle expire au moment où l'enfant allait être expulsé. A l'autopsie, M. Ingliby trouve l'utérus développé, ayant une singulière apparence; une moitié de son corps paraît injectée; la couche péritonéale est de couleur pourpre-foncé; le corps de l'enfant est dans l'utérus; sa tête seule est sortie; il tire l'enfant, et trouve le placenta attaché sur le col; les trois quarts de la masse placentaire adhèrent à la partie antérieure de la matrice, l'autre quart à la partie postérieure; l'ouverture moyenne avait été formée par la tête de l'enfant, sous les efforts de l'utérus. La déchirure du placenta s'était étendue sur la membrane interne de l'utérus. Il s'était fait par là une hémorrhagie interne; le sang s'était collectionné dans le fond de l'utérus, derrière le corps de l'enfant. C'était ce sang qui avait causé la mort subite, en donnant à l'utérus la singulière apparence dont il a été question. (*Ibid.*)

— Ainsi, dans ce cas, c'était le placenta qui se présentait; les efforts de la tête, sous l'influence des contractions utérines, étaient parvenus à le distendre, à le déchirer; la tête de l'enfant avait franchi cet obstacle en passant à travers la déchirure placentaire. Mais qu'en est-il résulté? C'est que ce long travail, et surtout l'hémorrhagie qui s'est opérée dans la cavité même de l'utérus et derrière la tête de l'enfant, par la déchirure placentaire, ont épuisé l'organisme, et la femme a succombé, comme dans le cas précédent sans pouvoir accoucher.

Il importe de faire remarquer qu'ici la nature du cas n'a été reconnue que sur le cadavre, et pourtant la femme était entre les mains d'un accoucheur expérimenté. Sans doute que le diagnostic n'offre point d'obscurité lorsque le travail est déjà commencé et le col dilaté; mais malheureusement les hémorrhagies arrivent le plus souvent dans ces circonstances avant la déclaration du travail. Notons, d'autre part, que l'adhérence du placenta autour du col peut être telle que la nature ne trouve par elle-même d'autre ressource que de perforer le corps obstruant, ce qui n'est pas sans danger, ainsi qu'on vient de le voir. Le moyen de diagnostic suivi par M. Ingliby, c'est-à-dire, l'introduction forcée de deux doigts dans le col, est peut-être le seul qu'on puisse employer, alors que l'hémorrhagie est pressante. Il faut néanmoins convenir que dans tous les cas la présentation en question est embarrassante et grave, et qu'on ne saurait trop la méditer pour se tenir prêt à agir au besoin.

Calculs intestinaux de phosphate calcaire, observés par M. Bright, médecin à Guy's hospital.

Ce calcul présente ceci de remarquable, qu'il est composé uniquement de phosphate calcaire : il offre un nucléon de matière fécale. Il a été rencontré sur un enfant âgé de six ans.

Les symptômes avaient été les suivans : tumeur au côté droit de l'abdomen, accompagnée d'émaciation successive; écoulement de pus et de mucus par l'anus; écoulement de liquide puriforme par la vessie. L'enfant mourut après sept semaines de traitement.

A l'autopsie, on a trouvé une grande suppuration dans le cœcum, dans lequel étaient contenus deux calculs : l'un avait le volume d'un œuf de pigeon, l'autre la moitié. Attendu leur composition, ces calculs ont été d'abord soupçonnés formés dans les reins et sortis des uretères par quelque ulcération; mais les recherches faites dans ce but n'ont pu confirmer cette présomption. Leur division a prouvé d'ailleurs que leur nucléon était formé par de la matière fécale.

M. Bright raconte que dans un autre cas il a observé plusieurs calculs de phosphate de chaux qui avaient été rendus par l'anus.

M. Alcock a fait remarquer que le phosphate calcaire est sécrété dans la vessie urinaire lorsque la muqueuse de cet organe est irritée. N'en serait-il pas de même pour la muqueuse intestinale?

Wilson dit qu'il possède un colon avec des poches renfermant des calculs, probablement de phosphate calcaire. (*Ibid.*)

— On s'est beaucoup occupé, autrefois, des bézoards qu'on rencontre dans les intestins de certains quadrupèdes, surtout de ceux d'une espèce de chèvre des montagnes de l'Asie (*capra ægagrus* de Linné), parce qu'ils étaient en grande réputation en médecine; mais on s'est à peine attaché à l'étude de ceux qui se forment dans les intestins de l'homme. Cette étude a été tellement négligée qu'il est peu de médecins qui croient à leur formation; il en existe pourtant un assez grand nombre d'exemples, dont quelques-uns, très authentiques, se trouvent consignés dans les mémoires de l'Académie de chirurgie. Il ne s'agit pas de ces concrétions, de ces incrustations de matière fécale qui se font quelquefois autour d'un noyau de fruit, d'une balle, d'un fragment d'os ou de tout autre corps étranger, à l'instar de ceux qu'on rencontre si souvent dans les intestins du cheval (*hippolithes*) : nous voulons parler des véritables concrétions pierreuses, formées de toute pièce dans les intestins, par une sécrétion morbide de la membrane muqueuse qui s'incruste autour d'un noyau de matière fécale, s'y stratifie, et constitue une véritable maladie, analogue à l'affection calculeuse de l'appareil urinaire, et dont les conséquences sont parfois fort graves.

Disons d'abord que M. Bright se trompe en disant que les calculs présentés par lui à la Société de Londres sont rares à cause de leur composition calcaire. Il résulte, au contraire des analyses faites par Robiquet et M. Thomson que les calculs intestinaux contiennent le plus souvent un tiers de phosphate calcique. Ainsi, terme moyen, ces chimistes ont donné pour dix parties de ces calculs les proportions suivantes :

Phosphate calcaire,	0,3
Matière grasse,	0,6
Matière animale,	0,08

L'on voit bien que la base principale ou plutôt le parenchyme est formé par de la matière grasse imbibée de matière calcaire et disposée par couches concentriques. On conçoit, du reste, que ces proportions peuvent varier. Avant cette analyse, il en existait une autre, celle que Fourcroy publia en 1811, dans les Annales du Muséum d'histoire naturelle, p. 447, sous le titre : « Questions sur la formation des bézoards intestinaux. » Cet auteur établit quatre classes de bézoards : 1° de phosphate de chaux; 2° de phosphate acide de chaux; 3° de phosphate ammoniaco-magnésien; 4° de matière résineuse.

Ces matières sont regardées par l'auteur comme sécrétées par les intestins.

La question relative à la source de la matière de ces calculs a été discutée il y a long-temps par Meckel. Cet auteur pense qu'elle est toujours due à un état morbide de la muqueuse du canal intestinal. (Remarques sur les concrétions qui se rencontrent dans le canal intestinal de l'homme; Journ. compl. du Dict. des sc. méd., t. III, p. 131.)

Les symptômes propres à cette maladie sont fort équivoques : il est rare qu'on parvienne à les diagnostiquer chez le vivant, à moins que le sujet n'en ait déjà rendu par l'anus; la constipation, des douleurs abdominales tantôt fixes, tantôt erratiques, trouble des fonctions digestives, écoulement muco-purulent par l'anus (ce symptôme n'est pas constant), tels sont à peu près les phénomènes qu'on remarque dans l'étude des faits. Presque toujours les calculs intestinaux exécutent des mouvemens lents de progression. Ils sortent quelquefois spontanément par l'anus, après avoir séjourné plus ou moins long-temps dans le rectum et occasionné de vives douleurs. D'autres fois, mais ceci est plus rare, ils ulcèrent le canal intestinal, le perforent et se présentent en dehors dans le centre d'un abcès. Marcet et Penada ont rencontré des cas de cette espèce. Leur siége ordinaire est dans l'iléon et le commencement du gros intestin. Quelquefois ils adhèrent aux parois intestinales; leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une orange.

On trouvera de plus amples détails à ce sujet, en consultant l'article Calculs du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine.*

Coryza chronique guéri à l'aide du cubèbe à haute dose; par M. Blake.

M. S..., français, âgé de trente-deux ans, littérateur, menant une vie sédentaire, n'avait jamais été malade, lorsqu'ayant éprouvé du froid à la tête, il y a quinze mois, il a été saisi d'un coryza fort incommode dont il n'avait pu se défaire. Il avait subi plusieurs traitemens inutilement, tant à Paris qu'à Londres. Les tisanes, les bains, les fumigations dans les narines n'avaient produit aucun bien.

A l'examen, M. Blake trouve l'état suivant : Santé générale assez bonne; seulement le patient dit se sentir un peu faible. Digestions bonnes, mais le ventre est habituellement constipé; écoulement continu des narines d'un fluide aqueux et incolore; sentiment d'obstruction des fosses nasales comme dans le coryza. L'écoulement était plus abondant dans certains temps que dans d'autres : il y avait exacerbation tous les trois ou quatre jours. Le patient est fort incommodé de cet état; il ne peut vaquer à ses affaires; il est obligé d'avoir un vase à son côté pour recevoir le liquide. Durant ces exacerbations, il éprouvait des éternuemens. La faculté auditive s'en ressentait. Céphalalgies. Aucune cause ne pouvait être assignée pour ces exacerbations. Le plus grand soin de se préserver du froid ne les prévenait point; elles existaient d'ailleurs en hiver comme en été.

« Je me suis déterminé, dit l'auteur, à lui prescrire le cubèbe combiné avec le carbonate de fer. J'ai commencé par un demi-gros de cubèbe récemment pulvérisé et un scrupule de carbonate de fer, trois fois par jour. La dose a été graduellement élevée à un gros et demi de cubèbe et deux scrupules de carbonate de fer, trois fois par jour. Après trois jours de ce traitement, les symptômes s'étaient déjà beaucoup amendés; l'écoulement nasal avait beaucoup diminué. L'amélioration a été progressive. Le malade a éprouvé des rechutes de temps en temps; mais il a fini par être guéri au bout de trois semaines. On a alors cessé le traitement par degré.

» Une rechute cependant nous a obligé de reprendre le traitement. Voulant m'assurer si les bienfaits étaient dus au cubèbe ou bien au carbonate de fer, j'ai donné ce dernier seul pendant une semaine, sans la moindre amélioration; j'ai alors administré le cubèbe sans le carbonate de fer, et l'arrêt de l'écoulement a été presque instantané. L'usage du médicament a été continué pendant quinze jours. Guérison radicale. » *Lond. med. Gaz.*, 1840.

— On peut envisager sous deux points de vue différens l'observation qui précède : empiriquement, scientifiquement. Sous le premier point de vue, elle offre un grand intérêt pratique, tant à cause de la rareté de la maladie que de l'efficacité remarquable du poivre cubèbe. Nous ne sachons pas que ce médicament eût encore été employé pour des écoulemens muqueux, autres que ceux des organes génitaux. La dose en a été poussée avec une louable hardiesse, et ce n'est effectivement qu'à cette condition qu'on peut en espérer des effets positifs. Il est vrai que tous les estomacs ne tolèrent point les fortes doses du médicament, mais la découverte de la *cubébine*, principe actif du cubèbe, permet aujourd'hui de satisfaire toutes les exigences. Il est à regretter que ce principe actif ne soit pas plus souvent préféré à la base dont il émane. Sous le point de vue scientifique, plusieurs questions se présentent, surtout celle de la véritable action dynamique du cubèbe; mais nous craignons d'entrer dans ce terrain délicat pour le moment.

Académie de Médecine. — Séance du 5 mai.

Après la lecture du procès-verbal, M. Bouillaud demande la

parole pour répondre à une assertion de M. Planche. On se rappelle que, dans la séance précédente, M. Planche avait dit que l'on trouvait dans la Pharmacopée de M. Jourdan une formule pour faire du sirop de lactate de fer. M. Gélis, ayant voulu vérifier le fait, a feuilleté en vain cette Pharmacopée : M. Bouillaud avait porté cet ouvrage à l'Académie, pour que M. Planche voulût bien préciser l'endroit où la formule se trouve ; mais M. Planche n'est pas présent à la séance.

M. Boullay fait observer que M. Planche se trouve retenu au lit par une maladie grave.

L'Académie nomme une commission pour se rendre auprès de cet honorable académicien, lui exprimer l'intérêt que l'assemblée prend à l'état de sa santé.

— *M. Pariset* lit le discours qu'il a prononcé sur le tombeau de Robiquet. (Applaudissemens.)

— *M. Roux* lit à son tour le discours qu'il a adressé au roi, au nom de l'Académie, le jour de la Saint-Philippe, et la réponse qu'a faite S. M.

— *M. Sédillot* continue sa lecture sur la variole et la vaccine. La conclusion finale de ce travail est qu'il ne faut pas revacciner. L'auteur blâme les étrangers qui, selon lui, ont traité légèrement cette grave question.

Plusieurs membres demandent la parole pour combattre la conclusion du travail de M. Sédillot. M. Sédillot cependant ne veut pas qu'on discute, attendu, dit-il, qu'il n'a pu lire que quelques fragmens de son travail, et que les faits sur lesquels il a basé ses conclusions ne sont pas connus à l'Académie.

M. Devilliers parle dans le sens de M. Sédillot.

M. Moreau essaie de faire adopter un nouveau principe : il dit qu'il y a inconvenance de discuter un travail présenté par un des membres de l'Académie. Selon lui, on ne doit discuter que les seuls rapports, parce que ceux-là seuls rendent l'Académie responsable ; les mémoires ne rendent responsable que l'auteur. En conséquence, il demande qu'on refuse la parole à ceux qui veulent discuter le travail de M. Sédillot (1).

M. Chervin, J'ai demandé la parole pour combattre ce que vient d'émettre notre honorable collègue, M. Moreau. Je pense que les mémoires qui sont lus dans cette enceinte par les membres de l'Académie peuvent devenir l'objet d'une discussion comme les autres ; soutenir le contraire ce serait prétendre que les membres de l'Académie sont infaillibles, et je présume qu'aucun de nous, Messieurs, n'a une pareille prétention ; ou bien ce serait laisser supposer qu'ils sont tellement faillibles que leurs productions ne peuvent pas soutenir l'épreuve d'une discussion publique.

MM. Rochoux et *Bouillaud* parlent dans le même sens. Le principe de la discussion libre, disent-ils, est l'ame des sociétés savantes et du progrès. Un auteur qui ne se sent pas assez fort pour soutenir la discussion peut se taire, mais tous les membres ont droit de discuter le travail lu. M. Bouillaud se déclare contraire à la conclusion de M. Sédillot, et il demande à la combattre.

M. Dubois (*d'Amiens*) rappelle à l'Académie qu'une commission, dont M. Sédillot fait partie, avait été nommée pour traiter la grande question de la revaccination. Cette commission n'a pas encore fait son rapport. Il serait à désirer qu'elle le fit le plus promptement possible, et que M. Sédiltot communiquât son travail à cette commission. En conséquence, mieux vaudrait remettre la discussion à l'époque du rapport.

M. Double approuve cette manière de voir, mais il croit qu'un membre d'une commission a le droit de lire un travail à part à l'Académie sur le sujet du rapport : il est seul responsable de son œuvre.

M. le président invite M. Chervin à lire un rapport qu'il a à aire.

M. Chervin. J'ai l'honneur de déclarer à MM. les membres du bureau et à l'Académie que je ne ferai jamais de rapport lorsqu'on aura interverti l'ordre du jour, comme on l'a fait aujourd'hui. Il est dans les réglemens que les rapports seront appelés les premiers ; il n'y a que dix minutes pour la clôture de la séance ; je ne puis lire mon rapport.

M. Nonat lit les conclusions d'un travail relatif à l'emploi du sulfate de quinine conjointement avec les ventouses scarifiées dans le traitement des fièvres intermittentes. L'auteur arrive à cette conclusion : que l'intervention des ventouses scarifiées, surtout lorsqu'il y a maladie à la rate, permet de diminuer considérablement la quantité de sulfate de quinine pour en obtenir la cure : de petites doses de ce sel suffisent alors.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Bousquet, relatif aux nouveaux membres correspondans nationaux à nommer. Une liste de trente noms a été présentée par la commission pour être adoptée ; mais il paraîtrait que le rapport de M. Bousquet a soulevé un orage de réclamations et pour le fond et pour la forme ; il n'a point été approuvé et a été renvoyé à la même commission pour être refait.

— Les élèves en phrénologie de New-York ont fait hommage au docteur George Combe d'un élégant vase en argent de la valeur de cinq cents dollars, pour ses excellentes leçons sur la science de Gall. (*The medical Times.*)

— Dans une affaire portée le 24 avril devant le tribunal de police correctionnelle de Tours, le nommé Deletang, accusé d'exercice illégal de la médecine, a produit le certificat suivant.

« Le maire de la commune de Saint-Genouph soussigné *sertifie à tout ce qui perthiendra*, que le *nomé Deletamps*, vétérinaire, *ma* traité des chevaux *a ben d'autre*, mais jamais je ne *vux* ni entendu parler qu'il traite *le crethien*. En foi de *coi*, nous maire, etc., etc. *Signé* : GAILLARD. » (*Constitutionnel.*)

— M. Malgaigne, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, reprendra ses leçons cliniques sur les hernies à l'amphithéâtre de l'administration des hôpitaux, le vendredi 8 mai, et les continuera les lundis et vendredis.

La visite des hernies aura lieu de 11 heures à une heure au bureau central ; la leçon de une heure à deux dans l'amphithéâtre.

---

(1) Le principe que M. Moreau a essayé de faire adopter, a une source que peu de personnes ont peut-être comprise. Cette source, la voici : On se rappelle combien M. Orfila a été dernièrement contrarié de se voir contredit en pleine séance par plusieurs membres, entr'autres, par M. Cornac, relativement à l'absorption du tartre stibié. Des reproches occultes ont, dit-on, été adressés à M. Bally, président, pour avoir permis une discussion qui a jeté le doute sur les déductions de M. Orfila, et dissipé le prestige dont son auteur avait su s'entourer. Aujourd'hui, M. Moreau aurait voulu préparer au doyen un plus sûr avenir !!

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 9 MAI 1840. (13e ANNÉE.) N° 55, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5[illegible]

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lugol.

Conférences cliniques sur les maladies scrofuleuses.
(Séance d'ouverture.)

Une indisposition récente n'ayant pas permis à M. Lugol de commencer hier ses visites au lit des malades, ce médecin y a suppléé en faisant successivement passer sous les yeux des élèves la presque totalité des malades du service.

Dans les conférences que nous allons ouvrir aujourd'hui, a dit ensuite M. Lugol, je m'attacherai principalement à vous faire connaître les maladies scrofuleuses le plus généralement répandues. C'est à elles, en effet, que vous aurez affaire le plus souvent dans la pratique ; et les cas rares, sans être négligés, n'appelleront que secondairement notre attention.

La scrofule, Messieurs, est une maladie tellement répandue et si commune, qu'elle constitue une véritable variété de l'espèce humaine. Mais cette variété peut elle-même présenter un grand nombre de formes, attaquer un grand nombre d'organes. Le premier comme le dernier peuvent être portés tellement loin, que si je n'avais pas sous la main les faits mêmes à vous présenter, je ne vous parlerais pas de ces exemples communs et vulgaires si nombreux.

Nous consacrerons donc la conférence d'aujourd'hui à vous faire examiner toutes les formes et toutes les variétés possibles de la scrofule, afin que vous puissiez profiter par la suite de nos conférences quand vous serez assez familiarisés avec elles et avec le langage scientifique.

Scrofule tuberculeuse. Lorsque vous entrez dans une salle de scrofuleux, vous voyez des malades qui portent des tumeurs extérieures plus ou moins volumineuses. Ces tumeurs sont, pour la plupart, des tubercules. 1er exemple : voyez cet enfant, il est atteint de scrofule tuberculeuse, ou représentée par des tubercules développés à la région cervicale. 2e exemple : ici vous trouvez des tumeurs comme dans le cas précédent; mais en outre, il y en a qui sont en pleine suppuration, et plus loin vous observerez l'ulcération de la peau sans tubercules. 3e exemple : tubercule cutané: c'est-à-dire cas analogue au précédent, puisqu'ici également la peau est altérée par elle-même. 4e exemple : tubercule scrofuleux ulcéré. 5e exemple : cas analogue au précédent, mais avec complication de scrofule cutanée. 6e exemple : voici bien, Messieurs, ce que l'on nomme généralement le faciès scrofuleux. Dans ce faciès, qui existe lorsque la peau et la face sont prises simultanément, avec les tumeurs scrofuleuses représentées par des tubercules, l'on observe souvent l'ophthalmie scrofuleuse ; de plus, le gonflement de la face et des lèvres, qui présentent une coloration particulière. 7e exemple : tubercules scrofuleux cervicaux présentant ceci de particulier, que l'ophthalmie très prononcée qui existe s'est développée antérieurement à la formation des tumeurs. 8e exemple : tubercules presqu'entièrement suppurés ; cependant la base présente une dureté qui indique que l'ouverture doit encore être retardée. 9e exemple : enfin, vous pensez bien, Messieurs, que la scrofule étant une maladie générale dont le tubercule est une des nombreuses manifestations, vous pensez bien, dis-je, que les ganglions cervicaux ne jouissent pas exclusivement du funeste privilége d'en devenir le siége, et que ceux des autres régions y sont également exposés. Voici un exemple de tubercule axillaire. Bientôt nous aurons probablement l'occasion de vous en faire voir aux aines et dans d'autres régions encore.

Voilà ce que c'est que le tubercule scrofuleux, ou la scrofule tuberculeuse. Les énormes tumeurs que vous remarquez au cou de quelques-uns de nos malades vous représentent toujours la même maladie, et la différence de grosseur de ces tumeurs, dont chacune résulte d'un agrégat de tubercules, varie en raison du nombre de ceux-ci.

Le tubercule est le véritable type de la scrofule ; et c'est ce type que vous devrez toujours avoir présent à l'esprit lorsque nous étudierons la scrofule siégeant ailleurs que dans les régions extérieures, et dans les différens organes. Vous voyez le tubercule ramolli que cet enfant porte au cou ; eh bien ! si son siége était dans le poumon, il constituerait une vomique. Au fond, la maladie est toujours la même. Dans les leçons suivantes, nous accorderons à ce sujet tout le développement qu'il mérite.

Nous regrettons de ne pouvoir vous offrir aujourd'hui aucun exemple de *scrofule catarrhale*, il n'y en a pas dans le service dans ce moment ; mais pendant que nous nous livrerons à l'étude des scrofules cutanées, il en viendra sans doute.

Scrofule cutanée. Souvent la scrofule affecte particulièrement la peau : passons donc à l'examen de quelques cas de tubercules cutanés. 1er exemple : cette lèvre que vous voyez aussi volumineuse est le siége de tubercules scrofuleuses cutanées ; eh bien ! ce que vous remarquez à la lèvre peut exister sur tous les points de la peau. 2e et 3e exemples : au milieu des conditions que vous avez observées chez le précédent malade, la peau vient parfois à s'ulcérer ; c'est le cas que vous présentent ces deux malades. 4e exemple : quand à l'ulcération de la peau succède la cicatrisation, la cicatrice est très résistante. Il y a cinq ans que j'ai guéri d'une scrofule cutanée le malade que je vous présente, et vous voyez que la cicatrice se maintient au milieu même d'une légère recrudescence qui a eu lieu derrière l'oreille. La scrofule cutanée peut envahir toute la face. 5e exemple : vous en avez la preuve dans ce malade, qui présente ce que l'on appelle vulgairement la figure de la souris. 6e exemple : ici l'ulcération, en s'étendant de la peau aux parties sub-jacentes, a attaqué le vomer, et porte éminemment le cachet syphilitique.

Scrofule celluleuse. Il est des scrofuleux qui ont des abcès, quand c'est sur l'élément cellulaire que porte la scrofule ; comme il y en a qui ont des ophthalmies quand ce sont les membranes muqueuses qui sont affectées. Chez les scrofuleux dont la scrofule se manifeste sur le tissu cellulaire, celui-ci entre en fluxion, et dès-lors des abcès se forment dont le nombre est parfois pour ainsi dire infini. Voici un jeune homme qui porte un de ces abcès à la région postérieure du cou, et qui, comme vous voyez, est énorme ; nous en pratiquerons bientôt l'ouverture devant vous, et aussitôt après, nous pousserons l'injection iodée dans l'intérieur du foyer ; pratique que nous avons mise en usage en 1827 pour la première fois, et qui depuis a été imitée par beaucoup de personnes qui ne m'en ont pas toujours attribué la priorité.

Nous agirons à l'égard de ce malade comme nous l'avons fait pour Eloi Macaire, qui portait un vaste abcès en forme de bisac. L'injection iodée fut faite, et quinze jours après le sac était déjà adhérent.

Scrofule osseuse. Il est encore un autre aspect que la scrofule prend bien souvent et qui donne lieu à des accidens graves. En effet, elle peut affecter les os comme le tissu cellulaire, et il est de malheureux malades dont tout le système osseux est atteint de carie. Mais quel que soit d'ailleurs le siége de cette dernière, elle n'en présente pas moins partout les mêmes phénomènes, les symptômes, les accidens, et tout, en un mot, se passe comme dans les autres formes de la scrofule ; mais ici on a occasion bien fréquemment d'observer des phénomènes paralytiques ou de compression exercée par le pus qui constitue fréquemment des abcès par congestion.

Cependant la carie scrofuleuse est toujours la même, quelle que soit d'ailleurs la partie du système osseux sur laquelle elle siége ; et lorsque vous avez fait l'histoire de la carie d'une phalange, vous vous trouvez avoir fait également celle de la luxation spontanée du fémur. 1er exemple : Spina-ventosa de la seconde phalange du doigt indicateur. 2e exemple : Tumeur blanche commençante du coude. 3e exemple : Tumeur blanche du coude, avec fistules. 4e exemple : Tumeur blanche des os du métatarse. 5e exemple : Cas limitrophe dans lequel il n'est pas bien démontré encore si l'on a affaire à une scrofule celluleuse ou à une scrofule osseuse.

Voilà les malades que j'avais à vous faire voir, et les choses que j'avais à vous dire, pour vous initier à l'étude des maladies qui vont faire le sujet de nos conférences : cette séance préparatoire, en vous familiarisant avec les noms et avec le fait, vous mettra à même de profiter plus largement de ce que vous verrez et entendrez par la suite. Maintenant, il faut bien vous pénétrer d'une chose ; savoir : que la classification que nous venons d'établir n'est faite que pour faciliter l'étude de la scrofule. Vous ne de-

FEUILLETON.

UNE VISITE A LA LAITERIE POINSOT.

(Rue de Chabrol, 28.)

Il est peu de substances qui soient plus immédiatement utiles à l'homme que le lait. C'est son aliment le plus naturel et le plus généralement répandu, et celui de tous les peuples de la terre. Le lait, qui constitue notre première nourriture, est bien souvent aussi notre dernier soutien.

Mais ce ne sont pas seulement les extrêmes de la vie qui ressentent les bienfaits du lait, et tous les âges sont également appelés à en jouir. Il entrait tellement dans l'ordre éternellement établi que l'homme dût principalement se nourrir du lait, que, sous toutes les latitudes, on trouve des animaux qui lui fournissent avec prodigalité cet aliment délicieux. Le renne en Laponie, le dromadaire et le chameau en Egypte et en Syrie, etc., enfin, la vache, la brebis, la chèvre et l'ânesse dans tous les pays tempérés des deux continens, mais particulièrement en Europe, fournissent à l'homme leur lait en abondance.

Si, parmi les mammifères, il en est qui méritent au suprême degré l'intérêt et la sympathie de l'homme, ce sont assurément les ruminans, qui, tout en le nourrissant de leur lait, lui rendent encore d'autres services non moins importans peut-être.

Nulle part cependant le besoin du bon lait ne se fait plus fortement sentir qu'au sein des grandes cités; il est le correctif par excellence de cette foule d'incommodités (affections vaporeuses et nerveuses) presque particulièresaux grands et aux riches, aux constitutions dégénérées par le luxe.

Les médecins savent, en effet, combien il serait difficile de se dispenser de prescrire l'usage du lait dans la pratique de la médecine chez cette classe de la société que l'on est convenu d'appeler le grand monde...

Ce besoin si étendu des grandes villes devait nécessairement donner naissance à des établissemens spéciaux appelés improprement *laiteries*, dirigés par des *nourrisseurs* de la capacité desquels dépendent le mérite et la vogue de ces établissemens. En effet, les animaux élevés par les nourrisseurs réclament une infinité de soins qui sont d'autant plus nécessaires au sein des grandes villes, qu'ils s'y trouvent d'ordinaire privés de la nourriture qu'ils se procurent eux-mêmes naturellement dans les campagnes lorsqu'ils paissent librement ; privation à laquelle on ne peut pas toujours remédier, même avec les plus fortes dépenses.

Les laiteries ne font pas défaut dans Paris ; nous en avons visité plusieurs, mais nous en avons rencontré bien peu à qui on ne pût adresser quelque reproche. La visite que nous avons faite à l'établissement de M. Poinsot nous a procuré trop de plaisir et d'intérêt pour que nous n'en fassions pas connaître les résultats à nos confrères, qui n'ignorent pas, sans doute, combien le médecin doit se trouver heureux d'avoir sous sa main un nourrisseur intelligent, capable de le comprendre et de l'aider même parfois de ses conseils.

Nous commencerons la description de l'établissement par le personnel animal, en procédant des ruminans vers les gallinacés. C'est le 1er mai que je me rendis à la laiterie de M. Poinsot, en compagnie de mon ami A. R. Le directeur, qui nous attendait pour nous faire visiter depuis la salle d'accouchement de mesdames les ânesses jusqu'à leur appartement de sevrage, nous reçut, comme il reçoit tous les médecins qui veulent bien visiter sa laiterie, c'est-à-dire le mieux du monde.

La catégorie d'animaux *nourriciers* qui reçut notre première visite furent les vaches. En tête est une superbe génisse, dont les cornes, portées avec orgueil, ajoutaient à sa majesté, et dans laquelle il semblait y avoir plus de fierté et de malice que d'innocence. « C'est Françoise, me dit M. Poinsot, la reine du troupeau ; elle n'a que vingt huit mois, n'a point encore vêlé, et est originaire du canton de Fribourg. »

Au demeurant, Françoise est réellement reine, et reine plus fortunée que ne l'était la superbe Marguerite d'Anjou, puisque Françoise a un mari aussi beau que le beau taureau blanc de la princesse Amaside.

M. François est en effet un superbe taureau âgé de vingt six mois, originaire du canton de Berne, et sorti il y a peu de temps des magnifiques étables de Sanoy, appartenantes à M. Magendie. Il a sailli madame son épouse pour la première fois il y a environ deux mois, et M. Poinsot se promet par cette conjonction royale de perpétuer chez lui une race si remarquable pour sa beauté.

La reine Françoise était suivie d'une trentaine de dames d'honneur plus ou moins élégantes, plus ou moins majestueuses, parmi lesquelles nous avons remarqué plusieurs flamandes, qui sont, comme on sait, les meilleures laitières ; des hollandaises qui viennent immédiatement après, par ordre de mérite, et enfin quelques normandes, et notamment une Cotentinoise, ou du pays de Caux, fort renommé, soit dit en passant, pour la beauté des femmes.

Il était déjà neuf heures du matin ; c'est l'heure où les ânesses qui ont été au sein de Paris nourrir de leur sève une foule de petites maîtresses plus ou moins vaporeuses, quelques poitrinaires d'imagination, et bon nombre de malades réels, rentrent à l'établissement apporter le reste du produit de leurs mamelles aux petits ânons, qui manifestaient déjà leur impatience par des braiemens répétés, et s'amusaient, en attendant et faute de mieux, à sucer et à mordre nos doigts, que nous leur prêtions complaisamment. Ce fut une des scènes les plus burlesques que celle de ces petits ânes démêlant leurs mères au milieu du troupeau, sans se tromper, comme vous le pensez bien, et se jetant avec avidité sur le pis. Chaque ânesse s'arrêta dès que son ânon l'eut reconnue ; et on les voyait couvrir leur fruit de ces petites manières calines, de ces caresses que la tendresse seule d'une mère peut inventer.

Le moment était arrivé d'inspecter les habitations de la population quadrupède, qui consistait principalement en étables pour les vaches, étables pour les ânesses et leurs ânons, étables enfin pour les chèvres, dont nous parlerons bientôt.

On sait généralement que l'une des circonstances défavorables qui fait que le lait de la plupart des nourrisseurs de Paris est inférieur à celui de nos campagnes, consiste dans la mauvaise disposition des étables; leur défaut d'air, l'insuffisance des soins que les animaux réclament, et qui sont d'autant plus nombreux que, par le fait même de leur changement de lieu, leur hygiène demande à être totalement changée, et enfin l'insuffisance de propreté et principalement de litière fraiche. Nous pouvons certifier qu'aucun de ces inconvéniens ne se rencontre dans l'établissement de M. Poinsot. Disons d'abord que ce nourrisseur possède du côté de Saint-Denis une vaste prairie qui le met à l'abri de la disette d'herbe pendant une partie de l'année ; aussi nous a-t-il fait voir une bonne quantité d'herbe de près de trois pieds de longueur, provenant de son bien, et qui était restée de la veille.

Pour ce qui concerne les étables, nous pouvons dire qu'elles réunissent les conditions voulues, et à cet égard nous devons entrer dans quelques détails. L'étable destinée aux vaches a 52 pieds de long sur 25 de large et 9 de haut ; elle cube 11,700 pieds et est divisée pour recevoir 20 vaches, ce qui donne pour chaque vaches 58 pieds cubes d'air. Cette étable servirait, pour d'autres nourrisseurs, à placer de 30 à 32 vaches. L'étable a son entrée dans la partie moyenne, par une porte occupant toute la hauteur ; neuf croisées sont ouvertes sur le pourtour ; les murs sont

vez jamais perdre de vue que dans toutes les formes que nous venons de vous exposer, la maladie reste toujours la même ; et que si chez l'un elle affecte de préférence la forme tuberculeuse, chez l'autre la forme celluleuse, cela tient uniquement à des conditions individuelles. Un argument qui démontre cette manière de voir, c'est qu'il est des malades qui présentent successivement ou simultanément plusieurs formes. Je vous ferai noter une chose, cependant ; savoir : que chez les scrofuleux ce n'est jamais la carie osseuse qui débute, et qu'elle est constamment précédée par d'autres formes. Voyez cet enfant : il a d'abord eu des poux, puis des vers intestinaux, et enfin des tubercules au cou. Dans cet état de choses il a été attaqué de la rougeole, qui a été très grave ; c'est elle, au dire de ses parens, qui lui a laissé l'ophthalmie scrofuleuse dont vous le voyez atteint, et enfin la carie s'est déclarée.

Ce serait commettre une erreur que de croire, avec les parens, que c'est la rougeole qui a provoqué l'apparition de l'ophthalmie actuellement existante ; c'est le génie scrofuleux qui préexistait qui y a présidé. La rougeole de cet enfant a été mauvaise, nous a-t-on dit ; nous n'avons pas de peine à le croire, car elle a pris un élément de gravité de plus dans la constitution scrofuleuse du sujet.

On vous enseigne dans certains livres que la rougeole est une affection très grave et fréquemment mortelle. Cela est incontestable : mais croyez bien que cette affection ne se vérifie en général qu'à l'égard des sujets scrofuleux ; sans cela, où en serait l'humanité si la rougeole sporadique était mortelle ? J'en excepte bien entendu les épidémies morbilleuses, car elles sont généralement dominées par un génie particulier qui les rend parfois très graves. Mais, je le répète, ce qui constitue fréquemment la gravité de la rougeole sporadique, c'est la complication de la scrofule.

On comprend très bien l'unité de toutes les maladies que nous avons passées en revue lorsque l'on remonte à la source de chacune d'elles. Et que trouve-t-on alors ? c'est qu'elles ont une origine commune, laquelle réside dans la santé des parens. En d'autres termes, c'est l'hérédité, qui a ses lois, lois que nous aurons à examiner par la suite. Alors nous aurons à étudier la santé originaire ou acquise des parens ascendans.

L'influence de l'hérédité est tellement constante, que l'on peut assurer qu'elle existe lors même qu'elle n'est pourtant pas apparente. Ce qui met encore hors de doute cette vérité, à laquelle je ne connais pas une seule exception, c'est que des parens bien portans n'ont jamais donné naissance à des enfans scrofuleux.

Les conséquences relatives à l'hérédité sont surtout immanquables à l'égard des tubercules, lors principalement que les funestes antécédens existent du côté paternel.

Qu'il me suffise aujourd'hui de ces quelques notions préliminaires et de vous avoir familiarisés avec la maladie, ainsi qu'avec son langage, en vous traçant le simple dessin linéaire de la scrofule.

Nous commencerons jeudi prochain l'étude du tubercule scrofuleux. K.....

HOPITAL NECKER. — M. Civiale.

Abcès à la face antérieure de la vessie.

Il n'est pas très rare que des abcès surviennent à la face antérieure de la vessie, soit dans l'épaisseur même des parois du viscère, soit à l'intérieur.

Ces abcès peuvent avoir lieu et chez les calculeux, et chez les personnes qui n'ont point la pierre. M. Civiale en rapporte plusieurs cas dans ses ouvrages. Nous allons en faire connaître deux nouveaux qui se sont offerts, il y a peu de temps, dans le service des calculeux, et dont M. Civiale a rappelé les principaux faits dans sa dernière conférence. En les rapprochant l'un de l'autre, il a présenté quelques observations pratiques pleines d'intérêt que nous reproduirons en abrégé.

Le premier point important est relatif à l'existence même de ces abcès. En effet, on les a souvent méconnus, ce qui a entraîné de graves méprises : soit qu'on les ait pris pour la vessie distendue par l'urine ; soit qu'on ait laissé filtrer le pus derrière les pubis, où il a formé des clapiers considérables ; soit enfin que l'abcès, ayant été négligé ou non reconnu, le pus se soit épanché dans la cavité abdominale. Donc, toutes les fois qu'une tumeur se prononce à la région hypogastrique, il faut agir avec plus de circonspection qu'on ne le fait généralement. Mais alors qu'on est parvenu à constater l'existence d'une collection purulente, l'on n'est point encore fixé sur ce qui concerne le diagnostic.

Il est effectivement du plus grand intérêt de distinguer les abcès qui ont lieu dans l'épaisseur même des parois vésicales, de ceux qui sont la conséquence de l'accumulation du pus dans une cellule ; car il arrive quelquefois aux cellules vésicales de s'enflammer, et le produit de cette inflammation, au lieu de s'échapper par la vessie, comme il le fait presque toujours, peut s'accumuler dans le lieu de la formation, s'épaissir, et constituer une collection qui s'ouvre dans la cavité abdominale.

Le second des cas que nous allons rapporter en offre un exemple, tandis que le premier en est un d'abcès dans les parois vésicales.

La tumeur diffère dans l'un et l'autre cas. Lorsqu'il s'agit d'une cellule, elle est plus circonscrite, plus arrondie, plus saillante ; dans l'autre cas, elle est plus évasée, plus large, et gagne en étendue ce qui lui manque en élévation. La disposition des fibres musculaires de la vessie explique très bien cette dernière particularité. C'est ordinairement entre les deux plans musculeux que l'abcès se développe ; il y a alors séparation, écartement de ces deux plans dans une étendue proportionnée à la quantité du liquide. Dans le cas que nous a montré M. Civiale, la tumeur faisait peu de saillie, mais elle était très large, et occupait les deux tiers de la région hypogastrique. Sa surface était très uniforme, mais dure dans toute son étendue. A mesure que le mal fait des progrès, on remarque du ramollissement. La fluctuation peut être reconnue, mais d'une manière tellement vague, que si l'on avait été réduit à ce seul signe, il eût été imprudent de prendre une détermination.

Voici ces deux faits, sur le premier desquels nous appelons surtout l'attention, parce que la conduite qu'a suivie M. Civiale peut servir de guide en pareille circonstance.

Un homme adulte, de bonne constitution, mais fort irritable, éprouvait depuis quelque temps tous les symptômes rationnels de la pierre. L'existence d'un corps étranger dans la vessie ayant été constatée, il se fit admettre à l'hôpital Necker. M. Civiale, après l'avoir soumis au traitement préparatoire qu'il a coutume d'employer, procéda à la destruction du calcul, d'abord avec un lithoclaste fenêtré, puis avec un instrument à mors plats. Les premières séances furent suivies de la sortie d'une grande quantité de débris, mais des fragmens d'un certain volume s'arrêtèrent dans la partie membraneuse de l'urètre, d'où il fallut extraire les uns et repousser les autres vers la vessie. Leur séjour et les manœuvres qu'ils rendirent nécessaires causèrent de la douleur et un agacement général, avec quelques accès de fièvre. Ces accidens cédèrent à un traitement méthodique. On se disposait à reprendre le broiement de la pierre, quand le malade accusa une douleur vague et profonde à l'hypogastre. En palpant cette région, on découvrit une induration très étendue, surtout vers l'aine droite ; il y avait aussi un léger gonflement, mais la douleur était peu prononcée, et la pression ne causait pas les besoins d'uriner qu'elle provoque quand la tumeur résulte de la plénitude de la vessie. Pour en déterminer la nature, M. Civiale s'y prit de la manière suivante : il introduisit une sonde, par laquelle ne s'écoula qu'une petite quantité d'urine, sans qu'aucun changement manifeste dans la tumeur hypogastrique : celle-ci ne tenait donc pas à une accumulation d'urine, puisque le réservoir avait été vidé. On injecta alors de l'eau dans la vessie, de manière à la distendre et à pouvoir en explorer toute la face antérieure au moyen d'une sonde à courbure prononcée. Rien d'anormal ne fut non plus découvert ainsi. La distension de la poche urinaire rendait seulement la tumeur plus saillante, mais sans rien changer à sa forme. Dès-lors il demeura constant que celle-ci résultait d'un épaississement des parois vésicales ou des tissus qui recouvrent le viscère. Mais ces derniers tissus n'offraient aucune trace de lésion. On n'apercevait ni rougeur, ni tension, ni douleur, ni tuméfaction en dehors de l'aponévrose abdominale. Le mal avait donc son siége plus profondément ; tout portait à croire qu'il affectait la vessie elle-même, et que les parois de cet organe étaient envahies par un abcès.

Tel fut le diagnostic qu'établit M. Civiale sous la réserve de modifications que pourraient apporter d'ultérieures recherches. Mais nous eûmes bientôt la preuve qu'il avait bien jugé la maladie. La tumeur augmenta dans tous les sens, en étendue comme en élévation ; il se manifesta de la douleur, et une sorte de fluctuation se fit sentir. Une fois bien fixé sur la nature du mal, M. Civiale pensa qu'il était urgent d'ouvrir une voie large et facile au liquide avant, pour ainsi dire, que le dépôt se fût formé. On fit donc à la région hypogastrique, sur la ligne médiane, une incision large et profonde, comme s'il eût été question de pratiquer la cystotomie sus-pubienne pour une petite pierre. Il ne s'écoula que du sang et quelques filets de pus ; la suppuration ne parut pas davantage le lendemain et les jours suivans. On se contenta de mettre de la charpie dans la plaie et des cataplasmes sur la tumeur. Quoique celle-ci n'eût point changé, le malade éprouvait un grand soulagement, de sorte qu'il résolut de quitter l'hôpital. Mais à peine était-il monté en voiture qu'une quantité énorme de pus s'écoula par la plaie ; la tumeur s'affaissa, en même temps qu'elle diminua d'étendue et de dureté ; la suppuration se tarit après avoir duré plusieurs jours ; et quand le malade rentra dans le service des calculeux au bout d'un mois, la paroi antérieure de l'abdomen était aussi souple que s'il n'y avait point eu d'abcès ; il ne restait qu'une cicatrice assez large, mais beaucoup moins profonde qu'après la cystotomie. L'urine n'éprouva aucune altération notable ni pendant ni après la formation et le développement de la congestion purulente. Le traitement de la pierre par la lithotritie fut repris ; et le malade supporta très bien les quatre petites séances qui furent nécessaires pour détruire ce corps. Deux explorations procurèrent la certitude que la vessie était entièrement débarrassée. Le malade sortit enfin dans un état de santé parfaite.

---

revêtus de plâtre, et blanchis à la chaux vive tous les ans ; le sol est pavé, et les jointures sont remplies de ciment romain, pour que les urines ne puissent pénétrer dans le sol, s'y corrompre et infecter l'air : un courant d'eau lave les ruisseaux et entraîne les urines. La partie supérieure est en bois, mais ce bois est blanchi à la chaux : dans ce plancher, on a pratiqué cinq ventilateurs ou cheminées qui servent au renouvellement de l'air. Un thermomètre placé dans la vacherie permet de maintenir la température à 15 degrés, une température supérieure étant nuisible à la santé des vaches ; cette température *pousse*, il est vrai, *les vaches au lait*, mais aux dépens de leur santé, et quelques nourrisseurs s'inquiètent peu de la santé de leurs vaches.

Les ânesses sont divisées en six écuries ; la première est destinée aux ânesses dont le lait est vieux ; la deuxième aux ânesses dont le lait est jeune ; la troisième aux ânesses qui sont sévrées ; la quatrième aux ânesses pleines ; la cinquième aux ânesses qui sont près de mettre bas, et qui doivent rester un certain temps avant d'être réunies aux autres ; la sixième enfin est affectée aux ânesses qui doivent recevoir une nourriture particulière, ou être médicamentées selon la demande des médecins.

Outre ces étables, il en est d'autres destinées à recevoir les vaches qui seraient malades, ou qui seraient mises à un régime particulier.

Enfin, diverses pièces reçoivent des chèvres et d'autres animaux, selon les besoins de l'établissement.

Un artiste vétérinaire, M. Tassi, est spécialement attaché aux bestiaux.

Une pharmacie assez bien fournie, et renfermant les principales substances, existe dans l'établissement. A côté est un coupe-racines destiné à préparer ces substances, de manière à épargner aux ânesses une mastication fatigante et parfois dangereuse ; car on en a vu s'étrangler sans cette précaution.

Au-dessous est une immense cave pouvant contenir 500 mille livres pesant de betteraves, ce qui suffit aux besoins pendant l'hiver, et selon les désirs des médecins qui se sont presque tous accordés cette année à prescrire cette substance de préférence aux carottes ; les betteraves offrent le double avantage de se conserver mieux et de fournir une nourriture plus substantielle.

A l'égard des autres soins que M. Poinsot prodigue à ses animaux, nous dirons que, pour ce qui concerne la nourriture, ils sont réglés ainsi qu'il suit :

Du 1er novembre au 1er mai, le matin à quatre heures et demie, on nettoie l'étable, on enlève le fumier ; on lave à grande eau, à l'aide d'eau courante fournie par une concession de la ville ; on balaie, on fait une nouvelle litière aux vaches, et on leur donne de la nourriture dans les proportions suivantes : Son, 3 kilogrammes ; ce son est mangé pendant la *traite*. On leur donne ensuite 8 à 9 kilogrammes de betteraves, une demi-botte de fourrage regain ou trèfle (3 kilogrammes) ; on met devant elles de la paille (6 kilogram.). On les laisse en repos jusqu'à quatre heures du soir : alors, on leur donne comme le matin, une quantité de son, et on fait la *traite* pendant qu'elles le mangent ; on leur donne ensuite la même quantité de nourriture que celle donnée pendant la journée : de façon qu'une vache consomme :

Son,	6 kilogrammes.
Betteraves,	17 à 18 kilog.
Foin,	6 kilog.
Paille,	6 kilog.
Total :	35 à 36 kilog.

Les vaches boivent, en outre, de deux et demi à trois seaux d'eau chaque jour.

Du 1er mai au 1er novembre, le nettoyage se fait à trois heures et demie du matin ; mais la nourriture change en partie, de façon qu'une vache consomme à cette époque, dans un jour :

Son,	6 kilogrammes.
Herbe,	45 à 50 kilog.
Paille,	6 kilog.

Les renseignemens sur les quantités de lait fournies par les vaches selon qu'elles sont nourries au sec ou au vert, sont les suivans :

Les vaches qui sont nourries au sec et qui fournissent quatre pintes de lait (la pinte correspond à deux litres) n'en donnent plus autant lorsqu'on les met à la nourriture verte ; cette diminution dans la quantité du lait se fait remarquer pendant les deux premiers jours ; elle est d'environ une demi-pinte. Après ce laps de temps le lait revient et il est même plus abondant, de façon que la vache qui fournissait quatre pintes et demie, en donne cinq pintes ; cette augmentation dure pendant trois à quatre mois. Ces changemens dans la quantité de lait fourni en moins, se font remarquer chaque fois que l'on change leur nourriture. Les vaches qui fournissent cinq pintes de lait, en fournissent ensuite moins : trois à quatre pintes seulement. Puis elles demandent le taureau. Quand elles ont été saillies et qu'elles retiennent, elles portent neuf mois. Pendant ce laps de temps, elles sont quelquefois trois mois sans rien rapporter ; mais aussitôt qu'elles *mettent bas*, elles donnent du lait en plus grande abondance : de sept à neuf pintes. Cette abondance de lait dure ordinairement de trois à quatre mois ; ensuite la quantité fournie retombe à quatre et cinq pintes, ce qui dure jusqu'à ce que la vache *entre en chasse*. Les vaches présentent toutes ces variations pendant trois à quatre ans. Plus tard, elles prennent *de l'état*, deviennent grasses et bonnes à être vendues au boucher.

Les vaches, en prenant de l'état, perdent successivement pour la quantité de lait qu'elles fournissent, quantité qui se réduit quelquefois à une ou deux pintes.

Les soins donnés aux ânesses et aux chèvres, sont les suivans :

Les ânesses sont étrillées tous les matins avant d'être menées en ville. Quand elles sont au régime sec, on leur fait faire trois repas par jour : le premier à neuf heures du matin ; le second à trois heures de l'après-midi ; le troisième à neuf heures du soir. Le premier de ces repas se compose de luzerne et de paille de blé ; le deuxième, de carottes ou betteraves et de paille d'avoine ; le troisième, de regain, de son, de paille de blé.

Quand elles sont au vert, elles ont de l'herbe fauchée dans les prés, de la luzerne ou du seigle, et trois repas de paille. Au repas du soir on leur donne du son. La quantité du son a été souvent augmentée d'après la demande de plusieurs médecins.

La quantité de nourriture donnée par jour à chaque ânesse se résume donc ainsi :

AU SEC.

Luzerne,	6 kilogrammes.
Paille,	6 kilog.
Carottes ou betteraves,	5 kilog.
Son,	1 kilog.

AU VERT.

Herbe,	20 kilogrammes.
Paille,	6 kilog.
Son,	1 kilog.

Il est difficile de savoir combien une ânesse peut donner de lait, par la raison qu'elle en retient toujours pour son ânon. On a observé qu'une ânesse qui était privée de son petit à dix heures du soir, pour avoir le lendemain matin du lait pour le service, ne donnait par la traite que le lait qui était contenu dans le pis (environ une tasse). Lorsqu'on lui rendait son petit, elle

Il s'en faut que l'issue soit toujours aussi heureuse. Dans le cas suivant, remarquable sous plus d'un rapport, la maladie se termina par la mort.

Le 6 mars, fut admis à Necker un homme âgé de cinquante-huit ans, exerçant la profession de tonnelier. Cinq mois auparavant, cet homme, qui jusqu'alors avait joui d'une assez bonne santé, s'était avisé de boire de l'eau très froide, étant en sueur. Il fut pri sur-le-champ de fortes coliques qui cédèrent néanmoinss au repos et à la diète. Mais, depuis lors, les envies d'uriner devinrent très fréquentes, et chaque émission laissait à sa suite de vives douleurs tant au col de la vessie que dans toute la région hypogastrique. Le malade en éprouvait aussi dans les reins. Un médecin qu'il consulta lui fit établir au-devant du pubis un séton qui, ne produisant aucun effet, fut supprimé dix jours après.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, il y avait faiblesse générale, peu d'appétit, langue blanche, urines très fréquentes, chargées de mucosités et rougissant à peine le papier de tournesol ; douleurs vives dans la vessie, le bas-ventre et la région lombaire. Le cathétérisme n'ayant rien fait découvrir, M. Civiale prépara le malade à une exploration plus complète par des boissons diurétiques, des bains, des lavemens émolliens et l'introduction de bougies molles dans l'urètre.

Quatre jours après l'admission, les douleurs du bas-ventre augmentèrent, et il se manifesta un léger accès de fièvre. On suspendit l'usage des bougies, et l'on prescrivit la diète et des cataplasmes laudanisés sur les parties douloureuses. Le lendemain, 11 mars, le malade fut pris d'envies très intenses d'uriner, qu'il ne put satisfaire et qu'accompagnaient de fortes contractions des muscles abdominaux avec douleur dans le bas-ventre. Une sonde, introduite dans la vessie, n'amena point d'urine, quoiqu'il n'en fût pas sorti spontanément depuis cinq heures. De vives douleurs se faisaient ressentir en même temps dans les reins. Un bain et une potion opiacée procurèrent quelque soulagement. Le 12, le malade était très abattu, et les mêmes symptômes persistaient. Le 13, à huit heures du soir, les envies d'uriner s'étant renouvelées, on introduisit la sonde, qui ne procura la sortie que d'une très petite quantité d'urine trouble et fétide. Le 14, il survint du dévoiement. Le 15, le malade fut pris de hoquet ; il avait le pouls très agité, la langue sèche, la peau couverte de sueur, la respiration gênée, symptômes qui continuèrent les jours suivans ; la faiblesse faisait toujours des progrès. Le 19, il y eut dans la nuit des vomissemens qui se renouvelèrent plusieurs fois ; vers le matin, le malade était constamment assoupi ; les douleurs n'avaient point diminué, non plus que le dévoiement. Le 21, la mort eut lieu.

L'autopsie révéla des désordres aussi graves que multipliés. En ouvrant l'abdomen, on reconnut que la face antérieure de la vessie avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale, au-dessus du pubis, derrière le point où avait été établi un séton. Derrière cette adhérence existait une cavité qui aurait pu loger un très gros œuf de dinde, et qui communiquait avec l'abdomen par une ouverture presque circulaire de trente millimètres de diamètre environ, dont les bords étaient décousus et comme frangés. La cavité elle-même contenait un pus épais, fétide, gris et strié de noir, dont on faisait sortir une plus grande quantité en appuyant sur la vessie. Adjacent à la face postérieure du corps des pubis, cet abcès s'étendait à droite et à gauche, au point de s'engager sous les anneaux inguinaux. La face correspondante au pubis était criblée de trous. On y distinguait plusieurs filamens isolés, disséqués, s'étendant d'un point à l'autre du foyer. Au centre de la partie adjacente à la paroi antérieure de la vessie, on apercevait une ouverture par laquelle l'abcès communiquait avec ce viscère. Cette ouverture était ovale; elle ressemblait à l'orifice d'une d'une cellule. La vessie, ouverte par sa face postérieure, ne laissait découvrir aucun vestige de trigone, de sa saillie prostatique, ni de l'orifice urétral, qu'on ne pût reconnaître qu'après avoir passé une sonde dans l'urètre. Au-dessus de l'orifice urétral se trouvait une dépression notable; on eût dit que la face antérieure et inférieure de la vessie avait essayé de s'engager sous l'arcade pubienne. A la partie supérieure de cette dépression, la face de la vessie était accollée au pubis et jusqu'à la paroi abdominale, avec laquelle elle avait contracté de fortes adhérences. Plus bas que l'orifice interne de l'urètre, dans le point correspondant au rebord postérieur du trigone, on voyait une petite bande ligamenteuse, isolée, détachée vers son milieu et implantée de chaque côté près des orifices des uretères.

Du reste, la face interne de la vessie, de couleur livide, pâle, avec des points noirâtres, était inégale, bosselée, granulée, striée ; elle représentait une vaste surface cancéreuse cicatrisée en une cavité purulente tapissée de végétations. En voyant la pièce isolée, il eût été difficile d'y reconnaître la vessie, dont la face interne et la forme ne conservaient rien de normal. Les parois étaient légèrement hypertrophiées, et la membrane muqueuse, entièrement détruite, laissait voir à nu les faisceaux musculeux.

En prolongeant dans la direction de l'urètre l'incision faite à la face antérieure de la vessie, on divisa le col au-devant duquel existait un autre abcès situé sous l'arcade pubienne et s'étendant jusqu'à la racine des corps caverneux ; au milieu de ce foyer, on voyait la partie spongieuse de l'urètre, qui avait été dénudée, mais seulement sur les côtés à la face supérieure ; car inférieurement elle adhérait à la paroi recto-urétrale. Sous ce rapport, le cas dont il s'agit diffère d'un autre analogue jusqu'à un certain point, que M. Civiale a fait connaître dans son premier volume de son Traité des maladies des organes génito-urinaires. Le second abcès communiquait avec l'urètre par une petite ouverture, et sa surface était comme celle du foyer hypogastrique, granulée, inégale, avec des cordons filamenteux, s'étendant d'un point à un autre en divers sens.

Vers le lobe droit de la prostate, près de la crête urétrale on remarquait une petite ouverture qui fut prise d'abord pour une fausse route incomplète, mais qu'ensuite on reconnut appartenir à un très petit abcès développé dans l'épaisseur de ce lobe. D'ailleurs, rien d'anormal dans le tissu de la glande, qui était plutôt atrophié qu'hypertrophié ; rien non plus dans l'urètre, qui était sain jusqu'à la partie prostatique, où se voyaient quelques granulations et un peu de rougeur.

Le rein droit était sain. Le gauche avait un peu augmenté de volume, et sa face externe présentait une multitude de granulations blanchâtres. Une incision pratiquée dans le sens de sa convexité donna issue à beaucoup de pus blanc et bien lié. Les calices, le bassinet et l'intérieur de l'uretère étaient transformées en une sorte de couenne lardacée, de couleur jaune, et couverts de granulations très rapprochées.

Les poumons, et principalement le droit, adhéraient à la plèvre costale dans une grande partie de leur étendue, et offraient à leur sommet de petits tubercules non ramollis. Le pourtour du pylore était dur et squirrheux ; en arrière il existait une tumeur cancéreuse qui obstruait presque complètement cet orifice. Le péritoine était rouge, contenait une petite quantité de liquide rougeâtre, et présentait plusieurs adhérences. La plus grande partie de la face externe des intestins était rouge. Le bassin et les fosses iliaques contenaient beaucoup de sérosité purulente exhalant une odeur infecte.

Ainsi, ce malade offrait une réunion d'états morbides extrêmement graves, des tubercules pulmonaires, un cancer de l'estomac, des abcès à l'hypogastre et sous l'arcade pubienne, un épanchement d'urine et de pus dans l'abdomen, une péritonite générale et une désorganisation de l'un des reins, sans que, pendant sa vie, on eût observé aucun symptôme propre à les faire soupçonner. Une lésion rénale fut la seule chose dont on eut une idée vague, parce qu'on ne découvrait rien qui rendît compte de l'épuisement du sujet, de sa prostration, de la suppression d'urine, et des hoquets dont il fut atteint à ses derniers momens. Son état général annonçait une mort inévitable; aussi M. Civiale crût-il devoir s'abstenir de faire des explorations qui n'auraient que déterminé des douleurs, sans d'ailleurs apprendre autre chose que l'existence de lésions incurables. C'était un de ces cas où, malgré le défaut de données suffisantes pour asseoir un diagnostic précis, l'ensemble des symptômes qui frappent les yeux fait pressentir le résultat définitif, et où un praticien expérimenté se rangera volontiers du parti de ceux qui pensent que le rôle de simple observateur mérite la préférence.

***

Académie des Sciences. — Séance du 4 mai.

Mémoire sur les plaies sous-cutanées des articulations ; par M. le docteur Jules Guérin.

Dans un précédent mémoire sur les plaies sous cutanées, considérées en général, l'auteur avait cherché à établir que les plaies pratiquées sous la peau et maintenues à l'abri du contact de l'air, sont affranchies de tout travail inflammatoire et ont la propriété de s'organiser immédiatement. De là l'utilité de convertir en opérations sous-cutanées les opérations qu'on avait coutume de pratiquer jusqu'ici en divisant les tégumens. Dans ce second mémoire, M. J. Guérin a eu en vue de montrer, par des expériences sur les animaux et l'homme, que les plaies sous-cutanées des articulations peuvent, comme celles des tendons, des muscles, des aponévroses, du tissu cellulaire, des nerfs et des petits vaisseaux, participer, au moyen de quelques précautions particulières, au bénéfice de l'organisation immédiate.

Expériences sur les animaux. M. Jules Guérin a ouvert successivement sur deux chiens, par la méthode sous-cutanée, les articulations huméro-cubitales, radio-carpiennes, fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes. Dans les cas où ces plaies ont été faites hors du contact de l'air, elles ont guéri immédiatement sans aucune trace d'accidens inflammatoires ; seulement lorsque les articulations ainsi ouvertes ont été laissées libres de leurs mouvemens, il s'est formé autour des plaies des tumeurs synoviales ; mais lorsqu'elles ont été maintenues au repos et dans l'extension permanente, la guérison s'est opérée sans accident aucun. Les plaies pratiquées de manière à permettre l'introduction et le contact permanent de l'air, ont été le siége d'inflammation et de suppuration, proportionnées en étendue et en intensité à l'étendue et à la durée du contact de l'air.

Expériences et opérations chez l'homme. Prenant pour point de départ plusieurs faits fournis par l'observation pathologique, tels que les luxations traumatiques de l'épaule et de la cuisse, dans lesquelles il y a des déchirures plus ou moins considérables sous la peau, des capsules articulaires non suivies d'inflamma-

---

laissait venir le lait, qu'on pouvait alors obtenir par la traite.

Le lait, chez l'ânesse, peut se conserver de cinq à dix mois (moyenne sept mois). Pendant ce temps, il faut que l'ânesse ait son petit ; sans cela elle ne conserverait son lait que très peu de temps. L'ânesse porte de onze à douze mois.

Les ânesses de M. Poinsot, au nombre de cent environ, sont d'ailleurs remarquables par leur beauté. La plupart viennent du Poitou et de la Saintonge ; elles sont d'un prix fort élevé ; quelques-unes ont coûté 400 et 450 fr. Les étalons sont également de belle race ; un d'eux, entre autres, de taille gigantesque, bien fait et plein de vigueur, a 4 pieds 10 pouces ; il est âgé de sept ans et est du prix de 1,200 fr. ; il saillit non-seulement les ânesses et les jumens, mais les vaches. M. Poinsot, sur la demande de MM. Amussat, Magendie, Rayer et plusieurs autres médecins, a fait saillir une vache par cet âne, dans le but de vérifier le fait de Buffon, qui prétend que de cet accouplement naît le jumard : on n'a rien obtenu, mais M. Poinsot se propose de répéter cette expérience plusieurs fois s'il le faut. La vigueur de cet animal est telle, qu'après avoir fait six lieues il a sailli jusqu'à six fois, et est revenu en faisant autant de chemin, sans se fatiguer.

Le lait de chèvre ne peut être pris qu'à partir du mois de mars, parce que cet animal n'entre en chasse que dans le mois d'octobre, et qu'il porte cinq mois. Les chèvres gardent du lait de six à dix mois (moyenne, huit). Leur nourriture est moins réglée, en raison de leurs habitudes de liberté, auxquelles on ne doit pas les soustraire. On les nourrit cependant en leur donnant du son et du fourrage en hiver ; du son et de l'herbe en été.

La chèvre qui n'a pas de liberté perd plus vite son lait que celle qui est libre. L'expérience en a été faite, et l'on a vu que des chèvres tenues en étable n'ont gardé leur lait que cinq mois ; d'autres chèvres, laissées libres, l'ont gardé sept.

Une bonne chèvre peut donner une pinte et demie à deux pintes de lait (trois à quatre litres) dans les deux traites. La chèvre diffère de l'ânesse et se rapproche de la vache, en ce qu'on peut lui retirer son petit. Il est cependant nécessaire de la laisser avec le chevreau jusqu'à ce que le lait soit bon et puisse être vendu.

Ici se borne ce que nous avons à dire sur les animaux de M. Poinsot. Tous les renseignemens qui précèdent nous ont été fournis par lui-même, et nous ne saurions trop faire ressortir le zèle, ou mieux encore l'attrait avec lequel ce nourrisseur se livre à ses occupations. Quoique déjà récompensé par la confiance de médecins distingués, tels que MM. Lisfranc, Pariset, Rayer, Double, Chomel, Guersant, Blache, Emery, Bousquet, etc., etc., il est un dédommagement public qu'on lui doit pour la bonne volonté avec laquelle il a prêté son concours désintéressé toutes les fois qu'il s'est agi d'éclaircir quelque point scientifique. Ainsi, dans une séance de l'Académie, cette compagnie ayant été prévenue qu'une vache portait au pis une éruption semblable au cowpox, l'un des membres, M. Desportes proposa de faire des expériences sur cette éruption, et pour cela de faire l'acquisition d'une vache. M. Poinsot, présent à la séance, fit connaître à M. le président, par M. Pariset, qu'il mettait une ou plusieurs des vaches de ses étables à la disposition de l'Académie. L'offre fut acceptée, des expériences furent faites sur ces vaches, et des remerciemens furent adressés à ce nourrisseur.

Les communications de M. Poinsot ont été fort utiles à MM. A. Chevalier et Ossian Henry, pour la rédaction du mémoire sur la composition du lait, ses modifications et ses altérations, mémoire qui a été inséré dans le Journal de Chimie médicale, de pharmacie et de toxicologie.

Tout le lait qui a servi aux expériences de ces messieurs a été gratuitement fourni par les animaux de M. Poinsot.

Le but de MM. A. Chevallier et Ossian Henry était de diriger leur travail :

1° Sur l'examen analytique et comparatif du lait pris à l'état normal chez la femme et chez différens animaux, en étudiant l'influence que peuvent avoir sur sa composition chimique l'âge des animaux, la nourriture, l'état de fatigue, de maladie, l'époque plus ou moins rapprochée de l'accouchement ou du part.

2° Sur les modifications que produisent dans la nature du lait divers médicamens, divers sels actifs administrés aux animaux, et sur la présence ou l'absence de ces médicamens dans le lait examiné.

3° Enfin, sur la pureté du lait considéré comme produit économique, sur les falsifications qu'on lui fait subir, ainsi que les moyens de les reconnaître.

Quelques-uns des résultats obtenus par ces praticiens chez les animaux de M. Poinsot intéressent assez les médecins pour que nous croyions utile de les produire ici. Ainsi, lorsque les vaches sont nourries à sec ou au fourrage, elles fournissent, dans le dernier cas, un lait plus abondant et plus riche en crème ; avec les pommes de terre et avec les fourrages secs, le lait est plus aqueux. Les ânesses nourries à la betterave, à la carotte, fournissent un lait sensiblement plus sucré, plus riche en parties solides, et probablement aussi plus nutritif.

M. Poinsot s'est assuré que la variété de nourriture ne convient guère aux animaux, et que toutes les fois qu'il y a changement d'alimentation, il faut attendre quelques jours avant de faire prendre le lait aux malades.

Pour ce qui concerne le passage de différentes substances dans le lait, MM. A. Chevallier et Ossian Henry se sont assurés que le lait acquiert des propriétés particulières de couleur, d'odeur et de saveur, par suite de l'action de certaines substances alimentaires. Et quant aux médicamens, que le sel marin, le bi-carbonate et le sulfate de soude passent dans le sang ; que le sulfate de quinine, donné jusqu'à 20 grains, n'a pu y être reconnu ; que le nitrate de potasse, le sulfure de potassium et les sels de mercure ne paraissent pas non plus y passer ; que le contraire existe pour l'iodure de potassium, l'oxyde de fer, celui de zinc et le sous-nitrate de bismuth.

Ces messieurs ajoutent enfin que dans les diverses modifications que subit le lait des animaux, on peut surtout dire que la proportion de beurre paraît augmenter relativement aux autres principes. Ce qui pourrait dépendre aussi, de ce que les autres principes se modifient sans que la proportion du beurre change.

---

tion, M. Jules Guérin a cru pouvoir appliquer à l'homme les résultats fournis par ses expériences sur les animaux. Il a fait un assez grand nombre de fois la section sous-cutanée des ligamens et d'une portion des capsules fibreuses du genou et du pied pour remédier à des difformités de ces articulations. Toujours ces opérations ont été exemptes d'accidens inflammatoires.

Les précautions à prendre pour garantir les plaies sous-cutanées des articulations de tout accident inflammatoire sont de pratiquer une très petite ouverture à la peau, le plus loin possible de la plaie de l'articulation ; de la pratiquer dans l'extension de l'articulation, et non dans la flexion ; de soumettre cette dernière au repos le plus absolu. Ces deux dernières prescriptions sont la conséquence d'un fait que M. J. Guérin a cherché à établir précédemment, à savoir : que les cavités articulaires sont, pendant les mouvemens des articulations, le siége d'ampliations temporaires, d'où résulte, au sein de ces cavités, une tendance au vide, et, par conséquent, une succion sur l'orifice des plaies, communiquant avec l'air extérieur.

Applications chirurgicales. Dans la troisième partie de son mémoire, l'auteur indique les applications qui pourront être faites des résultats fournis par les expériences précédentes à l'art chirurgical. Les collections séreuses, sanguines, purulentes des articulations pourront être évacuées immédiatement sans danger. Parmi les applications que M. J. Guérin signale comme plus générales et plus importantes, il cite les incisions sous-cutanées des ligamens et des capsules articulaires, dans le but de maintenir fixe la réduction de certaines luxations congéniales ou anciennes, de provoquer des adhérences, ou de favoriser le développement de cavités articulaires nouvelles. Déjà l'auteur dit avoir obtenu, par cette méthode, la guérison d'une luxation congéniale de la clavicule, qui avait résisté à tous les moyens connus. Il a fait autour de l'articulation luxée des sections multiples de l'appareil ligamenteux, et il est parvenu, après deux opérations de ce genre, à enchâsser l'extrémité de l'os luxé dans un espace circonscrit, et à guérir complètement la difformité.

— Le reste de la séance a été consacré à des objets étrangers à la médecine.

— La mort de MM. Poisson et Turpin, tous deux membres de l'Académie des sciences, a été suivie en bien peu de jours de celle de M. Robiquet, pharmacien, membre de l'Académie de médecine.

Nous apprenons encore aujourd'hui une perte douloureuse. M. Louis-Antoine Planche, ancien pharmacien, membre de l'Académie de médecine, vient de mourir en son domicile, rue de Ponthieu, n. 14. Ses obsèques se feront demain samedi, 9 mai, à onze heures précises, en l'église de Saint-Philippe-du-Roule, sa paroisse.

— Un journal assure que le projet de loi sur l'établissement d'une Faculté de médecine, sera rejeté par la commission de la Chambre des députés, ou du moins ajourné jusqu'à l'époque de la présentation du projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine.

Reste à savoir maintenant quand sera présenté le *grand* projet, comment sera élaborée le *grande* loi !

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 12 MAI 1840. (13e ANNÉE.) N° 56, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5[illegible]

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. Mojon.

DEUX OBSERVATIONS DE COMPRESSION DE L'AORTE, POUR ARRÊTER L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE; PAR M. PIEDAGNEL.

S'il est vrai, comme on ne peut en douter, que des femmes peuvent mourir d'hémorrhagie utérine après l'accouchement, c'est une belle idée que celle de la compression de l'aorte pour arrêter ces hémorrhagies, et, bien qu'elle soit toute naturelle, ce n'est que dans ces derniers temps que M. Baudelocque neveu l'a proposée. Ce moyen hémostatique a trouvé des contradicteurs dès son origine; du doute a été émis, non sur son efficacité, mais sur son exécution; et cependant, c'est la chose du monde la plus facile que d'arrêter le passage du sang dans l'aorte, immédiatement après la sortie de l'enfant; car les intestins, pendant la grossesse, ont à peu près quitté la partie moyenne de l'abdomen pour se porter sur les parties latérale et supérieure de cette cavité, et si, lorsque l'utérus a repris sa position dans le bassin, ils reviennent se placer à la partie antérieure de la colonne vertébrale abdominale, c'est avec la plus grande facilité que par des mouvemens de pression exercés circulairement, et en partant de l'ombilic, on parvient à les éloigner de nouveau, et à toucher avec le bord cubital de la main la colonne vertébrale et par conséquent l'aorte que l'on comprime ainsi à volonté, comme du reste on peut s'en assurer après toute espèce d'accouchement.

Aujourd'hui, une objection assez remarquable est faite à la compression de l'aorte: M. le docteur Jacquemier (Archives de médecine, juin 1839) pense que, loin d'arrêter l'hémorrhagie utérine, ce moyen ne peut que l'augmenter. Il pense que cette compression, ayant pour but d'empêcher le sang de se porter aux extrémités inférieures, il se dirige en totalité vers la tête et les membres thoraciques; que par conséquent, en revenant en plus grande quantité par la veine cave supérieure, il reflue dans l'inférieure, et de là consécutivement dans les veines utérines dépourvues de valvules.

Cette explication toute gratuite ne me paraît pas même admissible dans les cas de perte veineuse seulement, c'est-à-dire lors de la déplétion des sinus utérins, des veines et du tissu de l'utérus; car alors que l'on comprime ou non l'aorte, l'hémorrhagie s'arrête. Qui n'a vu des flots de sang sortir immédiatement après le placenta? On est quelquefois surpris de la quantité réellement prodigieuse de liquide que quelques femmes rendent ainsi, sans que par la suite elles en éprouvent le moindre accident. Et puis est-il réellement possible de comprimer l'aorte sans gêner la circulation de la veine cave inférieure?

Mais ce dégorgement naturel de vaisseaux dilatés outre mesure n'est pas la seule cause d'hémorrhagie par l'utérus; les artères de cet organe, au nombre de quatre, peuvent aussi fournir du sang, et des accidens graves avoir lieu: c'est encore ce que M. Jacquemier nie. En effet quatre artères d'une ligne de diamètre nous paraissent plus que suffisantes pour donner lieu à une hémorrhagie mortelle. Dans les cas de ce genre, la compression de l'aorte ne doit-elle pas être de la plus haute importance?

Quelles que soient les théories et les explications dans des cas aussi graves, devant des accidens qui entraînent en quelques heures la vie des malades, ce sont, je pense, des faits dont il faut tenir compte; et les deux qui suivent, que j'ai eu occasion d'observer, prouvent certainement: que deux hémorrhagies utérines ont eu lieu, que dans les deux cas la compression a été mise en usage, et que si c'étaient des hémorrhagies artérielles, la compression a été utile; que si au contraire l'écoulement de sang a été veineux, elle n'a pas été nuisible, puisqu'elle n'a été discontinuée que lorsque les hémorrhagies ont été arrêtées.

Madame C., fille d'un de nos confrères de province, jeune, de haute stature, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin lymphatique, jouissant ordinairement d'une bonne santé, vint s'établir à Paris en 1834. Je l'accouchai en 1835: cet accouchement ne présenta rien de remarquable. Un an plus tard, elle accoucha de nouveau, mais ce fut son père qui lui donna des soins; elle eut une légère hémorrhagie. En 1837, elle revint à Paris, eut une belle grossesse, et accoucha naturellement et promptement. Quelques minutes après être délivrée, elle eut une légère hémorrhagie, mais qui sembla s'arrêter. Je lui appliquai méthodiquement un bandage de corps, puis la fis transporter dans son lit. Au bout d'une demi-heure, avant de me retirer, j'examinai l'abdomen, et ne fus pas peu surpris de trouver l'utérus fortement développé et s'étendant jusqu'à l'ombilic. Je détachai le bandage de corps et vidai l'utérus; je ne retirai pas moins d'une demi-cuvette de sang de son intérieur, et je fus frappé de l'inertie complète de cet organe.

Après cette opération, le sang cessa de couler par la vulve, et je crus l'hémorrhagie arrêtée; mais la palpation de l'abdomen me détrompa; je sentis de nouveau l'organe augmenté de volume. Je le vidai une seconde fois, et fis des injections d'eau froide dans son intérieur. Ce moyen ne réussit pas; l'organe se développa de nouveau pour la troisième fois; alors seulement je pensai à la compression de l'aorte; mais il me fallait en même temps vider l'utérus et comprimer l'artère, ce qui était assez difficile; cependant je fis de mon mieux, et j'y parvins.

Les injections furent continuées avec de l'eau froide, puis de l'eau vinaigrée, pour tâcher de surmonter l'inertie de l'organe. Cependant la malade avait été s'affaiblissant; et, arrivée à ce moment, c'est-à-dire cinquante minutes après son accouchement, elle était décolorée, sans mouvement; son pouls était à peine sensible; elle avait des bâillemens fréquens; sa respiration, rare, se faisait par une inspiration brusque, comme convulsive, suivie d'une inspiration lente et passive, comme on le remarque chez les personnes ou les animaux qui meurent d'hémorrhagie ou de larges plaies de poitrine. Je fis demander un confrère pour ne pas assister seul à une mort si déplorable; ce fut M. le docteur Goucy qui vint.

Cependant j'avais continué la compression: l'hémorrhagie était manifestement arrêtée par son emploi; l'utérus était encore assez volumineux; on le sentait au-dessus du pubis. M. Goucy prit ma place et comprima l'aorte; il le fit avec plus d'avantage que moi, ma force commençant à être insuffisante. Je vidai de nouveau l'organe; j'y continuai les injections; peu à peu l'utérus se contracta, l'inertie disparut; et enfin, jugeant que l'hémorrhagie était arrêtée, nous cessâmes la compression au bout de deux heures dix minutes.

Il est impossible de dire la quantité de sang que perdit cette femme, parce qu'il était mêlé à l'eau des injections, mais approximativement c'était prodigieux.

Nous réappliquâmes un bandage de corps; le rétablissement de la malade eut lieu assez promptement, mais la convalescence fut longue.

L'an dernier (1839), madame C. devint de nouveau enceinte. Cette fois, quinze jours avant son accouchement, elle éprouva des douleurs vagues, mais passagères, dans l'utérus; quelquefois elles semblaient être des douleurs expulsives; un écoulement blanc eut lieu par la vulve, et parfois elle eut de légères hémorrhagies.

Le 17 novembre elle me fit demander; lorsque j'arrivai il y avait deux heures que les douleurs avaient commencé à se développer; elles étaient légères; cependant plusieurs avaient été assez fortes. Je la touchai, je sentis la tête de l'enfant dans le bassin; mais la poche des eaux n'était pas encore percée. Je l'engageai à marcher; elle changea de chambre, fut prise instantanément d'une vive douleur; elle s'assit sur une chaise; les eaux s'écoulèrent et l'enfant passa. Je me hâtai de couper le cordon auquel il était suspendu; je fis coucher la femme; une hémorrhagie considérable eut lieu. J'essayai de faire sortir le placenta, en tirant sur le cordon; il était adhérent. J'introduisis ma main dans l'utérus. Cet organe était flasque, mou; la seule résistance que je rencontrai dans cette cavité, c'était le pubis, lorsque je dirigeais ma main en avant. Je détachai le placenta de haut en bas; il était adhérent à la partie antérieure de l'utérus; lorsqu'il fut sorti, il ne se manifesta plus d'action de la part de cet organe; l'inertie continua; l'hémorrhagie persista, sembla même augmenter. Je portai ma main sur l'abdomen, pour comprimer l'aorte, mais les intestins la recouvraient: je ne pus la sentir. Par des mouvemens latéraux et de circumduction, partant de l'ombilic, je parvins à les déplacer, à les porter sur les parties latérales de l'abdomen et enfin à toucher l'aorte. Alors, avec le bord cubital de ma main gauche, je la comprimai et l'hémorrhagie s'arrêta.

A plusieurs reprises je portai ma main dans l'utérus; mais je n'y sentais aucune contraction, aucune résistance; il semblait que je mettais ma main dans l'abdomen d'un cheval, qu'on me passe cette comparaison.

Je fis diriger un courant d'eau froide dans l'utérus. Alors les contractions se développèrent; l'organe prit sa forme globuleuse: on le sentait derrière le pubis. Je maintins toujours la compression en faisant appuyer sur ma main par un assistant. Pendant cette compression, je cherchai en vain les pulsations de l'artère fémorale; il n'y en avait pas; le cours du sang était arrêté.

Depuis que madame C.... était accouchée, il s'était passé trois quarts d'heure, et j'estime vingt à vingt-cinq minutes le temps que dura l'hémorrhagie, aussi le pouls était-il très petit, le corps décoloré; il y eut quelques bâillemens, une faiblesse très grande, un commencement de syncope, mais madame C.... ne perdit pas connaissance; avec une volonté ferme elle indiquait encore les objets dont nous avions besoin. Au bout de vingt minutes de compression avec ma main, après que l'hémorrhagie fut arrêtée, les contractions revenues, j'établis une compression au moyen de serviettes superposées et mainte-

FEUILLETON.

REVUE DES JOURNAUX BELGES.

Opération césarienne. Conservation de l'enfant. Mort de la mère. — Une femme de trente-cinq ans, forte et plethorique, éprouva, à la naissance de son second enfant, des douleurs rhumatismales. Néanmoins les accouchemens suivans ne présentèrent rien de remarquable. Bientôt la marche devint difficile: cette difficulté augmenta au point de rendre la progression impossible. Le docteur Hoebeke acquit la conviction qu'il existait au détroit inférieur du bassin un rétrécissement qui rendait l'accouchement impossible par les voies naturelles. (Cette femme était enceinte.) Plusieurs autres médecins partagèrent le même avis. La grossesse parcourut ses périodes sans indisposition, et le 13 avril 1839, le travail commença. Le docteur Hoebeke se rendit près de la femme à 10 heures du soir. Ce médecin reconnut par le toucher que les branches du pubis et les tubérosités ischiatiques se touchaient; en arrière il y avait un espace compris entre les tubérosités ischiatiques en avant, le coccyx en arrière et latéralement, les ligamens ischiatiques; cet espace avait la forme d'un cœur de carte à jouer, ayant la pointe vers le pubis, et dont le grand diamètre avait 4 centimètres (1 pouce et demi). L'impossibilité d'accoucher cette femme par les voies naturelles étant démontrée, et la poche des eaux étant rompue depuis longtemps, le médecin procéda à la hâte à l'opération.

Il était onze heures du soir. La femme étant placée dans une position convenable, une incision fut pratiquée à la ligne blanche; l'utérus fut ouvert également par une incision, et le placenta fut détaché. L'enfant présentait les fesses à la plaie de la matrice; il fut amené non sans difficulté, car la tête était déjà engagée et serrée au détroit supérieur. L'enfant, du sexe féminin, fut retiré plein de vie; la plaie fut nettoyée et fermée par six points de suture. Repos au lit, diète sévère, eau sucrée. L'opération fut faite avec facilité et ne dura qu'un quart d'heure. Pendant toute la durée de l'opération, la patiente ne fit que *rire et plaisanter*. Le lendemain 14, pas de fièvre ni de douleur, sommeil bon; l'urine et les lochies coulent librement. Le 16, rougeur à la face, pouls accéléré, élancemens dans l'abdomen, douleur à la région de la vessie, lochies peu abondantes; pas de selles, pas d'urine; soif vive, langue fraîche. La plaie a un bon aspect. Diète; même boisson; lavement avec 64 grammes d'huile de ricin; injections émollientes dans le vagin; fomentations de même nature sur l'abdomen; évacuation de l'urine par la sonde; potion calmante.

Le 17, amélioration notable; lochies plus abondantes; gonflement des seins. Même prescription.

Le 18, l'amélioration continue; sécrétion du lait bien établie; l'enfant tette. On ôte trois points de suture. Un peu de lait coupé; une tasse de bouillon.

Les 19 et 20, la cicatrisation de la plaie est complète; on enlève les autres points de suture. La malade va très bien. On augmente la quantité d'alimens.

Le 24 (douze jours après l'opération), regardant la malade comme guérie, le docteur Hoebeke, ayant été obligé de s'absenter pour quelques jours, la confia aux soins d'un confrère; il était tellement convaincu de la guérison, qu'il annonça ce résultat à plusieurs médecins. Cependant elle mourut quatre jours après le départ de l'opérateur, qui apprit à son retour que cette femme s'était très bien trouvée jusqu'au matin du jour de sa mort; que cette même matinée, elle avait eu un peu de fièvre, et une petite toux qui occasionnait de la douleur dans le côté droit; le ventre était un peu ballonné, mais non douloureux. Considérant ces symptômes comme ceux d'une bronchite légère, le médecin avait recommandé une médication appropriée; et cependant, le soir il la trouva à l'agonie. Ne sachant à quelle cause attribuer une mort si prompte, M. Hoebeke fit l'autopsie 40 heures après la mort. Tous les organes abdominaux avaient une teinte uniforme, d'un bleu marbré; ils étaient enduits d'une couche de pus épais; des adhérences fortes et nombreuses réunissaient les divers organes, et il fallait de grands efforts pour les séparer. L'utérus, dont la plaie était largement béante, était en suppuration et offrait l'aspect d'un large ulcère. Le péritoine, épaissi, était en suppuration; les intervalles qui séparaient les organes étaient remplis de pus. L'odeur infecte et repoussante qui s'exhalait de ces parties empêcha d'examiner chaque organe en particulier.

Le docteur Hoebeke appelle justement l'attention des hommes de l'art sur cette observation, qui montre jusqu'à quel point la vie est compatible avec les désordres les plus graves, et sans que ceux-ci se traduisent au dehors par aucun symptôme; car ce n'est que le jour de sa mort que cette femme présenta quelques symptômes qui furent pris pour une bronchite légère. En outre, par l'opération l'enfant a été sauvé, et la vie de la mère prolongée; tandis qu'ils eussent succombé tous deux sans les secours de l'art. M. Hoebeke dit que sur seize opérations d'hystérotomie qu'il a pratiqués, il compte onze succès.

(*Arch. de la méd. belge*, janvier et février 1840.)

— Le même journal contient une observation de volvulus intestinal avec vomissemens de matières stercorales, guéri par l'ingestion dans l'estomac de 180 grammes (6 onces) de mercure métallique. Le malade les avala en présence de son médecin, le docteur Crommelinck; cette substance séjourna quinze jours dans le tube digestif sans produire la moindre salivation.

nues par un bandage de corps : cet appareil empêchait le cours du sang dans l'aorte, car on ne sentait aucun battement dans les artères des membres. Bientôt les extrémités inférieures se refroidirent, et comme alors j'étais absent, on les recouvrit de linges chauds. Deux heures après, lorsque je revins, je cessai la compression et madame C... se rétablit comme la première fois.

Rapport sur le travail précédent, par MM. Velpeau et Brierre de Boismont, *rapporteur.* (Séance du 6 mai.)

M. le docteur Piedagnel vous a communiqué, dans la séance du 4 avril dernier, deux observations de jeunes femmes chez lesquelles des hémorrhagies utérines survenues à la suite de couches ont été arrêtées par la compression de l'aorte. Nous allons vous lire le rapport que vous avez chargé M. Velpeau et moi de vous faire sur ces observations.

M. Piedagnel, dont nous apprécions tous les travaux et l'instruction, n'a point voulu avoir recours à la plupart des moyens hémostatiques généralement employés. La gravité des accidens lui semblait d'ailleurs exiger une médication très active, et c'est d'après ces considérations qu'il a comprimé l'aorte pour arrêter l'hémorrhagie.

Ce moyen thérapeutique sur lequel les opinions sont loin d'être unanimes, a paru à vos rapporteurs offrir assez d'intérêt pour qu'ils fissent quelques recherches dont ils vous présentent aujourd'hui le résumé.

L'idée de comprimer l'aorte ponr arrêter les hémorrhagies de l'utérus a dû s'offrir naturellement à l'esprit à mesure que les lois de l'anastomose ont été mieux connues, et à la vue des belles conquêtes de l'art chirurgical moderne dans le vaste champ des anévrismes. Mais avant de rechercher l'origine des hémorrhagies et de discuter la valeur de la compression, il n'est point sans utilité de tracer en quelques mots l'historique de ce nouveau moyen de guérison. A l'époque où MM. Trehan et Baudeloque neveu publièrent leurs mémoires (1), la compression de l'aorte n'était point pratiquée en France ; mais dès que l'attention eut été appelée sur ce sujet, on fouilla les anciens, on feuilleta les journaux étrangers, et bientôt, selon l'invariable coutume, on trouva que beaucoup d'auteurs avant MM. Tréhan et Baudelocque avaient parlé de ce moyen hémostatique. Cette fois on ne put remonter a Hippocrate, et les honneurs de la priorité échurent à Daniel-Louis Budiger, accoucheur de Tubingue. Pour savoir à quoi nous en tenir sur la vérité de ces assertions, nous avons consulté les ouvrages indiqués ; voici le résultat de ces recherches : Budiger employa pour la première fois la compression de l'aorte dans l'utérus, chez une femme qui venait d'accoucher et était sur le point de succomber à la perte. L'écoulement diminua sur-le-champ ; l'utérus se contracta : la mère fut ranimée et sauvée. Budiger ajoute qu'il a eu recours à ce moyen dans une vingtaine de cas.

Ploucquet publia le nouveau procédé dont la description avait paru dans le Journal de Loder en 1797. Il dit positivement que la compression de l'aorte avait été faite *per manum in utero adhuc expanso* (2).

L'emploi de la compression de l'aorte pour arrêter les hémorrhagies utérines avait été proposé ou du moins mis en usage presqu'à la même époque par le célèbre accoucheur danois Math. Saxtorph. Il comprimait ce vaisseau en agissant sur la matrice à travers les parois du ventre (3)

En 1812, Boër s'exprimait en ces termes : « Inter alia conamina nuper etiam hoc legimus : inductâ manu posterior uteri paries satis opprimitur ut, descendentis retro aortæ velut suffocatione, sanguis irruere in uterum per subditos ramos præpediatur. Ecce nova alia procul ægris excogitata instructio ! Quam circà candidus afferans quæ duobus periculis sum expertus. Ubi nempè uterus modice crassus et contractus est, compressio arteriæ ; etiam si fieri possit, inefficax, ac ne quidem necessaria est. At flaccido et amplo viscere, ut manus robur in arteriam penetret, mors alioqui fores pulsat, ex uteri paresi scilicet, cujus hemorrhagia solum consequentia est, ut, nisi apoplexiam loci sustuleris, ægra occidat, sanguis fluat, necne. Id saltem compertum in præsens ego habeo (1). » Ce passage du livre de Boër établit de la manière la plus positive que la compression de l'aorte était bien connue en Allemagne ; seulement cet accoucheur porte un jugement défavorable sur ce procédé, mais il est probable qu'il blâmait la manière d'agir. Aujourd'hui la compression dans l'utérus est généralement abandonnée.

Le docteur Ulsamer, de Würzbourg, répéta plusieurs fois la compression de l'aorte avec succès. Les observations qu'il a citées dans son ouvrage sont nettes et précises (2). Pour arrêter le cours du sang, il se servait de deux doigts.

Presqu'à la même époque, Eichelberg, Siebold, MM. Baudeloque neveu et Tréhan rapportèrent des observations de guérison d'hémorrhagie utérine par la compression de l'aorte. Ces deux derniers médecins, qui ignoraient les travaux des Allemands, crurent être les inventeurs de ce procédé et en revendiquèrent la priorité. Les recherches de Siebold sont de 1828. Dans le fait qu'il cite, l'aorte fut comprimée avec le poing (3).

Nous n'insisterons pas plus long-temps sur cet ordre de faits ; ils mettent hors de doute que la thérapeutique des pertes utérines par la compression de l'aorte n'est point nouvelle, et si d'honorables médecins ont insisté sur la découverte de ce moyen, c'est qu'à l'époque où ils la proclamèrent, les travaux des Allemands étaient fort peu connus, à raison des difficultés que leur langue présente.

La compression de l'aorte est donc un fait incontestable, enregistré dans les annales de la science ; mais ce moyen a-t-il toute l'efficacité qu'on lui attribue, ou faut-il croire, avec quelques personnes, qu'il est inutile et même nuisible? Evidemment deux opinions aussi disparates ne peuvent tenir qu'à la manière d'expliquer l'origine des hémorrhagies utérines.

Si le sang est fourni par les artères, et la disposition anatomique des vaisseaux qui acquièrent un développement prodigieux est en faveur de cette opinion, la théorie fera un précepte de comprimer le tronc générateur ; mais si le système veineux est le point de départ de la perte, comme l'assure M. Jacquemier, la compression de l'aorte n'aura point l'utilité qu'on lui accorde. Se fondant sur l'examen du cercle vasculaire utérin et sur la manière dont s'y fait la circulation veineuse, l'auteur que nous venons de nommer fait jouer le plus grand rôle, dans les hémorrhagies, au défaut de résistance des veines utéro-placentaires. Tout ce qui tend à favoriser la stase du sang dans les veines de l'utérus d'une manière un peu prolongée constitue une prédisposition à des pertes répétées. La quantité de sang fournie par les artères utéro-placentaires doit être infiniment petite.

La compression de l'aorte, continue M. le docteur Jacquemier, ne saurait atteindre le but qu'on se propose. En retrecissant le cercle circulatoire, on force le sang à passer plus rapidement, et en plus grande quantité, par les divisions de l'aorte qui sont au-dessus du point comprimé ; la veine cave supérieure rapportant à l'oreillette droite plus de sang que de coutume, la veine cave inférieure reste dens un état de distension. Les veines ovariques et utérines, dépourvues de valvules, partageant l'état de plénitude de la veine cave inférieure, il en résulte que le sang coule dans la cavité utérine par un mouvement rétrograde, tant que la contraction de l'utérus ne sert pas de valvule ou d'obstacle (4).

On ne saurait nier que l'explication donnée par notre honorable ami, M. Jacquemier, ne soit ingénieuse ; mais nous ne pouvons nous empêcher d'admettre que les pertes utérines ne se fassent aussi par un mécanisme semblable à celui des autres hémorrhagies ; s'il en est ainsi, les vaisseaux capillaires doivent avoir une grande part à la production de ces hémorrhagies, qui ont alors lieu par une véritable exhalation à la surface interne de l'utérus. Cette explication, favorable à la compression de l'aorte, est d'ailleurs justifiée par les faits déjà cités et par les observations que nous allons bientôt rapporter.

Mais si la compression de l'aorte est, comme le pense notre honorable confrère, M. Velpeau, une ressource importante et facile tout à la fois, il ne faut pas perdre de vue qu'en suspendant ainsi l'afflux du sang artériel on peut également gêner le retour du sang veineux, et qu'on doit éviter autant que possible de comprimer en même temps la veine cave.

Les observations de M. Piedagnel sont au nombre de deux : dans la première, il s'agit d'une jeune dame chez laquelle l'accouchement, qui avait été naturel, fut suivi d'une hémorrhagie que les injections d'eau froide ne purent arrêter. Ce médecin eut alors recours à la compression de l'aorte, secondée de l'emploi des réfrigérans. La malade présentait la plupart des symptômes qu'on observe chez les personnes qui périssent d'hémorrhagie. Dès qu'il eut mis ce moyen en usage, la perte s'arrêta, mais la convalescence fut longue.

La seconde observation est relative à la même dame. L'hémorrhagie chez elle fut de suite combattue par la compression de l'aorte ; le sang cessa de couler ; mais la matrice restait dans l'inertie ; un courant d'eau froide, dirigé dans l'intérieur de l'organe, détermina des contractions. Des serviettes superposées, maintenues par un bandage de corps, achevèrent la guérison. La durée de la perte dans ce cas fut de vingt à vingt-cinq minutes.

Il n'est point d'accoucheur qui, dans le cours de sa pratique, n'ait vu des femmes récemment délivrées perdre une quantité assez considérable de sang, au point d'avoir des faiblesses, des éblouissemens, des demi-syncopes, et ces accidens se dissiper d'eux-mêmes au moment où l'on allait recourir à une médication très active. D'autres fois, il a suffi de quelques applications froides, de potions astringentes pour suspendre l'écoulement du sang. Dans plusieurs circonstances, nous nous sommes servi avec le plus grand succès de la stimulation de l'utérus, dont nous excitions les contractions en promenant la pulpe des doigts sur la surface interne de l'organe, en même temps que nous comprimions la matrice avec la main gauche placée sur l'abdomen. Enfin, l'administration du seigle ergoté a très souvent triomphé des hémorrhagies utérines. Peut-être l'emploi de quelques-uns de ces moyens eût-il suffi dans le second cas ; mais M. Piedagnel, qui avait encore présens à l'esprit les symptômes graves de la première hémorrhagie, a agi prudemment en ayant recours au remède qui lui avait si bien réussi la première fois.

L'intérêt qui s'attache au sujet que nous traitons, nous engage à rapporter deux autres observations que nous devons à la complaisance de notre honorable confrère, M. Pinel Grandchamp. Une dame, à la suite d'un accouchement laborieux, en 1834, est prise d'une hémorrhagie considérable. C'est en vain que M. Pinel introduit à plusieurs reprises la main dans le vagin et l'utérus pour en extraire les caillots et pour exciter la face interne et le col de ce viscère, qu'il exprime dans la matrice le jus de plusieurs citrons et qu'il fait des aspersions d'eau froide, les évanouissemens se succèdent avec rapidité. Dans un pareil état de choses, notre confrère pense à la compression de l'aorte, qu'il pratique pendant plus d'une heure. Lorsqu'il interceptait avec exactitude le passage du sang dans l'artère, il observait les phénomènes suivans :

Le visage reprenait une partie de sa coloration normale ; les yeux devenaient plus animés, les lèvres plus roses ; le pouls se relevait ; il était fréquent et avait quelque plénitude ; la force de la voix était augmentée ; la malade sortait de l'état de syncope ou d'abattement dans lequel une compression moindre la plongeait presque tout à coup. Elle disait alors qu'elle se sentait beaucoup mieux. Le sang ne coulait plus à l'extérieur, quoique la matrice et le vagin fussent débarrassés des caillots.

Suspendait-il la compression ? le sang ne sortait plus avec la même abondance ni la même force d'impulsion, mais s'il recommençait à couler, tous les phénomènes de la syncope reparaissaient, et le pouls cessait presque de battre. Ce ne fut qu'une heure et demie après cette opération que l'utérus commença à revenir sur lui-même, et à se contracter de manière à ne plus faire craindre l'inertie. Douze jours après, l'accouchée était parfaitement rétablie (1). Le seigle ergoté ne fut point administré ; il m'aurait probablement, ajoute M. Pinel, aidé à triompher plus vite de l'inertie de l'utérus.

Dans le courant de cette année, M. Pinel-Grandchamp fut appelé en consultation par le docteur Marye pour une femme qui perdait du sang depuis plusieurs heures. Le toucher lui fit reconnaître l'insertion du placenta sur le col. Ayant introduit trois doigts derrière la symphyse pour détacher en partie le placenta, il détermina la rupture de la poche des eaux et pénétra lentement

---

(1) Trehan, p. 1. Nouveau traitement des hémorrhagies utérines qui suivent l'accouchement par la compression de l'aorte. Paris, 1829 ; in-8°, p 29. — Baudelocque neveu, Traitement des pertes de sang qui peuvent suivre l'accouchement, par la compression de l'aorte exercée sur le ventre, la pression convenable du ventre et l'usage du seigle ergoté et des fortifians. (Journ. des Conn. méd.-ch., 1834, t. I, p. 201.)

(2) Loder's Journal für die chirurgie Geburtshülfe und gerichtliche Arzneikunde, 1 B, p. 493, 1797. — Voir le t. II de Ploucquet, Repertorium medicinæ praticæ chirurgiæ atque rei obstetriciæ, art. *Hemorrhagia, Compressio aortæ descendentis*, p. 261. Tubingæ, 1808.

(3) Math. Saxtorph's, Gesammelete Schriften geburtshülflichen, praktischen und physiologischen inhalts. — Œuvres complètes de Math. Saxtorph, publiées par P. Scheil. Copenhague, p. 229, 1803.

(1) Boër, Nat. med. obstet., lib. sept., p. 525. Viennæ, 1812.

(2) Voy. Friedreich et Hesselbach : Beitraege zur Natur und Heilkunde, t. I, p. 261. 1825.

(3) Siebold, Journal für Geburtshülfe, t. VIII, 2e cah., 1828, p. 520.

(4) Recherches d'anatomie, de physiologie et de pathologie sur l'uterus humain pendant la gestation, et sur l'apoplexie utéro placentaire, pour servir à l'histoire des hémorrhagies utérines, du part prématuré et abortif ; par M. Jacquemier. (*Arch. gén. de méd.*, 1839.)

(1) Censeur médical, avril 1834, p. 301.

Inoculation du farcin ; mort ; autopsie. — Un homme de trente-sept ans fut reçu le 11 juillet 1839 à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles. Depuis plusieurs semaines il frictionnait avec la main nue, chargée d'onguent mercuriel, un cheval atteint de farcin ; il se fit une plaie légère à l'index de la main droite, et continua, nonobstant, de frictionner le cheval.

Au bout de trois jours, il survint de la tuméfaction sans chaleur ni douleur au pourtour de la plaie : un abcès s'y forma ; le pus en était séreux et fétide. Deux cordons durs et douloureux se montrèrent peu après à la partie externe des mollets. Il entra à l'hôpital dans cet état : il y avait perte d'appétit, soif, constipation, langue blanchâtre. A son entrée on ouvrit l'abcès qui s'était formé au doigt indicateur. Les engorgemens des mollets sont frictionnés avec du mercure, mais ils ne tardent par à s'ouvrir. La matière qui s'écoule est séro purulente. Bientôt nouvel engorgement douloureux à la partie supérieure et postérieure de l'avant-bras droit ; cet engorgement s'abcède : on ouvre la collection, et il sort du pus d'un meilleur aspect. Les bords des plaies étaient blâfards, et la suppuration peu consistante. Les plaies du doigt et des mollets se cicatrisent. Etat général satisfaisant, l'appétit revient, sueurs copieuses.

Le 12 août, nouvelles tuméfactions au mollet droit et au bras gauche. L'avant-bras droit cesse de suppurer, et le malade sort le 21 août.

Le 6 septembre, il revient à l'hôpital face et extrémités cyanosées ; grande prostration, amaigrissement considérable, tremblement général ; langue sèche, racornie, soif, inappétence, douleurs à l'épigastre, constipation opiniâtre ; pouls très accéléré, petit, frisson irrégulier, peau sèche, dyspnée, respiration fréquente, petite ; urine rare et rouge.

Le 7 et 8, accroissement des symptômes, vives douleurs dans toutes les parties du corps, mais plus particulièrement à la région du foie.

Le 10, soubresauts des tendons ; état sudélirant, stupeur, frissons sueurs abondantes, teinte ictérique.

Le 11, dyspnée augmentée, perte de l'intelligence, diminution de la sensibilité générale, faciès très altéré, carphologie.

Le 12, mort.

Autopsie vingt six heures après la mort. Poumons parsemés de foyers purulens. La membrane interne des veines sous-clavières, des veines caves inféreure et supérieure, des cavités droites du cœur, a une couleur rouge foncée et est très ramollie ; foie très volumineux, presque entièrement converti en pus, contenant des collections de la grosseur d'une orange, veines hépatiques remplies de pus, qu'une légère pression fait jaillir en abondance. La rate est aussi le siége de plusieurs foyers purulens ; muqueuse digestive enflammée dans toute son étendue ; abcès dans le triceps brachial gauche et dans l'index droit. Rien dans la tête.

(*Idem.*)

On sait que les travaux de M. Leblanc, médecin-vétérinaire tendent à prouver que la morve, le farcin et les différentes variétés de ces maladies ne sont que des degrés d'une même affection ; cet opinion est fondée sur ses propres observations et sur celles de plusieurs autres vétérinaires. Tout récemment des faits assez nombreux sont venus prouver que la morve pouvait être transmise du cheval à l'homme ; l'observation qui précède prouve qu'il en est de même du farcin.

Emploi de l'onguent de belladone dans les hernies étranglées. — Le docteur Meola donne les préceptes suivans : le malade est couché sur le dos, ayant la tête plus basse que le corps, les jambes soulevées et pliées vers le ventre, les fesses reposant sur un coussin. Alors, on étend sur la tumeur une assez grande quantité de cette pommade. On répétera ces onctions toutes les 20 ou 30 minutes ; on recouvrira la partie de feuilles fraîches de laitue. S'il y a vomissemens, douleurs vives, etc., les onctions devront être plus étendues, et l'on appliquera sur le ventre des cataplasmes de laitue tièdes ou de mauve arrosée de vinaigre.

Si les premières onctions n'ont pas produit d'effet, et si la tumeur prend une teinte foncée, on appliquera des sangsues à l'anus ; puis un purgatif huileux ou mucilagineux sera administré. On devra alors faire quelques efforts de réduction.

L'auteur donne ces préceptes sans fournir de faits à l'appui.

(*Gaz. méd.* du 9 mai.)

Remède contre la toux opiniâtre. —

Pr.	Jaune d'œuf,	n° 1.
	Eau de fleurs d'oranger,	32 gr.
	Miel de Narbonne,	64
	Huile d'olive fine,	32

Battez le jaune d'œuf avec l'eau de fleurs d'oranger, ajoutez le miel, puis l'huile ; broyez le tout de manière à rendre le mélange blanc et épais.

Une cuillerée à café d'heure en heure.

Selon le genre de toux, on peut ajouter :

	Extrait gomm. d'opium,	5 cent.
Ou	Kermès minéral,	15 à 20 cent.

(*Hygie*, 5 mai.)

— M. le docteur Vassal, membre de la Société médicale d'émulation et de la Société médico-pratique, dont il était un des fondateurs, et connu par des travaux intéressans, est mort à Paris le 3 mai.

dans l'intérieur de la matrice. La tête était en première position au détroit supérieur, il appliqua le forceps dans cet endroit, ce qui est plus aisé qu'on ne le pense généralement, à raison de l'espace dans lequel on manœuvre. L'enfant fut extrait vivant, mais demi-asphyxié. Pendant qu'on lui donnait des soins pour le rappeler à la vie, le bruit d'un liquide qui coulait sur le plancher apprit que la mère avait une hémorrhagie considérable.

Malgré la délivrance, le sang continuait à couler, et la faiblesse de la malade allait toujours croissant; M. Pinel, après avoir fait inutilement des injections froides et pressé plusieurs citrons dans l'intérieur de la matrice, eut recours à la compression de l'aorte, qui arrêta momentanément l'hémorrhagie; mais dès qu'on cessait l'application des doigts, le sang reparaissait avec la même abondance qu'auparavant. Enfin, au bout d'une heure, il parut couler un peu moins. On introduisit de nouveau un citron écorcé, et l'hémorrhagie s'arrêta peu à peu.

Ces faits, ceux qui ont été rapportés par les auteurs, attestent suffisamment les services rendus par la compression de l'aorte. Mais, ce point établi, il nous reste à examiner le lieu d'élection de l'opération, la manière dont elle doit être pratiquée et le temps de sa durée.

On peut ramener à trois procédés toutes les modifications qui ont été proposées. Les uns, comme Budiger, Eichelberg, portaient la main dans l'utérus; les autres, comme Saxtorph, arrivaient à l'aorte en agissant sur la matrice à travers les parois du ventre; enfin les derniers, dont la méthode est aujourd'hui généralement suivie, compriment l'artère au-dessus de la matrice.

On a blâmé avec raison l'introduction de la main dans l'utérus, portée sur sa région postérieure. Ce procédé est en effet vicieux et d'une application difficile : il expose le tissu de l'organe à une sorte d'attrition ; il est en outre impraticable quand la matrice commence à revenir sur elle-même. Cependant il a plusieurs fois réussi. Eichelberg a cité l'observation d'une femme chez laquelle la compression ainsi pratiquée dura une heure ; dès qu'on la cessait, le sang coulait aussitôt.

Les conditions physiques chez la femme qui vient d'accoucher sont favorables pour comprimer l'aorte. Indépendamment du peu d'épaisseur des parois qui, par l'écartement des muscles droits de l'abdomen, se trouve réduite à celle de la peau et de deux membranes aponévrotiques et séreuses qui laissent toucher presque immédiatement l'aorte et la veine cave, les intestins ont, pour ainsi dire, fait élection de domicile sur les parties latérales du ventre.

Le fond de la matrice peut aussi être aisément refoulé dans la région des flancs, ou dans l'excavation pelvienne, tandis que dans l'état normal, outre l'épaisseur quelquefois considérable des parois, due à l'accumulation du tissu cellulaire graisseux, on est obligé d'exercer la pression sur les intestins pour arriver à l'aorte, ce qui rend l'opération plus difficile et plus douloureuse.

La compression de l'aorte, à travers les parois abdominales, peut s'exercer avec le pouce, avec deux ou quatre doigts, ainsi que le veulent MM. Baudelocque, Tréhan, Ulsamer. Nous avons vu que Siebold l'avait pratiquée avec le poing appliqué un peu à gauche du rachis. Ce moyen est d'une exécution plus difficile que les deux précédens. M. Piedagnel s'est servi du bord cubital de la main. M. Pinel-Grandchamp donne le précepte de comprimer modérément l'artère avec les doigts ; en appuyant fortement sur le vaisseau, les doigts s'engourdissent et l'opération ne peut être long-temps continuée par la même personne. Ce moyen nous paraît devoir être employé de préférence à tous les autres. Pour arriver à l'aorte, il faut avoir la précaution d'écarter les intestins ; les battemens artériels indiquent la présence du vaisseau. On le comprime alors longitudinalement sans intéresser la veine cave inférieure dans la manœuvre.

La durée de la compression a été l'objet d'opinions fort diverses. Les uns l'ont limitée à cinq, six et sept minutes ; les autres l'ont prolongée pendant une heure ou deux. Eichelbeg, M. Pinel-Grandchamp n'ont réussi à arrêter le sang qu'au bout d'une heure. M. Paul Dubois pense qu'il faut continuer cette opération pendant une heure ou deux, et la suspendre ensuite par degrés, en s'assurant que l'hémorrhagie ne reparaît plus. Les exemples que nous avons cités prouvent que la seule compression suffit pour arrêter l'hémorrhagie, mais nous croyons qu'il convient de lui associer le seigle ergoté.

Quoi qu'il en soit de la combinaison de ces deux moyens ; nous n'en sommes pas moins persuadés que la compression de l'aorte a rendu et rendra de véritables services ; aussi M. Piedagnel nous paraît-il avoir fait une chose utile en ajoutant ses observations à celles de Blount (1), de MM. Brossart (2), Latour (3), Lovenhart (4) et Martins (5).

En conséquence, nous proposons d'insérer dans le Bulletins de la Société les observations de M. Piedagnel, et d'accueillir favorablement sa candidature.

— Une courte discussion a lieu à l'occasion de ce rapport.

M. Adorne croit qu'au lieu d'aller chercher le placenta dans l'utérus dans un moment d'inertie de cet organe, M. Piedagnel aurait mieux fait de pratiquer l'injection placentaire par le cordon avec un liquide froid et vinaigré, ainsi que le conseille M. Mojon.

MM. Caffe et *Rognetta* soutiennent que la pratique suivie par M. Piedagnel est celle que conseillent tous les accoucheurs. Il s'agissait de conjurer une hémorrhagie foudroyante dont la cause était le manque de contraction de la matrice, il fallait donc provoquer cette contraction : l'enlèvement du placenta était le premier moyen à mettre en pratique. Ce moyen n'a pas été suffisant ; l'auteur a comprimé l'aorte : il ne pouvait mieux faire, et il a sauvé sa malade. Quant à l'injection placentaire, M. Mojon l'a conseillée, il est vrai, dans le double but de faciliter le décollement du placenta et de provoquer la contraction utérine ; mais c'est pour les cas où le placenta offre de la résistance. Dans le cas ci-dessus, le décollement avec la main a été facile ; le danger était imminent, il fallait agir.

M. Mojon, tout en approuvant la pratique suivie par M. Piedagnel, pense que l'injection placentaire aurait pu être utile, en ce sens qu'elle aurait décollé immédiatement le placenta sans produire dans la matrice l'irritation mécanique de la main, irritation qui est elle-même contraire au but qu'on veut obtenir (la contraction utérine), et favorise singulièrement les hémorrhagies.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

On vote au scrutin sur la nomination de M. Piedagnel. Ce médecin a été admis à l'unanimité membre résident de la Société.

(1) Ingleby, On uterin hemorrhaggy, etc., p. 249.
(2) Thèse, Strasbourg, février 1830.
(3) Revue médicale, t. III, p. 22. 1830.
(4) Revue médicale, *id.*
(5) *Id.*

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAUX ANGLAIS.

Blessure de l'artère et de la veine mammaires internes. Mort. Autopsie; par M. Porter, chirurgien à Mead hospital.

Un homme entre à l'hôpital pour être traité d'un coup de tranchet pointu qu'il avait essuyé à un pouce environ au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire droite. Hémorrhagie progressive abondante dans la poitrine ; symptômes de compression du poumon ; asphyxie imminente. Le quatrième jour, on pratique la thoracentèse avec une large ouverture, dans le but de donner issue aux caillots sanguins. Ecoulement d'une quantité prodigieuse de sang liquide (plusieurs pintes). On est étonné que le sang soit resté complètement liquide. Comme la blessure vasculaire a continué à donner du sang, le malade est mort exsangue.

A l'autopsie, on a trouvé une énorme quantité de sang fluide dans la plèvre ; pas le moindre coagulum. L'auteur pense qu'il y avait, dans ce cas, une condition particulière dans le sang, laquelle en a empêché la coagulation et l'arrêt de l'hémorrhagie. (*Ibid.*)

— On connaît très peu d'exemples de blessure de l'artère mammaire interne. On lit les remarques suivantes dans l'ouvrage de M. Velpeau :

« Assez volumineuse pour donner naissance à des anévrismes spontanés, l'artère mammaire interne est en outre très exposée aux plaies. Chopart réussit à en arrêter l'hémorrhagie par la compression chez un enfant. Bonet cite un cas où la blessure de cette artère causa la mort du malade. M. Demontègre raconte l'histoire d'un homme âgé de vingt-six ans qui mourut cinq semaines après avoir reçu un coup de sabre, et chez lequel on trouva un anévrisme long de deux pouces à l'artère mammaire interne. Il est d'ailleurs certain que les blessures de cette artère ont dû causer assez fréquemment la mort, comme dans le cas de Bonet. Il serait donc important d'avoir un procédé qui permît de la découvrir et de la lier. Voici ce que j'ai indiqué il y a bientôt quinze ans : Comme l'artère mammaire croise les cartilages des côtes en arrière, à deux, trois ou quatre lignes en dehors du sternum, on la découvrirait en incisant les tissus dans l'étendue de deux ou trois pouces, parallèlement au bord de l'os et, de préférence, sur le troisième espace intercostal, lequel est en réalité le plus large de tous. Après les tégumens, on aurait à diviser le fascia sous-cutané, les fibres du grand pectoral, l'extrémité interne du muscle intercostal et quelques lamelles celluleuses. L'épaisseur des cartilages indiquerait la profondeur à laquelle il convient de pénétrer. L'aiguille de Deschamps, portée de dehors en dedans et ramenée d'arrière en avant, servirait à passer le fil autour de l'artère sans blesser la plèvre. Depuis que j'en ai donné le conseil, la ligature de l'artère mammaire interne a été proposée ou exécutée à l'aide de procédés un peu différens de celui dont je viens de parler par M. Goyrand (d'Aix), et par un chirurgien de l'armée d'Afrique dont le nom m'est échappé. » (Méd. opér., t. II, p. 252 ; 2e édit.)

Kyste osseux développé dans l'os maxillaire inférieur ; ablation d'une des parois du kyste ; guérison. (Observation communiquée par M. le docteur Ed. Laborie.)

Chaque jour la chirurgie fait de nouveaux progrès, et beaucoup de maladies que l'on ne devait guérir qu'imparfaitement et par un long traitement peuvent maintenant être attaquées avec une énergie qui autrefois eût été taxée d'imprudence.

Comme exemple à l'appui de ce que nous énonçons, on peut citer en première ligne toutes les grandes opérations tentées sur la face, et presque constamment avec succès. Les chirurgiens ne redoutent plus cette effusion de sang si considérable qui surgit après la section des artères et artérioles, si nombreuses dans cette région : on arrête facilement ces hémorrhagies, qui jamais ne compromettent la vie du malade.

L'observation qui fait le sujet de cet article nous paraît digne de fixer l'attention : il s'agit, en effet, d'une tumeur osseuse particulière, que l'on ne peut mieux caractériser qu'en la nommant kyste osseux.

Les kystes osseux sont admis par le plus grand nombre des pathologistes ; quelques-uns cependant ont cru devoir en nier l'existence. Nous voyons, en effet, dans un article de dictionnaire, que jamais on ne rencontre de kyste dans les os et les cartilages. Dupuytren avait depuis long-temps parlé des kystes développés dans la mâchoire inférieure, et pour les guérir il proposait l'ouverture de ces tumeurs ; et par la perte de substance qu'on pratiquait à leur partie supérieure dans l'intérieur de la bouche, les liquides séro-purulens qu'elles contenaient pouvaient être chassés au dehors. Il pensait que la maladie devait céder le plus souvent à ce traitement, et si quelquefois il ne suffisait pas, alors il conseillait de faire une contre-ouverture à la partie la plus déclive ; et là se bornaient les moyens proposés par notre célèbre chirurgien.

Il irritait l'intérieur de ce foyer osseux au moyen d'injections et même d'un séton, et il pensait que les lames de l'os devaient se rapprocher, et par conséquent amener la guérison.

Dupuytren avait cependant réglé le premier et pratiqué l'amputation de la mâchoire, mettant à profit, en habile observateur qu'il était, les admirables exemples donnés par la nature elle-même qui, dans les cas de nécrose, expulsait sans accidens, sans laisser de difformité, les parties frappées de mort. Partant de cette donnée sur l'innocuité des résections de partie ou de totalité de la mâchoire, il est extraordinaire qu'il n'ait pas conseillé, dans les cas où la guérison ne s'obtenait pas, de détruire une des parois du kyste. En effet, le procédé de Dupuytren ne peut amener la guérison que lentement et jamais sûrement ; en outre, un os, lorsqu'il suppure trop long-temps, peut s'altérer plus profondément, comme, du reste, le montrera l'observation que nous allons rapporter, et la santé du malade peut être compromise.

Nous allons fidèlement raconter le fait qui nous occupe ; on verra combien fut inutile une première opération pratiquée par Dupuytren lui-même, et de quel prompt succès fut suivi le procédé appliqué par M. Jobert.

Observation. — M. B..., demeurant à Belleville, âgé de quarante-cinq ans, d'une forte constitution, mais qui paraissait un peu altérée, car la face présentait une légère teinte jaune pâle, vint consulter M. Jobert à la fin de décembre 1839.

Voici les détails donnés par M. B. sur la maladie dont il était affecté.

Il y a vingt ans, sans cause connue, il ressentit quelques douleurs légères et sans caractère spécial dans le côté gauche du corps de la mâchoire inférieure ; les dents de cette région n'étaient pas mauvaises, et aucun coup, aucune lésion externe en un mot ne put donner la cause de ces douleurs.

Nous devons dire que quelques années avant ces premiers symptômes, la troisième molaire avait été arrachée par suite d'une carie. Je crois que ce fait ne peut pas avoir une grande valeur dans l'étiologie de cette affection ; nous le mentionnons néanmoins.

Les douleurs continuèrent ; et insensiblement une tuméfaction de l'os survint qui, peu à peu, fit des progrès assez marqués ; et cependant ce ne fut qu'après dix ans que le malade se décida à consulter. Il s'adressa à Dupuytren qui diagnostiqua un kyste osseux, et pour en débarrasser le malade, il fit, suivant le procédé dont nous avons parlé, à la partie supérieure de la tumeur, au-devant de la gencive et au niveau de la dent arrachée, une déperdition de substance de l'étendue d'une pièce de 20 sous environ.

Si nous en croyons le malade, il s'écoula par l'ouverture pratiquée une quantité assez considérable d'un liquide séro-purulent. Ce fut en 1831 que cette opération fut faite, et Dupuytren, comptant sans doute sur les efforts de la nature pour une guérison parfaite, abandonna le malade. Depuis lors l'ouverture est restée béante, et la suppuration n'a jamais cessé d'être abondante. Voici du reste l'état du malade lorsque M. Jobert nous mit à même de le voir.

La tumeur siégeait sur le côté gauche du corps de la mâchoire, se présentant sous la forme d'une tumeur arrondie, s'étendant transversalement depuis la première dent molaire inclusivement jusqu'à la dernière ; et de haut en bas depuis le rebord alvéolaire jusqu'à la partie inférieure de la mâchoire qui, dans le sens de sa hauteur, paraissait avoir gagné près de cinquante millimètres. Cette extension s'était opérée uniquement en bas. La partie supérieure de l'os avait conservé son niveau normal.

La tumeur avait dans son ensemble le volume d'une moitié d'un gros œuf de dinde.

Examinée à l'extérieur, elle avait l'aspect d'une exostose ; au toucher, elle était dure, complètement indolore au-dessous de la mâchoire : il n'existait aucun engorgement glandulaire.

Dans l'intérieur de la bouche, on trouvait au niveau du bord alvéolaire une ouverture de la grosseur d'une pièce de dix sous, par laquelle on pouvait faire pénétrer un fort stylet dans l'intérieur du kyste. A l'aide de cet instrument, on constatait facilement l'étendue de la cavité, et on sentait l'os nu dans toute la partie antérieure, tandis que la paroi postérieure paraissait recouverte d'une membrane assez épaisse.

Les dents situées au-dessus de la tumeur n'étaient point ébranlées et ne paraissaient pas altérées à leur couronne.

Dans cette cavité il se formait constamment du pus qui acquérait une grande fétidité ; en outre des matières alimentaires pénétraeint quelquefois dans le kyste et n'en pouvaeint être évacuées qu'avec difficulté.

Le malade était fortement incommodé par cette affection, et résolu à se soumettre même à l'amputation d'une partie de la mâchoire. Cependant, hâtons-nous de dire qu'aucune douleur n'existait ni dans cette cavité, ni à l'entour de la tumeur.

M. Jobert, ayant examiné le malade, crut qu'on pourrait amener la terminaison de cette affection en détruisant seulement la paroi antérieure du kyste ; mais avant de se résoudre à tenter cette opération, il voulut prendre les avis de plusieurs médecins et chirurgiens distingués.

Successivement MM. Velpeau, Roux, Andral, Bouillaud, Emery, Cornac, etc., etc., furent consultés, et tous furent d'avis de pratiquer l'opération comme nous venons de le dire, quitte à en venir à la résection d'une partie de l'os, s'il était malade dans toute son épaisseur. En conséquence, l'opération fut décidée, et on la pratiqua le 30 janvier 1840.

Le malade étant assis sur une chaise, M. Jobert fit une incision unique, partant de la commissure labiale droite, descendant jusqu'à la partie la plus déclive de la tumeur, suivant ensuite le bord inférieur de l'os jusqu'à 27 millimètres au-devant de l'angle de la mâchoire et se relevant à ce point suivant une ligne ascendante légèrement obli-

que en arrière et se terminant au même niveau à peu près que la commissure labiale. De cette façon, elle décrivait une section de cercle à convexité inférieure.

L'opérateur disséqua et releva le lambeau décrit par cette courbe, et un aide le maintenant relevé, toute la partie malade se trouva mise à découvert. Alors l'os fut dénudé avec une rugine, et à l'aide de la scie de Martin une plaque de la paroi antérieure du kyste fut enlevée; dès lors, on put connaître l'étendue et la nature de la maladie. L'opérateur ayant introduit son doigt par cette nouvelle ouverture constata que toute la paroi antérieure du kyste était nécrosée, altérée; tandis que la partie postérieure dans sa presque totalité était saine et recouverte d'une membrane lisse, unie, semblable à une muqueuse. Seulement, à la partie supérieure de cette paroi, il reconnut que le bord alvéolaire était altéré; il était noirci, comme macéré par la suppuration, et les racines des deux premières molaires étaient usées et noircies aussi. Avec un davier M. Jobert arracha sans peine les deux dents, qui vinrent ensemble, entraînant avec elles le morceau d'alvéole dans lequel elles étaient implantées. Puis avec de fortes pinces et des ciseaux le reste de la paroi antérieure du kyste fut enlevé. Les dernières molaires purent être conservées, dans cette partie l'os était sain.

Ainsi, par cette opération, l'os fut diminué : 1° en hauteur ; 2° en épaisseur.

En hauteur : l'opération pratiqua une véritable coche suivant le bord alvéolaire comprenant les trois premières molaires.

En épaisseur : toute la tablature antérieure de l'os fut enlevée dans les points où elle avait été soulevée et altérée.

Trois ou quatre artérioles seulement furent liées dans l'épaisseur des tégumens faciaux, et à l'aide de la suture entortillée la plaie fut réunie par première intention.

Nous ne suivrons pas jour par jour la marche de la plaie : qu'il nous suffise de dire qu'au dixième jour toutes les épingles avaient été enlevées, et partout sans accidens aucuns la réunion s'était opérée d'une manière parfaite et immédiate.

Aucune réaction générale ne suivit cette opération si grave en apparence, et peu de jours après on put nourrir le malade.

Une suppuration abondante se fit dans l'intérieur de la bouche pendant les quinze premiers jours. A cette époque en introduisant le doigt, on constatait que partout, excepté dans la partie la plus déclive, l'os était recouvert. En ce point on sentait quelques petits fragmens d'os détachés par la suppuration, et que M. Jobert enleva facilement avec des pinces.

La tuméfaction dès cette époque diminua considérablement et avec une rapidité remarquable.

Un mois après, la suppuration était tarie le malade reprenant sa santé, la difformité n'existait plus, l'os n'avait qu'un peu plus de développement, suivant sa hauteur; quant à son épaisseur elle était normale. Enfin la cicatrice était linéaire.

Ce malade, radicalement guéri d'une affection qu'il portait avec dégoût depuis si long-temps, a été présenté à l'Académie de médecine dans une des dernières séances, et les médecins qui l'avaient vu avant le traitement ont examiné avec intérêt l'heureux résultat obtenu par M. Jobert.

Les conséquences à dédure de ce fait nous paraissent très importantes. Nous voyons, en effet, que ce malade a été guéri et sans accidens en un mois, et nous acquérons la conviction que si cette opération avait été tentée dès le principe, elle eût été bien précieuse, car, sans contredit, le mal s'étendait moins loin alors, et il n'eût pas fallu faire de plaie aux tégumens externes ; probablement on eût pu détruire, à l'aide de la gouge et du maillet, la partie de l'os soulevée. Répétons donc que ce retard apporté à une cure radicale a été préjudiciable au malade, 1° en altérant sa santé ; 2° en augmentant l'étendue du mal, et bien certainement les deux molaires qui ont été enlevées, évidemment altérées par le contact perpétuel de la suppuration, eussent pu être conservées.

Il est donc bien certain que le traitement proposé par Dupuytren est quelquefois insuffisant, et nous pensons qu'il sera convenable de mettre en usage le traitement appliqué par M. Jobert, lorsque la maladie résistera à l'ouverture du kyste.

Cette destruction de la paroi antérieure de la tumeur pourra quelquefois être faite par l'intérieur de la bouche ; et si l'étendue du mal ne comportait pas cette manière de faire, il ne faudrait pas craindre de mettre l'os à nu, comme l'a fait M. Jobert.

Le procédé qu'il a suivi nous paraît très simple ; il se rapproche de plusieurs procédés décrits déjà, mais nous n'attachons pas grande importance à ces descriptions de manuel opératoire ; car chaque opération se présente, sur la face surtout, avec des circonstances spéciales qui forcent le chirurgien à approprier son procédé à ces diverses circonstances qu'il peut rencontrer.

Ed. Laborie.

— Les grands journaux ont annoncé dernièrement avec emphase que le *célèbre docteur Morrisson* était mort dans un âge avancé. Or, il est bon que l'on sache que Morrisson n'a jamais été médecin; c'était tout simplement un marchand de vin qui, ayant amassé quelques écus, entreprit d'exploiter le goût que les Anglais ont montré de tout temps pour les purgatifs, et surtout pour les médicamens sous forme pilulaire. L'entreprise réussit à merveille, et grâce à ses pilules purgatives, Morrisson se vit bientôt possesseur d'une fortune colossale (on dit qu'il a laissé 5 ou 6 millions). Après avoir suffisamment purgé les habitans de la Grande-Bretagne, Morrisson entreprit d'évacuer la France. Mais comme la vente des médicamens en France est soumise à certaines prohibitions, la plupart du temps illusoires, il est vrai, le purgon anglais s'associa pour l'exploitation de son industrie à un nommé Blayn, pharmacien. Mais bientôt ils se brouillèrent, car Blayn, peu satisfait des avantages pécuniaires que lui procurait l'association, se mit à fabriquer des pilules pour son propre compte.

De là, grande colère de la part de Morrisson, qui appela Blayn devant les tribunaux, comme contrefacteur. Le tribunal débouta Morrisson de sa plainte, et renvoya les parties, après les avoir condamnées aux dépens, se fondant sur ce qu'ils n'avaient point le droit ni l'un ni l'autre de vendre un remède secret; mais comme Morrisson avait déjà embouché la trompette de la publicité, Blayn continua à voir affluer dans son escarcelle le tribut des purgomanes. Morrisson est mort dans un magnifique hôtel de la rue de Rivoli, où il se reposait en paix de ses longs travaux. Cet homme, pour qui les pilules avaient été un véritable Pactole, avait dépensé des sommes énormes en annonces de toute espèce, dont il inondait les cinq parties du monde. Dans ses vieux jours, fatigué de richesses, il rêva la gloire, et fit composer par quelque médicastre une méchante brochure sous le titre de *Morrisoniana*, dans laquelle il se fait décerner les titres les plus pompeux, tels que : sauveur des hommes, prince des médecins, etc. Cette brochure, qui n'est qu'une compilation informe de l'Examen des doctrines, de Broussais, est remplie de calomnies contre la médecine et les médecins.

C'est la marche ordinaire des charlatans qui déprécient les choses et les hommes les plus honorables pour vendre leur marchandise; c'est la conduite qu'a tenue Hahnemann lui-même, le fondateur de l'homœopathie, qui, dans son *Organon*, prodigue aux médecins les épithètes les plus injurieuses.

Les pilules de Morrisson sont tout simplement composées de gomme gutte, de rubarbe, de résine de jalap, d'aloës et de coloquinte.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 14 MAI 1840. (13e ANNÉE.) N° 57, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5[illegible]

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Luxation de l'épaule datant de cinq semaines. Réduction.

La femme d'un perruquier de Mont-Rouge ayant fait une chute dans sa boutique sur le côté droit ressentit d'abord toutes les conséquences inévitables d'un pareil accident, même sans aucune complication : ainsi, dans l'épaule qui avait reçu le choc, douleur vive, gonflement, légère ecchymose et difficulté de remuer le membre que la malade trouvait bien naturelle dans cet état. Mais sa position ne s'étant pas améliorée au bout de plusieurs jours, ses souffrances devenant au contraire de plus en plus vives au moindre mouvement qu'elle voulait imprimer à son bras, on consulta un médecin. Celui-ci, examen fait de la partie, n'y reconnut qu'une forte contusion, et prescrivit un traitement approprié aucun soulagement n'étant résulté de l'application des linimens et des frictions ordonnées, on appela un second consultant qui, lui, diagnostiqua une luxation de l'humérus ; mais soit qu'un commencement de tractions douloureuses ait intimidé la malade, soit que cette divergence d'opinions l'ait rendue défiante et moins docile, elle ne voulut se soumettre à aucune espèce de traitement avant d'avoir un autre avis. Donc vint un troisième médecin qui, comme le premier, s'arrêta à l'idée d'une simple contusion, et conseilla de reprendre les moyens abandonnés. Ce fut encore en vain qu'on les mit en pratique pendant un assez grand nombre de jours ; sauf un peu moins de gonflement, l'impossibilité des mouvemens, les mêmes douleurs persistaient, quand la malade, inquiète de son état et ennuyée de toujours souffrir autant, résolut de prendre pour dernier conseil l'avis de M. Velpeau, bien décidée à s'en rapporter entièrement à lui. Ce chirurgien déclara positivement qu'il y avait luxation de l'humérus, et sur sa demande, la malade entra dans son service pour que l'on en tentât la réduction.

Toutes ces tergiversations, ces avis contradictoires, ces traitemens tour à tour exécutés, abandonnés et repris avaient laissé écouler un intervalle de cinq semaines depuis le jour de l'accident ; or, voici quel était l'état du membre quand il fut examiné dans les salles.

Aucun symptôme de travail pathologique ne se manifestait à l'extérieur ; il n'y avait ni rougeur, ni tension, ni douleur au simple toucher ; pas de tumeur, enfin nulle trace d'inflammation. Il existait seulement encore un peu de gonflement. Du côté malade, l'acromion était plus saillant que de l'autre ; la différence était marquée. Le creux sous-claviculaire était à peu près effacé ; le membre, pendant, était dévié relativement à l'axe du tronc, sous un angle assez élevé, le coude s'écartant du thorax et se portant un peu en avant ; tout le bord du scapulum était soulevé en arrière ; les mouvemens étaient très bornés en arrière et excessivement douloureux, soit qu'ils fussent volontaires, soit qu'on les provoquât ; le deltoïde était moins tendu ; au-dessous de lui et à sa face externe, on sentait une forte dépression. Le bras étant levé, la main, en le suivant, était arrêtée en haut par un corps dur et saillant, séparé de la peau de l'aisselle par une couche épaisse de tissus. En embrassant les deux rebords de toute la saillie dure, la main saisissait supérieurement l'acromion et contournait en bas et en dedans du côté de la clavicule une portion plus volumineuse dont les mouvemens suivaient ceux du bras. En opérant ces mouvemens on ne constatait aucune espèce de crépitation, ni celle fine ou sonore d'un os brisé, ni celle sourde et profonde, *croquante* des cartilages, qui se fait quelquefois sentir dans les luxations. Le bras, mesuré, était égal à l'autre pour sa longueur ; au surplus, dans le cas de luxation supposée, la différence en plus ou en moins n'est pas d'une grande valeur ; l'allongement seulement pourrait devenir un indice assez certain, en l'absence d'autres signes.

Dans ces conjonctures, M. Velpeau diagnostiqua une luxation, en croyant toute erreur impossible ; car il n'y avait pas à s'arrêter à l'idée d'une simple contusion, ni guère plus à celle d'une fracture ; l'absence de crépitation et le peu d'étendue des mouvemens devaient détruire cette supposition. Ce chirurgien reconnut donc positivement une luxation en avant, *in alam*, comme dirait Celse, qu'il rangea d'abord dans sa grande classe des luxations *antéro-internes* ou *axillaires*, qu'il subdivisa ensuite en trois genres : luxation *sus-claviculaire*, très rare, quand la tête de l'humérus, renversée près de la racine de l'apophyse coracoïde ou de la clavicule, se trouve comme bridée en dessous par la portion supérieure du muscle sous-scapulaire ; luxation *sous-pectorale*, peu commune, lorsque la tête de l'humérus s'est placée dans le creux de l'aisselle, entre les muscles sous-scapulaire et pectoraux ; luxation *sous-claviculaire*, la plus fréquente, quand la tête de l'os du bras, logée dans la fosse axillaire du scapulum, est séparée du creux de l'aisselle par le muscle sous-scapulaire. Telles sont les trois principales variétés de déplacement nécessaires à distinguer, suivant M. Velpeau, pour pouvoir classer d'une manière suffisamment exacte toute espèce de luxation, sans s'inquiéter des différentes nuances intermédiaires qu'on doit, à coup sûr, rencontrer, mais qui ne peuvent servir de base, comme cela est arrivé cependant, pour ranger autant de sortes de luxations sous une multiplicité de dénominations fausses ou vides de sens, qui ne font qu'embarrasser davantage la question de ces accidens sans éclairer en rien l'histoire de leurs signes, de leur diagnostic, de leurs conséquences ou de leur traitement, et qui indiquent des luxations qu'en théorie il est permis de regarder comme rigoureusement possibles, mais qui, pour la plupart, n'ont jamais été reconnues ni observées dans la pratique, par ceux-là même qui les ont faites.

Suivant ces données et d'après les signes fournis dans le cas qui nous occupe, c'était donc une luxation sous-scapulaire qui s'offrait à être traitée ; mais avant de l'entreprendre, M. Velpeau se demanda s'il devait inconsidérément en tenter la réduction sans songer aux accidens que le moyen employé après l'intervalle de temps écoulé pourrait faire naître, tel que l'inflammation des tissus, la rupture des vaisseaux, chose fort grave et malheureusement trop peu rare ; car, sans compulser tous les faits connus et publiés, ne se rappelle-t-on pas le malheur arrivé à un célèbre chirurgien de Rouen, M. Flaubert, qui arracha les racines du plexus brachial dans des efforts de traction violente ! N'a-t-on pas, parmi d'autres, quatre cas remarquables de rupture de l'artère axillaire : deux publiés dans la pratique du même chirurgien, M. Gibson, de Philadelphie ; un dans la pratique de Delpech, à Montpellier ; et un autre arrivé à Paris, il y a deux ans ?

Mais, par compensation, il ne faut pas oublier non plus les exemples assez nombreux de réussite obtenue après une époque plus ou moins reculée depuis l'événement ; ainsi, M. Schmidt, une fois après sept mois, une autre fois après dix mois, M. Mackensie, au bout de six mois, et M. Cunier, également après six mois, ont vu leurs tentatives de réduction suivies du plus heureux succès, sans qu'il survînt aucun accident.

M. Velpeau se rappelle un cas de luxation heureusement réduite par M. Sédillot, après un an de date, et lui-même a obtenu le résultat le plus satisfaisant en opérant la réduction de plusieurs luxations plus ou moins anciennes, trois de plus de vingt jours, une de quarante-six jours, et une autre datant de quatre mois.

C'est pourquoi il se trouva engagé, dans le cas présent, à essayer de réduire au moyen de tractions modérées, faites d'ailleurs dans le sens qui lui a paru toujours le plus avantageux pour réussir plus sûrement et plus promptement dans cette espèce de luxation, c'est-à-dire horizontalement ; de même qu'il a remarqué que l'extension verticale, le membre étant relevé du côté de la tête, est la plus favorable dans les luxations sous-pectorales, et que l'extension oblique en bas, puis horizontale, convient mieux dans les luxations sous-claviculaires que les deux précédentes. Non pas cependant qu'il soit juste de dire que chacune de ces méthodes soit exclusivement applicable au cas indiqué ; mais M. Velpeau affirme que dans toute circonstance où il a opéré de cette façon, c'est-à-dire plus de quarante fois, il a constamment obtenu le succès et le plus facile et le plus complet, sans avoir jamais rencontré le moindre inconvénient.

Cette manière d'agir ayant été employée contre la luxation qui nous occupe, dès la première tentative et au moyen d'une traction peu forte, elle s'est trouvée réduite, et la malade est sortie au bout de quelques jours, ayant l'épaule droite dans un état parfaitement normal.

Inversion complète de l'utérus ; pertes abondantes ; extirpation presque totale de cet organe ; mort ; autopsie.

Au n° 14 de la salle Sainte-Catherine est entrée une femme, âgée seulement de vingt-six ans, et qui, à la suite de ses premières couches faites il y a huit mois, eut une inversion de matrice, de manière que le fond et le corps entier de cet organe, affaissés en dedans, s'engagèrent dans le col, d'où étant sorti comme un doigt de gant, leur surface interne vint proéminer à l'extérieur sous la forme d'une tumeur pyriforme, dont la racine ou la pointe se trouvait bornée en haut par un bourrelet circulaire formé par la partie antérieure du col endurcie, et qui faisait une sorte d'étranglement qui avait arrêté l'inversion complète de l'organe tout entier. Pendant tout le temps de cette transformation, la pauvre femme avait été en proie à des hémorrhagies aussi abondantes que fréquentes, et qui l'avaient tellement épuisée qu'à deux reprises différentes on l'avait cru morte. Un traitement et un régime appropriés avaient momentanément paru améliorer son état. Enfin après bien des alternatives d'interruption et de surcroît dans ces accidens, la malade venait demander avec instance et obtenir, s'il était possible, un remède plus puissant, non plus palliatif, mais curatif cette fois, à sa triste position.

On a beaucoup parlé de l'inversion complète de la matrice, qui n'est pas rare d'ailleurs. Mais ici, il s'agit d'une inversion incomplète. Or c'est un accident qui n'a jamais été remarqué qu'à la suite de couches et dont peu d'auteurs se sont occupés. On ne saurait cependant oublier les exemples cités par Alphonse Leroy dans les querelles scandaleuses qu'il eut avec Baudelocque à la fin du siècle dernier ; mais autre part, peu de faits ont été publiés. M. Velpeau en connaît trois.

Il est hors de doute que dans une affection si grave abandonnée à elle-même, toutes celles qui en sont atteintes doivent inévitablement succomber à des époques variables par suite des pertes qui en sont la conséquence, et qui, continues chez les unes, rénittentes chez les autres, n'en finissent pas moins par amener une anémie profonde, l'infiltration, le trouble de toutes les fonctions, puis la mort. Mais n'est-il pas d'autre moyen pour y remédier qu'une opération tout aussi dangereuse ? Au premier abord on pourrait penser à repousser la tumeur et à la faire rentrer comme elle est venue, en reformant mécaniquement sa cavité d'avant en arrière ; c'est une idée qu'on a eue, mais dont la mise à exécution a constamment échoué ; et l'on conçoit en effet que, quand les tissus ont eu le temps de s'engorger, de s'endurcir, quand une portion du col utérin est devenue comme un anneau solide et résistant qui étrangle la partie la plus mince de la tumeur en arrière de son extrémité plus grosse, il soit tout aussi impossible de refouler celle-ci qu'il serait difficile de produire l'inversion sur la matrice d'une femme non enceinte à l'état normal.

Peut-on alors se résigner à conserver l'infirmité en combattant les accidens? Mais aucun traitement, aucun moyen mécanique, ni pessaire, ni astringent, ne sont d'un effet assez puissant et tant soit peu curatif.

Donc il faut ou laisser les malades s'éteindre ou enlever le corps qui fournit le sang. Dans ce dernier cas, deux procédés se présentent : l'étranglement et l'excision, tous deux également redoutables, horriblement dangereux, pouvant causer la mort dans l'espace de quelques heures. On connaît pourtant trois ou quatre cas de guérison, dont un est propre à M. Velpeau.

Dans l'excision, ce qui est à craindre, c'est l'hémorrhagie consécutive ; car on ne peut ni tordre ni lier aucun vaisseau ; le tamponnement dans le vagin empêche il est vrai que le sang coule en dehors, mais il peut aussi le faire refluer dans le ventre, ce qui n'est pas moins dangereux.

Quant à l'étranglement ou à la ligature, il faut songer aux accidens qui pourront survenir pendant la longueur du temps que la partie à retrancher met à se détacher, aux inconvéniens qu'entraîne la gangrène, la suppuration des parties, etc., mais surtout à la douleur atroce qui se manifeste quelquefois dès son application, douleur navrante, énervante, qu'on peut comparer à celle que produit la compression forte et prolongée du testicule ou du cordon, et qui occasionne souvent des convulsions tellement violentes, qu'on est forcé de suspendre ou d'enlever ce moyen.

Voici certes des dangers assez effrayans qui résultent de l'emploi de l'un ou de l'autre de ces procédés mis séparément en usage. Pour les amoindrir, il est assez singulier qu'on ait pensé à les réunir en les pratiquant simultanément. C'est M. Bloxam, qui en a eu le premier l'idée, et on comprend, en effet, qu'on aura moins à redouter l'accident de l'hémorrhagie si, avant l'excision, on peut porter au-delà de la portion qu'on veut retrancher une ligature avec laquelle on fera un étranglement suffisant pour empêcher l'écoulement du sang, et pas assez fort pour produire les douleurs convulsives dont nous avons parlé. L'on peut d'ailleurs augmenter ou diminuer le resserrement à volonté et enlever même tout à fait la ligature quand, après un certain temps, l'hémorrhagie n'est plus à craindre, ou si la violence de la douleur empêche absolument de la supporter plus long-temps.

Ce fut de cette manière que M. Velpeau procéda à l'opération à laquelle il se décida, après les sollicitations pressantes de la malade et de sa famille, et d'ailleurs parce que l'épuisement progressif du sujet la rendait promptement nécessaire. Arrivée depuis le jeudi à l'hôpital, la pauvre femme avait encore eu une perte effrayante dans la nuit du jeudi au vendredi ; de plus, elle était à huit jours seulement de son époque menstruelle, et cette circonstance, en laissant craindre une cause nouvelle d'hémorrhagie prochaine, qui d'ailleurs, sans cela, pouvait survenir à chaque instant, devait encore faire hâter l'application du seul moyen qui pût la sauver.

On l'opéra donc samedi, et voici comment :

Les cuisses et le bassin fixés dans la position convenable, la tumeur utérine fut saisie avec les pinces de Museux et doucement amenée à l'entrée du vagin où on la maintint pour y passer de haut en bas, dans toute son épaisseur, une anse de fil avec laquelle M. Velpeau voulut rendre la traction de l'organe plus facile et plus sûre qu'avec

la pince de Museux, [illegible] peut entamer et lacérer des tissus qui n'offrent plus [illegible] de densité ni de résistance. Au moyen de ce fil, toute [illegible]umeur ayant été amenée hors de la vulve, on porta, jusqu'à sa racine, avec le serre-nœud de Dupuytren, une forte ligature qui fut assez fortement serrée et, d'un seul coup de bistouri, porté à un centimètre environ en ava[illegible] l'étranglement, on retrancha toute la tumeur comp[illegible]nt le corps entier de l'utérus, son fond et une partie [illegible] col, l'autre étant restée pour supporter la ligature et former l'espèce de moignon qui la précédait.

La malade ne manifesta de douleur bien vive en aucun temps de l'opération, qui devint ainsi une des plus simples quant au manuel opératoire. Dans toute la journée de samedi, elle ne se plaignit pas beaucoup, et il ne parut aucune trace d'écoulement de sang. On lui administra par cuillerée, de deux heures en deux heures, une potion gommeuse laudanisée, et dans l'intervalle on lui fit prendre des pilules d'extrait thébaïque jusqu'à l'assoupissement.

Le lendemain dimanche, elle éprouva des douleurs assez vives au ventre et des nausées fréquentes : on appliqua des sangsues et on fit dans la journée cinq frictions d'onguent mercuriel.

Le lundi matin elle allait mieux; les douleurs du ventre étaient beaucoup moins fortes et rémittentes; celui-ci n'était pas tendu et pas trop sensible à la pression; les envies de vomir avaient cessé; on continua l'administration de l'opium.

Le mardi, lors de la visite, son état n'était pas encore empiré; un bain, prescrit la veille, ne fut pas pris à cause de sa grande faiblesse; seulement, vers quatre à cinq heures de l'après-midi, des vomissemens vinrent, les douleurs du ventre s'exaspérèrent; on réappliqua des sangsues, mais les symptômes prirent une marche effrayante et rapide, et elle succomba dans le milieu de la nuit.

A l'autopsie, voici ce qu'on trouva :

Ni rougeur, ni pus, ni aucune trace d'inflammation dans les deux tiers supérieurs des viscères remplissant l'abdomen; leur partie inférieure nageait dans un liquide noirâtre, couleur de chocolat foncé, qui remplissait le petit bassin et pouvait bien être de la quantité d'un litre. Ce liquide était évidemment du sang déjà en partie décomposé, et contenait des caillots qui ressemblaient à des concrétions fibrineuses.

Ce qui était resté de la matrice et de ses annexes et les parties environnantes, était imprégné de ce liquide, mais ne portait pas, quant à l'altération des tissus, des marques de vive inflammation. La ligature, qui s'était détachée la veille au soir, flottait au milieu de tout ceci.

En se demandant quelle a été la cause immédiate de la mort de cette femme, dit M. Velpeau, ceux-ci croiront à une péritonite, ceux-là auront une autre idée.

« Les premiers, ne pensant pas qu'un litre de sang perdu, c'est-à-dire quatre palettes, puisse amener la mort, ne verront là que la source de la péritonite qui aura fait succomber cette femme, à leur avis. Pour moi, qui partage l'autre opinion, la présence de ce litre de sang suffit pour me faire comprendre l'extinction de la vie, sans que j'aie besoin de faire intervenir une péritonite qui aurait bien pu être occasionnée par cela, mais n'a pas dû être si rapidement mortelle.

» Pour m'expliquer tout par la seule hémorrhagie et m'empêcher de croire à l'autre cause de mort, il faut se rappeler la manière dont la malade se tenait couchée sur le côté et dans une position fléchie. Or, il est remarquable que dans le cas de péritonite, c'est une position qui ne se rencontre jamais chez aucun sujet; de plus, le décubitus sur le dos faisait venir la douleur qui n'occupait qu'un seul hypocondre, celui du côté couché, dans toute la région hypogastrique. Ne semble-t-il pas qu'on la suive du doigt et de l'œil avec le sang épanché qui s'étend dans toute cette partie, et qui seul la cause? Ce n'est que dans la soirée du mardi que se manifestèrent les symptômes de la crise qui la fit succomber quelques heures après; or, une péritonite qui ne s'était pas encore laissé deviner, tant aiguë qu'elle fût, aurait-elle pu naître et se terminer si rapidement? Tandis qu'une simple hémorrhagie explique tout cela, et certes un litre seulement doit paraître suffisant pour amener la mort chez un sujet, dans les conditions où était placée cette femme, épuisée depuis long-temps par des pertes abondantes et presque continuelles, tout récemment encore par celle du jeudi précédent, affaiblie de plus en plus par l'application de 80 sangsues faite en deux fois! Comment un litre de sang épanché dans une cavité, et par conséquent bien plus dangereux qu'une pareille quantité qui se serait écoulée au dehors, n'aurait-il pas suffi pour compléter le danger attaché à toutes ces pertes précédentes et la faire succomber?

« Je ne sais si je m'abuse, ajoute le professeur, mais le désir de me rattacher à l'idée d'un accident qui pourrait être évité, et conjurer une terminaison si fatale, me fait penser que dès le premier jour de l'opération, l'hémorrhagie s'est produite de cette manière : soit par la rétraction des parties voisines, soit par son propre affaissement, la lèvre supérieure du moignon, en dehors de la ligature, aura pu glisser en dessous et l'abandonner si elle était trop peu serrée; c'est de là que sera provenue l'hémorrhagie. Alors, de cette idée et de ce que nous voyons là, je retire cet enseignement pratique fort important, que dans pareille circonstance, si elle se représentait, je devrais faire un étranglement plus fort; et pour mieux me prémunir contre l'écartement ou la séparation des deux lèvres de la plaie, je placerais encore en avant de la ligature une anse de fil passée dans toutes les deux, d'une partie latérale à l'autre. »

Nous ferons remarquer en terminant, comme une circonstance assez extraordinaire dans un hôpital, que l'autopsie de cette femme a été faite sur son cadavre embaumé par les soins et le procédé de M. Gannal. L... E...

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

Revue clinique.

Les vacances de pâques ayant interrompu nos leçons cliniques, nous allons consacrer celle-ci à appeler votre attention sur les cas les plus intéressans que présente en ce moment le service.

Fistule lacrymale.

Au n° 6 de la salle Saint-Louis, est couché un malade qui a subi ailleurs l'opération de la fistule lacrymale. La canule, laissée dans le canal nasal, a cessé ses fonctions; un abcès s'est développé consécutivement à la partie inférieure du grand angle de l'œil, et le pus s'est fait jour par une petite ulcération qui est restée fistuleuse. Faut-il extraire cette canule? Cette extraction peut offrir de très grandes difficultés; quelquefois on a été contraint d'y renoncer après avoir fatigué les tissus par des efforts impuissans : nous la rejetons dans le plus grand nombre des cas. Nous avions d'ailleurs été amené à adopter ce principe d'après notre propre expérience.

Il y a dix ans, un homme se présenta à nous, porteur d'une canule dans le canal nasal, et chez lequel il s'était développé vers le grand angle de l'œil un gonflement inflammatoire assez intense. Nous étions décidés à extraire la canule, comme on le faisait généralement alors; cependant, pour nous conformer à ce principe de médecine opératoire qui veut que l'on opère sur des tissus les plus sains possible, nous commençâmes par attaquer l'inflammation au moyen des antiphlogistiques; sangsues sur l'apophyse mastoïde, cataplasmes émolliens, fumigations de même nature portées dans la fosse nasale par un conducteur. Nous obtînmes le résultat que nous attendions, et mieux encore, car la canule redevint perméable, et le malade fut guéri après la cessation de la tuméfaction inflammatoire.

Depuis ce premier fait, plusieurs autres nous ont donné le même résultat.

Chez le sujet à l'occasion duquel nous entrons dans ces considérations, l'inflammation est tombée; il reste une ulcération avec fistule. On a commencé à faire dans celle-ci des injections émollientes; avant deux ou trois jours, nous passerons dans la canule un stylet un peu gros pour la désobstruer, et si la petite ulcération persiste encore, nous la toucherons avec le nitrate d'argent; mais tout porte à croire qu'elle se cicatrisera spontanément dès qu'elle ne donnera plus passage aux larmes. Six jours après ce pronostic s'est vérifié et le malade est sorti guéri.

Ulcères phagédéniques.

14 et 17. Rappelez-vous que nous n'avons pas borné notre traitement à des cautérisations superficielles avec le proto-nitrate acide liquide de mercure. Partis de ce fait, que la cautérisation appliquée à des surfaces ulcéreuses enflammées peut agir au profit du mal, que souvent même elle réveille une trop forte excitation alors qu'elle a porté sur des ulcères qui ne présentaient que les symptômes d'une irritation modérée, nous avons ici, comme dans tous les cas semblables ou analogues, fait précéder les cautérisations d'une saignée du bras quand la surface de l'ulcère présentait un aspect inflammatoire un peu trop prononcé; et, après avoir appliqué le caustique, nous avons, par une seconde ou une première saignée, combattu avantageusement le surcroît d'inflammation qui pouvait en être le résultat. Ces deux ulcères ont d'abord marché franchement à la cicatrisation; puis, sans cause appréciable, ils ont rétrogradé. Enfin, en dernier ressort, ils ont repris leur marche vers la cicatrisation, et aujourd'hui il reste peu à faire pour qu'elle soit complète chez les deux malades. Celui du n° 17 a vu son mal reprendre un meilleur aspect à dater d'un érysipèle qui s'y manifesta sous l'influence de l'épidémie érysipélateuse que nous venons de subir. On conçoit très bien, en effet, que cette inflammation superficielle ait changé le mode de vitalité des tissus, et l'on peut ici trouver une certaine analogie avec le moyen employé par A. Paré pour la guérison de cette jeune fille qui portait à la face une dartre ulcérée tellement hideuse, que l'entrée des temples lui était interdite. Vous savez, d'autre part, que le caustique légèrement étendu par nous sur une partie seulement de la surface ulcérée a pour but de changer son mode de vitalité, et non d'y déterminer une eschare.

19. Chez cet enfant, un trajet fistuleux conduisait la sonde sur le cinquième métatarsien, que l'on trouvait à nu et carié dans sa partie la plus rapprochée du cuboïde. Des doutes étaient permis sur l'état sain de ce dernier os; nous opérâmes en conséquence, et nous trouvâmes que l'altération se bornait au métatarsien : il fut enlevé de manière à ménager les tendons du doigt qu'il soutient. Un tissu très résistant a comblé le vide que nous avions fait au point de faire croire que l'os est encore à sa place. Le doigt n'a subi aucune déviation; il a conservé toute sa mobilité. Cet enfant était sorti portant encore un petit pertuis fistuleux qui s'est agrandi au lieu de se fermer. Nous l'avons sondé à sa rentrée ici, et nous n'avons pas trouvé d'os dénudé. Nous avons bon espoir de compléter cette guérison avec des injections, et nous commençons par les faire émollientes.

Tumeur blanche siégeant sur l'articulation du poignet, sur les articulations du carpe et du métacarpe; deux fistules pénétraient jusque sur les os.

19. On avait voulu pratiquer à ce malade l'amputation de l'avant-bras droit dans un autre hôpital. M. Lisfranc met en usage le muriate de baryte, suivant la formule de M. Pirondi; l'articulation du poignet est guérie. Celle du carpe n'offre presque plus de tuméfaction; il est sorti quelques débris osseux par les deux fistules, qui maintenant fournissent très peu de pus. L'introduction du stylet ne permet plus de sentir les os à nu; s'il ne survient rien d'extraordinaire, ce malade sera même bientôt entièrement guéri.

Engorgemen du sein chez un homme,

12. Le sujet couché dans ce lit présente un cas rare chez un homme : c'est un engorgement du sein, engorgement auquel le malade ne peut assigner aucune cause, car il n'a jamais reçu de coup sur ce point. Nous avons ici agi conformément à nos principes : nous avons posé notre distinction entre l'état de sub-inflammation et l'état de non-inflammation. Le premier de ces états existait bien manifestement d'abord : il y avait augmentation de chaleur, non pas comme dans un phlegmon, mais comme on en trouve dans les engorgemens blancs enflammés; des coups d'épingles traversaient douloureusement le sein. Deux fois trente sangsues ont été appliquées autour et à une petite distance de la tumeur, cataplasmes émolliens laudanisés, et, pour le traitement interne, tisane de saponaire, pilules de poudre de ciguë, demi-diète. Les douleurs ont cédé complètement, la tumeur a diminué d'un tiers, et comme l'état non-inflammatoire existe depuis cinq ou six jours, nous recourrons à dater d'aujourd'hui aux fondans; frictions avec la pommade d'iodure de plomb, compression avec des disques d'agaric et des circulaires de bande, continuation du traitement interne.

Suivez ce fait avec attention, car il s'agit de juger ceux qui veulent que l'on enlève tous les engorgemens blancs, ceux qui ont pu dire que l'amputation du sein est une chose innocente, ceux enfin pour qui il n'y a plus rien à faire quand ils ont déposé le bistouri, et qui ne peuvent comprendre que les moyens que nous employons, même quand ils ne peuvent faire éviter l'opération, en ont au moins assuré autant que possible les résultats en combattant la disposition sous l'influence de laquelle naissent sans doute les récidives.

Fausses ankyloses.

24 et 33. Nous nous sommes bien gardé d'étendre brusquement ces membres : nous avions résisté à l'engouement presque général qu'avait fait naître ce moyen. Ce que nous avions prédit de lui est arrivé : un mois avant l'abandon complet dans lequel il est tombé, après avoir causé les accidens graves que vous connaissez, nous avions dit à ses admirateurs : vous produirez au moins l'entorse. Et elle est grave, cette entorse, sur des tissus plus ou moins éloignés de leurs caractères normaux. Vous savez si nous avions tort. Pendant le même temps, nous traitions, par la machine à extension lente deux malades chez qui l'ankylose résultait d'une tumeur blanche guérie dans un cas, et dans l'autre d'une plaie que tout annonçait avoir pénétré dans l'articulation et que l'on avait laissé se cicatriser, le membre restant à-demi fléchi. Vous avez vu ces deux malades marcher avec leurs membres étendus. Des deux malades soumis en ce moment à notre observation, l'un était venu dans nos salles pour un abcès de la fosse iliaque s'étendant par-dessous le ligament de Fallope à la partie supérieure et antérieure de la cuisse; cet abcès largement ouvert a marché à une guérison complète, sans viciation purulente, grâce aux sangsues nombreuses que nous avons appliquées sur le trajet du foyer, aussitôt après l'avoir ouvert. Mais il est resté deux fausses ankyloses, l'une à l'articulation coxo-fémorale, l'autre à l'articulation tibio-fémorale. Le second malade, celui du n° 24, portait une fausse ankylose du genou résultant d'une tumeur blanche guérie. Il est soumis au même moyen. Quelque lente et modérée que soit l'action de cette machine, il n'y a pas moins eu pendant son application récrudescence de la sub-inflammation articulaire, qui nous a contraint d'en faire momentanément abstraction pour recourir à nos moyens ordinaires. Quelques jours ont suffi pour ramener l'articulation à son état primitif; la machine a été appliquée de nouveau quand depuis sept ou huit jours toute trace inflammatoire a eu complètement disparu. Aujourd'hui nous touchons presque à un redressement complet chez ces deux malades.

Tumeur blanche.

34. Nous trouvons ici l'application du beau principe d'Hippocrate : *experientia fallax*. Ce malade est venu réclamer nos soins pour une tumeur blanche du genou, accompagnée de beaucoup de douleur et de chaleur. Nous avons eu recours aux antiphlogistiques, en ayant soin d'user sobrement des évacuations sanguines pour ne pas ruiner le terrain sur lequel nous avions à faire la guerre; puis nous avons employé les fondans quand l'état chronique a été définitivement établi. Notre succès a semblé complet un instant; plus de douleurs, presque plus de gonflement, et puis tout à coup, sans cause connue, sans écart de régime ni excès de marche, ces douleurs se sont réveillées, aussi intenses que jamais, avec gonflement et épanchement articulaire. Ces douleurs cèdent momentanément à l'emploi de l'hydrochlorate de morphine, par la

méthode endermique ; puis elles se réveillent en dépit de tout, et ne reviennent à un amendement léger que pour reprendre bientôt toute leur intensité. Nous serons obligés d'en venir à une amputation de cuisse, et d'avance vous pouvez prévoir que nous trouverons des érosions de cartilages et très probablement des caries osseuses. Rien n'est plus insidieux que le pronostic des engorgemens articulaires chroniques de cette sorte. En voici un second exemple.

Le fils de M. de ... a fait, il y a quatre ans, une chute sur le genou ; l'inflammation légère qui en est résulté a cédé aux antiphlogistiques : quatre ou cinq fois elle s'est reproduite par intervalles, et l'articulation est restée définitivement engorgée. On a, dès le début, employé les antiphlogistiques avec toute la modération qu'exigeait la constitution essentiellement lymphatique du sujet ; ils ont donné d'abord des résultats très satisfaisans, puis les accidens ont repris le dessus, et l'onguent mercuriel, selon la méthode de Serre d'Uzès, a fait naître de nouvelles espérances encore une fois déçues. Nous pensâmes alors qu'il existait quelque part dans l'économie un principe qui rendrait nuls tous nos efforts ; nous prédîmes l'existence de tubercules pulmonaires, et, en effet, dans une grande consultation, on vient d'en constater la présence chez ce malheureux jeune homme.

Rétrécissement du rectum ; indurations remontant dans cet intestin à plus de deux pouces de hauteur.

Saint-Antoine, n° 1. Nous sommes convaincus qu'il y a une origine syphilitique à ces indurations dans un nombre de cas très grand, plus grand qu'on ne le croit en général ; car souvent les malades nient avoir jamais eu la maladie vénérienne, ou accusent des symptômes syphilitiques qui ont existé à une époque quelquefois tellement reculée qu'on répugne à leur attribuer quelqu'influence. Il est d'ailleurs très facile de s'en laisser imposer pour un cancer du rectum par des engorgemens d'une autre nature, et déjà Desault avait publié des cas de guérison de ce qu'il appelait cancers du rectum. Ici nous avons administré le mercure à l'intérieur (le malade se rappelle avoir eu une blennorrhagie il y a quatre ans) ; des mèches successivement plus volumineuses ont été maintenues dans le rectum peu de temps d'abord, puis de plus en plus longtemps ; on leur a ensuite substitué des bougies en caoutchouc : il ne reste plus que quelques petites indurations isolées. Nous avons encore, parmi les gens de service de l'hôpital, un homme qui était entré l'an dernier avec une affection de ce genre, mais bien plus avancée. Le rectum était rétréci plus haut que la portée du doigt ; il était dur, bosselé, adhérent aux tissus subjacens, qui participaient eux-mêmes à l'engorgement ; trois fistules traversaient les tissus indurés. Comme ce malade avait eu autrefois la vérole, nous associâmes de même les antisyphilitiques aux moyens locaux, et maintenant il n'existe plus que de faibles traces de cette grave lésion.

Voici un autre cas où les indurations n'étaient pas carcinomateuses, où du moins on a pu les résoudre sans opération. Pendant le rude hiver de 1829, un homme entra dans ce service avec des indurations et des ulcérations qui nous semblèrent devoir réclamer l'amputation de la partie inférieure du rectum. Nous voulûmes toutefois attendre que le froid se fût mitigé, et jusque là nous employâmes les fondans et la compression ; le froid cessa, mais le malade n'avait plus besoin d'opération ; il était complètement guéri. Cette difficulté de distinguer les affections carcinomateuses d'avec celles qui ne le sont pas est commune au rectum et à la matrice.

Fracture compliquée siégeant sur le tiers inférieur de la jambe.

5. Le fragment inférieur, taillé en biseau, avait déchiré la peau et faisait saillie par la plaie dans une longueur de trois pouces. Comme il n'était pas dénudé de son périoste, on s'est contenté de le réduire sans le réséquer. Il existait un vaste épanchement sanguin et beaucoup de tension inflammatoire. Nous avons ramené les choses à leur état de plus grande simplicité possible par l'emploi de notre méthode ordinaire. (Saignée déplétive le premier jour ; révulsive, les quatre ou cinq jours qui suivent ; émolliens, diète jusqu'à la formation du pus.) Comme les fragmens restaient en place sans appareil, nous nous dispensons d'en appliquer un, et nous nous contentons de maintenir le pied par des compresses fixées de chaque côté au coussin sur lequel repose le membre. Le pus sort par l'ouverture qui existait au côté interne de la jambe. Jugez quel embarras pour nous, si nous ne savions pas nous passer de l'appareil.

Résection du maxillaire inférieur.

6. Une première fois, à la fin de l'an dernier, nous lui avions enlevé la portion de cet os qui s'étend depuis la canine droite jusqu'à un pouce au-dessous du lobe de l'oreille, pour un ostéosarcome. La guérison fut prompte et se soutint pendant deux mois que nous le gardâmes encore à l'hôpital. Il est revenu de son pays avec une récidive qui a commencé sur le bout opposé. Nous lui avons enlevé toute cette portion gauche du maxillaire moins une petite partie de la branche. Opéré le lundi, il s'est promené le samedi.

Petit lipôme à la partie antérieure et supérieure de la cuisse.

8. Un érysipèle s'est déclaré autour de la solution de continuité résultant de notre opération, et que nous avions réunie par des points de suture. Quelques symptômes gastriques. Axonge sur les points érysipélateux, sangsues à l'épigastre, diète, eau de gomme ; la réunion par première intention a échoué ; nous comptons sur la réunion par première intention à la seconde époque.

Engorgement du testicule, qui a décuplé au moins le volume de l'organe.

10. Ailleurs on a proposé au malade l'opération. Selon notre habitude, nous avons eu plus de confiance dans la puissance d'une thérapeutique rationnelle. Nous avons employé d'abord les antiphlogistiques, les émolliens et les narcotiques ; puis les fondans à l'époque où, vous le savez, ils sont indiqués pour nous. La tumeur a diminué environ de ses quatre cinquièmes. Un abcès s'y est formé, puis ouvert : il avait la forme tuberculeuse. Depuis peu il s'en forme un second qui nous oblige à renoncer aux fondans pour revenir à la première série de nos moyens.

Fracture de deux os de la jambe. Fausse articulation.

11. L'enfant couché dans ce lit offre l'un des cas les plus intéressans du service. Peu de temps après sa naissance, il a subi une fracture des deux os de la jambe. Cette fracture, à laquelle nous n'avons pas assisté, nous semble trop élevée pour être un décollement des épiphyses. Quoi qu'il en soit, elle ne s'est pas consolidée ; il en est résulté une fausse articulation de plus ; le tendon d'Achille ne trouvant plus de résistance a entraîné en arrière et en haut le pied et l'y maintient fixé. Notre projet est de pratiquer d'abord la section de ce tendon et de nous occuper ensuite de la consolidation de la fracture.

Tumeur fibreuse des maxillaires supérieurs.

[illegible] Tumeur fibreuse volumineuse siégeant sur la face [illegible] des deux maxillaires supérieurs, dans une plus grande étendue à droite qu'à gauche ; elle soulève la lèvre supérieure, la partie attenante de la joue gauche, la sous-cloison et l'aile gauche du nez, et ne semble pas intimement unie aux os subjacens. L'épidémie érysipélateuse qui vient de sévir sur nos malades nous a empêché d'opérer, cependant nous ne pouvons plus retarder en face des progrès rapides que fait cette affection.

Tumeur érectile de la langue.

18. Cet homme, âgé de soixante ans environ, portait depuis trente ans, sur le côté droit de la langue, une tumeur érectile, du volume d'un œuf de pigeon, s'étendant depuis la réunion de son tiers antérieur avec son tiers moyen jusqu'à sa base. Nous avons saisi la langue au moyen d'une érigne et nous l'avons fait saillir hors de la bouche d'une quantité qui frappa d'étonnement tous ceux d'entre vous qui assistaient pour la première fois à une opération de ce genre.

Une seule chose mérite d'être notée dans cette opération ; c'est la force de rétraction avec laquelle la langue tendait à rentrer dans la bouche, au point qu'il n'y avait pas trop de toute la résistance dont nous étions capables pour la maintenir fixée. De cette espèce de lutte, qui exigeait de notre part des concessions dans la crainte de déchirer les tissus où s'implantait notre érigne, il est résulté un peu de lenteur dans l'opération. Tout est allé à souhait après l'opération ; il y a eu seulement un peu de tendance à une congestion encéphalique, qui a cédé à une saignée. Le malade est complètement guéri.

Ulcération simple, peu étendue, siégeant sur la lèvre postérieure du col de l'utérus.

Salle Saint-Augustin, 7. Mardi dernier, nous l'avons légèrement touchée avec le proto-nitrate acide liquide de mercure. Dès le soir même, douleurs violentes dans la région hypogastrique ; tension de la paroi abdominale correspondante ; pouls accéléré et concentré, chaleur à la peau ; en un mot, tous les symptômes d'une métro-péritonite commençante. Voici, depuis quinze ans, le premier cas observé par nous, d'accidens de ce genre déterminés par l'application du caustique sur le col utérin, faite selon nos principes ; établissez donc des statistiques après cela, car voici une exception sur plusieurs milliers de cas. Saignée de douze onces au bras ; injections émollientes ; lavemens laudanisés ; onctions de baume tranquille sur le ventre, et application sur le même lieu de cataplasmes laudanisés. Nous avions la confiance que cette phlegmasie, ainsi attaquée à son début, ne nous résistera pas. Deux jours plus tard, ce pronostic s'est complètement vérifié.

24. Rapprochons de ce fait un second cas de métro-péritonite, fort intéressant sous le point de vue thérapeutique. Dans le moment où elle a été prise des premiers symptômes de son affection, cette femme, soumise depuis plusieurs mois à l'emploi d'un pessaire pour obvier à une chute de matrice persistant après la guérison d'un engorgement de l'organe avec ulcération du col, cette femme, dis-je, avait depuis quinze jours supprimé le pessaire qui lui causait beaucoup de gêne, et se bornait à observer le repos et à faire dans le vagin des injections émollientes. Rien ne semble donc expliquer cette explosion inflammatoire ; elle a acquis rapidement une grande intensité. Les douleurs étaient insupportables ; le ventre dur et tendu, sensible au point de ne pouvoir endurer le poids des couvertures ; la respiration difficile. Des vomissemens fréquens tourmentaient la malade ; son pouls, la coloration et la température de sa peau annonçaient une fièvre intense. Mêmes moyens que dans l'observation précédente, et, de plus, potion anti-émétique de Rivière. Deux applications de sangsues à l'hypogastre, l'une de 40, l'autre de 35. Les accidens n'en continuaient pas moins à croître. Nous recourons alors aux onctions mercurielles, selon la formule de M. Serre d'Uzès (employer un kilogramme d'onguent mercuriel en 48 heures, l'étendre par couches de deux lignes d'épaisseur ; en ajouter toutes les heures une nouvelle couche sans enlever la précédente). A peine ce moyen était-il mis en usage depuis quelques heures, que les symptômes ont commencé à décroître. Nous sommes en pleine convalescence.

Deux tumeurs [illegible]tiles.

10, 28. La première, du volume du poing, s'est développée sur la main gauche, entre les deux premiers métacarpiens. Elle embrasse évidemment le premier, peut-être même le trapèze ; il n'est pas aussi certain qu'elle adhère au second. Nous allons très prochainement opérer ; et après la dissection de la peau qui recouvre cette tumeur, que nous nous proposons d'enlever, il nous sera facile de reconnaître quels os doivent être sacrifiés dans le poignet ; ainsi pourrons-nous conserver à la malade au moins trois doigts, et peut-être quatre.

Le n° 28 porte sa tumeur dans la lèvre supérieure. Elle est un peu moins volumineuse, mollasse, bleuâtre, sans le mouvement d'expansion que l'on perçoit dans la première ; elle augmente de volume et de coloration quand on recommande à la malade de retenir sa respiration. La crainte d'un érysipèle nous a seul empêché jusqu'à présent d'attaquer cette tumeur, en introduisant des aiguilles dans son épaisseur ; nous y procéderons prochainement, car l'épidémie érysipélateuse semble éteinte.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Académie de Médecine. — Séance du 11 mai.

M. Boullay est invité par M. le président à donner lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de Planche.

— *M. le Président* fait passer au scrutin pour la nomination d'une commission composée de onze membres choisis dans chaque section pour faire un rapport sur le choix de la section dans laquelle le remplacement des trois derniers membres décédés doit avoir lieu.

— *M. Capuron* fait au nom de M. Paul Dubois et au sien un rapport très favorable sur les biberons et bouts de sein en ivoire élastique de M. Cgarrière. Le rapporteur considère ces instrumens comme une des plus heureuses innovations de l'hygiène des enfans et des nourrices. La bonté de ces moyens ayant été confirmée par les expériences les plus multipliées et les plus concluantes, M. Capuron n'hésite pas à mettre les bouts de sein et les biberons fabriqués par M. Charrière au dessus de tout ce qu'on avait imaginé jusqu'à ce jour.

La conclusion du rapport est qu'on adresse une lettre de remercîmens à l'auteur, et qu'on l'encourage pour son utile invention.

M. Londe rappelle que l'idée de ramollir l'ivoire et de l'employer à la fabrication des sondes nous vient de l'Allemagne.

M. Capuron répond que M. Charrière n'a pas eu la moindre intention de s'en approprier l'idée, puisqu'il a déclaré tout céla dans sa communication à l'Académie, mais ce qui lui est propre, et ce qu'on ne saurait lui contester, c'est d'avoir eu le premier l'excellente pensée d'appliquer l'ivoire rendu flexible à la confection des bouts de sein et des biberons.

M. Lepelletier parle dans le même sens : il rappelle que M. Charrière a déclaré que c'était M. Darcet qui lui avait rendu l'ivoire flexible à l'aide du même procédé dont on se sert pour ramollir les os (macération dans un acide minéral affaibli).

M. Duval, membre de l'Académie, qui a lu il y a deux ans un excellent mémoire sur l'ivoire, déclare que l'usage de l'ivoire ramolli n'est pas nouveau. Les anciens, selon M. Duval, ramollissaient l'ivoire en le faisant macérer dans de la bière (1).

M. Nacquart voudrait que le rapport fût rédigé en termes plus circonspects, et demande qu'on le renvoie à la même commission pour une nouvelle rédaction.

M. Lecanu dit que l'ivoire ramolli n'est point flexible s'il n'est point imprégné d'eau, et s'il est imprégné d'eau il n'est point imputrescible.

M. Capuron combat ces deux assertions en montrant des échantillons des instrumens de M. Charrière qui sont flexibles sans être imprégnés d'eau, et en même temps imputrescibles, puisqu'il en a fait lui-même l'expérience. Il répond en même temps à M. Nacquart, en disant que les termes favorables du rapport sont le résultat de sa conviction. Il faut, dit-il, proclamer sans réserve les vérités utiles. Les instrumens en question font le tour du monde, et l'on ne saurait appeler trop vivement l'attention des praticiens sur l'utilité que l'humanité peut retirer de leur usage.

M. Moreau reconnaît la supériorité des biberons et bouts de sein de M. Charrière. Il a été le premier à féliciter cet artiste de cette heureuse innovation, mais il désirerait que l'inventeur trouvât le moyen de les mettre à la portée de la bourse des pauvres ; son œuvre serait plus méritoire. C'est la modicité du prix qui avait fait préférer autrefois les bouts de sein et biberons Darbo à ceux de madame Breton, qui, dit-il, sont trop chers.

M. Capuron répond que cette question est étrangère à son rapport ; cependant, ajoute-t il, je puis affirmer que M. Charrière a su prévoir à cette circonstance, et que le pauvre comme le riche trouveront dans ses appareils l'objet proportionné aux différentes exigences.

La proposition de M. Nacquart est mise aux voix et adoptée.

— *M. Capuron* fait un second rapport, au nom de M. Dubois (d'Amiens) et au sien, sur une observation de M. Piedagnel, intitulée : Violences exercées sur un enfant pendant l'accouchement et ressenties par la mère. Nous avons, il y a quelque temps, rendu compte de ce fait. Il s'agit d'une jeune femme dont l'enfant, à terme, présentait le pelvis au détroit supérieur. Le scrotum du fœtus avait été pris pour une tumeur morbide. Des coups d'ongle exercés sur cette tumeur par M. Piedagnel étaient constamment ressentis par la mère.

M. Capuron se livre à une savante dissertation, pour prouver que le cordon ombilical ni le placenta ne sont pas fournis de nerfs. Appliquant ensuite ces considérations au fait de M. Pie-

(1) On sait que la bière contient du gaz acide carbonique à l'état libre qui pourrait peut-être s'emparer de la base calcaire de l'ivoire.

dagnel; il ne trouve pas que l'observation soit rigoureusement concluante. Il propose, néanmoins, qu'une lettre de remercîment soit adressée à ce médecin, et que son nom soit porté sur la liste des candidats.

M. Breschet partage l'opinion de M. Capuron sur la non-existence de nerfs dans le cordon et dans le placenta. Il dit s'être assuré que ce qui avait pu faire croire le contraire, ce sont quelques brins du tissu cellulaire du cordon. Dans deux fœtus de baleine, il n'en a pas trouvé davantage. Il pense même qu'il ne devait point y en avoir, attendu que le placenta et le cordon sont des organes temporaires. La même remarque s'applique aux vaisseaux lymphatiques, que quelques personnes croyaient avoir trouvés dans le placenta.

M. Londe trouve la critique du rapport de M. Capuron en contradiction avec sa dernière conclusion.

M. Castel a eu connaissance d'un fait analogue à celui de M. Piedagnel; il n'est pas éloigné d'admettre la réalité de l'observation; il s'agit seulement de l'expliquer, ce qui n'est pas bien facile; mais qu'importe l'explication, pourvu que le fait soit exact?

M. Moreau approuve le rapport de M. Capuron. Les recherches qu'il renferme, relatives à la non-existence des nerfs dans le cordon et le placenta, lui paraissent importantes; elles fixent les idées sur une question assez importante, et méritent d'être publiées.

M. Gerdy adopte les considérations de MM. Capuron et Breschet, et ajoute quelques remarques relatives à la sensibilité indépendante des nerfs qu'offrent certains tissus, surtout dans certaines conditions morbides; il cite pour exemples les os et le péritoine.

— *M. Malgaigne* présente une pièce d'anatomie pathologique.

NOUVELLES DIVERSES.

— On lit dans le Courrier de Lyon, du 7 mai:

Le conseil-général du département du Rhône, dans sa session de 1839, considérant que la ville de Lyon est heureusement placée pour un centre d'enseignement médical, que ses établissemens scientifiques sont nombreux, que ses hôpitaux sont très riches en faits dignes d'observation,

Emet le vœu que le gouvernement veuille bien fixer à Lyon, dans le plus bref délai possible, le siége d'une Faculté de médecine, complément de celle des sciences.

— M. le docteur Gasc, médecin-inspecteur, membre du conseil de santé des armées, vient de partir avec M. Delocre, chirurgien principal, pour une inspection médicale dans les corps de troupe, les hôpitaux militaires et les établissemens civils où sont traités des soldats malades, dans les 1re, 2e, 3e, 5e, 6e et 18e divisions militaires.

— M. le docteur Vassal, l'un des membres et fondateurs de la Société médico-pratique, auteur de plusieurs mémoires intéressans, est mort à Paris, le 3 mai.

— Un second congrès scientifique italien aura lieu cette année à Turin, du 15 au 30 septembre.

— M. le docteur Alquié, médecin ordinaire de l'armée, chargé du service de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, vient d'être nommé médecin principal.

—Nous recevons de M. Brocchieri la lettre suivante, en réponse à un article inséré dans le n° du 5 mai.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans le n° du 5 mai de votre intéressant journal le compte-rendu du jugement par lequel le tribunal a cru devoir me condamner pour vente illégale de médicamens et a annonce de remèdes secrets.

Il ne m'appartient pas d'émettre une opinion sur les dispositions de la loi; mais, ce que je dois relever, c'est une erreur qui a été commise dans votre article; et ce que je puis faire, c'est de rappeler en peu de mots les vertus réelles de l'eau anti-hémorrhagique et anti-scorbutique dont je suis l'inventeur.

Vous dites, Monsieur, que le balsamiléon, ou l'eau Brochieri, n'est autre chose que l'eau Binelli, dont on a fait dans le temps des essais à Paris, et dont l'inventeur est mort sans avoir transmis son secret. L'eau que j'ai proposée, et que j'emploie avec un succès vraiment merveilleux dans les hémorrhagies capillaires et des gros vaisseaux artériels, je l'ai soumise au gouvernement à mon arrivée à Paris; je l'a transmise à l'Académie de médecine pour constater les effets que j'ai avancés, et j'attends sa décision.

Vous avez publié vous-même le rapport très avantageux qui a été fait à cet égard par une commission de la Société de médecine pratique, et vous pourrez juger par la lecture attentive de la brochure que je vous adresse que je n'avance rien que d'exact, et que mon eau est bien supérieure à celle de Binelli que vous citez. Il suffit de jeter les yeux sur les pièces justificatives nos 8 et 11, que j'ai l'honneur de vous transmettre.

Un grand nombre de médecins étrangers ont répété des expériences et ont tous réussi; vous pouvez en lire les certificats dans la brochure.

L'usage de cette eau à l'extérieur comme à l'intérieur à des doses considérables a été reconnu entièrement sans danger.

Les membres de la commission nommée à Naples parmi les médecins d'hôpitaux pour expérimenter mon eau hémostatique sont précisément les mêmes qui ont eu à faire un rapport dans le temps sur l'eau Binelli.

Voici les termes mêmes du rapport de la commission:

« L'eau inventée par M. Brocchieri est supérieure à toutes les autres qui ont paru jusqu'à ce jour, parce qu'elle arrête sur-le-champ les hémorrhagies de la carotide et forme promptement une fausse membrane si dure, si épaisse, que pour trouver l'artère, il faut employer de nouveau le couteau. »

Pour se convaincre de ses résultats, il suffit d'examiner les pièces pathologiques déposées chez M. le docteur Emm. Rousseau, chef des travaux anatomiques au Jardin du Roi.

Vous pouvez voir dans mon mémoire que mon invention est bien supérieure à celle qui a été vendue par une société exploitante comme était celle Binelli, puisque les hôpitaux qui jouissaient de cette fausse formule l'ont abandonnée comme ne donnant aucun résultat.

Pour ce qui est du prix, on a également commis une erreur dans votre journal, car la petite bouteille était au prix de 3 fr., au lieu de 5 que vous indiquez, et la double bouteille à 5 fr., au lieu de 10 fr.

Ajoutez à cela le nombre immense de malheureux qui sont soignés gratuitement et des médecins qui m'adressent des demandes journellement, demandes que je m'empresse de remplir à titre gratuit; sans compter les dépôts gratuits que j'ai placés dans tous les abattoirs de Paris, destinés aux ouvriers de cet état qui sont exposés à se blesser fréquemment. Calculez aussi les caisses considérables que j'adresse à la Nouvelle-Orléans, pour que les médecins de ce pays puissent l'expérimenter dans la fièvre jaune, qui décime la population sans que la médecine ordinaire puisse y opposer aucun moyen efficace, et vous comprendrez la modicité du prix.

Ces prix sont, en effet, inférieurs d'un tiers à ceux de M. Ragaud, pharmacien à Marseille, rue de la Marine, qui s'était mis en société avec Monterossi pour cette eau, qui n'était qu'une contrefaçon de l'eau Binelli, eau dont Monterossi, après y avoir renoncé, a rendu publique la formule, et dont on a reconnu le danger à l'intérieur; aussi a-t-elle été abandonnée par tous les chirurgiens, hôpitaux, etc. Voilà des faits que je certifie et que je puis prouver au besoin.

Je n'ai, du reste, reculé devant aucun contrôle, j'ai appelé les corps savans à me juger, plusieurs ont répondu à mon appel, et leur jugement m'a été publiquement favorable; et je suis toujours à la disposition des corps spéciaux qui voudraient s'éclairer davantage.

Agréez, etc., BROCCHIERI.

Paris, 11 mai 1840.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 16 MAI 1840. (13e ANNÉE.) N° 58, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

Ablation simultanée des deux premiers os de la seconde rangée du carpe et du métacarpe. Nouveau procédé de désarticulation. Rédigé par Am. Forget.

Un cas pathologique étant donné, qui rend indispensable l'ablation des deux premiers os de la seconde rangée du carpe (le trapèze et le trapézoïde), avec les deux métacarpiens et les doigts correspondans, quel procédé suivra le chirurgien? Ce problème, resté sans solution satisfaisante jusqu'à ce jour, vient d'en recevoir une qui ne laisse rien à désirer. C'est à M. Lisfranc que la médecine opératoire devra de s'être enrichie d'un nouveau procédé de désarticulation dont je vais donner la description d'après l'exposé que l'auteur en a fait lui-même dans son cours de clinique à l'hôpital de la Pitié.

Au moment de pratiquer une désarticulation, le chirurgien doit se représenter exactement, et pouvoir en quelque sorte dessiner la configuration anatomique et géométrique des extrémités osseuses et des surfaces par lesquelles elles se correspondent. Or, pour l'opération nouvelle dont il est ici question, voyons ce que nous apprend l'anatomie chirurgicale.

Anatomie chirurgicale. A. L'articulation du scaphoïde avec les deux premiers os de la seconde rangée du carpe, a lieu sur le trajet d'une ligne oblique longue d'un pouce, qui, partant du bord externe du carpe, irait tomber sur la partie moyenne du cinquième os du métacarpe.

B. Le point d'entrée de l'interligne articulaire est immédiatement situé derrière la saillie considérable qui s'observe à la face palmaire du trapèze. Cette saillie constitue l'éminence externe et inférieure du carpe.

C. Le trapézoïde s'articule avec le grand os. L'interligne articulaire, parallèle à l'axe de la main, a un quart de pouce de longueur; il est situé au-dessus de la base du troisième métacarpien, à une ligne plus en dedans que l'articulation de ce troisième os du métacarpe avec le deuxième.

D. On remarque sur le bord externe de ce troisième métacarpien, deux lignes au-dessus de sa base, un tubercule qui contribue beaucoup à rétrécir l'espace inter-osseux dans le point où il existe.

E. Toutes ces diverses articulations sont maintenues par des plans fibreux dorsaux et palmaires, et par des ligamens inter-osseux.

Manuel opératoire. I. Le chirurgien ira d'abord à la recherche de l'articulation scaphoïdo-trapézienne. Partant d'un point bien connu, l'extrémité inférieure du premier os du métacarpe, il fera remonter le pouce ou l'indicateur le long du bord externe et antérieur de cet os, jusqu'à ce qu'il soit arrivé sur un renflement qui correspond à sa base.

Les lambeaux ayant été préalablement taillés, il est facile de sentir ce renflement, surtout si on a soin de refouler vers le centre de la paume de la main les parties molles de l'éminence thénar.

Derrière cette première saillie osseuse, est un léger enfoncement qui indique le siége de l'articulation trapézo-métacarpienne; puis, en remontant d'un demi-pouce vers le poignet, et en se portant à la région antérieure et externe du carpe, on sent une seconde saillie plus prononcée qui appartient au trapèze. Nous avons vu que l'articulation cherchée était située immédiatement au-dessus.

Si ce mode d'investigation se trouvait insuffisant, en raison d'une disposition particulière, comme celle qui pourrait résulter de l'absence de la tubérosité du trapèze, par suite d'un arrêt de développement ou d'un écrasement: on aurait recours alors aux données suivantes.

1° La base du premier os du métacarpe étant trouvée, entre elle et l'articulation cherchée, il n'y a que le trapèze. Or, connaissant l'épaisseur de cet os, qui est d'un demi-pouce, on sera sur l'articulation en portant le bistouri à cette même distance de la base du premier métacarpien.

2° Dans le doute, on pourrait encore appliquer ce que M. Lisfranc appelle la loi du raclement, c'est-à-dire promener le tranchant de l'instrument successivement sur tous les points, à partir de l'extrémité supérieure du premier os du métacarpe, jusqu'à ce qu'on tombât sur l'articulation scaphoïdo-trapézienne, qui se trouve la seconde en remontant du point indiqué vers l'avant-bras.

Une fois qu'on a trouvé l'articulation, ce serait en vain que l'on tenterait de la traverser sans avoir préalablement détruit les ligamens dorsaux qui unissent entre eux les os qui la constituent. Laissant le pouce appliqué contre la saillie du trapèze, où il servira de jalon pour retrouver l'article, l'opérateur incisera les ligamens dorsaux en promenant plusieurs fois le tranchant du bistouri dans la direction d'une ligne longue d'un pouce, qui du bord radial du carpe irait se rendre à la partie moyenne du cinquième métacarpien. Nous avons vu que telle était la direction et l'étendue de l'interligne articulaire entre le scaphoïde, d'une part; le trapèze et le trapézoïde, de l'autre.

II. Ce temps de l'opération accompli, on attaque l'articulation du deuxième avec le troisième os du métacarpe; le bistouri, tenu perpendiculairement dans le deuxième espace inter-osseux, sa pointe en haut, divise toutes les parties molles jusqu'à ce qu'il soit arrivé dans l'angle à sinus inférieur que forment les deux os à leur point de contact articulaire. En exécutant cette manœuvre, on peut être arrêté par la saillie qui occupe le bord externe du troisième métacarpien: il faudrait, dans ce cas, tourner le tranchant du bistouri vers le deuxième métacarpien, et lui faire décrire un petit arc de cercle autour de ce renflement osseux, qu'on parviendrait d'ailleurs facilement à éviter si, en coupant les parties molles de l'espace inter-osseux, on avait soin de raser le deuxième métacarpien et de tenir le tranchant de l'instrument toujours tourné contre lui.

III. L'opérateur quitte alors l'espace inter-osseux pour couper les ligamens dorsaux de l'articulation du deuxième avec le troisième métacarpien. Pour cela, il place le pouce de sa main gauche sur la saillie qui existe à la face postérieure de la base de ce dernier os; et avec le bistouri tenu en première position, il incise à ras l'ongle de son pouce dans la direction d'une ligne qui continuerait vers le poignet l'axe de l'espace inter-osseux, et parallèlement à celui de la main.

IV. Puis portant le couteau une ligne plus en dedans, c'est-à-dire vers le bord cubital de la main, il incise le plan fibreux qui unit le trapézoïde au grand os; cette incision, parallèle à l'axe de la main, doit avoir un quart de pouce de longueur; l'interligne articulaire présentant cette étendue et cette direction.

En coupant ces ligamens, il ne faut pas perdre de vue un principe fondamental de médecine opératoire; savoir: que si pour l'anatomiste une articulation présente un de surface, elle en offre deux et même trois pour le chirurgien; d'où il résulte que sans qu'il soit besoin de faire porter le bistouri juste sur le point d'intersection des os, il suffit que les ligamens qui couvrent plus que l'articulation soient coupés entre leurs deux attaches, pour que cette articulation soit ouverte.

V. Dès que les articulations sont ouvertes par la section de tous les liens articulaires dorsaux, l'opérateur saisit avec la main gauche les os qu'il a dessein d'emporter; et tandis qu'en exerçant sur eux une légère pression, comme s'il voulait les renverser d'avant en arrière, il élargit les interlignes articulaires; l'autre main promène entre l'écartement des surfaces, déjà disjointes en partie, la pointe du couteau qui achève de détruire les ligamens inter-osseux de la face dorsale vers la face palmaire. On promène ensuite largement sous les os qu'on veut enlever le tranchant du bistouri, et l'opération est ainsi promptement terminée.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DU COEUR; PAR M. GENDRIN.

(Recueillies par MM. E. Colson et E. Dubreuil-Hélion.)

Première Leçon.

Sommaire : Considérations générales sur la circulation. — Division principale du cours. — Exposition des rapports exacts du cœur avec les parties environnantes.

Le principe fondamental qui domine pour nous toute la pathologie, c'est que tous les phénomènes et toutes les conditions constitutives des maladies se rapportent aux phénomènes et aux conditions de l'état physiologique; la pathologie ainsi considérée n'est pour ainsi dire qu'une science complémentaire de la physiologie et de l'anatomie, qui puise ses préceptes dans la juste appréciation des modifications que subissent en passant à l'état de maladie les organes et leurs fonctions. De toutes les branches spéciales de la pathologie, il n'en est aucune à laquelle ce principe général s'applique d'une manière plus évidente qu'à l'histoire des maladies du cœur. Les maladies du cœur en effet affectent un organe qui présente dans les temps successifs de son action physiologique des modifications appréciables à nos moyens d'investigation. L'appréciation des changemens qui se font dans la succession de ces actes indispensables pour l'accomplissement de la circulation peut se faire avec une telle exactitude que chaque période des actes circulatoires peut être suivie dans ses différentes phases, que l'action isolée de chaque partie du cœur peut être déterminée et exactement mesurée dans ses effets. Toutes ces conditions physiologiques des différens actes de la circulation se retrouvent dans les maladies du cœur avec des modifications variables suivant les lésions qui constituent ces maladies. C'est la détermination exacte de ces modifications, l'appréciation de leurs résultats immédiats et médiats, qui conduit non-seulement à la connaissance des signes diagnostiques des maladies du cœur, mais même à la connaissance de la cause immédiate de tous leurs phénomènes, et à la fixation des indications thérapeutiques qui s'y rapportent.

En prenant pour point de départ de ces leçons sur les maladies du cœur l'état physiologique de la circulation du sang non-seulement dans le cœur lui-même, mais encore dans le reste du système vasculaire, nous ne sommes pas obligés de faire ici l'histoire complète de cette fonction: mais nous ne pouvons nous dispenser de la faire ressortir des remarques générales particulièrement applicables à l'application des phénomènes des maladies du cœur.

Dans presque tous les ouvrages de physiologie qui servent à l'enseignement, on représente la circulation comme s'accomplissant en entier sous l'influence de l'action dynamique du cœur: c'est à cette action exclusivement que serait dû le mouvement du sang dans les artères; il y a même des physiologistes qui vont plus loin, et qui expliquent de cette manière, et exclusivement par l'impulsion du cœur, le trajet du sang dans les vaisseaux capillaires, et ensuite sa progression récurrente dans les veines. Nous considérons la circulation comme s'accomplissant sous l'influence de trois forces distinctes dont deux se trouvent dans l'organisme, et une lui est extérieure. Ces forces sont:

1° L'impulsion active transmise au sang par les contractions du cœur, secondées dans leurs effets par la rétraction élastique des tuniques vasculaires, et par tous les actes locomoteurs qui font partie des fonctions organiques ou des fonctions de la vie de relation.

2° L'influence nerveuse agissant sur toutes les parties vivantes, sur les vaisseaux, non-seulement à leurs extrémités capillaires, mais sur tout l'ensemble de l'appareil circulatoire. C'est cette influence du système nerveux qui modère et régularise l'activité circulatoire dans toutes les parties du corps; elle se manifeste par les modifications qu'elle imprime à l'action dynamique du cœur dans les palpitations, aux vaisseaux capillaires dans les congestions locales, ou dans les décolorations et les pâleurs plus ou moins étendues qui suivent certaines commotions morales. Cette action du système nerveux sur la circulation, et principalement sur la circulation capillaire, est surtout évidente dans les paralysies; elle est la cause de plusieurs des principaux phénomènes des maladies du cœur. Nous admettons volontiers avec plusieurs physiologistes, et surtout avec Stockes, qu'elle agit d'une manière analogue à l'attraction.

La troisième force par laquelle s'accomplit la circulation est peut-être la plus importante, quoiqu'elle soit tout à fait oubliée dans la plupart des livres de physiologie; c'est la pesanteur de l'air. Nous devons insister avec quelques détails sur cette action dynamique. On voit dans les maladies du cœur beaucoup de phénomènes et des plus importans, qui ne dépendent que de ses effets.

La pression atmosphérique agit sur toute la surface périphérique du corps externe et interne, les tégumens, les parties molles extérieures, la surface des bronches, c'est-à-dire toutes les ramifications intrà-pulmonaires, et jusqu'à un certain degré tout le tube digestif. Dans tout le corps la pression atmosphérique agit comme force antagoniste pour limiter les effets de l'action dynamique du cœur, et activer la circulation centripète des capillaires et des canaux veineux. L'action dynamique du cœur s'accomplit dans le vide: le cœur, leurs artères et leurs rameaux ne contiennent pas d'air libre; le sang s'insinue et s'introduit dans les capillaires des tissus en surmontant les forces de la pression extérieure. C'est ainsi qu'à l'état normal dans les vaisseaux capillaires, dans le poumon et les tégumens, l'influence de la pesanteur atmosphérique fait équilibre à elle-même par les surfaces internes et externes réciproquement comparées, et à la force dynamique interne qui meut le sang et introduit les molécules des liquides dans nos tissus. Quelques faits bien connus mettent en évidence la vérité de ces remarques. Lorsque la colonne barométrique est fort abaissée, dans les lieux élevés, par exemple, les capillaires périphériques internes et externes s'injectent; les fluides perdent de leur condensation et subissent une certaine expansion, et le sang franchit avec facilité les bouches exhalantes des vaisseaux. Dans une opération chirurgicale bien simple, l'application des ventouses a soustrait une portion des tégumens, et par conséquent de leur appareil circulatoire et de celui des parties molles immédiatement adjacentes à l'influence de la pression atmosphérique, et de suite cette partie subit des modifications remarquables qui se traduisent par une congestion anomale, un gonflement dû à l'expansion des molécules des parties molles et fluides, et à la tuméfaction et à l'injection des capillaires. L'influence de la pression atmosphérique sur toutes les parties du corps et surtout sur les surfaces interne et externe du corps, est donc à l'état physiologique une condition très puissante de la circulation; elle produit et modifie beaucoup de phénomènes morbides,

spécialement dans les maladies du cœur et des vaisseaux.

Le cœur agit à l'abri de l'action immédiate de la pression atmosphérique. Cette seule circonstance montre, par la plus simple réflexion, tout ce que méritent de confiance la plupart des expériences faites sur les animaux pour arriver à connaître le mécanisme de la circulation, et surtout toutes celles qui s'exécutent en mettant le cœur à découvert et en substituant l'action d'un soufflet aux mouvemens normaux d'inspiration et d'expiration. On s'étonne toujours que ces expériences mal instituées, et même le plus souvent mal exécutées, trouvent des hommes assez peu réfléchis pour les accepter. Ce n'est pas cependant que leur peu de valeur n'ait été depuis long-temps signalée; que reste-t-il aujourd'hui des millions d'expériences sur les fonctions du cœur faites sur les animaux par Harvey, Peyer, Wepfer, Lower, Haller qui seul en a fait plus de cinq cents. Un jour, l'Académie des sciences fut saisie de la question de savoir quelles modifications s'accomplissent dans la forme du cœur, dans ses mouvemens; elle fit rassembler les procès-verbaux des expériences faites par Harvey, Lower, Stenon, Vieussens, Shelingius, Borelli, Winslow, etc.: les résultats étaient contradictoires. Elle fit répéter les expériences; les uns virent d'une manière, les autres de l'autre; plusieurs n'osèrent se prononcer. C'est qu'en effet, nous le répétons à dessein, toutes ces expériences ne peuvent rien prouver, parce qu'elles sont mal instituées, et surtout parce qu'elles sont faites sans tenir un juste compte de l'influence de la pesanteur de l'air sur la circulation. Si l'on met le cœur à découvert, on le soumet à la pression atmosphérique qui change l'ordre de ses contractions. Dans l'état physiologique, le cœur n'est pas immédiatement soumis à cette pression; elle n'agit sur lui que par l'intermédiaire de la circulation vasculaire.

Une autre circonstance importante, est le rhythme de la circulation. On n'a pas attaché toute l'importance qu'elle mérite à cette considération, que la circulation n'est continue que dans les vaisseaux capillaires. Ainsi, le sang est chassé soixante fois par minute environ par le cœur dans les artères; les contractions du cœur sont séparées par des intervalles de repos; c'est donc, pour la circulation cardiaque, soixante intermissions par minute. Dans les artères, la circulation se fait tout à la fois sous l'influence des contractions du cœur et de l'action rétractile ou élastique des parois vasculaires; elle augmente, par conséquent, d'activité à chaque contraction du cœur, et diminue nécessairement d'activité dans l'intervalle des contractions, ne se continuant alors que par la rétraction élastique des parois des vaisseaux. La circulation dans les grosses artères est ainsi à exacerbation ou rémittente. A mesure qu'on s'éloigne des grosses artères, le courant du sang présente de moins en moins ces exacerbations de vitesse; dans les petites artères il en reste des traces; dans les très petites le sang coule d'une manière égale et continue, et traverse ainsi le réseau des capillaires. Les inégalités de la circulation dans les artères se retrouvent dans les veines. Le dégorgement des oreillettes et des veines cave et pulmonaire ne peut se faire que dans l'intervalle des contractions; il y a donc aussi diminution et augmentation d'activité dans la circulation des grosses veines; alternatives d'actions qui correspondent aux actes qui s'accomplissent dans le cœur; pendant les contractions des ventricules, les orifices auriculo-ventriculaires sont fermés, les oreillettes reçoivent le sang périphérique; elles en reçoivent d'autant moins qu'elles sont plus remplies, de sorte que soixante fois par minute environ, elles offrent ces alternatives de réplétion et de dégorgement qui rendent en elles la circulation intermittente comme dans les grosses artères, pour eux la même cause agissant seulement d'une manière inverse.

Il existe aussi d'autres conditions qui font que la circulation ne s'accomplit pas avec une activité constante et invariable dans tous les vaisseaux. L'une des principales consiste dans l'influence de la respiration sur les fonctions circulatoires. Tous les physiologistes, aujourd'hui, sont d'accords que dans l'expiration, la circulation, ralentie dans les poumons, est activée dans l'appareil circulatoire encéphalique: le contraire arrive dans les mouvemens d'inspiration. Le développement des poumons modifie donc la circulation; et, comme cet acte se répète quinze ou dix-huit fois par minute, il en résulte autant de modifications de la circulation.

Loin du centre de l'appareil vasculaire, le cours du sang dans les vaisseaux a lieu d'une manière continue, comme on peut s'en assurer directement. La circulation périphérique est sous l'influence continue de la pesanteur de l'air et sous l'influence continue aussi du système nerveux. Si elle y est quelquefois intermittente, on n'en saurait trouver la raison ailleurs que dans les causes qui agissent sur le point où elle présente ce phénomène. Si elle devient plus ou moins active sur certaine partie, c'est sous l'influence de changemens qui surviennent dans la vitalité de ces parties et dans l'activité de leurs fonctions par l'effet de l'irritation nerveuse ou de l'action de causes stimulantes extérieures.

Avant de terminer ces considérations générales sur la circulation, que la nature de ce cours ne nous permet pas de présenter avec tous leurs développemens, nous n'avons plus qu'une erreur à signaler, laquelle se rattache plutôt à l'habitude d'une expression vicieuse qu'à une erreur véritable. On considère habituellement la circulation pulmonaire comme presque indépendante de la grande circulation: on la présente comme une circulation annexe qui ne se rattache que médiatement à la grande fonction circulatoire générale. C'est là une vue trop étroite. Il n'y a dans l'organisme qu'un seul cercle circulatoire. Les deux branches principales de ce cercle unique sont rapprochées dans le cœur sans se confondre. Une molécule de sang, partie d'un point de l'appareil circulatoire, comme, par exemple, du ventricule gauche, peut être suivie par la pensée dans tout le trajet du cercle circulatoire jusqu'à son retour au même lieu; dans toutes ses branches, les extrémités artérielles, les radicules veineuses, les grosses veines, l'oreillette et le ventricule droit du cœur, l'artère pulmonaire, ses divisions, ses capillaires, les radicules et ensuite les branches des veines pulmonaires, et enfin l'oreillette gauche et le ventricule gauche du cœur.

Il n'existe donc en réalité qu'une seule circulation et un seul cercle circulatoire. Il faut cependant reconnaître que ce cercle circulatoire a des parties spécialement disposées pour certaines fonctions. Ces parties comprennent, chez l'homme deux appareils spéciaux, l'appareil vasculaire de la veine porte; chez certains animaux, les poissons par exemple, il en existe un troisième, celui de la veine porte rénale. Mais l'isolement de ces appareils n'existe pas, ils ne sont point indépendans de la grande circulation, car ils communiquent avec l'appareil vasculaire général, et c'est là la cause d'un certain ordre de phénomènes morbides, principalement dans les maladies du cœur qui occasionnent souvent des phénomènes de perturbation plus marqués dans les appareils vasculaires spéciaux que dans la grande circulation.

Ainsi, dans le poumon, il y a des anastomoses entre les extrémités des artères pulmonaires et des artères bronchiques, et entre les veines pulmonaires et les veines bronchiques. Ces anastomoses, qui sont de trois ordres, et que Sœmmering a si bien décrites, expliquent des symptômes particuliers à certaines maladies qui ont leur siége dans le grand appareil de la circulation générale, par exemple dans l'aorte et dans le ventricule gauche, telle est la cyanose symptômatique de certaines maladies du cœur que l'on explique bien quelquefois par la persistance du trou de Botal, ou par la non oblitération du canal artériel, etc., mais qui se produit dans d'autres conditions qui ne sont pas aperçues quand on ne tient pas compte des anastoses que nous venons de signaler dans l'épaisseur du poumon.

Division générale du cours.

Les considérations générales que nous venons d'exposer étaient un préliminaire utile à l'histoire des maladies du cœur, parce qu'elles seront souvent répétées dans nos leçons. Nous arrivons maintenant au sujet spécial que nous devons exposer. En nous servant du mot maladie du cœur, nous y attachons l'idée des maladies du cœur lui-même, de ses annexes et des gros vaisseaux qui en partent.

Nous divisons notre cours en deux parties. Dans la première, nous considérons les phénomènes des maladies du cœur en général, en prenant pour point de départ toutes les conditions physiologiques de structure et d'action fonctionnelle du cœur; dans la deuxième, nous traiterons spécialement des diverses maladies du cœur.

Les phénomènes qui se rapportent aux conditions du cœur à l'état physiologique peuvent être divisées en deux ordres: 1° ceux qui se rapportent aux conditions anatomiques du cœur, tant en ce qui concerne les rapports topographiques de sa masse et de ses différentes parties avec ses annexes et les parties voisines et contenantes, qu'en ce qui touche sa structure et la constitution de ses parties; 2° ceux qui se rattachent à son état physiologique comme organe en action et exécutant des mouvemens déterminés. Ces derniers phénomènes comprennent les plus importans des symptômes et des signes des maladies du cœur; puisque les maladies de cet organe viennent le surprendre lorsqu'il agit, et ont nécessairement pour résultat de modifier son action, les effets de ses fonctions. L'action du cœur est nécessairement liée à tous les actes qui s'accomplissent dans les vaisseaux. Nous aurons donc en même temps à rechercher quels sont les phénomènes anormaux qui sont survenus dans la circulation tout entière.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAUX D'EDIMBOURG.

Amaurose dépendant de l'atrophie du nerf optique; par M. Kilgour.

James Fraser, âgé de trente-sept ans, a été reçu à l'hôpital le 22 septembre 1838, pour être traité d'une dysenterie chronique et d'une demi-paralysie de la vessie et des membres inférieurs. Il était amaurotique depuis trois ans, et habituellement adonné à l'ivrognerie. Ayant succombé à sa maladie abdominale, on a disséqué soigneusement son cadavre. A l'ouverture du crâne, on a trouvé les lésions suivantes:

La dure-mère adhère à l'arachnoïde. Le tissus sub-arachnoïdien est hypertrophié. Cette circonstance permet de séparer exactement l'arachnoïde de la pie-mère sur toute la surface du cerveau. Les nerfs optiques sont d'une couleur perle ou légèrement jaunâtre, aplatis (flat) et minces comme des bandelettes ou rubans (tope), très diminués de volume. Leur commissure est molle et liquide au centre. La même altération s'observe dans leurs *thalami* (couches optiques).

(*The Edimb. med. and. surg. journ.*, avril, 1840.)

— L'atrophie des nerfs optiques n'est pas une lésion rare. Elle se rencontre dans la plupart des amauroses anciennes. Morgagni, qui en cite cinq ou six exemples, donne les détails d'un cas curieux qu'il a trouvé sur un chien, dont l'œil ne présentait aucune altération dans la transparence ni dans le volume, il rappelle un fait parfaitement semblable observé par Cheselden.

Un premier fait général, qui résulte des autopsies de ce genre, c'est que l'atrophie des nerfs optiques est constamment bornée dans leur moitié postérieure, et ne dépasse jamais la salle turcique. L'observation de M. Kilgour ne fait pas exception à cette règle. Une autre remarque plus intéressante encore, c'est que cette lésion peut exister avec ou sans altération de la diaphanéité et du volume de l'œil, ce qui prouve que la nutrition de cet organe est indépendante de l'état du nerf visuel, à moins toutefois que l'artère centrale ne soit elle-même oblitérée. Dans ce dernier cas, il y a constamment opacité du cristallin et diminution du corps vitré. Sous le point de vue pratique, le fait que nous venons de reproduire offre un véritable intérêt; il démontre qu'une amaurose hypérémique peut se terminer à la longue par l'atrophie et le ramollissement de la portion radicale du nerf optique; que la nature de cette amaurose, en effet, était telle, que nous le démontre l'état d'hypertrophie et d'adhérence phlogistique des membranes du cerveau et l'habitude du malade à l'ivrognerie. La paralysie elle-même des membres inférieurs se rattache incontestablement à une condition pareille de la moelle épinière. A quoi aurait servi le traitement anti-amaurotique dans ce cas? Cette observation se prête à d'autres considérations non moins intéressantes.

Deux cas d'hydrocéphale chronique traités à l'aide de la ponction; par le même.

Catherine M'Donald, âgée de deux mois onze jours, atteinte d'hydrocéphale chronique, a été reçue le 7 mars 1839. Sa mère avait eu la petite-vérole quatre mois avant la naissance de l'enfant, et elle en est restée profondément marquée. L'enfant est venue à terme, et a porté en naissant trois marques distinctes de petite-vérole au côté gauche de la face, lesquelles ne se sont pas dissipées par la suite. Le développement extraordinaire de la tête a été observé après la naissance; la mère attribue la maladie de son enfant à la petite-vérole qu'elle avait essuyée durant la grossesse. Le volume de la tête a augmenté graduellement.

A l'examen, M. Kilgour trouve 20 pouces et demi de circonférence; 12 pouces et demi d'une oreille à l'autre. Les os sont largement écartés; la fluctuation du liquide est très distincte au toucher. Les sens paraissent en bon état; la vision et l'ouïe paraissent s'exercer convenablement. La petite malade tette bien, a de l'embonpoint; elle crie si on la pince; ses garderobes sont régulières.

Le 19, après avoir pris de l'*hydrargyrum cum creta*, l'enfant a été soumis à l'opération. Une ponction a été pratiquée avec le trois-quarts du docteur Conquest, au côté droit de la tête, entre l'oreille et la fontanelle antérieure. On donne issue à 15 onces de liquide transparent et incolore, qui est venu à plein jet. Aussitôt que le jet a diminué, l'enfant a pâli, s'est trouvé mal (faint) et a vomi une quantité de lait. La piqûre de la canule a été fermée avec un emplâtre adhésif, et la tête, qui avait été comprimée par les mains d'un aide durant l'écoulement du liquide, a été entourée de bandelettes collantes, larges, circulairement, et d'une bande. Bientôt cependant l'enfant a pris le sein. On lui prescrit deux grains de calomel matin et soir.

Le 18, la tête mesurée donne 20 pouces circulairement, 11 1/2 transversallement. L'enfant est vivant et paraît bien portant.

Le 25, seconde ponction; issue de 10 onces de liquide de même nature. L'enfant vomit comme la première fois. Aussitôt que les bandelettes compressives lui ont été appliquées il s'est endormi. Dans la soirée il rit, tette et se porte bien. La me ure de la tête, au moment de cette ponction, avait donné 21 pouces 1/2 (circonférence) et 12 d'une oreille à l'autre. Le fluide ayant été analysé par M. Shier, a paru alcalin; il contenait du chlorate de soude en quantité considérable et de l'albumine en petite quantité.

Le 2 avril, troisième ponction; 11 onces de liquide. L'enfant est agité la nuit; le lendemain cependant il est bien.

Le 16 avril, quatrième ponction. Me ure de la tête 22, 10. Liquide obtenu, 15 onces. Vomissement. La mère porte l'enfant chez elle et ne revient à l'hôpital que quatre mois après.

Le 21 août, l'enfant fait des dents; il est souffrant par suite de l'éruption dentaire: il se rétablit cependant petit à petit, prend de l'embonpoint; les sens sont en bon état, l'œil surtout est vif.

« Je n'ai pas jugé à propos, dit l'auteur, de répéter la ponction de la tête, puisqu'elle n'avait été suivie d'aucune amélioration durable. Je suis cependant convaincu de son innocuité quand même on la répéterait toutes les semaines. On a néanmoins continué les mercuriaux, les frictions de pommade iodée sur la tête et la compression de cette partie. » (*Ibid.*)

— Nous avons dans le temps rendu compte des belles observations de M. Conquest sur le traitement de l'hydrocéphale chronique à l'aide de la ponction répétée combinée avec la compression méthodique et le traitement mercuriel interne et externe. Des guérisons réelles et radicales ont été obtenues à l'aide de cette méthode, et dans aucun cas l'opération n'a paru aggraver l'état du malade. Ces faits ne pouvaient être perdus pour la pratique. Celui dont on vient de lire les détails, bien que peu satisfaisant quant aux résultats définitifs, confirme l'assertion déjà émise par M. Conquest sur l'innocuité de l'opération. Le troisquart, en effet, ne lèse que la dure mère pour arriver à la poche

aqueuse ; or, cette piqûre est si petite qu'elle ne donne lieu à aucune réaction, surtout si on a la précaution d'en prévenir la phlogose à l'aide du calomel. Il est à regretter que l'auteur n'ait point persévéré dans le traitement et rendu la ponction plus efficace par une médication interne assez active, puisque la petite malade était assez forte pour tolérer un traitement mercuriel beaucoup plus élevé. Peut-être aurait-il eu la satisfaction de voir la reproduction des eaux s'affaiblir et la petite malade guérir radicalement.

Sous le point de vue pathologique, M. Kilgour trouve se fait remarquable : 1° à cause du développement de l'hydrocéphale concurremment à la maladie aiguë de la mère (la variole) ; 2° par les marques univoques de la maladie éruptive que l'enfant a porté en naissant, ce qui fait présumer qu'il a partagé la maladie de la mère, et il ne serait pas irraisonable d'admettre que cette affection aurait contribué peut-être au développement de celle de la tête. Bien que cette dernière puisse naître sous l'influence d'autres causes, on conçoit cependant que la condition matérielle de la sécrétion aqueuse peut être tout aussi bien déterminée par une affection éruptive générale.

Dans le second cas il s'agit d'un enfant âgé de huit mois, reçu le 7 avril 1838. L'hydrocéphale datait de l'âge de six semaines. Le gonflement de la tête avait fait de rapides progrès. On y avait appliqué des vésicatoires. La mensuration a donné 22 pouces et demi de circonférence, 14 et demi d'une oreille à l'autre. Les yeux sont dans une rotation continuelle : la mère cependant prétend que l'enfant voit. Garde-robes régulières. La santé générale paraît assez bonne ; les chairs sont fermes. L'enfant n'a jamais eu de convulsions ; il a fait les deux dents incisives supérieures.

Le 12, on pratique une ponction ; le trois-quart est poussé à 1 pouce et demi dans le cerveau, par le côté de la suture temporale gauche, entre la fontanelle et le bord supérieur de l'oreille. On obtient 20 onces de liquide clair. La tête est comprimée ensuite. L'enfant a vomi deux fois et a crié violemment.

Le 16, peau chaude, fièvre.

Le 17, le volume de la tête est à peu près comme avant l'opération. Garde-robes verdâtres.

Le 22, légères convulsions. Médicamens laxatifs. Les garde-robes s'améliorent ; la fièvre disparaît.

Le 28, on répète la ponction : 23 onces de liquide noirâtre. Vomissement durant le bandage.

Le 6 mai, l'enfant est assez bien ; les tégumens sont restés plus long-temps flasques que la première fois, mais le fluide s'est évidemment formé plus rapidement depuis deux mois. L'intelligence fait des progrès.

Le 12, nouvelle ponction sur le côté correspondant (à droite) ; 22 onces de liquide ; pas de réaction ni de défaillance. Compression.

Le 29, la tête est d'un demi-pouce moins volumineuse qu'avant la première ponction. On prescrit un traitement mercuriel.

Le 1er juin, la tête est aussi volumineuse que la première fois. Le 2, l'enfant est grognon, il crie beaucoup, d'une voix languissante, et a des accès fréquens de dyspnée, des contractions spasmodiques aux membres ; pouls presque imperceptible ; il refuse de manger et meurt le lendemain matin.

A l'autopsie, on met la dure-mère à découvert, on la ponctionne délicatement, au moment où le fluide s'échappe, on fend la membrane d'avant en arrière. Il s'écoule 90 onces de liquide jaune-paille. Jusqu'à l'évacuation du liquide, on ne voit pas la substance cérébrale. On observe alors au milieu de la base de la cavité deux gros corps proéminens, liés à deux autres plus petits ressemblant à des groseilles rouges. Ces derniers étaient formés par les plexus choroïdiens contractés ; les deux autres résultaient de la substance des couches optiques. Le côté gauche du crâne était complètement vide de cerveau ; le seul reste de cet hémisphère a été trouvé sur la tente du cervelet, et consistait en une petite portion du lobe antérieur liée avec quelques brins de matière médullaire au *thalamus* gauche (couche optique). La surface externe de cette portion était blanche et lisse ; ayant été renversée, elle a été trouvée correspondre à la paroi externe du ventricule, qui avait été probablement renversée de sa situation naturelle lorsqu'elle a perdu le soutien par l'évacuation du liquide. La faux, au lieu d'être dans sa situation naturelle, a été trouvée en bas, attachée au côté droit du crâne, près de la portion fibreuse de l'os temporal, tendue horizontalement vers le milieu de la base. La dure-mère est diaphane et perforée en plusieurs endroits ; on ne peut y découvrir aucune trace du sinus longitudinal. En enlevant, on voit l'hémisphère droit ; il est comprimé, mais chaque lobe est entier. Le nerf olfactif gauche est détruit ; le droit également ; il ne reste de sa substance que quelques fibres. Les deux nerfs optiques sont déchirés et fibreux, de couleur brunâtre. Les autres nerfs ne présentent rien de remarquable. Le cervelet est à l'état normal. Le sinus latéral est extraordinairement large. Pas de liquide dans le canal rachidien. Dans le premier de ces cas, 51 onces de liquide ont été retirées dans quatre opérations. Dans le second, 84 onces dans un nombre égal de ponctions. (*Ibid.*)

Les lésions matérielles étaient tellement avancées dans ce cas, qu'on ne pouvait rien espérer de l'opération ni de toute autre médication. On ne peut, du reste, accuser raisonnablement la ponction de la mort du malade ; et si quelque chose étonne, c'est que la vie ait pu se prolonger jusqu'à ce terme malgré des dégâts aussi profonds. Une légère réflexion fera aisément comprendre la nécessité d'attaquer de bonne heure la maladie, et avant que des altérations organiques l'aient rendue incurable ; mais ici, une question capitale se présente : à quelle époque de la maladie peut-on se permettre de pratiquer la ponction ? Il est évident que l'opération serait contre-indiquée si le mal s'offrait avec des caractères d'acuité, c'est-à-dire avec fièvre et chaleur. On conçoit que c'est moins du nombre des jours de l'affection que de l'état des organes qu'on doit mesurer son acuité. Cette remarque est d'autant plus importante que, d'une part, on connaît des cas d'hydrocéphale aiguë guéris à l'aide d'un traitement purement médical ; de l'autre, la ponction ne serait pas sans danger, vu que les parois de la poche présentent peut-être un certain degré de phlogose ou d'irritabilité qui les rend susceptibles de réaction grave. En un mot, la conduite ne doit pas être ici différente que dans le traitement des autres hydropisies. L'état actuel de la science ne permet pas de regarder l'hydrocéphale comme un épanchement passif : les meilleurs pathologistes le rattachent avec raison à une maladie des méninges ou de l'encéphale lui-même, et cette maladie est le plus souvent de nature hypérémique. Le traitement médical, qu'il soit employé seul ou qu'il soit associé à la ponction, doit donc, dans la généralité des cas, être dirigé contre cette condition pathologique ; aussi la généralité des praticiens s'accordent-ils à prescrire des remèdes antiphlogistiques d'action permanente (calomel, fomentations froides, frictions mercurielles, vésicatoires, belladone, etc. On attache avec raison de l'importance à la compression après la ponction.

Tumeur sarcomateuse dans le médiastin antérieur ; par M. Moorre Neligan.

Un soldat, âgé de vingt-un ans, a été reçu à l'hôpital le 30 avril 1838, pour être traité d'une difficulté de respirer avec douleurs dans la poitrine qui n'augmentent point par l'inspiration. Sa constitution est délicate ; cheveux clairs, poitrine étroite. Depuis trois mois, il avait eu de la toux avec expectoration, surtout le matin. La percussion produit un son mat dans la région sous-scapulaire des deux côtés ; le bruit respiratoire est un peu bronchique.

On applique un vésicatoire sur le sternum. Potion avec une solution de tartre antimonié. Amélioration ; respiration libre. Le malade ne se plaint plus de dyspnée. Pommade stibiée frictionnée matin et soir au-devant du sternum.

Le 7 mai, on s'aperçoit de la présence d'une tumeur vers le sommet du sternum, remplissant l'espace interclaviculaire, et offrant le volume d'une grosse noix. On présume avoir affaire à une tumeur scrofuleuse. Traitement iodé.

Le 12, augmentation considérable du volume de la tumeur ; les lobes de la glande thyroïde paraissent beaucoup hypertrophiés. La dyspnée reparaît. Le malade indique vers l'os hyoïde le point où il se sent comprimé. Il éprouve de grandes difficultés pour avaler les liquides.

Le 14, à six heures du matin, le malade étouffe, il est presque mourant ; les veines de la face et du cou sont gonflées ; les extrémités froides, pouls presque imperceptible. M. Neligan veut pratiquer la trachéotomie ; le malade s'y refuse. On applique un vésicatoire à la gorge. Cinq grains de *blue pill* toutes les six heures. Mieux ; mais la dyspnée revient par accès. Le malade passe ainsi tous les jours de la vie à la mort *et vice versâ*, par des accès de suffocation, jusqu'au 22 du même mois, lorsqu'il meurt asphyxié.

A l'autopsie, on trouve derrière le sternum un tumeur remplissant le médiastin antérieur, adhérant fortement en avant au sternum, en arrière à la plèvre et au péricarde qui étaient fort épaissis et enchassés dans la substance de la tumeur ; en haut avec la grande thyroïde, laquelle est poussée de bas en haut ; en bas avec le diaphragme ; latéralement elle s'étend à un pouce au-delà de l'union des cartilages avec la partie osseuse des côtes. La trachée est enflammée, elle est comprimée par la tumeur à l'origine des bronches ; son diamètre est considérablement diminué par la présence d'une bande tendineuse qui l'entoure intérieurement. La tumeur offre 14 pouces de longueur, 4 1/2 de largeur, et pèse 4 livres 1/2 avec le cœur qui lui est attaché.

Le reste de l'organisme n'offre rien de bien remarquable, à l'exception du cœur qui était comme ulcéré par la compression. (*Ibid.*)

— L'auteur présume que le mal avait acquis le caractère de paroxysme à cause de la paire vague et du nerf sympathique qui étaient impliqués dans la tumeur. La suffocation dépendait aussi de la compression du larynx et de l'inflammation de sa membrane interne. Le malade avait en effet présenté d'abord des symptômes d'œdème de la glotte. M. Neligan pense du reste que malgré cela la trachéotomie aurait pu être utile en remédiant aux effets de la compression supérieure.

Ce qui frappe d'abord dans cette observation, c'est l'obscurité du diagnostic jusqu'à l'époque où la tumeur a fait irruption au dehors. Que pouvait-on en effet diagnostiquer de précis au seul symptôme culminant que le malade présentait, la dyspnée ? Il en est de cette tumeur comme de la plupart de celles qui se forment dans les cavités viscérales et qui troublent les fonctions par leur action mécanique. Malgré son absence de battemens, elle aurait pu être prise pour un anévrisme de l'aorte. L'erreur, du reste, ainsi que la précision du diagnostic, n'aurait pu ici conduire à aucune conséquence, attendu que le mal était au-dessus des ressources de la chirurgie.

Division du tendon d'Achille pour remédier à une roideur particulière du pied et de la jambe ; par M. Annandale.

« En 1834, j'ai été consulté, conjointement à M. Liston, dit l'auteur, par un jeune homme qui avait été gravement blessé à l'articulation du genou, dix-huit mois auparavant. La nature précise de la blessure n'a pu nous être connue. Différens remèdes avaient été employés inutilement. Le membre offrait l'état suivant :

» Atrophie considérable des muscles des deux faces de la jambe, surtout de la partie antérieure ; perte de sensibilité dans la moitié inférieure ; impossibilité complète d'élever les orteils. En marchant le membre ne peut être porté au-delà de deux pouces, deux pouces et demi du sol, ce qui démontrait une paralysie complète de toute la portion antérieure du membre ; la fatigue en marchant est grande après une petite distance.

» J'ai proposé de diviser le tendon d'Achille d'abord, et de stimuler ensuite les muscles paralysés à l'aide des moyens connus ordinaires. On a cependant décidé que cette opération serait réservée pour la dernière ressource, et l'on a prescrit d'autres remèdes, tels que des vésicatoires, la strychnine, etc., mais sans avantage.

» Le malade est allé à Londres et a consulté un chirurgien des plus célèbres, qui s'est moqué de mon idée ; il a effrayé le malade des graves conséquences qu'il appréhendait d'une pareille conduite.

» En août 1838, le malade est revenu me consulter. J'ai trouvé sa difformité bien empirée. Le talon était à une grande distance du sol ; l'astragale, poussé en avant, menaçait de se luxer. La démarche de quelques minutes produisait une fatigue excessive. J'ai profité de l'association britannique, réunie alors à Newrasth, pour faire voir le malade à M. Handside d'Edimbourg, à M. Doncaster qui a paru s'intéresser beaucoup au résultat de l'opération qu'il approuvait comme moi. »

L'opération a été pratiquée le 15 octobre à l'aide d'une incision sous-cutanée, d'après le procédé de M. Duval. Le pied a été ramené et maintenu dans sa rectitude normale. Les suites ont été heureuses : le malade a pu marcher aisément et long-temps sans se fatiguer. Le pied a repris sa situation normale, mais la paralysie des muscles antérieurs et latéraux de la jambe, ou plutôt du pied, persiste. (*Ibid.*)

— Dans des cas de cette nature, le galvanisme est d'un immense secours pour compléter la cure. Plusieurs sujets opérés par M. Duval par la section du tendon d'Achille nous ont été adressés par ce praticien pour être soumis aux courans galvaniques. L'appareil *à induction* dont nous nous servons a produit des effets salutaires vraiment remarquables.

En dirigeant un courant constant des reins à la jambe, fractionné sur ce membre à l'aide de plusieurs conducteurs placés à des distances rapprochées, depuis le jarret jusqu'aux orteils ; nous avons vu, sous l'action stimulante et continue, les muscles acquérir en très peu de temps une nutrition et une énergie étonnantes.

Il y a dans l'emploi de cet agent un double effet : l'un dynamique (sur les nerfs de la vie de relation) ; l'autre mécanique, résultant de la contraction répétée des muscles, laquelle opère à l'instar de l'exercice gymnastique.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 11 mai.

Nominations. — L'Académie procède par voie de scrutin à l'élection d'un président pour la fin de l'année 1840. Le choix ne peut avoir lieu que parmi les membres appartenant, comme celui que l'on a à remplacer (M. Poisson), à une des sections des sciences mathématiques.

Au premier tour de scrutin M. Poncelet, sur un nombre de 46 votans, obtient 41 suffrages, et, en conséquence, il est proclamé président.

L'Académie procède ensuite, également par voie de scrutin, à la nomination d'un associé étranger en remplacement de M. Olbers.

La commission chargée de proposer une liste de candidats avait présenté :

En première ligne, M. Bessel à Kœnigsberg.

En seconde ligne et par ordre alphabétique, MM. Brewster, à Saint-Andrew ; Astley Cooper, à Londres ; Herschell, à Slough ; Jacobi, à Kœnigsberg ; Mitscherlich, à Berlin ; OErsted, à Copenhague ; Oken, à Zurich.

Au premier tour de scrutin, sur 45 votans, M. Bessel obtient 41 suffrages et est déclaré élu. M. OErsted obtient 2 suffrages, MM. Oken et Plana, chacun 1.

Structure du cerveau. — M. de Blainville fait un rapport sur un mémoire de M. Foville, ayant pour titre : Recherches sur la structure du cerveau et ses rapports avec le crâne.

Ne pouvant suivre le savant rapporteur dans tous les développemens où il a cru nécessaire d'entrer, nous nous bornerons à reproduire le résumé qu'il donne lui-même du travail de M. Foville, en rappelant d'ailleurs que ce travail n'est qu'une continuation de recherches dont l'auteur avait présenté, il y a près de 15 ans, les premiers résultats à l'Académie. Voici en quels termes s'exprime M. de Blainville :

« La moelle vertébrale se continue dans le crâne avec les caractères essentiels qu'elle avait dans le rachis, c'est-à-dire avec les trois faisceaux de fibres qui constituent chaque moitié latérale : sa substance grise, ses commissures et les deux sillons d'origine des nerfs.

Les ganglions sans appareil extérieur qui couronnent la moelle dans l'encéphale, en se relevant pour ainsi dire et se soudant l'une à l'autre au-dessus d'elle, sont en communication directe avec elle par deux ordres de fibres, les unes par continuation de son faisceau postérieur, les autres avec l'antérieur, ce qui constitue leur pédoncule. Le pédoncule du cerveau, en se subdivisant, va former, au moyen des fibres qui viennent des pyramides, tout le

côté externe et convexe des hémisphère ; et au moyen de celles qui viennent des faisceaux postérieurs, il va former le corps calleux, les circonvolutions inférieures internes et postérieures, et se termine dans les lobes olfactifs au quadrilatère perforé (espace perforé de Vicq d'Azir). Mais avant de se subdiviser, ce pédoncule est successivement entouré par six espèces d'anneaux qui ont leur origine et leur terminaison dans le quadrilatère perforé; savoir, en marchant de dedans en dehors : les couches optiques, la bandelette semi-circulaire, un autre cercle fibreux décrit pour la première fois par l'auteur du mémoire, la voûte à trois piliers comprenant la bandelette frangée, et enfin une bande de fibres blanches distinctes que M. Foville nomme l'ourlet, bande qui de la partie antérieure du quadrilatère perforé, se porte en avant au devant du bord antérieur du corps calleux, le suit à la face supérieure, se recourbe au bord postérieur de la voute, et vient en longeant la scissure longitudinale de Bichat, se terminer vers la saillie inférieure du lobe temporal et atteindre le quadrilatère perforé.

Le pédoncule du cervelet est également formé de deux ordres de fibres supérieures et inférieures : les supérieures disposées en trois faisceaux, un médian, un descendant et un ascendant, en connexion intime avec les faisceaux postérieurs de la moelle; les inférieures constituant le pont de Varole, et naissant du bord externe ou de presque toute la face inférieure des pyramides.

Le pédoncule des tubercules quadrijumeaux, beaucoup plus court et plus serré, est formé de même d'un faisceau qui monte des pyramides, et d'un autre qui vient du cordon postérieur de la moelle le long de l'aqueduc de Silvius.

Les nerfs cérébraux naissent aussi par deux ordres de racines, comme les nerfs vertébraux, qu'ils soient ou non séparés dans toute leur étendue, sauf cependant les nerfs ou lobes olfactifs qui ne sont qu'une prolongation des cordons supérieurs de la moelle.

Les nerfs optiques sensoriaux ne sont encore qu'un prolongement de ces mêmes cordons provenant du pédoncule, et les filets locomoteurs, même les pathétiques, viennent des pyramides.

Les nerfs de la septième paire, dans leur partie sensoriale (portion molle), sont en connexion évidente avec les corps restiformes appartenant aux faisceaux postérieurs, et dans leur partie locomotrice (portion dure), avec les pyramides.

Les circonvolutions du cerveau sont dans un rapport de développement et d'origine avec les parties du pédoncule. Du plan supérieur naissent des circonvolutions primitives de l'*insula*, de la face inférieure temporale, sus-frontale, sus-cérébelleuse et de la face interne ; et du plan inférieur externe toutes les autres circonvolutions de la face externe, commençant au quadrilatère perforé, bordant la scissure de Sylvius, puis toute la grande circonférence de l'hémisphère en revenant au point de départ.

Ces circonvolutions en particulier n'ont aucun effet sur la forme de la boîte osseuse du crâne, mais seulement en masse et comme formant, pour ainsi dire, la doublure épaissie des ventricules ; aussi les bosses frontales, occipitales supérieures, pariétales et temporales sont-elles en rapport de position et de développement avec la circonférence et les particularités des ventricules.

Ici, dit le rapporteur, devrait se terminer ce que nous aurions à dire sur le travail de M. Foville, tel qu'il a été présenté à l'Académie ; mais par suite des entretiens qu'il a eus avec les membres de la commission chargée de l'examen de son mémoire, et surtout avec l'un d'eux, M. de Blainville, qui, sur ces entrefaites, avait dans son cours d'anatomie comparée exposé en sa présence l'état actuel de nos connaissances sur l'ensemble du système nerveux et spécialement sur la partie cérébro-spinale, M. Foville s'est trouvé conduit tout naturellement à éclairer quelques difficultés anatomiques, contradictoires en apparence avec la théorie de Bell, et c'est là-dessus que nous croyons nécessaire d'arrêter encore l'attention de l'Académie.

Depuis long-temps, poursuit le rapporteur, nous avions admis que les nerfs cérébraux pouvaient être considérés comme ne formant réellement que quatre paires, c'est-à-dire autant qu'il y a de vertèbres céphaliques et de trous de conjugaison, et que chacune de ses paires, sauf la première olfactive, était composée, comme les vertébrales, de filets d'origine supérieure et d'origine inférieure, c'est-à-dire, dans la théorie de Bell, de nerfs sensoriaux et de nerfs locomoteurs ; mais alors, l'origine attribuée au nerf pathétique et au nerf facial, était évidemment en contradiction avec cette manière de voir, puisque essentiellement locomoteurs, leur origine paraît cependant avoir lieu à la partie supérieure de la moelle ; c'est sur ce point que portent les additions à son mémoire, remises à la commission par M. Foville. Pour le pathétique, que les anatomistes font généralement naître par la valvule de Wieussens, en arrière des tubercules quadrijumeaux, mais dont M. Grainger descendait l'origine à travers le pédoncule du cerveau jusqu'au moteur oculaire commun, M. Foville pense qu'elle a réellement lieu dans la partie du faisceau des pyramides qui monte obliquement vers la partie postérieure des tubercules quadrijumaux, en sorte que les trois nerfs oculaires auraient une origine commune.

L'étendue que nous avons donnée à notre rapport, afin que l'Académie pût établir son jugement d'une manière plus assurée disent en terminant les commissaires, lui aura déjà fait pressentir notre opinion sur le travail de M. Foville ; aussi, quoique nous ne puissions assurer d'une manière positive que toutes les assertions nouvelles qu'il renferme soient déjà acceptables, c'est-à-dire qu'elles seront toutes rigoureusement confirmées par les trois moyens d'investigation que la science de l'organisation invoque aujourd'hui pour l'établissement et l'acceptation d'un fait scientifique, savoir : l'anatomie comparée, l'anatomie de développement et l'anatomie pathologique, nous ne craignons pas d'affirmer que le plus grand nombre des faits découverts par M. Foville nous semblent hors de doute, et surtout que la marche, le mode d'investigation suivie par cet anatomiste dans ses recherches sur l'encéphale sont complètement rationnels ; aussi sommes-nous bien convaincus que si les circonstances nécessaires pour les poursuivre convenablement lui sont offertes, on doit attendre de la continuation de ses travaux des résultats de la plus haute portée, tant pour l'anatomie que pour l'étiologie et le traitement des maladies mentales, et par suite pour la physiologie et la psychologie. En conséquence, nous proposons à l'Académie d'inviter fortement M. Foville à continuer ses travaux, et d'ordonner l'impression de son mémoire, ainsi que des développemens qu'il y a ajoutés, dans le recueil des savans étrangers.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Structure du foie. — M. Lambron adresse une note contenant les résultats de ses recherches sur ce sujet.

Dès 1826, M. Dutrochet avait annoncé que les tissus des animaux étaient composés de cellules comme ceux des végétaux, mais il restait à donner des preuves matérielles et faciles à répéter de ce que l'analogie avait indiqué ou l'observation fait entrevoir ; il restait surtout à déterminer comment le sang se comporte autour de ces cellules pour fournir à la sécrétion, et comment les produits sécrétés sortaient de ces cellules.

Pour arriver à ce but, M. Lambron a entrepris des recherches sur la structure du foie de l'*helix pomatia* ; dans ce mollusque, le foie est énorme proportionnellement au corps, et à l'œil nu on le voit formé d'une infinité de petits grains d'environ 0,15 de millimètre de diamètre ; donc la forme polyédrique est le résultat de leur groupement. Si l'on examine au microscope un morceau de ce foie, on reconnaît que ces granulations ne sont que de petites poches remplies d'une bile d'un jaune rougeâtre, qu'on en peut faire sortir au moyen d'un léger frottement entre deux lames de verre, et alors il ne reste plus qu'une membrane transparente.

Mais, dit M. Lambron, comment le sang se comporte-t-il pour fournir à la sécrétion de la bile, comment chaque cellule se vide-t elle du produit sécrété ? Les injections que je suis parvenu à faire dans les vaisseaux sanguins du limaçon et dans les conduits biliaires me mettent à même de répondre à ces questions.

L'injection faite par le vaisseau qui part du ventricule du cœur, après avoir parcouru les artères jusque dans leurs ramifications les plus déliées, va se répandre dans les petits espaces que les cellules laissent entre elles et baigne ainsi les parois de ces cellules. Cette disposition du sang par rapport aux cellules hépatiques, rappelle celle qui existe chez les insectes dont les organes sécréteurs de la bile sont des canaux aveugles en contact immédiat par leur extérieur avec le fluide nourricier.

En injectant les conduits biliaires, les cellules auxquelles ils aboutissent ont été remplies par l'injection, et les espaces intercellulaires sont demeurés vides et incolores. Lorsque l'injection a été poussé par les artères le liquide injecté n'a jamais pénétré dans les cellules hépatiques.

M. Lambron annonce s'être assuré que la structure du foie des mammifères est analogue à celle que l'on observe dans le foie des limaçons, chez eux chaque lobule hépatique ne serait qu'un assemblage de cellules dont le sang épanché dans les espaces intercellulaires baignerait immédiatement les parois, et ce serait de ces cellules que naîtraient les conduits biliaires.

Eaux minérales. — M. Fontan adresse un mémoire sur les eaux minérales de l'Allemagne, de la Belgique, de la Suisse et de la Savoie. Il annonce avoir reconnu que toutes les eaux sulfureuses de ces pays sont accidentelles, et résultent de la désoxygénation d'un sulfate, quelquefois de soude, mais le plus souvent de chaux et de magnésie, par des matières organiques en décomposition.

Toutes ces sources, dit-il (à l'exception de l'eau de Schisnac, en Suisse, qui résulte de la décomposition d'un sulfate de chaux), sont très peu sulfureuses, 4 ou 5 fois moins en général que les principales sources des Pyrénées. Ainsi, les eaux d'Aix-la-Chapelle, qu'on a considérées jusqu'à présent comme très sulfureuses, le sont si peu qu'elles perdent tout leur principe actif par la seule chute de l'eau dans une baignoire.

La plupart de ces eaux sont froides, et quand à celles qui sont chaudes, elles sont d'autant plus sulfureuses dans chaque localité qu'elles se refroidissent davantage en s'éloignant de la source saline principale dont elles tirent leur origine.

Les sources sulfureuses accidentelles de l'Allemagne, de la Belgique et de la Savoie, produisent de la sulfurane sur leur passage, quand leur température est au-dessous de 50°, comme celles des Pyrénées ; mais elles ne contiennent pas de la barégine en dissolution.

Cours public et gratuit sur les Maladies des yeux en 40 leçons.

M. ROGNETTA commencera ce Cours le jeudi 21 mai, dans l'amphithéâtre de M. Emile Chevé, rue de la Harpe, 90, à six heures du soir, et le continuera les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine. Les opérations seront pratiquées sur des yeux d'animaux. Il y aura des conférences cliniques à la fin de chaque leçon.

Erratum. — Plusieurs fautes typographiques qui se sont glissées dans notre article *Luxations de l'épaule*, vers la fin de la première colonne du dernier numéro, nous obligent à rectifier ainsi ce passage :

« Ce chirurgien reconnut donc positivement une luxation en avant, *in alam*, comme disait Celse, qu'il rangea d'abord dans sa grande classe des luxations *antero-internes* ou *axillaires*, subdivisée en trois genres : 1° Luxation *sous-claviculaire* (au lieu de *sus-claviculaire*), etc.; 2° luxation *sous-pectorale*, etc.; 3° luxation *sous-scapulaire* (au lieu de *sous-claviculaire*), etc. »

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 19 MAI 1840. (13e ANNÉE.) N° 59, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, [illegible]

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

(Revue clinique.)

(Suite du n° 57.)

Ecrasement du pied.

25. Voici l'un des plus beaux cas de conservation d'un membre atteint de blessure grave. Une roue de voiture avait passé obliquement sur le dos du pied de cette femme, en même temps qu'elle avait fortement contus la partie inférieure de la jambe à sa face interne. Les tégumens étaient largement déchirés depuis le niveau de la malléole interne jusqu'à un pouce environ de la naissance du petit orteil, et dans une largeur de 14 à 16 lignes. Le premier cunéiforme était presque entièrement détaché et avait entraîné avec lui un fragment du scaphoïde. Les autres os tarsiens avaient été violentés aussi dans leurs articulations, car on voyait au fond de la plaie des débris de ligamens. A la partie inférieure de la face interne de la jambe, la peau était soulevée par un épanchement sanguin très étendu, et en plusieurs points superficiellement excoriée. M. Lisfranc conçut l'espoir de conserver le membre. Son premier soin fut donc d'extraire le premier cunéiforme, qui ne tenait plus que par quelques lambeaux ligamenteux. J'ajouterai que peu de jours après, lors de l'exfoliation des ligamens, il retira également le second cunéiforme complètement libre au fond de la plaie, ainsi que quelques autres débris d'os et de ligamens. Premier jour, saignée de trois palettes, cataplasmes émolliens, diète, position à demi-fléchie. Saignée révulsive de quatre onces dans chacun des quatre jours suivans; il n'y avait eu ni dépression du pouls, ni décoloration des tégumens, ni trop grand affaiblissement des forces musculaires. Au cinquième jour, la suppuration commençait à s'établir : dès lors plus de saignées, alimentation légère. Nous entrions avec confiance dans cette seconde période, car nous avions par notre médication énergique éludé les dangers de la première et obtenu la résorption de la plus grande partie du sang épanché. Il n'existait aucun gonflement anormal, rien de plus que ce qu'exigeait la formation du pus. Je ne décrirai pas en détail cette seconde période : je me contenterai de rappeler que la plaie s'est détergée, puis progressivement rétrécie sous l'influence de pansemens variés et appropriés à l'état des tissus (cataplasmes, eau de sureau, chlorure de chaux, vin aromatique, cautérisation avec le nitrate d'argent fondu). Une fistule qui s'était ouverte au côté externe du pied et communiquait avec la plaie principale est maintenant fermée; de toutes parts des bourgeons charnus sont venus combler cette solution de continuité profonde dont il ne reste plus que la dixième partie tout au plus. La malade a commencé à marcher avec des béquilles, en évitant de poser sur le sol le membre malade. Sa santé générale se soutient bien : tout nous présage une guérison prochaine. Nous travaillons en ce moment à ramener en dedans le pied qui était resté forcément déjeté en dehors. Des mouvemens sont imprimés à l'articulation du genou pour prévenir la formation d'une fausse ankylose.

Anus anormal à l'ombilic, résultant de la gangrène d'une hernie étranglée.

26. Après avoir attendu un temps assez long pour qu'il nous fût permis de croire qu'il existait des adhérences solides et pour que les subinflammations eussent disparu, nous avons mis en usage l'ingénieux instrument inventé par Dupuytren. L'entérotôme, appliqué à deux reprices, a détruit l'éperon dans une étendue de trois pouces et les matières fécales ont commencé à passer par l'anus normal en quantité successivement croissante. Inutile de dire que nous soumettions la malade à des soins de propreté et à l'usage fréquent des lavemens. Nous en sommes arrivés, en faisant succéder la compression à l'emploi de l'entérotôme, au point qu'il ne passait plus par la fistule que de très petites quantités de matières liquides et de gaz, et cela seulement à des intervalles de plusieurs heures. L'ouverture était d'ailleurs beaucoup rétrécie, mais elle persistait et restait stationnaire depuis près de deux mois, malgré les tractions concentriques exercées sur ses bords par des bandelettes de dyachilon. Nous avons alors rafraîchi avec le bistouri tout le pourtour de l'orifice fistuleux, en enlevant le tissu inodulaire. La plaie résultant de notre opération allongée transversalement fut réunie au moyen de la suture entortillée, et la malade placée dans son lit, le tronc légèrement fléchi, de manière à épargner tout tiraillement aux tissus traversés par les épingles. Mais un érysipèle vint dès le lendemain renverser toutes nos combinaisons : en dépit de tous nos efforts, il envahit tous les tissus sur lesquels nous avions agi, et nous fûmes obligés d'enlever de bonne heure les épingles qui déchiraient la peau. La réunion avait complètement échoué, et notre fistule présentait maintenant 3 pouces au moins de longueur transversale sur 10 à 12 lignes de largeur. C'était à nous désespérer si nous n'avions pas eu des occasions nombreuses et récentes encore de compter sur les efforts de la nature pour la réparation des solutions de continuité récemment fistuleuses. En effet, sans que nous l'ayons aidée autrement que par des pansemens simples et des bandelettes agglutinatives, l'ouverture s'est successivement rétrécie d'une quantité appréciable jour par jour, et à l'heure qu'il est, il ne reste plus qu'un pertuis qui admet à peine un gros stylet. Deux fois déjà nous y avons passé le nitrate d'argent fondu, et nous espérons n'avoir pas besoin n'une seconde opération.

Cataracte double.

16. Nous l'opérerons au premier jour. Nous opérerons en même temps un malade couché dans la salle Saint-Louis, et porteur de la même affection. V. BAUD.

HOSPICE DE BICÊTRE.

Leçons cliniques sur les Maladies mentales, professées par M. LEURET. (Recueillies et rédigées par M. LISLE, ancien élève des hôpitaux.)

(Premier article.)

M. le docteur Leuret vient de commencer à l'hospice de Bicêtre des leçons cliniques sur les maladies mentales, dont l'analyse offrira sans doute un grand intérêt aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*. Je m'efforcerai d'exposer avec autant d'exactitude que possible les idées de ce jeune et savant médecin sur cette terrible maladie, à l'étude de laquelle il a consacré toute sa vie.

La folie est une des affections les plus graves qu'il soit donné au médecin d'observer. Elle attaque l'homme dans ce qu'il a de noble et de plus précieux, dans ce qui est le fondement de sa prééminence sur tous les autres êtres, elle exalte ou affaiblit ses facultés intellectuelles, elle pervertit ses instincts et ses passions, elle le saisit quelquefois au sortir du sein de sa mère et l'arrête dans son développement au niveau des animaux les plus grossiers; elle fait plus encore, elle s'empare de sa volonté, elle le prive de sa liberté morale, et le pousse au crime d'une manière fatale et irrésistible; elle le rend voleur, homicide, incendiaire, etc. Ce peu de mots suffisent pour établir d'une manière incontestable l'importance du sujet qui nous occupe; mais en raison même de cette importance et de la multiplicité des objets qu'il embrasse, rien de plus difficile que de donner une bonne définition de la folie.

Hippocrate, et après lui presque tous les anciens et quelques modernes ont défini la folie, un délire sans fièvre. Haslam, tout en adoptant cette définition, fait observer avec raison qu'elle ne fait que reculer la question, et ne dit nullement ce que c'est que le délire. On s'entend sur la chose, dit-il, mais non pas sur les mots. M. Esquirol, en voulant en étendre les termes, n'a pas réussi à la rendre plus claire ni plus exacte. Il en est de même de M. Foville, qui regarde la folie comme un délire des facultés intellectuelles et morales. Cette discussion, qui peut vous paraître futile, est cependant très importante; car l'idée qu'on se fait de la nature et du siége de la folie, idée qu'on retrouve nécessairement dans toute définition, peut influer

FEUILLETON.

REVUE DES JOURNAUX.

Ecrasement du coude; guérison sans amputation. — Le 3 janvier dernier, M. Lallemand a présenté à la Société de médecine pratique de Montpellier, un maçon âgé de 32 ans, qui était guéri d'une blessure des plus graves. Cet homme travaillait, en février 1839, à la construction d'une maison, lorsqu'une grosse poutre, tombant d'une hauteur de douze pieds environ, surprit son bras droit sur une pierre et lui écrasa une grande partie du coude. Une portion des extrémités articulaires du cubitus et de l'humérus fracturées dut être extraite, et l'articulation du coude fut mise largement à découvert. Cet ouvrier entra à l'hôpital dix-sept jours après l'accident, pour réclamer l'amputation. M. Lallemand, ayant égard à la constitution robuste du sujet, temporisa, et vit bientôt des bourgeons charnus de bonne nature prendre naissance au fond de la plaie. La guérison se trouva complète au bout de trois mois. Au moment de la présentation du sujet de cette observation, l'articulation huméro-cubitale était ankylosée, mais l'articulatian radio-cubitale supérieure exécutait quelques mouvemens; néanmoins, la presque totalité des mouvemens de pronation et de supination s'opérait à l'aide de l'articulation scapulo-humérale.

Rupture de l'aorte. — Dans la même séance, M. Rech a présenté le cœur d'une femme de 70 ans, qui habitait depuis un an l'hôpital des Aliénés, pour cause de démence sénile avec agitation considérable. Aucun symptôme alarmant ne s'était montré chez cette malade, lorsqu'un matin, réveillée par une infirmière, elle s'assit sur son lit et tomba morte; sur-le-champ sa figure avait pris une teinte violacée. Le cadavre ayant été ouvert, on trouva des caillots sanguins dans le péricarde, une hypertrophie sans dilatation du ventricule gauche, un amincissement sans dilatation des parois ventriculaires droites, et une rupture de la portion péricardine de l'aorte. Cette rupture avait eu lieu à la suite d'une ulcération qui s'était opérée de dedans en dehors, immédiatement après l'origine de cette artère, et dans un point environné de plusieurs plaques calcaires dont les parois du vaisseau étaient incrustées. Les valvules ne présentaient rien de remarquable.

(*Journ. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, mai 1840.)

Plaie pénétrante de l'abdomen simulant une plaie de poitrine. M. Tavignot publie une observation dont nous empruntons les particularités suivantes : Parmi les soldats blessés dans l'insurrection du 12 mai 1839, et qui furent transportés à l'Hôtel-Dieu, se trouvait un homme de quarante ans, qui avait reçu, au fort de la mêlée, un coup de feu à la partie externe et un peu postérieure de l'articulation huméro-cubitale du côté gauche; l'ouverture de sortie de la balle se trouvait à peu de distance en dehors du tendon du biceps. A ne considérer que la direction de cette plaie, on pouvait douter de l'intégrité de l'articulation; mais on reconnut bientôt au fond de la plaie la présence de la synovie et de plusieurs esquilles. Après avoir produit ces désordres, la même balle avait frappé la partie moyenne de l'hypochondre gauche, avait traversé cette région vers la neuvième ou dixième côte, et était venue faire saillie sous la peau du côté opposé, vers le bord inférieur des fausses côtes, à 9 centimètres à droite de l'ombilic; elle avait été extraite par un homme de l'art. Après cette blessure, le malade fut pris de vomissemens sanguinolens qui ne durèrent que quelques momens.

Le 27 mai on remarqua que, pendant l'inspiration seulement, il sortait par l'ouverture d'entrée du projectile un liquide jaunâtre, puriforme et manifestement écumeux; cette circonstance fit penser que le projectile avait intéressé non-seulement l'abdomen, mais encore le poumon. Une bougie allumée fut approchée de l'ouverture, et la lumière, après avoir été agitée pendant un certain temps par le fluide gazeux qui en sortait, finit par être éteinte dans un effort d'inspiration. Il existait en outre une douleur de côté et de la matité : toutes ces particularités étaient bien capables d'en imposer, en faisant croire à une lésion des poumons. Le malade mourut le 30 mai.

La plèvre droite contenait un peu de liquide séreux et transparent; la plèvre gauche en contenait aussi, mais de ce côté le liquide était lactescent et floconneux; il y avait aussi de ce côté des pseudo-membranes. Le diaphragme ne présentait point de solution de continuité. Les deux poumons étaient parfaitement sains, seulement un peu d'engouement hypostatique. La face antérieure de l'estomac présentait deux ouvertures qui faisaient communiquer ce viscère avec une cavité de nouvelle formation, constituée par des adhérences du grand épiploon avec la paroi abdominale antérieure, le foie, la rate, etc. C'est dans cette cavité anormale, assez bien circonscrite, que séjournaient les liquides pris par le malade avant d'être rendus au dehors par la plaie extérieure; ces liquides, en parcourant un trajet assez compliqué, avaient le temps de se mélanger avec les gaz de l'intestin et de l'estomac, c'est ce qui explique la sortie du fluide écumeux précédemment décrite. Tout le paquet intestinal avait une teinte noirâtre.

M. Tavignot fait observer que l'erreur de diagnostic aurait pu être évitée en analysant d'une manière plus scrupuleuse chacun des symptômes observés, et en remarquant que dans ce cas particulier, l'issue de l'air par la plaie avait lieu dans l'inspiration seulement, tandis que dans les plaies pénétrantes de poitrine, ce phénomène s'observe dans l'inspiration et surtout dans l'expiration. (*L'Expérience*, 14 mai.)

Abcès dans le côté gauche de la poitrine guéri par une chute. — Le docteur Ed. Petit publie l'observation suivante : Un tailleur de pierre, âgé de trente-six ans, avait eu plusieurs hémoptysies et des douleurs de côté. Depuis deux ans il n'avait pas craché de sang, lorsque, le 22 août 1814, étant occupé à la restauration d'un pont, il tomba de l'échafaud où il travaillait, sur des pierres qui encombraient le lit de la rivière. Cette chute était de 7 mètres de hauteur. Perte de connaissance, pâleur de la face, pupilles dilatées, col renversé en arrière, froid général; petite plaie à la tête. On enveloppe le malade dans une peau de mouton fraîchement écorché. Saignée.

Les 23 et 24, pas de fièvre; toux fréquente, sans expectoration.

Le 27, oppression très forte, ventre tendu, fièvre, tout-à-coup le malade rendit une masse considérable de crachats puriformes, une cuvette en était remplie; cette expectoration continua toute la journée.

Le 28, amélioration : crachats puriformes abondans de meilleur aspect.

29. Expectoration moins abandante.

Le 31, l'expectoration était presque nulle. Le 11 septembre elle n'existait plus.

Le 12 octobre, le malade était complètement guéri.

(*Gaz. méd.*, 16 mai.)

— Cette observation eût présenté beaucoup plus d'intérêt, si M. le docteur Petit avait dit pourquoi il avait diagnostiqué un abcès dans le côté gauche de la poitrine; ce confrère ajoute, il est vrai, que quelques années après cet accident, le malade mourut d'une phlegmasie chronique de la poitrine : peut-être l'autopsie avait-elle justifié ce diagnostic, en laissant voir dans le côté gauche de la poitrine les traces d'un ancien abcès.

d'une manière pernicieuse sur le choix du traitement à adopter. Ainsi, quelques auteurs allemands, Heinroth, entr'autres, partisan de cette donnée que la folie est une maladie de l'intelligence, de l'âme, la regardent non pas comme une maladie, mais comme une faute ; les aliénés sont donc des pécheurs souvent endurcis qu'il faut châtier et punir, et non pas traiter comme des malades. Un avocat du barreau de Paris, M. Elias Regnault, n'a pas craint de soutenir dans un ouvrage publié il y a quelques années, que dès qu'il y avait conscience il y avait liberté, et que par suite les fous étaient le plus souvent des criminels qui ne méritaient qu'un châtiment sévère.

D'autres s'appuyant sur une donnée contraire, ont soutenu que la folie était toujours consécutive à une altération du cerveau, sur laquelle devait être exclusivement dirigée la sollicitude du médecin. A cette opinion se sont rangés successivement Boerrhaave, George, Ernest Martini, Broussais, etc. Le moindre de ses inconvéniens, c'est de rejeter dans un abandon presque complet le traitement moral si justement vanté par presque tous les hommes qui se sont occupés sérieusement et sans idées préconçues de l'étude de la folie.

Il n'existe donc pas de bonne définition de la folie. Dans l'impossibilité où nous sommes d'en donner nous-même une satisfaisante, nous avons pensé que la meilleure manière de vous donner une bonne idée du sujet qui va faire la matière de ces leçons, c'était de faire passer rapidement devant vos yeux quelques-uns de nos malades les plus intéressans. Nous allons commencer par des idiots.

1º Le premier n'a de l'homme que l'écorce, et encore cette physionomie extérieure est-elle profondément altérée ; sa tête est petite, et empreinte d'une profonde dégradation ; son visage est stupide et sans expression. Il ne sait pas se tenir debout ; ses sens sont obtus, et ne transmettent à son cerveau que des sensations extrêmement confuses, si toutefois elles existent. Mais là s'arrête pour ainsi dire l'action nerveuse ; le cerveau est frappé d'une incapacité absolue ; les facultés intellectuelles et morales sont entièrement nulles. Il ne sait pas se garantir du froid ; il reste impassible en face du danger qu'il ne reconnaît pas. Il se laisserait mourir de faim si on n'avait soin de lui mettre les alimens dans la bouche ; et encore ne les avale-t-il qu'avec peine, et sans manifester la plus légère émotion qui annonce qu'il les a sentis.

2º J... est une petite merveille à côté du premier. Il semble comprendre quelques mots ; il obéit à quelques commandemens ; il sait aller se chauffer ; il reconnaît son lit et son infirmier ; il exprime la joie ou la douleur par une espèce de grognement particulier. Il répète souvent le même mot pendant des heures entières. C'est un perroquet à qui on siffle quelques mots, et qui les répète sans y attacher aucun sens.

3º Celui-ci sait voler, et quelquefois avec une adresse singulière. Il est insensible à toutes les corrections. C'est une remarque affligeante, et cependant bien vraie, que ce sont toujours les instincts mauvais, les penchans honteux qui se développent les premiers chez les idiots. Ainsi, presque tous se livrent avec fureur à la masturbation.

4º Voici maintenant deux frères un peu plus intelligens ; ils rient, il est vrai, niaisement et sans motif ; leur physionomie est stupide et sans expression ; mais ils se reconnaissent comme frères. Ils se souviennent vaguement de leur famille et de quelques faits de leur vie passée. Leurs mouvemens sont moins embarrassés, mieux dirigés par la volonté.

5º P... est gros et gras ; sa santé est florissante, mais il est excessivement sale. « Il a vingt-cinq ans, dit-il. Il est aussi à l'hospice depuis vingt-cinq ans. Nous sommes dans le mois de mai ; les raisins se cueilleront au mois de septembre. » Son intelligence, quoiqu'encore très imparfaite, est cependant plus développée ; il semble qu'on aperçoive chez lui la transition entre l'idiotisme et un état plus parfait, entre la première et la seconde enfance, pour ainsi dire.

6º Vous allez voir maintenant un homme dont l'intelligence, engourdie et presqu'anéantie par la maladie, est susceptible de guérison. Son attention a besoin d'être longtemps et fortement tendue sur le même objet, et encore ne s'en rend-il compte que difficilement. Aussi ses réponses sont lentes, mais presque toujours justes.

7º Bar... a au contraire une intelligence très active, mais très désordonnée. Il passe subitement, et avec une mobilité extrême, d'une idée à une autre tout-à-fait contraire. A cette incohérence dans les idées, sont venus se joindre des conceptions délirantes. Il s'habille d'une manière extravagante ; il se croit roi ; il a des richesses immenses, des châteaux nombreux qui se sont bâtis d'eux-mêmes. Ces pensées ambitieuses sont de pures idées, des des réminiscences peut-être, le résultat d'une fausse association d'idées. Ce sont des conceptions délirantes qu'il faut bien se garder de confondre avec les hallucinations. Ces dernières sont le résultat de véritables sensations. Le malade voit, entend, etc. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

8º Péri... pauvre sacristain devenu amoureux d'une dame très riche et d'une grande famille, se figura sans doute pour se rapprocher de l'objet de sa passion, qu'il était un homme de génie. Mais, repoussé avec dédain, il en vint à se croire en butte à toute espèce de tracasseries, et finit par se persuader qu'on voulait l'empoisonner. Plusieurs fois il sentit dans ses alimens un goût prononcé de poison. Exaspéré par ces tourmens, il se porta à quelques voies de fait contre l'un des membres de la famille de la dame qu'il aimait, et fut envoyé à Bicêtre. Là les mêmes sensations fausses le poursuivirent. Il reconnut du poison dans tous ses alimens. Voilà évidemment une hallucination.

9º Voici un autre phénomène que vous n'avez pas encore observé, rare aujourd'hui, mais très commun autrefois, et qu'on désigne sous le nom d'*inspiration*. Par temps, ce malade, poussé par une impulsion subite, irrésistible, se met à chanter avec une espèce de fureur. Quand je dis qu'il *se met à chanter*, je me trompe ; ça le prend sans qu'il s'en aperçoive, sans qu'il y soit pour rien ; il ne sait nullement ce qui le pousse ; il est tout-à-fait passif dans ce singulier phénomène ; il semble que sa personnalité soit abolie et que quelqu'un ou quelque chose d'étranger à lui-même vienne guider sa langue et faire agir son larynx.

10º Enfin, nous terminerons cette rapide revue par l'examen d'un cas très intéressant sous le rapport médico-légal. L'homme qu'on va amener devant vous, aveuglé par un violent accès de manie, tua sa femme, lui coupa la tête, lui ouvre l'abdomen et va porter ses intestins dans un pot de chambre. Depuis son entrée à Bicêtre, il est devenu plus calme, et il nous a été impossible de lui arracher le moindre aveu sur son horrible action, et cependant il en avait raconté tous les détails avec le plus grand sang-froid, aussitôt après son arrestation. Il dissimule donc, il nie, il nous cache son crime. On ne peut pas douter qu'il n'en ait la conscience, et cependant qui osera dire qu'il jouissait de toute sa liberté morale lorsqu'il l'a commis, et qu'on doit le traiter comme un criminel ?

On le voit d'après ce qui précède, la folie a des symptômes très variables, des élémens très divers qui, groupés ensemble dans un certain ordre avec des formes déterminées, constitue divers états morbides, diverses espèces de folie qu'on a désignées sous des noms particuliers. Parmi elles quelques-unes assez communes autrefois pour donner naissance à de véritables épidémies, ont presque entièrement disparu de nos jours. Mais leur étude n'en offre pas moins un grand intérêt lorsqu'on les considère au point de vue de la civilisation, dont leur disparition constate le progrès. Pour aujourd'hui, nous nous contenterons d'énumérer les diverses espèces de folie, en suivant l'ordre dans lequel nous les étudierons plus tard chacune en particulier.

Les délires généraux : L'idiotie et l'imbécillité, la démence, la manie, le *delirium tremens*, le délire des nouvelles accouchées et des nourrices, la folie des pellagreurs, le somnambulisme.

Les délires partiels : L'hypochondrie, la panbphabie, la nostalgie, la calenture ou nostalgie des marins, l'ennui de la vie, le suicide, la démonomanie, la damnomanie ou terreur de la damnation, la zoanthrapie ou changement de sa personnalité, la monomanie fanatique, la monomanie d'enthousiasme, la folie errabonde, la danse de Saint-Gui, la folie des convulsionnaires, le tarentisme.

Enfin, nous terminerons par l'histoire et l'appréciation de quelques espèces de folies reconnues comme telles dans ces derniers temps : Le besoin instinctif, aveugle de boire (bipsomanie), de voler (cliptomanie), d'incendier (pyromanie), de tuer (monomanie homicide).

Avant de commencer l'étude des diverses espèces de folie que nous venons d'énumérer, il nous paraît important de dire quelques mots sur les élémens constitutifs de la folie et sur l'organisation du cerveau chez l'homme et chez les animaux.

Les symptômes de la folie peuvent être divisés en symptômes physiques et en symptômes psychiques. Les premiers sont presque toujours de véritables symptômes de méningite et d'encéphalite. Mais ce n'est pas ici de la folie à proprement parler, ce n'en est tout au plus qu'une complication fâcheuse, mais qu'il importe toujours de distinguer avec soin avant de se décider sur la nature du traitement à employer.

Les symptômes psychiques sont caractérisés par des désordres très divers des facultés intellectuelles et morales, qu'on peut cependant rapporter à quelques chefs principaux : L'incohérence des idées ; la fixité, la prédominance exclusive de certaines idées, les hallucinations, les inspirations, et enfin les aberrations des passions et de la volonté. L'histoire de ces dernières ne serait autre chose que l'histoire des passions elles-mêmes dont la folie n'est le plus souvent que l'exagération. Nous renverrons cette étude à celle des diverses folies dont elles sont les symptômes prédominans.

L'incohérence dans les idées est caractérisée soit par une trop grande abondance, par un afflux trop considérable d'idées dans le cerveau qui n'a pas le temps de les juger, de percevoir leurs rapports, afin de les assoeier convenablement entre elles, soit dans une trop grande faiblesse dans leurs productions, avec défaut presque absolu de mémoire.

Une jeune femme assiste à la prise d'habit d'une de ses

L'auteur fait précéder cette observation de quelques lignes sur la guérison des abcès de la poitrine par les seuls efforts de la nature, par des accès de toux violente, par l'effet de l'émétique et par des causes externes ; et il cite la fait d'un aide-de-camp qui était regardé comme voué à une mort certaine, étant atteint d'une maladie de poitrine déjà avancée, lorsqu'au combat de la Dwina il reçut un coup de lance dans la poitrine qui perça un abcès : le malade dut sa guérison à cette singulière opération.

Croup très grave ; trachéotomie ; guérison. — MM. Gaultier de Claubry, Pinel de Golleville et Robert ont recueilli une obsevation de croup arrivé à son plus haut degré : en voici le résumé. Un enfant de sept ans, d'une faible complexion, à peine guéri d'une fièvre typhoïde de longue durée qu'il avait éprouvée au mois de novembre 1839, était enrhumé depuis plusieurs jours, lorsque, le 20 février dernier, M. le docteur Pinel de Golleville eut occasion de le voir. Il conseilla une tisane pectorale et des soins hygiéniques. Le 22, le même médecin ayant revu le malade, qui avait beaucoup de fièvre, de la dyspnée et de l'accablement, conseilla d'appliquer six sangsues au cou, de donner 15 centigrammes d'émétique, et de mettre des sinapismes aux jambes. Malgré l'emploi de ces moyens, à quatre heures l'enfant était au plus mal. M. Gauthier de Claubry fut appelé et vit le malade un quart d'heure après. Voici ce qu'il constata : asphyxie imminente, voix éteinte, pupilles dilatées, peau froide et décolorée, pouls faible et dépressible, mort imminente.

Les médecins apprirent que le malade avait eu depuis quelques jours des quintes de toux suffocante, accompagnée d'un bruit particulier ; il paraissait probable que c'était un cas de croup arrivé à son dernier terme. L'arrière-bouche fut donc explorée, et l'on pût voir des psudo-membranes recouvrant les piliers du voile du palais, la luette et le pharynx. Cette exploration faillit être fatale au malade en provoquant un nouvel accès de suffocation. Rester inactif, c'était compromettre les jours du malade ; d un autée côté, la trachéotomie elle-même ne présentait qu'une bien faible chance de sucès. Cependant, cette opération ayant été jugée indispensable, ces messieurs s'adjoignirent M. Robert, qui pratiqua l'opération à cinq heures et demie. A peine la trachée fut-elle ouverte, que l'air s'y précipita avec violence ; il y eut de la toux et un morceau de la fausse membrane qui s'était engagé entre les lèvres de la plaie fut saisi et retiré à l'aide d'une pince ; d'autres fragmens s'étant présentés, furent extraits de la même manière. Les lèvres de la plaie étant écartées au moyen des pinces, permirent de voir d'autres productions blanchâtres dans la profondeur de la trachée. Une canule fut mise à demeure, d'autres fragmens pseudo-membraneux se présentèrent encore et furent retirés à l'aide d'une petite éponge qui armait une baleine mince. M. Robert promena plusieurs fois l'instrument sur la muqueuse trachéale ; on instilla fréquemment par la canule de l'eau de mauve tiède qui, provoquant la toux, amenait à chaque fois des débris de fausses membranes. Pendant plusieurs jours il en sortit plusieurs lambeaux qui avaient une forme cylindrique ; quelques-uns étaient bifurqués et paraissaient venir des petites bronches ; à ces lambeaux succéda la sortie d'un détritus pultacé mêlé à la matière de l'expectoration.

Au douzième jour, la plaie largement ouverte avait ses bords tuméfiés, renversés, et en pleine suppuration ; l'air entrait et sortait librement sans provoquer la toux. Au moment où l'opération avait été faite, l'enfant avait paru renaître à la vie. La poitrine ayant été auscultée, on constata l'absence de toute respiration vésiculaire, et il parut évident que les plus petits rameaux bronchiques étaient occupés par des productions croupales, qui mettaient obstacle à la pénétration de l'air.

Du troisième au quatrième jour, l'enfant fut pris d'une pneumonie qui mit de nouveau sa vie dans le plus grand danger. L'enfant ayant déjà beaucoup perdu de sang, on combattit cette complication à l'aide du tartre stibié à haute dose et d'un vésicatoire sur la poitrine ; le tartre stibié ayant produit des accidens (irritation intestinale avec déjections sanguinolentes), on en diminua la dose. Peu à peu tout rentra dans l'ordre ; la plaie diminua d'étendue, et son occlusion fut complète le quarante-quatrième jour. Il est à remarquer que la surface du vésicatoire et la matière des déjections alvines contenaient des portions de fausses membranes.

M. Gaulthier de Claubry appelle l'attention des hommes de l'art sur les points suivans : invasion de tout l'arbre bronchique par la production croupale, imminence de mort quand l'opération fut faite ; complication d'une pneumonie très étendue, saison froide, chambre mal close ; enfant indocile et toujours nu sur son lit ; dysenterie suraiguë ; indigestion violente au dix-huitième jour. Toutes ces circonstance, dit ce médecin, font de cette observation une des plus curieuses qui aient été recueillies sur le croup, surtout quand on considère que l'enfant a échappé à de si grands dangers. Nous sommes de son avis, et nous ajouterons que que ce fait doit apprendre à l'homme de l'art qu'il ne faut pas désespérer dans les cas de croup les plus graves, et qu'il faut se hâter de pratiquer la trachéotomie. (*L'expérience*, 30 av.)

— La Société de Pharmacie de Paris avait mis cette année au concours deux questions importantes : la première relative à la composition du *polygonum tinctorinm* et à la meilleure manière d'en extraire la matière colorante (indigo). On sait que cette plante, nouvellement importée en Europe, contient une certaine quantité d'indigo ; il s'agissait de savoir si sa culture peut présenter des avantages en France et nous affranchir de l'immense tribut que nous payons à l'étranger. Les mémoires envoyés au concours, sans décider positivement cette question, lui ont cependant fait faire assez de progrès pour que la Société ait cru devoir partager le montant des prix entre les trois principaux mémoires, et proportionnellement au mérite de chaque travail :

1º Une médaille d'or de 1,000 francs a été donnée à M. Osmin Harvy, préparateur de chimie à l'Ecole de pharmacie ;

2º Une médaille de 400 fr. à MM. Girardin et Preisser, professeurs de chimie à Rouen ;

3º Une médaille de 100 fr. à M. Bor, pharmacien à Amiens.

La deuxième question proposée par la Société avait pour objet l'étude de la pectine et sa transformation en acide pectique, c'est-à-dire en substance qui constitue la gelée des fruits.

Un prix de 1,000 fr. a été décerné à M. Edmond Frémy, jeune chimiste de la plus haute espérance.

En récompensant avec autant de libéralité les auteurs des mémoires qui ont été couronnés, la Société de pharmacie contribue honorablement au mouvement scientifique de l'époque ; elle a droit à la reconnaissance de toutes les personnes qui s'intéressent au progrès des sciences.

Conférences cliniques sur les difformités du système osseux.

M. le docteur JULES GUÉRIN, chargé du service spécial des difformités à l'Hôpital des Enfans malades, rue de Sèvres, reprendra ses Conférences cliniques sur les difformités du système osseux dans l'amphithéâtre de l'hôpital, le mercredi, 20 de ce mois, à dix heures du matin ; il les continuera tous les mercredis et samedis de chaque semaine, à la même heure. — Le professeur traitera spécialement, cette année, des difformités de la colonne vertébrale et des opérations qu'elles réclament. — Opérations les mercredis, après la conférence ; et les samedis, consultation pour les malades du dehors.

amies ; quelques jours après, elle se demande si ce n'est pas elle qui s'est fait religieuse. Elle rit d'abord de sa pensée ; mais cette idée la poursuit pendant plusieurs jours, prend peu à peu de la consistance, et enfin elle se décide à faire part de ses craintes à sa mère. Les argumens que celle-ci emploie pour la dissuader ne font qu'augmenter ses perplexités ; elle consulte successivement son curé, l'évêque et l'archevêque. Leurs réponses la rassurent un peu, mois ne le détrompent pas complètement. A quelques jours de là, elle signe l'acte de mariage d'une autre de ses amies, et ne tarde pas à se figurer que c'est elle-même qui est mariée. Mêmes difficultés pour lui ôter cette idée, mêmes démarches inutiles auprès du maire et du curé. Enfin elle entend prononcer à son confesseur le nom de la *papesse Jeanne*, et aussitôt la voilà *pape*. Pour la guérir, il a suffi d'obtenir d'elle qu'elle ne parlât jamais de ses idées à personne. Nous vous donnerons plus tard des détails plus circonstanciés sur son traitement. Voilà un exemple remarquable de la manière dont se forment les idées fixes chez les fous. C'est d'abord une idée folle qui est repoussée aussitôt que formée ; mais si elle se représente, si surtout elle flatte quelque passion dominante, on la reçoit avec plus d'attention, on la caresse, pour ainsi dire. Bientôt elle revient à la charge, plus vive, plus spécieuse : elle poursuit, elle harcèle sans cesse le malade, qui finit par s'y livrer tout entier.

Dans les hallucinations, les sens paraissent être le point de départ de la maladie. On voit, on, entend, on goûte, on flaire, on sent véritablement. Un vieux prêtre voit tout-à-coup surgir dans sa mémoire tous ses souvenirs d'enfance ; mais ce qui se passe en lui est plus qu'une réminiscence ; c'est une sensation nouvelle. Il entend des voix qui répètent tout ce qu'il a fait ou dit autrefois, et étranger qu'il est à nos études, il est bien convaincu de la réalité de ce qu'il éprouve. Ce singulier phénomène se produit quelquefois pendant le sommeil. Les images se présentent alors si claires, si nettes, si précises, que le doute est impossible. De là les visions des anciens anachorètes qui, attribuant le phénomène qui se passait en eux à une intervention surnaturelle, se croyaient en rapport direct tantôt avec Dieu ou les anges, tantôt avec Satan ou les démons.

L'inspiration passive est un fait assez rare aujourd'hui. Vous en avez vu cependant un exemple remarquable (n° 9). Mais autrefois les inspirations étaient très communes. On en a observé de véritables épidémies dont nous ferons plus tard l'histoire.

Après ces considérations générales sur la folie, M. Leuret pose cette question importante : Le cerveau étant reconnu comme le siége de l'intelligence, est-il possible de déterminer par l'étude anatomique de cet organe chez l'homme et chez les animaux, à quelles de ses différentes parties correspondent nos diverses facultés ? Autrement dit, la localisation des facultés intellectuelles et morales mise en avant par les phrénologistes est-elle d'accord avec les faits anatomiques ? Pour la résoudre, le professeur examine rapidement le développement progressif du cerveau dans l'echelle animale. Il nous montre cet organe formé chez la grenouille par deux lobes assez petits, qui laissent à découvert derrière eux les tubercules quadrijumeaux et le cervelet, se développant peu à peu en arrière, se rapprochant des premiers chez les oiseaux, les recouvrant en partie chez les reptiles, un peu plus chez le lapin, entièrement chez le loup et le chien, gagnant peu à peu du terrain à mesure qu'on s'élève dans l'échelle des êtres, et finissant par recouvrir entièrement le cervelet lui-même chez le singe, l'éléphant et l'homme. Ainsi on peut établir comme loi générale le développement progressif du cerveau en arrière coïncidant avec un développement semblable des facultés instinctives et de l'intelligence.

L'anatomie des circonvolutions cérébrales, si importante cependant lorsqu'on a la prétention de localiser à leur surface les facultés intellectuelles et morales, n'est pas mieux connue des phrénologistes que la loi du développement progressif du cerveau. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à jeter les yeux sur les planches d'anatomie de Gall, et surtout de M. Vimont, l'oracle actuel de la phrénologie. Dans ces dernières on verra un côté de cerveau qui n'offre pas de trace de la scissure de Sylvius, tandis que dans une autre planche l'auteur la fait remonter presque jusqu'au sommet du cerveau. Est-ce ainsi qu'on fait faire des progrès à la science ?

Rolando cependant avait déjà donné une description exacte des circonvolutions du cerveau de l'homme. Mais on n'avait pas encore recherché et fait ressortir les analogies et les dissemblances qui existent sous ce rapport entre le cerveau de l'homme et celui des différens animaux. Cette étude, qui aurait dû être la première base des recherches phrénologiques, nous paraît assez importante pour que nous la renvoyions à la prochaine leçon.

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marboeuf, 7, près les Champs-Élysées.

Tumeur encéphaloïde à l'état de crudité, siégeant dans la région cervicale gauche, chez un jeune homme. Extirpation, par M. Blandin. Guérison au bout d'un mois.

Dans les derniers jours du mois de mars dernier, est entré à la Maison de santé et de médecine opératoire, un jeune homme de vingt ans, d'un tempérament sanguin lymphatique, très fortement constitué, ayant toujours joui d'une santé robuste.

Il y a onze ans, il sentit dans la région sous-maxillaire gauche un ganglion de la grosseur d'une petite noix, qui ne fixa pas d'abord son attention. Plus tard, sa maladie faisant des progrès, il alla consulter plusieurs célébrités de Rouen, M. Flaubert, entr'autres, qui lui conseilla de ne pas se faire opérer, et prescrivit des fondans qui n'amenèrent aucun résultat avantageux. C'est alors que le malade, désespéré de voir sa tumeur prendre continuellement de l'extension, surtout depuis cinq ans, s'adressa à M. Rampon, jeune médecin très distingué de Villers-Lebel, qui le confia à M. Blandin.

Pendant fort long-temps, ce malade a été soumis à l'influence délétère du froid et de l'humidité, ainsi que d'une alimentation débilitante et presqu'exclusivement végétale. Les membres de sa famille se portent à merveille ; seulement la mère, bien que douée d'une constitution athlétique, présente au cou les stygmates d'un ganglion dont elle prétend avoir été débarrassée à l'aide de l'électricité.

L'examen des fonctions ne fait rien découvrir d'anormal à M. Blandin, dont l'attention s'est principalement concentrée vers la poitrine et l'abdomen. On sait, en effet, que le développement des tumeurs cervicales, qui a lieu chez les adultes d'un tempérament lymphatique, coïncide quelquefois avec des tubercules pulmonaires. De là la nécessité de recourir dans ce cas, avec beaucoup de soin, à l'auscultation et à la percussion.

Diagnostic. Tumeur de la grosseur du poing, dure comme de la aorne, bosselée, non adhérente à la peau, très mobile, siégeant dans la région cervicale gauche, s'étendant de droite à gauche, depuis le cartilage thyroïde et la partie supérieure du larynx, auxquels elle est adossée dans toute son étendue, jusqu'au mastoïdien, qui la limite en dehors, et dont on distingue la saillie ; et de bas en haut, depuis le bord supérieur de la clavicule jusqu'à quelques lignes au-dessous de la branche horizontale de la mâchoire. Lorsqu'on fait incliner fortement la tête du malade à droite et en arrière, et qu'on saisit la base de cette tumeur avec une main, on sent deux pédicules qui semblent filer, l'un au-dessus de la clavicule, l'autre dans les parties profondes du cou. Ce dernier forme un relief que l'on apprécie en portant le doigt indicateur dans la bouche. Des douleurs lancinantes ont lieu à de rares intervalles, et on peut malaxer la région cervicale dans tous les sens, on ne détermine pas de souffrances. Les tégumens ont conservé leur couleur naturelle.

Manuel opératoire. Le 22 mars, M. Blandin, aidé du docteur Rampon, procède à l'opération de la manière suivante : il pratique une incision cruciale sur la tumeur, qu'il trouve environnée d'un kyste. Cette circonstance heureuse engage le chirurgien de l'Hôtel-Dieu à diriger le tranchant de son bistouri de bas en haut sur cette masse squirrheuse, et non pas au-dessous ; de cette manière il ne s'expose pas à léser les vaisseaux et les nerfs importans de cette région. Chaque coup de bistouri, en faisant rétracter la membrane accidentelle qui coiffe la tumeur, met à nu une partie de celle-ci, qui est poursuivie jusqu'à son insertion sur la carotide primitive, dont on perçoit distinctement les battemens ; enfin le pédicule supérieur est détaché avec difficulté par énucléation du fond de la plaie, formant alors une vaste caverne. Nous ajoutons que le malade a perdu une faible quantité de sang. Quelques artères ont dû être liées. Une grosse veine rampant sur le milieu de la face supérieure de cette masse encéphaloïde, M. Blandin l'incise après l'avoir étreinte au moyen de deux ligatures.

Anatomie pathologique. La tumeur est ovoïde, fendue suivant sa longueur ; elle présente un tissu squirrheux, lardacé, criant sous le scalpel. Vue à l'extérieur, elle offre des éminences mamelonnées sur toute sa périphérie. Nous avions évidemment affaire ici à un tissu encéphaloïde à l'état de crudité, distinction admise par Laennec.

Suites de l'opération. Le lendemain, M. Blandin fait la levée du premier appareil ; cette pratique, il l'enseigne continuellement dans ses cours, et s'est toujours applaudi de l'avoir suivie. On évite, en effet, par là bien des accidens qui accompagnent une conduite opposée...

Nous ne voulons pas entrer ici dans des considérations qui nous entraîneraient trop loin. Les deux premiers jours, le malade est très bien. Son pouls est tout-à-fait à l'état normal ; il se croit guéri. Dans cette persuasion, il ne veut pas garder le silence, il s'agite dans son lit, il va même jusqu'à se lever plusieurs fois sur son séant ; aussi le troisième jour il est pris d'une hémorrhagie assez abondante. Arrivé dans sa chambre, nous lui trouvons la face rouge et animée, le pouls très développé, à 95 pulsations par minute ; l'appareil est imbibé de sang ; la respiration se fait très difficilement ; le malade dit qu'il étouffe et qu'il va mourir. Les pièces de pansement enlevées, nous trouvons les lèvres de la solution de continuité presque réunies à l'exception de l'endroit où était la mèche ; les parois de la plaie distendues forment une saillie considérable. Nous détruisons à l'instant même la cicatrice, et après avoir enlevé les caillots obstruant la caverne, nous tamponnons avec des disques d'agaric et des bourdonnets de charpie. Pendant ce temps, M. Blandin arrive et applique plusieurs ligatures à l'aide de son ténaculum, qui lui réussit admirablement. Cet accident n'a pas de suites fâcheuses ; le lendemain cependant le malade est pris d'un mouvement fébrile assez intense avec toux, sans expectoration notabe ; seulement quelques crachats bronchiques seulement. La percussion et l'auscultation du thorax nous sont découvrir quelques bulles de râle muqueux, la plaie est très douloureuse et ses bords sont gonflés. Saignée de 372 gramme (12 onces) ; cataplasme renouvelé trois fois par jour ; injections émollientes dans l'intérieur du foyer. En vertu de ce traitement tout rentre dans l'ordre ; la fièvre cesse, la toux disparaît, les bords de la solution de continuité perdent leur gonflement, et la suppuration devient de bonne nature. Quelque temps après, du pus se forme au pourtour de la glande parotide. Comme l'abcès est peu étendu, bien circonscrit, M. Blandin, compte sur la résorption, qui a lieu, en effet, avec rapidité, et la guérison de ce jeune homme est complète au bout d'un mois de séjour à la Maison de médecine opératoire.

Conséquences pratiques. — Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports : 1° Il faut avoir des connaissances anatomiques profondes et une bien grande habitude de la médecine opératoire, pour oser tenter l'extirpation d'une tumeur située sur les parties latérales du cou, M. Blandin, en effet, avait à ménager des organes très importans, tels que les veine, jugulaires, les artères thyroïdiennes, le nerf pneumo-gastrique, et surtout la carotide avec laquelle des adhérences avaient été contractées ; en outre, on pouvait craindre l'introduction de l'air dans les veines dont tout le monde connaît les dangers, d'après les belles expériences de M. Amussat. En se dirigeant d'après les principes suivis par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu dans cette circonstance, on évitera des malheurs qui pourraient arriver à des praticiens moins expérimentés.

2° M. Blandin s'est rendu maître des accidens survenus par l'emploi d'une sage thérapeutique ; on dit de certains chirurgiens qu'ils ne sont pas heureux dans leurs opérations, ce qui signifie en général, qu'ils ne savent pas allier la médecine à la chirurgie. Ces deux branches de l'art de guérir doivent marcher ensemble, et quiconque ne les possède pas ne devrait jamais toucher au bistouri. Malheur à l'opéré qui sera pris d'une pneumonie ou d'une pleurésie intercurrente, par exemple, car de deux choses l'une, ou bien la maladie sera méconnue, et alors on combattra dans l'ombre, ou bien on restera spectateur tranquille d'une lésion désorganisatrice, car on ne veut pas entendre parler de la méthode de M. Bouillaud, probablement parce qu'elle sauve trop de malades. Il faut être ne l'ennemi de l'humanité pour ne pas faire jouir ses semblables des bienfaits de la doctrine du médecin de la Charité. Il va sans dire que nous ne voulons parler que des savans confrères qui prétendaient dernièrement, dans une réunion médicale, que si jamais ils arrivaient aux honneurs de la députation, ils feraient tout leur possible pour qu'on abolît le diagnostic. Le fait est positif : nous en garantissons l'authenticité. X...

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 2 avril 1840.

M. Belhomme lit à la Société une analyse qu'il a faite du travail de M. Charles Lucas sur le système cellulaire de Philadelphie, et expose les conséquences que ce dernier a tirées de cette pénalité sur la santé et le moral des détenus. Le Mémoire de M. Lucas a été en partie extrait du rapport de la Société de Boston, qui expose successivement l'influence du pénitencier sur le mouvement de la criminalité, sur le nombre des récidives, sur la santé des détenus, sur l'état des facultés mentales, sur le produit du travail et des dépenses d'entretien, sur les dépenses de construction, enfin sur l'instruction morale et religieuse.

M. Belhomme n'aborde que les questions hygiéniques et fait ressortir les inconvéniens signalés par M. Lucas, de l'enfermement continu sur la santé des prisonniers, qui seraient plus souvent affectés de phthysie pulmonaire que dans les prisons ordinaires, et surtout l'influence fâcheuse de l'isolement sur le moral des détenus. Quatorze cas de démence ont été observés à Philadelphie : on ajoute dans le rapport de Boston que, dans douze cas, il y a eu guérison complète, ce qui fait dire à M. Belhomme qu'on s'est évidemment trompé sur le véritable caractère de la démence : celle-ci est ordinairement incurable, et l'on a pris pour de la démence ce qui n'était qu'un affaisement momentané des facultés intellectuelles.

La Société de Boston a consulté plusieurs médecins du pays pour connaître leur opinion sur ce triste résultat de l'enfermement cellulaire et leur a posé les deux questions suivantes :

1° La privation de l'air pur et frais ne doit-elle pas déterminer à la longue dans le cellulage continu des lésions organiques incurables, et par suite un notable accroissement dans le chiffre des décès ?

2° L'habitation prolongée dans une cellule solitaire peut-elle avoir pour effet de déterminer un vice funeste, et le désordre de ce vice peut-il porter plus particulièrement sur les facultés mentales et déterminer une démence plus ou moins difficile à guérir ?

Les médecins ont répondu que la phthysie pulmonaire était une cause fréquente de mort dans les prisons et hospices d'aliénés, et qu'il n'était pas étonnant que cette maladie fît des ravages dans la prison de Philadelphie comme ailleurs. Quant aux habitudes honteuses : qu'elles étaient très fréquentes dsns toutes les prisons, et que le système cellulaire absolu devait favoriser ce vice à cause du désœuvrement ; que d'ailleurs la masturbation était une des causes du marasme qui s'était fait observer.

M. Belhomme a visité le pénitencier de Paris ; il a prié M. le docteur Paris, médecin des jeunes détenus, de lui donner son avis sur les avantages et les inconvéniens du système cellulaire. M. le docteur Pâris croit aux bienfaits de ce genre de prison, surtout chez les enfans et les jeunes gens jusqu'à l'âge de seize ans. Il n'a pu faire la comparaison de ce qu'aurait pu produire le même mode d'enfermement sur les adultes, puisque la loi ne l'autorise pas ; mais il a observé :

1° Que l'isolement n'avait nul inconvénient pour la santé des détenus ; il a même obtenu de l'administration la suppression de l'infirmerie, parce qu'il a remarqué que l'air étant vicié par la réunion d'un trop grand nombre d'individus, favorisait les fièvres épidémiques ; que les enfans qui étaient enfermés à la Roquette étaient tous bien portans, en ayant soin de leur faire prendre un exercice suffisant, et renouvelant l'air de leurs cellules ; que le travail auquel ils sont astreints empêche les mauvaises habitudes qui pourraient nuire à leur santé ; que la surveillance exercée sur eux est constante, au moyen d'un guichet toujours ouvert par lequel les surveillans, les maîtres d'apprentissage, les ecclésiastiques et les instituteurs peuvent communiquer avec eux, sans

que jamais il soit permis aux détenus d'adresser la parole à leurs voisins, si ce n'est le dimanche, qu'ils sont réunis à la chapelle et peuvent communiquer entre eux.

2° Que l'isolement ainsi modéré n'a point affaibli l'intelligence des détenus, à cause de l'activité manuelle et intellectuelle qu'on exige d'eux.

M. Belhomme tire du mode de détention dont il vient de parler la conclusion que ce nouveau moyen est toujours favorable lorsqu'il est bien entendu et bien exécuté, surtout lorsqu'on s'adresse à des êtres qui ne sont pas complètement formés, débutant dans le vice et le crime, n'en connaissant ni les détours ni la profondeur, ne pouvant communiquer avec des criminels ou des coupables comme eux; ils ne peuvent mutuellement s'encourager, et ils ont tout le temps de réfléchir sur leurs torts et sur les conséquences de leur faute.

M. Belhomme, en terminant son examen sur l'isolement cellulaire, arrive à l'isolement des aliénés : il le regarde comme d'une nécessité absolue dans le début de la maladie et dans bien des cas de folie; mais il pense aussi qu'il n'est pas toujours entendu ni modifié ainsi qu'il devrait l'être. Il ne faut laisser l'aliéné isolé que lorsque les objets extérieurs sont pour lui un objet d'excitation; il ne faut pas lui laisser perdre l'habitude des liens sociaux : il faut dans sa convalescence le ramener auprès de malades tranquilles, le promener, lui laisser voir ses proches, et employer même les voyages pour compléter la guérison. M. Serrurier a remarqué avec M. Emmanuel Rousseau que l'isolement a une influence également funeste chez les singes. Aussi depuis qu'ils ont une grande habitation qui leur permet de vivre en commun et de prendre de l'exercice, la mortalité est moins grande.

— *M. Guersant* fils annonce que pendant les derniers temps froids que nous avons eus des érysipèles se sont développés chez plusieurs enfans qu'il a opérés, et même chez ceux qui n'avaient point subi d'opération. Ils se sont terminés favorablement.

M. Fouquier a fait la même observation dans les salles de médecine. Il avoue qu'il ne peut pas expliquer la fréquence du développement des éruptions dans les temps froids. Chez un malade observé récemment, des symptômes d'une encéphalite qui paraissaient très graves se sont manifestés et ont cédé brusquement à l'apparition d'une variole. Chez un autre malade très vigoureux qui avait éprouvé une forte contrariété, la peau fut parsemée de taches violettes, et au bout de quelques jours la mort le frappa. A l'autopsie on trouva plusieurs viscères parsemés de semblables taches pourprées, sans pouvoir expliquer la mort par la gravité des lésions de ces mêmes organes. Une autre femme eut également, après une vive contrariété, une éruption semblable qui se termina favorablement.

M. Parent a vu un malade atteint d'accès épileptiforme qui ont précédé une éruption de rougeole. Il a également vu une éruption semblable à celle observée par M. Fouquier, laquelle revenait tous les vingt jours, et contre laquelle il employait la saignée. Actuellement ce malade n'éprouve plus de récidives.

M. Tanchon demande dans quels cas la saignée est utile dans le prodrome des fièvres éruptives, et même dans tous les autres cas de maladie? Il a remarqué que toutes les fois que le sang tiré est rouge, il s'est repenti d'avoir pratiqué la saignée; tandis qu'il a eu à s'en louer quand le sang est noir pendant tout le temps de son écoulement.

M. Guersant fils fait observer que chez les individus forts, vigoureux, le sang est noir, tandis que chez les enfans faibles, et surtout chez les scrofuleux, il est souvent clair et rouge.

M. Tanchon objecte qu'il saigne des femmes cancéreuses, quoique faibles, et que cependant le sang est noir et diffluent.

Pour extrait conforme : Le secrétaire annuel, DUHAMEL.

Conclusions du Mémoire de M. le docteur Sédillot, sur l'application des poulies et du dynamomètre au traitement des luxations. (Mémoire lu à l'Académie de Médecine.)

1° Les poulies, dont on avait pu condamner autrefois l'emploi dans le traitement des luxations, comme développant des forces très considérables, impossibles à calculer, et invariables dans leur direction, ne méritent plus aucun de ces reproches depuis que nous en avons précisé et régularisé l'action par l'application du dynamomètre.

2° L'expérience, en effet, a prouvé qu'avec une force moyenne de trois cents livres, on est parvenu à réduire des luxations qui avaient précédemment résisté à des efforts beaucoup plus violens, et l'on est ainsi conduit à admettre que les poulies, devant leur efficacité à la continuité plutôt qu'à l'intensité de l'extension qu'elles produisent, exigent en réalité une force moins considérable, que celle des tractions brusques et subites confiées directement à des aides.

3° Il est évident, en outre, que l'action des poulies peut être actuellement précisée d'une manière mathématique par le chirurgien, puisqu'elle ne cesse d'être indiquée par l'aiguille du dynamomètre à tous les momens de l'opération.

4° Enfin, il est facile dans tous les cas où on le juge convenable, de modifier avec des poulies de réflexion la direction des forces extensives sans en diminuer la puissance, ce que l'emploi des aides ne permet jamais.

5° Notre appareil présente donc une supériorité marquée sur tous les moyens actuellement en usage, sous le triple rapport : 1° du moindre degré des forces appliquées; 2° de la précision de leur action; 3° et de la facilité avec laquelle on peut en varier le sens.

6° Ces avantages ne sont pas les seuls que présentent les poulies. Elles opèrent sans violence et sans secousses, une extension égale, susceptible d'être maintenue long-temps à un même degré, et d'être uniformément accrue à des intervalles déterminés par la volonté du chirurgien; toutes conditions favorables qui manquent complètement avec les aides.

7° De plus, il ne paraît pas douteux, qu'en supposant nécessaire l'application d'une force extensive très considérable, les poulies n'exposent à moins de danger que les aides. Dans le premier cas, on n'arrive au maximum de puissance que par gradation, et après avoir reconnu que le malade est en état de supporter un effort plus grand; tandis que dans le second cas, les efforts des aides sont subits, et les accidens produits avant qu'on les ait prévus.

8° Notre appareil, composé d'une mouffle, d'un dynamomètre, de bracelets ou genouillères propres à assurer l'extension, et de quelques poulies de reflexion, est rendu d'une application aisée et rapide par le moyen des cordes à chaîne, des S d'acier et des crochets mobiles dont nous nous servons; nous avons banni l'usage des nœuds, qui exigeaient trop de temps à placer ou à défaire, et nous utilisons sans peine tous les points d'appui que nous rencontrons.

9° Les faits rapportés dans ce mémoire prouvent que nous avons pu réduire des luxations datant de plus d'une année, et que nous n'avons jamais provoqué aucun accident. Et il résulte des faits semblables obtenus par d'autres praticiens qui ont adopté notre appareil, et des démonstrations et des expériences jointes à notre mémoire, que dans toutes les luxations où des extensions fortes et soutenues sont nécessaires, l'application des poulies régularisées par le dynamomètre, offre une supériorité réelle sur l'action directe des aides, et constitue un véritable progrès.

NOUVELLES DIVERSES.

M. Bégin, professeur de la Faculté de Strasbourg, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction de cette ville, est nommé à l'emploi de chirurgien en chef, premier professeur au Val-de-Grâce; sa promotion à ce poste important de la chirurgie militaire laisse vacante, à la Faculté de Strasbourg, la chaire de clinique chirurgicale et de médecine opératoire.

M. Begin se met, dit-on, sur les rangs pour la chaire de médecine opératoire.

— M. Alquié, médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, vient d'être promu au grade de médecin principal de l'armée.

— M. Soudan, professeur au Val-de-Grâce, est nommé chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital d'instruction de Metz, en remplacement de M. Hénot, qui passe en son grade à l'hôpital de Strasbourg.

— M. Thiriaux, professeur de pharmacie au Val-de-Grâce, est appelé comme pharmacien en chef, premier professeur, à l'hôpital d'instruction de Lille.

— Le concours pour la chaire de médecine légale à la Faculté de Strasbourg vient de se terminer par la nomination de M. Tourdes fils, qui a obtenu quatre voix contre trois accordées à M. Malle, l'un de ses competiteurs.

Le nouveau professeur est fils du professeur actuel de pathologie interne de la même Faculté; tous deux appartiennent à la médecine militaire qui est en possession de fournir à la Faculté une partie de son personnel professoral; la Faculté de Strasbourg a successivement emprunté à la médecine militaire, MM. Coze père, Tourdes père, Goupil, Bégin, Fée, Tourdes fils, sans compter les agrégés Girod, Malle, Lacauchie, etc.

— Trois concours publics seront ouverts le 20 septembre prochain, au chef-lieu de l'Académie de Paris, pour onze places d'agrégés près les Facultés des sciences :

Le premier pour trois places d'agrégés de mathématiques, savoir : une place près la Faculté des sciences de Paris; deux places près les Facultés des sciences des départemens;

Le deuxième pour quatre places d'agrégés de physique et de chimie, savoir : deux places près les Facultés des sciences de Paris; deux places près les Facultés des sciences des départemens;

Le troisième pour quatre places d'agrégés d'histoire naturelle, savoir : deux places près la Faculté des sciences de Paris; deux places près les Facultés des sciences des départemens.

Nous signalons à nos lecteurs la librairie Gardembas, dont les principales publications si bien appréciées des élèves et des praticiens, réunissent l'utile et le bon marché. Nous ne saurions trop recommander un jeune éditeur, qui grâce à la modération de ses prix et à la sympathie qu'obtient toujours la jeunesse, réussit à faire reprendre à la nombreuse clientelle de l'ancienne maison Gabon le chemin de son établissement.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 21 MAI 1840. (13e ANNÉE.) N° 60, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5…

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LUGOL.

Conférences cliniques sur les maladies scrofuleuses.

DE LA SCROFULE TUBERCULEUSE.

La dégénérescence tuberculeuse est, de tous les caractères anatomiques de la scrofule, le plus essentiel: c'est ce caractère qui donne de la valeur aux autres, et qui atteste de leur nature. La nature et le diagnostic des ophthalmies, des tumeurs blanches, des leucorrhées, etc., ne peuvent plus présenter aucun doute quand il y a eu des tubercules, ou que ceux-ci existent encore. Ce point de doctrine est tellement d'accord avec l'observation, que si un enfant, je suppose, présente actuellement une ophthalmie réunissant les conditions de l'ophthalmie scrofuleuse, sans néanmoins qu'il ait eu jusqu'alors de tubercules, vous verrez que ceux-ci ne tarderont pas à faire leur apparition.

Aucune maladie n'a, dans ces derniers temps, autant exercé l'esprit investigateur d'un grand nombre de praticiens, que les tubercules; mais presque tous les observateurs ont borné leurs recherches aux tubercules pulmonaires, et en agissant de la sorte, ils ont limité, rétréci, isolé un sujet vaste par lui-même, et qui demandait à être étudié dans tout son ensemble. La préoccupation des auteurs contemporains à l'égard des tubercules pulmonaires a été telle, que j'ai eu à moi seul la tâche de les étudier dans toutes les autres parties du corps. Eh bien! je dois vous dire que partout j'ai suivi le tubercule, et que partout je l'ai trouvé le même.

Caractères extérieures ou forme du tubercule. En général, la forme du tubercule est ronde; mais l'influence, l'action mécanique des parties, des organes voisins, de la région même dans laquelle siége le tubercule, l'agglomération enfin de plusieurs tubercules, peuvent imprimer et impriment assez souvent des modifications à cette configuration primitive; modifications qui deviennent de plus en plus sensibles à mesure que le tubercule prend de l'accroissement.

Cette forme primitive ne peut être considérée comme un accident, ni comme dépendante du milieu dans lequel le tubercule se développe; car s'il en était ainsi, elle varierait suivant ce dernier: or, l'observation démontre que, quelle que soit la région, cervicale, axillaire, inguinale, etc., où le tubercule se développe, cette forme est toujours la même.

Volume du tubercule. Quand le tubercule est à son origine, le volume en est ordinairement petit; plus tard, il ne dépasse jamais certaines dimensions. Toutefois, quelque petit que soit son volume, lorsqu'on s'aperçoit de son développement, il est probable encore qu'il était déjà né depuis long-temps. Mais prenons-le un instant tel qu'il nous apparaît, et examinons-le dans les différens siéges qu'il peut occuper. Au poumon, son volume ne dépasse jamais celui d'un petit pois. A la rate, il surpasse un peu celui d'une semence de haricot. Au foie, il a le volume d'une olive, et quelquefois ce volume est de beaucoup inférieur. Dans le corps des vertèbres, je l'ai vu égaler les dimensions d'une noix. A l'extérieur, le tubercule prend très vite beaucoup plus de volume. Ainsi, au cou, aux aines, aux aisselles, dans le mésentère, dans le médiastin, etc., ordinairement il a tout d'abord le volume d'une aveline; une fois nous l'avons vu égaler celui d'un œuf de poule, ce qui ne s'observe jamais à l'égard des organes parenchymateux. Vous ne devez pas confondre avec le tubercule ces grosseurs que portent à l'extérieur le plus grand nombre de nos malades, car ce sont là des agrégats laborieux ou des tumeurs tuberculeuses résultant de la réunion de plusieurs tubercules et non pas de simples tubercules ou tubercules isolés.

Couleur du tubercule. Le siége, principalement, imprime quelque modification à la couleur du tubercule. Mais, en général, cette couleur est blanchâtre ou d'un jaune léger, analogue à celle du marron d'Inde, couleur que décèle plus particulièrement le travail de ramollissement. Quelquefois il représente de la matière mélanée, mélangée à de la matière tuberculeuse ordinaire, et, dans ce cas, lorsqu'on vient à le couper, il offre une surface granitique.

Cette disposition se rencontre quelle que soit d'ailleurs la région que le tubercule occupe. Une fois j'ai rencontré des tubercules ictériques; une autre fois je les ai observés d'une belle couleur verte, parfaitement analogue à celle du pistache. Mais ce sont là des colorations tout-à-fait accidentelles et exceptionnelles; car, je le répète, la coloration ordinaire du tubercule est d'un blanc jaunâtre, imitant celle du marron d'Inde.

Consistance du tubercule. Elle n'est pas la même à toutes les époques de l'évolution du tubercule et varie suivant son âge. Dès qu'il est perceptible, sa consistance est solide. C'est cet état qui constitue ou représente les granulations de Bayle et de Laennec; mais je ne crois pas que ce soit là son premier âge: il doit, je crois, être liquide et gélatineux en naissant, et les granulations appartiennent sans doute à une époque plus avancée. Les granulations ne sont peut-être aussi dures qu'on les rencontre, que parce qu'elles contiennent déjà de la matière solide; c'est ce que nous avons constaté au moins plus d'une fois.

Cependant nous avons rencontré quelquefois des tubercules encore à l'état liquide présentant le volume d'un petit pois et même d'une petite fève. Chez un malade de la salle Saint-Jean qui nous présenta des tubercules nouvellement formés, ceux-ci donnaient la sensation d'une fausse fluctuation; une ponction fut faite sur un d'eux, et il en sortit une certaine quantité de sérosité; un second, qui fut ouvert quelque temps après, donna une matière qui semblait indiquer les traces de la suppuration ou du ramollissement de la matière tuberculeuse. Nous reviendrons et insisterons plus tard avec plus de détail sur le mode de formation et de développement du tubercule, sur sa suppuration, ainsi que sur les transformations qu'il peut subir.

Composition anatomique du tubercule. L'inspection la plus superficielle démontre que le tubercule est représenté par un kyste et de la matière tuberculeuse: mais, en général, on n'aperçoit pas de traces vasculaires ni sur le kyste, soit à son intérieur, soit à son extérieur, ni dans la matière tuberculeuse. Toutefois, cette absence de vaisseaux s'arrange peu avec la vie et la nutrition; car le tubercule est doué de la première, et s'accroît sous l'influence de la seconde.

La présence de vaisseaux dans les tubercules nous fut démontrée pour la première fois en 1828, époque à laquelle nous nous livrions à nos premières recherches microscopiques sur ce sujet. Dans l'une des autopsies pratiquées à cette époque, et dont je vous présente les résultats reproduits par le dessin, nous vîmes des vaisseaux à l'extérieur, à l'intérieur du kyste; dans l'épaisseur de ses parois et dans celle de la matière tuberculeuse même. De sorte que, pour nous, l'existence des vaisseaux dans les tubercules est maintenant aussi démontrée qu'elle l'est à l'égard des plèvres; et quoique nous ne les ayons pas souvent aperçus, nous croyons néanmoins que leur existence est immanquable. C'est dans la matière tuberculeuse qu'on les voit moins souvent; toutefois nous avons été tellement favorisé à cet égard par les circonstances, que nous ne saurions conserver aucun doute sur cet état particulier. Ainsi, non-seulement nous avons directement constaté l'existence de ces vaisseaux, mais nous avons pu nous convaincre que ceux qui sillonnent la matière tuberculeuse sont susceptibles de se rompre, et à l'instar de ceux du cerveau, donner lieu à une hémorrhagie dans le sein même de cette matière, et déterminer une véritable apoplexie dans la tumeur.

Je vous soumets un exemple de cette altération, représentée au dessin d'après une pièce pathologique que j'ai communiquée à l'Académie des sciences. Je ne connais pas de faits de ce genre qui lui soient antérieurs; mais depuis j'ai eu occasion d'en observer de semblables. Un malade entre autres, qui était sujet à des syncopes de longue durée et qui mourut d'une attaque d'apoplexie, nous présenta à l'autopsie plusieurs foyers sanguins au sein des masses tuberculeuses qui existaient dans différentes parties du corps.

Tumeurs tuberculeuses. Les agglomérations de tubercules forment des tumeurs tuberculeuses dont le volume est excessivement variable. Dès qu'une grosseur de nature scrofuleuse a atteint le volume d'un œuf de poule, il est rationnel de présumer qu'elle est représentée par l'agglomération de plusieurs tubercules; car un seul tubercule n'atteint presque jamais un volume aussi considérable. Il est même raisonnable de présumer que l'on a affaire à un amas de tubercules, lorsque la tumeur présente encore de plus petites dimensions, telles, par exemple, que celles d'une amande.

Comment se forment ces tumeurs? Elles se forment par le développement spontané des tubercules qui les composent, et qui se développent les uns à côté des autres. En grossissant les tubercules remplissent les intervalles qui les séparent; ils finissent par se toucher par un des points de leur surface, et la tumeur se constitue. Ce mode d'évolution se produit de la même manière, soit au poumon, soit au foie, au cou, aux aisselles, etc.

Passons à quelques exemples. Voici un malade qui présente au cou sept à huit tubercules, encore assez éloignés les uns des autres pour pouvoir être digités. Chez ce second malade, au contraire, la réunion des tubercules par leur circonférence est effectuée, et vous n'apercevez plus qu'une seule tumeur. Cependant, il ne s'agit pas moins, dans ce second cas, d'une agglomération de tubercules qui d'abord ont été isolés, comme vous l'observez chez le précédent malade.

Quand une agglomération tuberculeuse a entièrement cessé de présenter les séparations qui sont le résultat de

---

FEUILLETON.

REMARQUES SUR L'EXISTENCE NATURELLE DU CUIVRE ET DU PLOMB DANS LES VISCÈRES HUMAINS;

Par M. Ferdinand DE CATTANEI, professeur de chimie générale et pharmaceutique à l'Université de Pavie (1).

Aussitôt que j'ai appris par la voie des journaux, en janvier 1839, la communication que M. Devergie venait de faire à l'Académie de médecine de Paris concernant l'existence naturelle de cuivre et de plomb dans les organes humains, j'ai voulu vérifier le fait expérimentalement, car il s'agissait d'une chose qui aurait pu avoir des applications judiciaires d'une grande importance. Je me suis donc associé avec mon collègue, M. Camille Platner, professeur de médecine légale et de police médicale, et nous sommes convenus d'opérer de concert. Une réflexion s'est présentée tout d'abord: c'était de nous assurer si les matières que nous devions rechercher seraient congéniales, c'est-à-dire partie élémentaire et naturelle de nos tissus, ou bien accidentellement introduites par les alimens ordinaires qu'on fait cuire dans des vases de cuivre recouverts d'étain, lequel contient, comme on sait, une certaine quantité de plomb. Nous avons pensé, en conséquence, faire nos premières expériences sur des viscères de cadavres d'enfants qui n'auraient vécu que peu de temps, et qui n'auraient été nourris que de lait maternel.

Le 1er février 1839, nous avons eu un estomac et un tube intestinal extraits du cadavre d'un fœtus né à sept mois, et qui avait vécu deux jours, il n'avait pris que peu de lait de sa mère, et était mort apoplectique. Je dirai tout à l'heure comment nous avons opéré.

Le 8 février 1839, nous avons reçu les poumons, le cœur et tout le canal digestif d'un second fœtus, né également à sept mois, et mort d'apoplexie après deux jours d'existence.

Le 22 du même mois, on nous a fourni les poumons, le tube intestinal, le foie et la rate d'une petite fille née à terme et morte d'hydropéricarde vingt-cinq jours après la naissance, n'ayant vécu que du lait de sa mère.

Les canaux digestifs des trois enfans, le cœur et les poumons des second et troisième, le foie et la rate du troisième, ont été carbonisés séparément dans des creusets de Hesse. Nous avons préféré cet instrument afin de prévenir l'objection qu'on aurait pu nous faire d'avoir obtenu le cuivre qui aurait pu se trouver allié à l'argent, si nous avions employé des creusets de ce métal; ou d'avoir obtenu le plomb du vernis si nous nous étions servis de creusets en porcelaine. La carbonisation des matières animales étant bien complétée, nous avons procédé à leur incinération. Pour faciliter ce dernier travail, qui est toujours long, difficile, je dirai même incomplet, nous avons fait usage pour les uns de l'acide nitrique, pour les autres de chlorate de potasse, afin d'en comparer les résultats.

Sur les cendres que nous avons obtenues, nous avons versé de l'acide acétique, et nous avons favorisé son action résolutive à l'aide de la chaleur. Dans les liquides on a versé de l'ammoniaque en excès, et, par le repos, ils sont devenus tout à fait limpides, et ils ont été séparés de leur dépôt moyennant la décantation. La portion liquide n'a offert aucune teinte azurée, ni donné le moindre précipité moyennant le double cyanure jaune de potasse, ni avec l'acide hydro-sulfurique: le fer brillant qui y a été immergé n'a offert non plus la moindre trace de cuivre. Nous avons dû conclure que ces liquides ne contenaient pas la moindre trace de cuivre.

Nous avons ensuite fait dissoudre dans de l'acide acétique les matières restées de la décantation, et que nous avions isolées à l'aide de l'ammoniaque. Dans chacun des liquides obtenus et rendus limpides moyennant la filtration, nous avons versé de l'iodure de potassium, du chromate de potasse, de l'acide sulfhydrique; nous y avons versé aussi une lame de zinc. Le seul de ces réactifs qui nous a donné quelque soupçon sur l'existence du plomb a été l'acide hydro-sulfurique, car il a donné aux liquides une teinte légèrement brune. Pour mieux éclaircir cependant la nature du dépôt qui s'est formé par la suite, nous l'avons dissous dans de l'acide chlorhydrique très délayé, et dans le liquide nous avons versé une solution de cyanure jaune de fer et de potassium; ce qui a donné un précipité de couleur bleu, et nous a fait conclure que la coloration brune dont nous venons de parler dépendait du sulfure de fer.

En conséquence, nous avons été obligés de conclure que les viscères que nous venions d'examiner ne contenaient aucune trace de cuivre ni de plomb.

Après ce premier travail, nous avons cru devoir entreprendre l'analyse sur des viscères de sujets adultes, afin de nous assurer du degré de confiance qu'on pourrait avoir dans les résultats annoncés par M. Devergie. Nous avions remis à quelques jours cet examen, lorsque, dans ces entrefaites, il nous est tombé entre les mains (avril 1839) le rapport que MM. Caventou, Pelletier, Duméril et Delens venaient de faire sur le travail de M. Devergie, dans la séance du 26 février 1839. La commission ayant déclaré que les faits avancés par M. Devergie n'étaient point concluans, nous n'avons pas cru nécessaire d'aller plus loin. Nos expériences cependant n'en sont pas moins importantes; car, en supposant que

(1) Extrait des Annali universali di medicina, avril 1840.

l'isolement primitif de chaque tubercule, on trouve encore le témoignage de l'existence antérieure de cette disposition, dans la présence de tubercules isolés dans d'autres régions du corps.

Dans la prochaine conférence, nous nous occuperons du siége du tubercule en général, et de celui du tubercule dans les organes en particulier. K...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

Dans une série de leçons commencées il y a plusieurs semaines, M. Velpeau s'est occupé de l'étude des inflammations qu'on pourrait dire superficielles, c'est-à-dire de celles qui affectent le tissu des veines, celui des vaisseaux blancs, le tissu cellulaire sous-jacent à la peau et la peau elle-même. Déjà le professeur a passé en revue tout ce qui est relatif aux deux premières espèces de ces inflammations, la phlébite externe et l'angéio-leucite, et est arrivé à parler des deux autres, connues sous le nom générique d'*érysipèle*. Nous regrettons qu'une quantité de matières intéressantes à traiter nous aient mis trop en retard pour rapporter les considérations présentées par M. Velpeau sur ces deux premières affections qui, quoique moins communes, méritent cependant d'être bien connues et étudiées, surtout au point de vue sous lequel elles ont été offertes. Nous n'y reviendrons pas, mais nous ne pouvons omettre de tenir nos lecteurs un peu au courant de ce qui a été dit sur les érysipèles, d'abord à cause de la fréquence de cette affection, soit comme accident spontané, soit comme complication à beaucoup de maladies, et puis parce que cette question, traitée comme elle l'a été par M. Velpeau, tend à être débarrassée de la confusion qui, pour l'étude et dans la pratique, rend le diagnostic et le traitement souvent si difficiles et si aventureux.

Nous nous efforcerons donc de reproduire *très succinctement*, mais aussi exactement que possible, tout ce que les indications symptômatiques et thérapeutiques du professeur offriront d'essentiel à distinguer.

Relativement à la nature et à la position opposée des tissus que l'érysipèle atteint, à cause aussi de la différence dans la manière dont il se comporte en tel ou tel endroit, et dans le mode de traitement qu'il faut lui opposer, nous étudierons séparément les deux grandes espèces que l'on connaît sous le nom d'érysipèle phlegmoneux et d'érysipèle proprement dit.

Erysipèle phlegmoneux.

L'érysipèle phlegmoneux, qu'on appelle aussi *phlegmon diffus*, s'entend ordinairement de l'inflammation de tout le tissu cellulaire sous-cutané qui se fait en nappe, ce qui la distingue tout d'abord de celles précédentes dont nous avons parlé.

Cette dénomination est trop générale, sinon vicieuse, d'après M. Velpeau. Il faudrait, suivant lui, réserver le nom d'*ésysipèle* pour indiquer l'inflammation tout-à-fait superficielle du derme, comme on le fait habituellement, et se servir du mot *phlegmon* pour distinguer l'inflammation du tissu cellulaire intermédiaire à la peau et à l'aponévrose, laquelle deviendrait *phlegmon diffus* quand elle pénétrerait au-delà, dans le tissu cellulaire sous-jacent à l'aponévrose et entre les muscles, où elle ne peut plus indubitablement conserver le nom d'érysipèle même phlegmoneux qu'on lui donne mal à propos.

Cette triple distinction étant faite, quant au siége de cette inflammation, toute mal dénommée qu'elle soit, il faut encore noter une autre particularité de texture du tissu cellulaire affecté, qui offre d'abord une première couche immédiatement sous-jacente à la peau, composée par un réseau serré de vaisseaux, de nerfs et de tissu cellulaire ambiant qui la rendent très dense et comme feutrée; c'est là que se produit le phlegmon simple ou circonscrit. Ensuite d'une seconde couche au-dessous, intimement adhérente à l'aponévrose, et formée de la réunion de lamelles lâches et nombreuses, à travers lesquelles passent les vaisseaux et les nerfs qui viennent de la peau et de la première couche supérieure dont nous venons de parler, entourés du tissu cellulaire qui la suit encore au-delà de l'aponévrose et jusques dans leurs ramifications intermusculaires. C'est dans cette seconde portion que se manifeste le phlegmon diffus et où il peut facilement s'établir, comme on le voit, en raison d'une semblable structure.

Fixée dans l'une ou l'autre de ces parties, l'inflammation que nous appellerons maintenant comme tout le monde, érysipèle phlegmoneux, donne pour produit presque immédiat et inévitable, si l'on n'a pas dès le début cherché à entraver sa marche, un liquide pathologique qui semble formé d'un mélange de pus et de lait. Ce liquide est formé au plus tard dès le quatrième jour, et sitôt qu'il paraît il sort par une suppuration abondante et par suintement, comme si l'on exprimait une éponge. Dès qu'il se forme, et partout où il se montre, les tissus se mortifient rapidement et tombent frappés d'une gangrène qui a un caractère particulier. L'isolement de ces portions de tissus morts est aussi prompt que complet; on les voit se détacher par lambeaux et par paquets qui semblent avoir long-temps macéré dans du lait, tant ils sont imprégnés de ce liquide qui les tue et les entraîne; leur teinte offre différentes nuances entre le blanc, le blanc sale et le blanc-jaunâtre; mais ne varie jamais de manière à se rapprocher du noir, comme dans la gangrène ordinaire. C'est à tort qu'on les avait pris pour des détritus albumineux; ce sont bien des débris de tissus mortifiés.

Partout où va l'inflammation ce produit morbide la suit dans tous les sens, et entraîne toujours la mortification consécutive.

Disons d'avance qu'aucun topique ne saurait rien arrêter.

Les signes caractéristiques de cette affection sont donc faciles à saisir, indépendamment des symptômes qui bientôt l'accompagnent. Ceux généraux paraissent les premiers. et se traduisent d'abord par les indices habituels de toute inflammation. Douleur, chaleur, fièvre, soif, etc. Souvent, mais pas toujours, il y a quelque peu de réaction; le malade éprouve surtout de l'angoisse. Ce qui prédomine aussi, ce sont les caractères particuliers de la fièvre angéioténique; le pouls est fort, dur et plein; les conjonctives un peu injectées; la chaleur de tout le corps élevée; la céphalalgie assez grande; la langue est limoneuse, rouge, mais ni sèche, ni chargée, comme dans la pneumonie.

Les symptômes locaux succèdent bien vite à ceux-ci, et se manifestent par une rougeur vive, sans limite bien marquée: cette rougeur semble plus intense au milieu de l'endroit malade qu'aux confins; elle disparaît, dit-on, pendant quelques instans, sous l'application du doigt; mais ce caractère est commun à presque toutes les inflammations, et ne saurait, en conséquence, avoir rien de distinctif pour celle dont nous nous occupons. La peau est plus lisse, ses aspérités semblent effacées plutôt qu'augmentées; quelquefois il s'y produit des phlictènes remarquables par une sensation de chaleur. Le gonflement de la partie se rapporte à sa coloration; un peu plus prononcé au milieu, où il y a une espèce de renflement, il se perd insensiblement sur les bords. Le toucher par frôlemen produit de la douleur, mais moins vive que dans l'érysipèle proprement dit. Sous la pression, cette douleur n'augmente pas en raison de la force avec laquelle on comprime. Le milieu de la plaque semble plus turgescent, mais si l'on n'y sent pas de fluctuation, on ne trouve pas non plus d'empâtement sur les bords, car l'empâtement précède toujouts la formation du pus.

Ces différens signes sont assez nombreux et assez caractéristiques pour qu'on ne puisse pas confondre cette sorte d'inflammation avec ni l'une ni l'autre des deux autres précédemment étudiées; la phlébite s'en distingue par ses cordons noueux qui diffèrent essentiellement de l'étendue en nappe de l'érysipèle phlegmoneux, et ses plaques multiples et circonscrites ne ressemblent nullement aux stries rougeâtres et prolongées de l'angéio-leucite.

Ainsi connue à son état rudimentaire, cette affection est facile à étudier dans ses variétés. On conçoit bien, d'après la disposition anatomique que nous avons fait remarquer plus haut pour la structure des couches du tissu cellulaire sous-cutané, comment l'inflammation se propage d'un côté ou de l'autre par la continuité du tissu cellulaire ambiant et peu dense qui accompagne les ramifications innombrables des vaisseaux et des nerfs depuis la face interne du derme jusques dans les cloisons inter-musculaires, et par conséquent de quelle manière un phlegmon simple ou circonscrit, siégeant depuis long-temps dans la première couche, peut à la fin devenir diffus en passant par ce moyen au-dessous de l'aponévrose et se prolonger au-delà, de même que des parties profondes, le phlegmon diffus peut venir gagner pareillement les portions de tissus sus-aponévrotiques, la couche feutrée, et intéresser ensuite toute l'épaisseur de la peau qui se mortifie par suite de l'oblitération des vaisseaux et tombe avec tous les lambeaux de tissus gangrénés.

Tel est l'état de cette affection; dans un prochain article, nous examinerons les principales causes qui peuvent y donner lieu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 19 mai.

M. Capuron donne lecture de la seconde rédaction demandée par l'Académie, du rapport sur les biberons et bouts de sein en ivoire flexible de M. Charrière. Ce rapport, qui est très favorable à l'inventeur, a été signé par trois membres de la commission, MM. Paul Dubois, Villeneuve et Capuron, et approuvé par l'Académie. La conclusion est, qu'une lettre d'encouragement serait adressée à M. Charrière pour son heureuse et utile innovation.

— *M. Chervin* lit, en son nom et en celui de M. Keraudren, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Follet, médecin en chef de l'hôpital de la marine à l'île Bourbon, et correspondant de l'Académie. Ce mémoire présente l'histoire d'une épidémie fort remarquable de gastro-entérite, ou fièvre bilieuse inflammatoire, qui régna dans la ville de Saint-Denis, en février, mars et avril 1828; c'est-à-dire pendant les mois les plus chauds de l'année.

Cette fièvre se montra d'abord d'une manière sporadique parmi les maladies ordinaires de la saison, qui s'effacèrent peu à peu et finirent par disparaître, comme pour lui faire place, lorsqu'elle prit le caractère épidémique et envahit une grande partie de la population de Saint-Denis. L'épidémie atteignit son plus haut degré d'intensité dans la dernière quinzaine de mars et le commencement d'avril, et, après être restée quelque temps stationnaire, elle commença à diminuer graduellement et cessa au commencement de mai, qui est le mois le plus beau et le plus frais de l'année à l'île Bourbon, parce que les brises réglées du sud-est viennent à cette époque modérer la chaleur qui, en 1828, fut plus forte, plus persistante et surtout plus oppressive que d'ordinaire.

Cette épidémie attaqua indistinctement les maîtres et les esclaves; elle ne respecta ni sexe ni âge, et l'on estime qu'au moins les quatre cinquièmes de la population de la ville de Saint-Denis en furent atteints. Mais un fait bien extraordinaire, c'est que les soldats de la garnison ne ressentirent nullement les effets de la maladie régnante; l'hôpital militaire n'eut peut-être jamais moins de malades qu'à cette époque. Un autre fait digne de remarque, c'est que les autres quartiers de l'île, à l'exception de celui de Saint-Paul, furent à peu près exempts de l'épidémie.

Les symptômes de la maladie furent ceux d'une fièvre bilieuse assez intense, parmi lesquels la céphalalgie, les douleurs lombaires, la difficulté de rendre les urines ou leur suppression totale se firent surtout remarquer. Les vomissemens de matières muqueuses ou bilieuses furent aussi fréquens et accompagnés, dans certains cas, de vives douleurs dans la région épigastrique. Il y eût également chez les hommes des hémorrhagies nasales, bucco-linguales et intestinales, et chez toutes les femmes atteintes, sans exception, il y eut des hémorrhagies utérines, quelle qu'eût été l'apparition antérieure des règles: ces évacuations sanguines furent généralement critiques. Il se fit aussi des crises

---

de nouvelles recherches vinssent à confirmer les assertions de M. Devergie, le problème que nous avons posé, relatif à l'origine congénitale ou accidentelle des métaux en question, se trouverait déjà en voie de solution, et l'on comprend la portée médico-légale qu'une pareille solution pourrait avoir.

Diabètes sucré. — Voici le résumé d'une observation qui a été recueillie par M. le docteur Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix. Un homme d'une assez bonne constitution, s'aperçut, en mars 1839, que les urines étaient plus abondamment sécrétées que de coutume, et que sa soif était aussi beaucoup plus prononcée. Dans le courant de l'été et le commencement de l'automne, il consulta des médecins qui considérèrent sa maladie comme une gastro-entérite chronique, et lui prescrivirent un régime doux et de la limonade. Malgré ce traitement, les symptômes augmentèrent d'intensité. Lorsque le docteur Payan le vit pour la première fois dans les premiers jours de novembre, il présentait une maigreur générale et une grande faiblesse; les jambes étaient faibles et tremblantes, l'appétit était plus prononcé que de coutume et la soif continuelle, malgré les boissons fréquentes. L'excrétion des urines était abondante et avait lieu toutes les demi-heures. La muqueuse de la bouche était rouge et sèche, ainsi que la langue, dont les papilles étaient saillantes; la salive était rare et glutineuse; la peau, exempte de toute transpiration, était rugueuse et écailleuse; les urines étaient claires, inodores, transparentes, sucrées, sans dépôt dans le vase et ressemblaient à du petit-lait clarifié; jetées sur du feu, elles exhalaient une odeur de caramel; la quantité d'urine évacuée dans les vingt-quatre heures était supérieure à celle des boissons ingérées dans le même espace de temps. Le surplus des urines était à peu près égal au poids des alimens féculens que le malade prenait à cette époque.

M. le docteur Payan proscrivit de l'alimentation toutes les matières sucrées ou féculentes dont le malade faisait un fréquent usage: il fut soumis à l'usage des viandes, du poisson, des œufs et des légumes suivans: oseille, épinards, chicorée, laitue et cresson. Trois jours après que ce régime eut été mis en usage, on apercevait déjà une amélioration remarquable: ainsi les urines étaient moins abondantes, plus jaunes, plus foncées, avaient repris leur odeur accoutumée, et le malade pouvait les retenir pendant trois ou quatre heures; la soif avait notablement diminué, et la bouche était devenue plus humide, en même temps que les forces se réparaient d'une manière évidente. Grâce à ce régime, le malade allait très bien et avait repris les travaux de sa profession, lorsqu'il fit pendant deux jours des excès de table, et prit beaucoup d'alimens féculents et sucrés. Dès lors, les urines redevinrent abondantes et sucrées. Le régime antidiabétique fut repris, et il y eut une nouvelle amélioration. Au bout d'un mois, le malade reprit sa nourriture habituelle: depuis cette époque il y a alternative d'amélioration et de rechute, suivant que le malade se prive d'alimens féculens et sucrés, ou qu'il en fait usage.

Cette observation prouve toute l'efficacité de l'abstinence des alimens féculens et sucrés dans le traitement du diabètes, puisque l'on voit le malade améliorer sa position ou l'aggraver suivant qu'il le suit ou qu'il s'en écarte; et il est probable qu'il se serait radicalement guéri s'il avait voulu se conformer exactement aux conseils du docteur Payan. (*Revue méd.*, av. 1840.)

C'est à M. Bouchardat que la science est redevable d'avoir enfin trouvé le remède à un mal aussi grave que le diabètes. D'après ce médecin (*Revue méd.*, juin 1839), l'existence du sucre dans l'urine des diabétiques est due à la transformation de la fécule (contenue dans les alimens) en suc analogue à celui du raisin. Le ferment, le gluten, l'albumine et la fibrine se rencontrant avec l'amidon dans l'estomac, seraient, d'après M. Bouchardat, les agens de cette transformation; et comme, pour que l'amidon soit complètement changé en sucre, il faut que la fécule soit dissoute dans sept fois environ son poids d'eau, il faut aux diabétiques une quantité d'eau à peu près aussi considérable, ce qui explique la soif pressante à laquelle ils ne peuvent résister. D'après cette théorie que l'observation a pleinement confirmée, il faut que les malades s'abstiennent d'alimens féculens ou sucrés, tels que riz, haricots, pois, lentilles, confitures, etc.; et recommandez-leur l'usage des viandes et des autres alimens dont l'indication se trouve dans l'observation qui précède.

Par ordonnance royale du 25 avril, sur la proposition du ministre de la guerre, a été promu au grade d'officier de la Légion-d'Honneur, M. Cornac, médecin à l'Hotel des Invalides et membre de l'Académie de médecine.

Cours public et gratuit sur les Maladies des yeux en 40 leçons.

M. ROGNETTA commencera ce Cours le jeudi 21 mai, dans l'amphithéâtre de M. Emile Chevé, rue de la Harpe, 90, à six heures du soir, et le continuera les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine. Les opérations seront pratiquées sur des yeux d'animaux. Il y aura des conférences cliniques à la fin de chaque leçon.

par les sueurs, et dans certains cas elles eurent lieu par des selles bilieuses plus ou moins abondantes. Du reste, quelle que fût l'extension de l'épidémie, la mortalité fut nulle.

M. Follet attribue la fièvre épidémique qui régna, en 1828, à Saint-Denis, à la haute température, à la persistance des vents d'ouest et du nord-ouest, ainsi qu'aux différentes causes locales d'infection qui abondaient à cette époque dans la ville de Saint-Denis. Il est porté par ces considérations, ainsi que par plusieurs autres, à regarder la maladie qu'il décrit comme un diminutif de la fièvre jaune qui règne fréquemment dans divers parages du Nouveau-Monde et dans le midi de l'Espagne. Il pense que quelques degrés d'intensité de plus dans les causes morbifiques, on aurait eu probablement une véritable fièvre jaune à Bourbon. Il fait aussi remarquer que l'épidémie de Saint-Denis présenta la plupart des symptômes de cette maladie, mais seulement à un degré moins élevé.

Le traitement de la maladie dont il s'agit fut très simple. Des boissons délayantes, des laxatifs, des applications de sangsues sur le trajet des jugulaires pour combattre la céphalalgie intense, et à l'épigastre pour diminuer les douleurs vives que les malades ressentaient dans cette région, en firent à peu près les frais. On n'eut point recours aux saignées générales.

Enfin, M. Chervin déclare, en terminant son rapport, qu'il partage entièrement les vues de l'auteur du Mémoire, sur la nature de la maladie qui régna à Saint-Denis en 1828, et il ajoute que ce n'est point d'après des vues théoriques qu'il émet une telle opinion, mais d'après les nombreuses observations qu'il a faites dans les Deux-Mondes.

M. Follet étant corresqondant de l'Académie, MM. les commissaires ne prennent eucune conclusion.

M. Rochoux combat l'idée déja ancienne soutenue par Broussais, adoptée par Lassis et que paraît partager l'auteur du mémoire dont on vient de faire un rapport, savoir : qu'il n'y a dans certaines maladies, telles que le typhus, la fièvre typhoïde, le choléra-morbus, la fièvre jaune, etc., d'autre différence que des degrés d'intensité.

M. Chervin répond que les idées de l'auteur du mémoire ont été adoptées par la commission, mais qu'elles ne sont pas celles que M. Rochoux a voulu combattre. Lassis confondait tout, faisait une seule maladie de toutes les fièvres connues : c'est là une erreur. La fièvre jaune, la peste, le choléra, le typhus, etc., sont pour M. Chervin des maladies différentes ; mais il regarde comme certaine la différence qu'offrent certains types périodiques, établie sur le degré d'intensité de la fièvre. De ce nombre sont les types rémittent, intermittent et continu, lesquels s'échangent réciproquement selon l'intensité de la maladie.

Cette discussion sera reprise à l'occasion de deux autres rapports que M. Chervin doit faire prochainement à l'Académie.

M. Bouillaud fait un rapport favorable sur un travail de M. Nonat, relatif à quelques points des fonctions de l'encéphale, tendant à confirmer plusieurs idées de M. Magendie. Ce travail ne nous a pas paru susceptible d'analyse. Les conclusions du rapport sont : 1° d'écrire une lettre de remercimens à l'auteur ; 2° d'envoyer son travail au comité de publication ; 3° d'inscrire son nom sur la liste des candidats pour une prochaine nomination.

Plusieurs membres demandent la parole, mais l'heure étant avancée, on renvoie la discussion à la prochaine séance.

Vers la fin de la séance, M..... présente plusieurs pièces d'anatomie pathologique relatives à des tumeurs cancéreuses de la face.

M. Baudens présente un militaire atteint de fracture oblique à la mâchoire inférieure, accompagnée de grand déplacement, et dont il a solidement fixé les fragmens dans des rapports convenables à l'aide d'un point de suture et d'un cordonnet passé de la face intérieure de la lèvre dans l'intérieur de la bouche et noué solidement sur les dents.

M. B....., médecin de province, a présenté un malade sur lequel il dit avoir lié l'artère iliaque primitive pour un anévrisme de l'iliaque externe. Les circonstances du fait ont paru au moins singulières. Il s'agissait d'une petite tumeur du volume d'un œuf, datant d'un ou deux mois. Le chirurgien a voulu d'abord lier l'iliague externe, mais le fil ayant, dit-il, coupé cette artère, il a fait comprimer l'aorte pour s'opposer à l'hémorrhagie, et par la même plaie il aurait lié l'iliaque primitive, ce qui paraît fort difficile à ceux qui connaissent le moyen de parvenir à cette artère. Ensuite, le sang refluant par le bout inférieur de l'iliaque externe, divisée par le fil, le chirurgien est allé lier la fémorale, et là, par une anomalie qui n'est pas très rare, à la vérité, la veine s'étant trouvée sous le tranchant, a été blessée, puis liée. Le malade présente bien une cicatrice oblongue au-dessous du ligament de Poupart, et une autre à la cuisse, mais on ne peut rien conclure sur les circonstances du fait.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la nouvelle rédaction du rapport de M. Bousquet.

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies ; par M. Malgaigne.

(Douzième leçon.)

ÉLÉMENS ACCESSOIRES DES BANDAGES HERNIAIRES. — GARNITURES, COURROIES, SOUS-CUISSES, ETC.

Dans nos dernières séances, Messieurs, nous avons examiné les élémens essentiels, et constitué pour ainsi dire la charpente ou le squelette du bandage ; mais ces ressorts d'acier ne sauraient être en contact avec la peau sans péril pour le malade et pour le ressort lui-même ; et de plus, les formes variées et les diverses positions du ventre, obligent fréquemment à employer des moyens accessoires pour empêcher la pelote de se déranger ; de là ce triple but à atteindre.

1° Garantir la peau contre la pression immédiate du ressort ;

2° Garantir le ressort de l'action de la sueur et d'autres excrétions ;

3° Fixer au besoin les pelotes dans la position requise.

Les moyens employés à cet effet sont assez nombreux ; ils peuvent se ranger sous les trois titres suivans :

Garnitures du ressort et de la pelote.
Courroies et pelotes de derrière.
Sous-cuisses.

1° *Garnitures du ressort et de la pelote.*

Plus le ressort s'approche de la peau du malade, et plus il a besoin d'être garni. Ceci posé, on peut déjà prévoir que le ressort français et toutes les formes qui en dérivent demandent des garnitures plus épaisses que le ressort anglais. En effet, les premiers sont tellement destinés à s'appliquer contre la peau, qu'ils doivent en suivre les contours extérieurs ; et, en outre, ils ont essentiellement besoin d'une striction plus ou moins forte à l'aide de la courroie, pour bien remplir leur action, tandis que les autres n'agissent jamais mieux que quand ils ne touchent point la peau, et n'exigent jamais qu'une faible striction des courroies, dont souvent même ils peuvent se passer. Aussi, sur les sujets qui ont la chair ferme, la peau résistante et un embonpoint médiocre, on se contente généralement d'enfermer le ressort dans un fourreau de cuir ou de maroquin, sans autre garniture ; le bandage en est plus propre, plus simple, plus léger à l'œil : il n'y a là que des avantages.

Mais c'est à tort que les bandagistes, séduits par la simplicité et l'économie de ces fourreaux, ont voulu les employer dans tous les cas. Si la peau est tendre et irritable, comme chez les enfans, les femmes et les vieillards bien munis d'embonpoint, le cuir de ces fourreaux est trop dur ; et, bien qu'il ne touche pas constamment la peau, il s'en approche assez, dans les mouvemens et dans certaines attitudes du corps, pour qu'il y ait contact, froissement et irritation. Le même accident est à craindre quand la peau est amincie par la maigreur générale. Ainsi, émaciation notable ou embonpoint excessif, deux conditions si opposées, en général, aboutissent pour nous au même résultat, celui de rendre la peau plus sensible et plus vulnérable. J'ajouterai que l'embonpoint est plus fâcheux à cet égard que la maigreur ; et que c'est surtout chez les vieillards obèses que j'ai eu à lutter contre les excoriations. Dans tous les cas, il convient donc de garnir le côté concave du ressort ; nous le laissons bien enfermé dans un fourreau lâche et mobile comme à l'ordinaire, mais le côté interne de ce fourreau est convenablement rembourré avec des lisières ou de la laine, recouvert d'une peau chamoisée bien douce ; et il est utile même que les deux bords du ressort soient dépassés par un repli de cette peau, qui empêche, en tout état de chose, leur froissement contre la peau.

Le ressort français, celui de Camper, ceux de MM. Lafond et Fournier de Lempdes, sont rembourrés de cette façon ; mais il y a cette différence, que la garniture est essentiellement attachée et cousue au ressort, tandis que le ressort anglais est libre dans son fourreau. La peau est également protégée, mais le ressort l'est beaucoup moins. On comprend, en effet, que la sueur, en pénétrant la garniture, l'atteint beaucoup plus vite.

Ce dernier inconvénient, qui ne semble toucher qu'à la bourse des malades, est beaucoup plus grave en réalité. D'abord, il ôte à l'individu qui porte une hernie toute sécurité. En effet, pour peu que la sueur ait pénétré les premières enveloppes du ressort, il est impossible de dire quels sont les progrès qu'elle aura faits, et à quel point l'oxydation du ressort est arrivée. J'ai vu des individus sujets à des sueurs âcres et abondantes, revenir quatre mois mois après la délivrance d'un bandage neuf, avec le ressort corodé et rompu en plusieurs endroits. Sans doute ce n'est pas là la règle commune, et j'ai vu des bandages français conservés pendant quatre années, principalement chez les femmes qui, par la nature de leurs travaux, sont moins exposées aux sueurs excessives, et qui, de plus, ont un instinct de propreté beaucoup plus rare chez les hommes de la classe indigente. Mais, entre ces deux extrêmes, il y a une moyenne générale que je m'occupe de rechercher depuis deux ans, et que l'on ne peut, jusqu'ici, évaluer que par approximation. Les employés du Bureau central chargés d'enregistrer les noms des individus qui viennent chercher des bandages, se souviennent d'un grand nombre de figures qu'ils voient reparaître à intervalles variables ; et, en comparant leurs souvenirs, ils estiment que les bandages ne durent pas, en moyenne, plus de douze à quatorze mois. Je le répète, c'est une approximation trop vague pour nous satisfaire ; seulement on peut dire à l'avance que les bandages anglais durent certainement plus long-temps.

Et ce n'est pas peu de chose, Messieurs, que cette question de temps. Parmi les obstacles très sérieux que j'ai rencontrés pour opérer une réforme complète dans le service des bandages délivrés à la classe indigente, il en est un qui résulte de l'augmentation du prix qu'exigeraient les ressorts anglais. Cette augmentation irait presque au double du prix actuel, et l'administration, à part d'autres considérations qui ont aussi leur valeur, hésite à grossir ainsi le budget de ce service. Evidemment, si, en vertu de chiffres laborieusement rassemblés, je pouvais dire : En moyenne, vos ressorts ne durent que tant de temps, les ressorts anglais durent le double, — l'objection tirée de la dépense serait détruite. Je dois ajouter que ce n'est pas là la plus importante, et que si déjà l'on a reconnu que les indigens font trafic des bandages qu'on leur délivre, quand le prix de ces bandages ne va qu'à trois francs et qu'ils en retirent à peine moitié, il serait à craindre que ce trafic ne s'étendît bien davantage lorsqu'on leur donnerait des bandages d'une double valeur (1).

Je déclare cependant que, dans ma conviction intime, les ressorts anglais doivent durer au moins le double des autres ; ce qui se conçoit, puisqu'ils ne sont pas en contact perpétuel avec la peau. Il y a une autre cause de destruction pour les bandages français. J'ai pris soin, dans les visites des hernieux qui précèdent ces leçons, d'appeler votre attention sur le point où cassent le plus fréquemment nos bandages ; c'est presque toujours dans cette portion du ressort qui a subi un mouvement de torsion pour s'incliner vers la pelote, et que l'on appelle *le collet*. Pourquoi cette prédilection des fractures pour ce point spécial ? Il n'est pas plus exposé à l'action de la sueur : cela est vrai ; mais il supporte plus d'efforts que toutes les autres parties du ressort, et je dirai pourquoi en parlant de la courroie. Le ressort anglais n'a pas de collet à proprement parler ; et quand il n'a pas été défiguré, il n'a subi aucun mouvement de torsion, et résiste partout avec le même avantage. Bien plus, la portion antérieure du ressort est tellement à l'abri de l'action de la sueur (étant séparé de la peau par toute l'épaisseur de la pelote), qu'elle n'a pas même besoin d'être garnie. Elle reste exposée à la vue, et pour la satisfaction des yeux, les fabricans lui donnent un assez beau poli, que le ressort conserve très long-temps. Les choses étant ainsi, les efforts du malade agissant, également sur les deux extrémités du ressort, viennent en dernière analyse aboutir à la partie centrale ; et en effet il m'a paru que c'est au centre qu'arrivent le plus souvent les fractures des ressorts anglais purs. J'ai d'ailleurs bien moins d'expérience sur cette question que sur la précédente. En effet, les fractures des ressorts anglais sont rares, et les malades n'en changent généralement que parce que les pelotes et les garnitures sont usées et détruites par l'effet du temps.

On a essayé quelques moyens de préserver les ressorts français de l'action de la sueur. M. le docteur Sanson, ancien associé de M. Cresson, avait imaginé de recouvrir les ressorts d'un vernis particulier. Sans doute cela pouvait retarder quelque peu l'oxydation : mais nous savons assez quelle action corrosive exercent les sécrétions animales sur les vernis pour accorder beaucoup de valeur à ce moyen. Les fabricans vendent des bandages qu'ils appellent *bandages en gomme*, et qui sont recouverts d'une garniture enduite d'huile siccative de lin et de caoutchouc. Cet enduit ne m'inspire pas plus de confiance que tout autre, et de plus il est dur et froisse la peau qui n'est plus protégée ; ce qui explique pourquoi ces sortes de bandages sont si peu usitées.

Plusieurs praticiens qui n'oseraient les appliquer chez les adultes les emploient cependant chez les jeunes enfans, chez qui les bandages sont exposés à un dissolvant bien plus âcre que la sueur, l'urine. Or, il ne faut pas quinze jours à l'urine pour éroder cette surface vernissée ; et d'ailleurs il serait encore plus rationnel de réserver des garnitures molles aux adultes, qui ont la peau délicate, et des garnitures aussi dures aux jeunes sujets dont la peau est si prompte à s'excorier.

Que faire cependant lorsqu'on a à traiter une hernie chez ces jeunes sujets ? Ne croyez pas qu'il suffise d'une grande surveillance : les enfans pissent dans le maillot sans que la nourrice en soit prévenue le moins du monde ; et vous devez vous attendre inévitablement à voir un jour ou l'autre le bandage sali par l'urine. Vous verrez aux fenêtres de quelques bandagistes des bandages recouverts d'une enveloppe de taffetas ciré ; cela est fort bien tant que cette enveloppe dure, et encore faut-il que l'enfant n'ait pas la peau trop délicate pour la supporter. Au Bureau central, on suit un usage qui me paraît fort louable : les bandages des petits enfans sont garnis en futaine ; on en donne deux pour chaque enfant, en sorte que quand le premier est sali, la mère ou la nourrice applique l'autre, et a le temps de laver et de faire sécher le premier. Cela fait aller bien souvent les ressorts à l'eau ; mais l'eau est moins active que l'urine ; et, avec un peu de précautions, une mère attentive peut faire durer ses deux bandages un an et plus. Ce temps doit vous suffire et bien au-delà pour obtenir une cure radicale. Malheureusement les bandages actuels sont si mal faits et si mal appliqués que ces guérisons radicales ne sauraient s'opérer par eux, mais quelquefois seulement malgré eux, et qu'elles sont excessivement rares. Quand les mères et les nourrices n'y mettent pas de soin, les deux bandages ensemble ne vont pas au-delà de trois mois. Il y a ici une femme qui depuis dix-huit mois rapporte exactement son enfant tous les trois mois : en sorte que ce seul enfant a coûté à l'Administration 18 fr., 1 fr. 50 c. par bandage, dans ce court espace de temps. Cet exemple est le seul : mais voyez combien quelquefois la charité est difficile à exercer ! Certes, voilà un enfant qui a pris plus que sa part dans le trésor commun des pauvres ; et cette insouciance de la mère nous coûte un peu cher. Impossible cependant d'agir d'une manière quelconque pour obtenir de cette femme plus de soin : refuserez-vous des bandages à l'enfant quand les siens seront usés ? cela n'est pas proposable ; et toutefois il est heureux que le Bureau central n'ait pas beaucoup de cliens comme celui-là. Avec le système actuel de bandages, de semblables abus peuvent se renouveler et se perpétuer long-temps. Le moyen le plus simple d'y couper court serait de donner un bandage bien fait, qui avant six mois aurait fait radicalement disparaître la hernie.

Jusqu'ici je n'ai parlé que de la préservation du ressort ; mais la pelote, en contact perpétuel avec la peau, se détruit beaucoup plus vite, et cet inconvénient est commun à tous les bandages, excepté cependant aux pelotes en

(1) Nous sommes heureux de pouvoir dire aujourd'hui que ces obstacles ont été détruits, et que le conseil-général des hôpitaux, par un arrêté tout récent, a décidé, sur les observations de M. Malgaigne, qu'il serait délivré aux indigens, selon l'urgence, des bandages à ressorts anglais, des pessaires en caouchouc pur ; en un mot, des appareils aussi bien construits qu'il est possible aux personnes les plus riches de s'en procurer.

bois et en ivoire, qui résisteront au moins fort long-temps. Beaucoup d'indigens, pour conserver plus long-temps la pelote molle et en bon état, l'appliquent par-dessus la chemise ; mais il en résulte un inconvénient beaucoup plus grave, c'est que les tiraillemens de la chemise se transmettent à la pelote et la déplacent. D'autres mettent comme intermédiaire entre la pelote et le peau des compresses ou même des coussins piqués ; mais rien ne les retenant en place, ils se plissent, s'enroulent, se dérangent, et remplissent fort mal leur objet. Les bandagistes anglais ont introduit la coutume d'entourer la pelote d'une sorte de chemise de toile qui se serre à l'aide d'une coulisse sur la face externe de la pelote. J'approuve, sans réserve, l'usage de ce moyen : avec une demi-douzaine de chemises, on maintient la garniture de la pelote dans un état sec et convenable ; le linge est plus frais sur la peau que l'enveloppe de basane ou de chamois, et l'on réunit ainsi les avantages de l'économie et de la propreté. Seulement, quand la peau est délicate, je fais faire ces chemises en futaine de coton, qui est plus molle que la toile ordinaire.

2° *De la courroie et des pelotes de derrière.*

La courroie qui réunit les deux bouts du bandage de manière à compléter la ceinture est une pièce utile dans la plupart des cas, essentielle même à la plupart des bandages. Le bandage anglais simple et le bandage de Camper sont les seuls qui puissent s'en passer à la rigueur, parce qu'ils embrassent l'un et l'autre beaucoup plus de la moitié de la circonférence du corps ; et encore souvent il est utile de l'y adjoindre.

L'effet de cette courroie est double. Quand le ressort est suffisamment résistant, elle sert uniquement à empêcher la pelote de se déplacer latéralement, et alors elle n'a besoin que d'être fort peu serrée. Plus le ressort pèche par la force, plus il est besoin de serrer la courroie ; alors son autre utilité se révèle ; elle vient en aide à la pression du ressort en y joignant la pression supplémentaire d'une ceinture complète et extensible seulement à un certain degré. Supposez, par exemple, une pelote assez épaisse pour, quand elle est appliquée, égaler le diamètre antéro-postérieur du corps ou diamètre transverse ; serrez sur cette pelote une simple courroie de cuir, vous contiendrez beaucoup de hernies, et vous exercerez par la simple striction une pression énorme. Cette pression s'ajoute dans beaucoup de cas à celle du ressort, et dans quelques appareils, c'est elle qui est l'agent principal de la pression. J'ai traité, par exemple, un assez grand nombre de malades qui portaient des bandages de M. Fournier de Lempdes ; ils se plaignaient d'une pression excessive, et cependant le ressort me semblait beaucoup moins fort que celui que j'employais à mon tour, et avec lequel ils n'accusaient qu'une pression beaucoup plus légère et plus supportable. Cela venait de la force de striction exercée par M. Fournier à l'aide de la courroie, striction nécessaire quand le ressort ne suffisait pas, ce qui arrive souvent. J'ai vu quelques cas où le ressort de M. Fournier avait une force énorme rendue obligatoire par sa vicieuse construction, et où la courroie n'en était pas moins serrée ; les malades accusaient alors une pression insupportable, et des douleurs, des excoriations, des éraillemens de l'anneau en démontraient surabondamment la force excessive.

Entre ces deux puissances, la pression circulaire de la ceinture, la pression élastique du ressort, il faut choisir ; et dès que nous employons un ressort quelconque, nous déclarons suffisamment que le choix est fait. Dès lors, faites donc que le ressort joue le rôle principal, et prenez-le assez solide pour cela. Comme néanmoins il vous faut presque toujours ajouter la courroie, ne fût-ce que pour maintenir la pelote, vous pouvez profiter de sa présence pour la faire venir en aide au ressort. Mais jusqu'à quel point ? Cela était très délicat à établir. Je pense y être parvenu.

Regardez le ressort comme devant suffire dans les circonstances ordinaires, dans l'attitude debout, dans la marche simple, à plus forte raison dans le décubitus. Le ressort qui suffit sans courroie dans ces circonstances (je parle d'un ressort bien fait), a une force suffisante ; lui en donner davantage serait alourdir l'appareil, et gêner le malade sans aucune nécessité. La courroie lui viendra en aide dans les grandes occasions, comme dans la toux violente, l'éternûment, le saut, la position accroupie ; et pour cela même, elle n'a pas besoin d'être fort serrée. Je rendrai mieux mon idée en vous faisant voir ce qui se passe dans ces différentes circonstances. Voici un ressort que je m'applique ; dans le simple effort de la marche, l'action du diaphragme fait bomber la région inguinale ; l'écartement du ressort est porté, par hypothèse, à 6 lignes de plus que dans l'expiration ; la courroie n'est pas tendue, le ressort seul suffit pour répondre au choc de la paroi abdominale. Mais, je tousse, le choc est double et brusque à la fois ; si le ressort est seul pour résister à cet effort, il s'écartera outre mesure, sauf à revenir immédiatement, sans doute ; mais, dans cet instant inappréciable qui s'écoule entre l'écartement et le revient, la hernie a pu s'échapper. C'est là ce que la courroie doit empêcher ; peu serrée, à un demi-pouce d'écartement, elle se tend à mesure que l'écartement augmente, et ne le permet pas au degré suffisant pour faire sortir la hernie.

Avec ces principes fondés sur l'expérience, vous voyez que nous n'aurons pas besoin de serrer beaucoup la courroie ; et, par exemple, je ne veux pas que jamais on la serre jusqu'à coller exactement le bandage sur les côtés du corps. Pour les bandages français et leurs dérivés, dont la condition est de s'appliquer exactement à la peau, même sans la courroie, vous comprenez qu'avec la courroie l'application devient bien plus exacte encore. Et comme ces ressorts sont mal construits, quelque force que vous leur donniez, toujours il faut y ajouter une étroite striction de la courroie ; alors le bandage s'imprime dans la peau et y cause de la rougeur, des excoriations, ou cet aspect dartreux si fréquent sur nos hernieux du bureau central. Est-ce là tout ? Non, Messieurs, il s'y joint un bien autre inconvénient résultant de la forme contournée de ces bandages.

La courroie qui est molle, en se serrant, tend à prendre la direction la plus courte, et à rapprocher le plus possible les deux bouts du ressort auxquels elle s'insère, et, en conséquence, à les attirer sur le même plan horizontal. Vous voyez alors ce qui arrive. Le ressort français s'incline en avant beaucoup plus bas qu'en arrière ; en serrant la courroie, vous faites remonter nécessairement l'extrémité antérieure. Le malheureux collet de ce ressort, déjà affaibli par la torsion qu'il a subie, se trouve maintenant attiré dans un sens contraire à celui où sa torsion devait le diriger ; ce n'est pas assez, pour contrebalancer l'action de la courroie qui fait remonter le ressort et la pelote, on attache à celle-ci un sous-cuisse fort serré qui agit sur la pelote et le collet dans une autre direction que la courroie ; en sorte que ce collet doit résister à la fois :

1° A l'impulsion de la hernie ;
2° A la traction horizontale de la courroie ;
3° A la traction verticale du sous-cuisse.

Etonnez-vous, après cela, s'il est si exposé à se casser !

Nos lecteurs n'ont pas oublié le rapport fait par M. le professeur Bouillaud, à l'Académie de médecine et adopté par cette société savante, sur les avantages de l'emploi du Lactate de fer dans les affections chlorotiques, l'aménorrhée, etc., rapport appuyé sur les faits les plus concluans, recueillis par ce médecin honorable à l'hôpital de la Charité et que nous avons publiés.

C'est par suite de cette juste appréciation, que M. Arnault a eu l'idée de faire entrer le *Lactate de fer*, qui est le plus soluble des sels employés, et le plus assimilable par conséquent avec les organes, qu'il a eu, disons-nous, l'idée de combiner ce sel avec le chocolat.

Un grand nombre de médecins ont prescrit le CHOCOLAT-ARRAULT, et s'en sont parfaitement bien trouvés. Nous publierons sous peu quelques faits remarquables ; aussi ne craignons-nous pas de les recommander aux praticiens.

La confiance que cet habile fabricant de produits chimiques s'est acquise depuis long-temps est un sûr garant de la qualité de cette préparation, où l'on n'a pas à craindre que, par économie ou par tout autre motif, on ait remplacé le Lactate par un autre sel.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 23 MAI 1840. (13e ANNÉE.) N° 61, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal parait les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5..

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Résumé général de la clinique pendant le mois d'avril 1840.

Outre le résumé par lequel il a coutume de terminer chaque année son cours de clinique, M. Bouillaud a, cette année, annoncé l'intention de faire à la fin de chaque mois un résumé partiel des cas qui ont été observés dans ses salles ; c'est le résultat de ce premier mois de clinique que nous allons rapporter ici d'une manière détaillée.

Les malades ont été divisés en deux catégories : 1° ceux qui étaient entrés antérieurement au 1er avril ; 2° ceux qui sont entrés depuis le 1er avril.

Première catégorie.

Les malades qui forment cette catégorie sont au nombre de 36, et doivent être rangés en deux classes.

Première classe. Maladies chroniques, au nombre de 26, réparties de la manière suivante :

Phthisie,	6
Bronchite chronique,	6
Pleurésie chronique,	2
Affections organiques du cœur ou des gros vaisseaux,	3
Etats chloro-anémiques,	4
Hémorrhagie cérébrale,	2
Myélite chronique,	1
Abcès de la fosse iliaque,	1
Maladie simulée,	1
	26

Deuxième classe. Maladies aiguës, au nombre de sept :

1° Salle Sainte-madeleine, 5. Femme de trente-un ans, entrée le 16 mars, malade depuis huit jours, atteinte d'une pleuro-pneumonie au deuxième degré au moins, affectant la partie postérieure du poumon droit dans toute son étendue. Engorgement pneumonique au premier degré, occupant la partie postérieure et supérieure du poumon gauche : cas très grave.

Cette femme, qui avait refusé de se laisser traiter chez elle au commencement de sa maladie, eut, dans l'espace des quatre jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, quatre saignées générales (13 pal.), une locale (4 pal.) et un vésicatoire.

Le sixième jour, la convalescence était déclarée ; la malade fit une rechute le neuvième jour, rechute dont firent justice une saignée de 3 palettes. et trois vésicatoires successivement appliqués.

La durée de la maladie, depuis le début jusqu'à la convalescence, fut de vingt jours. Depuis l'entrée jusqu'à la même époque, douze jours.

Total du sang retiré, 19 palettes (4 livres 12 onces).

2° Salle Sainte-Madeleine, 2. Femme de vingt-deux ans, entrée le 18 février, malade depuis huit jours. Cette malade dont l'affection avait paru douteuse au commencement, offrit bientôt les signes positifs d'une entéro-mésentérite typhoïde.

La constitution du sujet étant faible, on se borna à une application de ventouses scarifiées (3 pal.), à la diète, aux boissons émollientes. Sortie guérie le 10 avril.

3° Salle des hommes, 14. Garçon de seize ans, entré le 3 mars, malade depuis huit jours, affecté d'une entéro-mésentérite typhoïde parfaitement caractérisée, au commencement de la deuxième période, cas moyen.

Dans l'espace de trois jours, on fit trois saignées du bras (8 pal. et demie), une saignée locale (3 pal.). La convalescence commença le onzième jour.

Total du sang retiré, 11 palettes et demie (2 livres 14 onces). Durée de la maladie depuis le début, 19 jours; depuis l'entrée, 11 jours.

4° Salle des hommes, 18. Sujet de dix-huit ans, entré le 20 février, malade depuis huit jours, présentant une entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée au commencement de la seconde période. La constitution chétive du sujet a fait considérer le cas comme grave. Dans les trois premiers jours, il subit une saignée générale et deux locales ; en tout 7 palettes de sang (1 livre 12 onces).

Convalescence le douzième jour. La maladie avait duré, depuis le début, vingt jours, depuis l'entrée douze jours.

Il n'y eut qu'un cas de rhumatisme.

5° Salle Sainte-Madeleine, 10. — Femme de vingt ans, entrée le 19 mars, malade depuis quinze jours, offrant un rhumatisme articulaire aigu, avec souffle au premier temps ; cas moyen.

Dans les deux premiers jours, deux saignées et des ventouses (10 palettes en tout) ; de plus vingt-quatre sangsues.

Durée de la maladie, depuis le début, 21 jours ; depuis l'entrée, 6 jours.

6° Salle Sainte-Madeleine, 12. — Femme de quarante-quatre ans, entrée le 19 mars, malade depuis 7 jours.

D'une péritonite partielle.

D'une constitution débile ; deux saignées locales (6 palettes). La convalescence commença chez cette malade quatre jours après l'entrée, 11 jours après le début.

7° Salle des Hommes, 3. — Sujet de 17 ans, entré le 23 mars, malade depuis 8 huit jours.

Myélite rhumatismale, phénomènes tétaniques.

Dans les quatre premiers jours, 2 saignées générales (8 palettes); 2 locales (6 palettes) ; 40 sangsues et un vésicatoire. — Le neuvième jour, rechute, deux nouvelles saignées, générale et locale (8 palettes).

Convalescence le onzième jour.

Ce jeune malade, dont l'affection était fort grave et dont le traitement fut, comme on le voit, très énergique, est sorti parfaitement guéri.

Deuxième catégorie.

Nous arrivons aux malades de la seconde catégorie, c'est-à-dire à ceux qui sont entrés depuis le 1er jusqu'au 30 avril, et dont plusieurs sont encore dans les salles de la clinique. Ces malades sont au nombre de 51, qui ont été divisés, comme ceux de la première catégorie, en deux classes :

Première classe. Maladies ou états chroniques au nombre de 22, répartis de la manière suivante :

Phthisie,	4
Bronchite chronique,	1
Affections organiques du cœur,	5

Nous ferons remarquer en passant, que sur ces cinq cas, quatre sont consécutifs à des affections rhumatismales bien constantes. Un seul est d'origine douteuse ; ainsi, l'on voit que dans la grande majorité des cas, la loi de *coïncidence* des maladies du cœur avec une affection rhumatismale, loi établie d'après l'observation de plusieurs centaines de faits par le professeur de la Charité, cette loi, dis-je, trouve une éclatante confirmation.

Chloroses ou anémies,	5
Douleurs rhumatismales,	2
Fièvre intermittente,	1
Congestion cérébrale légère,	1
Courbature,	1
Accidens convulsifs causés par le plomb,	1
Palpitations nerveuses,	1

Deux sujets affectés, l'un d'œdème des membres inférieurs, l'autre d'emphysème, qui ne sont pas restés à l'hôpital.

Deuxième classe. Maladies aiguës, 30 cas.

Pleuro-pneumonies, 7.

Pneumonies au premier degré.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 17. Engorgement pneumonique au premier degré, au sommet du poumon droit, en arrière avec bronchite : cas léger.

Homme de trente-quatre ans, malade depuis huit jours. Une saignée, une application de ventouses (5 pal.). Convalescence le troisième jour.

2° Salle Sainte-Madeleine, 12. Pleuro-pneumonie double du tiers inférieur et postérieur du poumon gauche ; Cas moyen. Femme de quarante ans, malade depuis deux deux jours. Quatre saignées de 3 palettes chacune ; ventouses scarifiées ; 2 pal. et un vésicatoire.

La convalescence n'a commencé que le dixième jour après l'entrée et a marché lentement, ce qui tient à la constitution détériorée de la malade.

Total du sang retiré, 16 pal. (4 liv.)

Durée de la maladie : depuis le début, douze jours ; depuis l'entrée, dix jours.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Pleuro-pneumonie des deux tiers inférieurs et postérieurs du poumon droit : cas moyen. Homme de vingt-huit ans, malade depuis cinq jours. Deux saignées ; ventouses scarifiées dans l'espace de deux jours. Convalescence le troisième jour. On a retiré 8 pal. 1/2 de sang (2 liv. 2 onces). Durée de la maladie : depuis le début, sept jours ; depuis l'entrée, deux jours.

Pneumonies au second degré.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 5. Pleuro-pneumonie occupant la moitié postérieure et supérieure du poumon droit, avec souffle au cœur ; cas assez grave. Homme de vingt-deux ans, malade depuis trois jours.

Chez ce malade, une complication du côté du cœur, due, soit à la formation de caillots, soit à un état aigu, et caractérisée par un bruit de souffle un peu rude, força de recourir à l'emploi de 5 saignées et de 3 applications de ventouses scarifiées, traitement énergique sous l'influence duquel la convalescence fut décidée le sixième jour, après l'entrée du sujet à l'hôpital. Que si l'on cherchait à faire croire, comme l'ont dit plus d'une fois les adversaires de la méthode par les émissions sanguines *coup sur coup*, que le souffle observé chez ce malade était un souffle anémique causé par une perte de sang considérable (5 livres et demie), nous ferons observer que le souffle, qui existait au cœur avant la première émission sanguine, alla en diminuant à mesure que ces émissions furent pratiquées, et finit par disparaître tout à fait. Du reste cette complication, qui avait rendu la maladie plus grave, n'en augmenta pas sensiblement la durée puisque celle-ci ne fut que de huit jours depuis le début ; de 5 jours depuis l'entrée du malade à l'hôpital.

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Pleuro-pneumonie du premier au deuxième degré, occupant tout le poumon gauche en arrière. Un peu d'engorgement pneumonique à la base du poumon droit chez un ivrogne ; cas assez grave.

Homme de quarante-cinq ans, malade depuis huit jours. Quoique convaincu que le cas était on ne peut plus défavorable à l'emploi de la méthode, M. Bouillaud n'hésita pas cependant à lui faire pratiquer trois saignées du bras ; ventouses ; un vésicatoire. Convalescence le quatrième jour. En raison des circonstances dans lesquelles se trouvait cet homme, dont des excès continuels en boisson avaient usé la constitution, les émissions sanguines ne furent pas poussées aussi loin qu'elles l'eussent été en tout autre cas. Le malade perdit 3 livres et demie de sang. Durée de la maladie : depuis le début, onze jours ; depuis l'entrée, trois jours.

Les cas 6 et 7 ont eu pour sujets un homme et une femme atteints de pleuro-pneumonies au troisième degré, et morts l'un d'eux deux heures après son entrée, l'autre dans la nuit. Ces deux malades n'ont pu par conséquent être vus par M. Bouillaud.

Bronchites aiguës, 2 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 18. Bronchite sèche, avec un léger point pleurétique à droite en arrière. Cas léger ; homme de 42 ans, malade depuis huit jours. Deux saignées générales, une locale ; un vésicatoire.

Convalescence le troisième jour. On a retiré deux livres quatre onces de sang.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25. Bronchite capillaire générale ; cas très grave. Homme de vingt-trois ans, malade depuis trois semaines. Quatre saignées, deux générales, deux locales (3 livres de sang).

Entré le 1er avril; mort le 10 avril.

A l'autopsie, on trouva une énorme quantité de granulations miliaires ; la muqueuse bronchique, rouge, épaissie. Ce malade était un exemple frappant de ce que l'on nomme *phthisie aiguë*, maladie contre laquelle échouent tous les traitemens, et qui n'a pas été, du reste, traitée par la nouvelle formule, les quatre saignées ayant été faites dans l'espace de dix jours.

Péritonites, 3 cas.

Deux femmes, atteintes l'une de péritonite puerpérale, l'autre de péritonite généralisée : cas graves. Convalescentes le quatrième jour, sous l'influence de deux saignées locales et d'une générale.

Le sujet du troisième cas est un homme de dix-neuf ans, malade depuis onze jours, mort deux heures après son entrée, non traité par conséquent.

Fièvre typhoïde, 8 cas.

1° Cas léger ; dix-sept ans ; malade depuis trois jours. Deux émissions sanguines. Convalescent le quatrième jour; sorti bien guéri le huitième jour.

Cas moyens, 5.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Homme de vingt-neuf ans, malade depuis dix jours ; sujet un peu chétif. Deux émissions sanguines les deux premiers jours; convalescence le quatrième.

3° Salle Sainte-Madeleine, 10. Homme de dix-huit ans, malade depuis trois jours. Dans l'espace de deux jours, il subit deux saignées générales, une locale. (2 liv. de sang.) Convalescence le quatrième jour.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Garçon de quinze ans, malade depuis cinq jours. En trois jours, 3 saignées générales, 2 locales (2 liv. 10 onces de sang).

Ce jeune garçon était allé, au début de sa maladie, consulter un pharmacien du faubourg Saint-Germain, qui lui avait fait une application de ventouses sèches, et lui avait conseillé pour régime *de manger du pain bien tendre et de boire du cidre*, lui recommandant surtout de *ne pas aller à la Charité où on lui ferait des saignées qui le tueraient.*

Cet enfant est venu néanmoins dans les salles de la clinique ; sa constitution chétive a rendu la convalescence un peu plus longue qu'elle n'est d'ordinaire dans la maladie qui nous occupe, et loin d'avoir été *tué* par les saignées, depuis les premiers jours de ce mois il mange le quart d'alimens, et présente l'état le plus satisfaisant.

5° Salle Sainte-Madeleine, 8. Dix-huit ans, malade depuis huit jours ; dans l'espace de cinq jours on lui fit quatre saignées générales, trois locales (5 livres 2 onces). Convalescence le dixième jour.

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1. Vingt-deux ans, malade depuis dix jours, mais non pas assez gravement pour rester alité. Il eut trois saignées (2 livres 4 onces). Convalescence le cinquième jour.

Cas graves, 2.

7° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 22. Enfant de quinze ans, malade depuis six jours. Cinq saignées, trois générales et deux locales, dans les trois premiers jours.

Convalescence le sixième jour.

8 Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25. Dix-neuf ans, malade depuis dix jours, quatre saignées en trois jours (3 livres 2 onces).

Convalescence le sixième jour.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAUX DE LONDRES.

Trois cas de strabisme convergent guéris à l'aide de la division du muscle droit interne.

Premier fait. Catherine Culbert, âgée de soixante ans, était affectée de strabisme depuis l'âge de trois ans. L'œil droit était tourné profondément en dedans, au point que le bord externe de la cornée était devenu antérieur. La cornée offre deux taches anciennes. Lorsqu'on couvre l'œil droit, l'autre œil change à peine de position; la femme cependant peut, par une sorte d'effort, faire passer la cornée en avant, et un peu du blanc de l'œil du côté interne, qui était caché, devient visible. L'organe, néanmoins, ne peut rester dans cette position que quelques secondes. Malgré ces conditions défavorables, et l'ancienneté de l'infirmité, l'opération a été pratiquée en présence de MM. Hingeston et Wardrop jeune. L'œil sain a été couvert à l'aide d'un monocle; un aide a relevé la paupière supérieure avec un spéculum; un autre aide a abaissé avec ses doigts la paupière inférieure. Le globe de l'œil s'est trouvé fixé de la sorte. On a prescrit à la patiente de porter son œil en dehors autant que possible. L'opérateur a saisi avec des pinces carrées la conjonctive du côté interne de l'œil, et l'a divisée de bas en haut, à l'aide d'un petit bistouri, dans l'étendue de 5 lignes. Un chémosis partiel s'est déclaré presque sur-le-champ, par suite d'un épanchement de sang et de larmes dans les lèvres de la plaie, qui les a gonflées et qui a gêné un peu aux autres temps de l'opération. Une érigne double a été alors implantée dans la sclérotique correspondante, dans le but de tirer l'œil en dehors, et de mettre par là à découvert l'insertion antérieure du muscle droit interne. L'organe a beaucoup résisté aux tractions; mais enfin le muscle étant en évidence, un petit stylet a été passé sous lui à travers l'incision de la conjonctive, et porté le plus près possible de l'insertion antérieure du tendon sur la sclérotique, il a été divisé à l'aide de ciseaux courbes. Ce procédé de l'introduction d'un stylet a été suggéré par M. Hingeston, et a facilité singulièrement l'opération.

L'opération a été pratiquée le 7 avril dernier.

Le résultat n'a guère été satisfaisant; car le 23 avril l'œil avait été abandonné à lui-même, et le strabisme s'offrait exactement au même degré qu'avant.

Ce fait est toujours instructif, dit l'auteur, en ce sens qu'il démontre que l'opération peut être pratiquée sans crainte d'accidens, et qu'elle peut être exécutée assez exactement même dans les cas où l'œil se trouve enfoncé dans l'orbite comme dans celui-ci, par suite d'une atrophie ancienne des tissus rétro-oculaires.

Deuxième fait. M. Crossland, âgé de vingt ans, était né avec les yeux droits. Etant à Montréal, à l'âge de cinq ans, il attendait le retour de son père dans un moment où le sol était couvert de neige; la réflexion vive des rayons le frappant aux yeux au moment où il regardait le chemin par où son père devait venir, lui donna sur-le-champ un strabisme convergent à l'œil gauche. Il ne s'aperçut point de l'accident jusqu'à l'époque où ses amis le lui ont fait remarquer. Il se soumit à différens traitemens médicaux, tous sans succès. L'été suivant cependant, son œil devint droit; mais au retour de l'hiver le strabisme reparut, et il resta tel par la suite.

Etat présent. L'œil est tourné profondément en dedans. Lorsque l'œil droit est couvert, le patient peut porter l'autre un peu en dehors; mais lorsque tous les deux sont ouverts, le gauche reprend instantanément sa position vicieuse. M. C. avait été sujet à des maux de tête; il lit beaucoup. Depuis deux ans il suivait un régime végétal pour se guérir d'une affection cutanée.

Opération. L'opération a été pratiquée en présence de MM. Carrel, Poogood, Downing, Wardrop jeune et H. Downing, de la manière suivante: L'œil sain ayant été couvert, le patient a été assis sur une chaise basse, près d'une fenêtre, sa tête appuyée contre la poitrine de M. Doering qui, placé derrière, relève en même temps la paupière supérieure à l'aide d'un spéculum en fils métalliques. M. Wardrop jeune a déprimé la paupière inférieure. Le patient, qui était doué de beaucoup de force morale, a porté l'œil le plus qu'il a pu en dehors. « J'ai introduit, dit l'auteur, avec la plus grande facilité, une petite érigne pointue et fine dans la conjonctive du côté interne, à trois lignes de distance de la cornée, que j'ai divisée avec un bistouri très fin de bas en haut, dans l'étendue d'un demi-pouce; l'érigne étant restée toujours fixée au point indiqué et au bord interne de la division. J'ai disséqué la portion interne de la conjonctive de la sclérotique, à l'aide d'une sonde mousse, et ayant introduit entre les lèvres de la division une sonde pliée, je l'ai fait passer au-dessous du tendon du muscle droit interne. L'érigne a été alors enlevée, et l'opération a été suspendue un instant. Ensuite, j'ai soulevé le tendon en avant moyennant la sonde, et je l'ai mis en évidence dans la plaie de la conjonctive; je l'ai divisé à l'aide de ciseaux courbes. » L'œil a repris immédiatement sa position naturelle; la quantité de sang coulé n'a pas dépassé deux gouttes; l'opération a été accomplie en une minute et demie. (Calomel, 2 grains; poudre de James, 3 grains; potion saline).

Le lendemain, 22 avril, la conjonctive est légèrement ecchymosée; l'œil est parfaitement droit. La vue est excellente comme auparavant.

Le 24, l'ecchymose conjonctivale a disparu. L'état de l'opéré est très satisfaisant.

Le 26, le patient va de mieux en mieux sous tous les rapports; pas de douleurs dans l'œil. La conjonctive du côté externe est encore rouge; une couche de lymphe existe à l'endroit de l'incision. Guérison complète et radicale.

Troisième fait. William James Egan, âgé de dix ans, était né avec des yeux parfaitement droits. Arrivé à l'âge de deux ans, il eut des convulsions; durant un des accès il devint louche, et resta dans cet état depuis.

Etat présent. OEil gauche tourné profondément en dedans, avec un léger degré d'obliquité en haut: la vue de ce côté n'est pas aussi forte que de l'autre; légère opacité au côté interne de la circonférence de la cornée; le globe entier est plus enfoncé que l'autre. Quand il fait beaucoup d'effort, le patient peut faire tourner l'œil en dehors d'environ quatre lignes.

L'opération a été pratiquée en présence de MM. Downing, Boiley, Earles, Snow, de la manière suivante: « Les paupières ont été écartées à l'aide des doigts seulement. J'ai saisi le côté interne de la conjonctive avec une petite érigne, et divisé cette membrane de bas en haut avec un petit bistouri étroit. Au moment de cette exécution, l'œil se tournait fortement en dedans, ce qui a retardé l'opération de quelques instans. Tenant l'érigne toujours fixe au côté interne de la conjonctive divisée, j'ai permis aux paupières de s'abaisser un instant, et j'ai abstergé quelques gouttes de sang à l'aide d'une éponge trempée dans de l'eau froide. J'ai alors fait écarter de nouveau les paupières par les doigts des aides; j'ai disséqué la conjonctive à l'aide d'une sonde mousse, comme dans les cas précédens. J'ai introduit ensuite avec précaution une érigne mousse de bas en haut, au-dessous du muscle droit interne que j'ai tiré en avant, et dont j'ai divisé le tendon avec les ciseaux courbes.

Le tendon était, dans ce cas, extraordinairement épais et résistant; il a craqué sous la lame de l'instrument. Aussitôt que le tendon a été divisé, l'œil est devenu droit. Toute l'opération n'a duré que deux minutes. Guérison *ut suprà.*

(*The médical Times*, 16 mai 1840.)

— On a lu il y a quelque temps, dans les comptes-rendus de l'Académie des sciences de Paris, la communication de M. Dieffenbach, chirurgien à l'hôpital de la Charité de Berlin, concernant son nouveau mode de traitement du strabisme. Les détails des faits cependant ne nous étaient pas encore parvenus. Nos confrères de Londres, qui en avaient eu connaissance, à ce qu'il paraît, se sont hâtés de répéter les épreuves, et ils en ont obtenu des résultats très satisfaisans. M. Lucas a déjà exécuté cinq fois avec succès la section du muscle droit interne de l'œil. Examinons la nouvelle pratique sous un double point de vue, comme opération et comme remède.

Comme remède, la division d'un des muscles droits est basée sur cette présomption que le muscle du côté correspondant à celui où la cornée est attirée offre un excès d'action ou un défaut de longueur, soit congénital, soit accidentel. Sans entrer ici dans les considérations pathologiques qui se rattachent au fait général du diséquilibre d'action musculaire, nous pouvons admettre comme démontrée une pareille condition dans tout strabisme permanent. Effectivement, le résultat de l'opération de M. Diffenbach en est une preuve irrécusable; et pourtant, il faut l'avouer, personne n'avait songé à une pareille condition pathologique, et encore moins au véritable moyen de la combattre. L'attention des pathologistes était portée ailleurs dans l'étude de la nature du strabisme; les idées de Buffon et les guérisons qu'il avait obtenues avaient tellement absorbé les esprits, que depuis un demi-siècle ce point de pratique n'avait pas fait un seul pas en avant, surtout depuis que Boyer et M. Roux les avaient appuyées de leur autorité. Il est incontestable en effet que la pratique de Buffon produit des résultats avantageux: j'en ai obtenu moi-même de bons effets sur plusieurs sujets, mais ces effets ne sont pas durables, le strabisme reparaît si l'on cesse pendant quelques semaines l'usage du bandeau. Le galvanisme appliqué sur le muscle opposé à celui de l'inclinaison oculaire m'a donné de meilleurs résultats; mais rien n'est certainement comparable à la section.

Il est à remarquer néanmoins que chez les enfans cette méthode ne doit être appliquée qu'avec beaucoup de circonspection, car outre que souvent le strabisme se dissipe par les seuls progrès de l'âge, il est des cas dans lesquels la déviation axuelle de l'œil change de direction. J'ai vu, par exemple, des enfans offrir dans une époque un strabisme convergent, et dans une autre un strabisme divergent, sans qu'aucun traitement ait été employé. Il faut donc tout d'abord que la difformité soit devenue permanente et insurmontable par les seuls progrès de l'âge, avant d'en venir à l'opération.

Il est du reste facile de prévoir que les faits en question renversent toutes les théories reçues sur le strabisme, et que l'étiologie véritable de cette infirmité est à réétudier.

Comme opération, la section dont il s'agit est d'une facile exécution. Remarquons d'abord que l'espèce de strabisme à laquelle on aura le plus souvent affaire, est la divergente ou interne. J'ai exposé ailleurs les raisons anatomiques de ce fait; elles tiennent d'une part à la disposition particulière de l'orbite, de l'autre à la direction spéciale des muscles droits, dont l'interne est le plus court et le plus avantageusement disposé pour attirer l'œil de son côté. Le muscle droit externe, en effet, décrit dans sa direction une ligne presque courbe; sa force doit sa partager et par conséquent s'affaiblir, tandis que le muscle opposé n'éprouve rien de pareil; aussi l'emporte-t-il sur l'autre le plus souvent. En un mot, l'adduction l'emporte naturellement sur l'abduction; c'est d'après la même loi que le strabisme s'opère le plus souvent Ces remarques expliquent, je crois, aussi pourquoi les yeux amaurotiques acquièrent, à la longue, dans beaucoup de cas, une direction convergente. Un second point plus important encore est relatif au mode d'implantation antérieure des muscles droits. Cette implantation a lieu par une expansion aponévrotique du tendon. Les quatre tendons se confondent ensemble en s'épanouissant sur la sclérotique, et forment sur celle-ci une sorte d'enveloppe qui fait corps avec le tissu sclérotidien jusqu'à la circonférence de la cornée. La section de chacun des tendons des muscles droits ne peut donc pas avoir lieu dans la partie antérieure de l'œil ou près du limbe de la cornée.

Il faut en conséquence aller chercher l'insertion musculaire en arrière, au moins à huit lignes, dix lignes de la circonférence de la cornée. De là, la nécessité de tirer fortement l'œil en dehors, sans quoi on n'y parviendrait que difficilement. Ce précepte de tirer l'œil en dehors est d'autant plus important, qu'on évite de la sorte de léser la portion de la conjonctive qui avoisine la caroncule et qui est très vascularisée comme on sait. Lorsqu'on a affaire à un strabisme divergent, l'opération est plus facile encore, car l'œil peut être tourné plus facilement et dans une plus grande étendue en dedans, et le muscle droit externe peut être divisé aussi en arrière qu'on le désire, mais il ne faut pas en général s'écarter du point de son insertion sclérotidienne par des raisons faciles à prévoir.

Les faits dont on vient de lire les détails offrent un assez haut intérêt pour mériter l'attention des praticiens; ils sont, comme on le voit, du domaine de la chirurgie, et il serait fâcheux que l'opération devînt la propriété exclusive de quelques industriels qui ne manqueront probablement pas d'en essayer l'exploitation.

ROGNETTA.

Pathologie générale. — Cours de M. ANDRAL.

(Suite du n° 48.)

§ V. *Tissu cutané.*

On a rangé parmi les inflammations de la peau un grand nombre d'affections cutanées, qui ne sont que de simples congestions. Il en est ainsi des érythèmes, de la rougeole, de la scarlatine, etc. On ne trouve pas, en effet, dans ces maladies le caractère distinctif de l'inflammation, à savoir: la tendance à la formation de produits nouveaux.

Toutes les inflammations de la peau affectent une marche constante, et des formes spéciales qui dépendent de la nature particulière de leur cause. Toutefois, il faut reconnaître les modifications que leur imprime la disposition anatomique des parties dans lesquelles elles se développent. Ces modifications sont de toute évidence dans le furoncle, par exemple.

La peau s'enflamme en vertu de causes qui tantôt viennent du dehors, tantôt se trouvent dans l'organisme lui-même. Les agens extérieurs agissent sur la peau d'une façon vraiment très diverse. Quelle analogie, en effet, entre l'action de la cantharide, celle que produit le tartre stibié, celle que détermine l'acarus? La diversité d'action des causes internes n'est pas moins merveilleuse; et cependant, chacune de ces causes laisse sur la peau une empreinte, toujours même, qu'il n'est plus permis de méconnaître une fois qu'on l'a vue. On tourmente en vain la peau à l'aide d'irritans externes, pour y produire des inflammations analogues à celles qu'y déterminent les causes internes et spéciales. Je sais bien qu'on a comparé aux pustules varioliques l'éruption déterminée par l'application du tartre stibié. Mais il n'y a qu'une analogie grossière dont il est facile d'éviter l'illusion en examinant les choses un peu plus à fond. Presque toujours les inflammations cutanées qui se rattachent à une cause interne sont la traduction d'un état général. Cette remarque trouve sa preuve dans l'observation de certaines pyrexies, dans celle des fièvres éruptives.

La maladie typhoïde produit des taches rosées, des pétéchies; le pourpre représente toujours une grande pyrexie; la fièvre jaune couvre la peau d'ecchymoses; la variole engendre des pustules de forme et de nature spéciales; la morve aiguë produit des pustules toutes différentes; dans la peste, on observe l'anthrax, la pustule maligne. Mais les maladies aiguës n'ont pas seules le privilége d'enflammer la peau: quelques maladies chroniques amènent le même résultat. Ainsi le vice syphilitique produit ces éruptions diverses dont vous connaissez tous les malheureuses tendances à s'ulcérer en envahissant sans cesse les parties voisines. Vous savez aussi avec quelle facilité la peau se couvre d'éruptions variées chez les enfans scrofuleux.

Il n'est pas aussi évident que les maladies herpétiques soient liées à un état général. Beaucoup de praticiens, en considérant la marche, la ténacité de ces affections, la

facilité avec laquelle elles se déplacent, croient les rapporter à une cause générale. Trouverait-on cette cause dans une modification particulière du sang? C'est à des recherches ultérieures à nous l'apprendre.

Lors même qu'une inflammation de la peau reconnaît une cause toute locale, elle subit encore l'influence de l'état général de l'organisme. Une plaie ne marche pas comme à l'ordinaire chez un individu dont l'économie est infectée par un vice général quelconque, la syphilis, par exemple, ou le scorbut.

Chez les sujets profondément débilités, il n'est pas rare de voir les piqûres de sangsues transformées en ulcères, qui grandissent et s'étendent en envahissant les parties voisines. Si des blessés sont accumulés dans une salle, où l'air soit difficilement renouvelle, l'organisme entier subis l'influence de cette fâcheuse circonstance hygiénique; on ne tarde pas à voir alors se développer la pourriture d'hôpital. Mais il est d'autres cas, où en vertu de cause purement individuelles, où voit le même phénomène se produire. Chez une jeune dame, dont la fortune et l'habitation satisfaisaient à toutes les exigences de l'hygiène, j'ai vu l'établissement d'un cautère que l'on ne faisait même pas suppurer, donner lieu à la pourriture d'hôpital. J'insiste à dessein sur ces faits, car je veux vous rappeler une loi pathologique que j'ai plus d'une fois déjà formulée. Il n'y a pas de maladie si locale qu'elle ne subisse un grand nombre d'influences dépendant de l'état général de l'organisme.

Je ne pourrais, sans franchir les limites d'un cours de la nature de celui-ci, entrer dans les détails sur les caractères anatomiques propres aux inflammations de la peau. Vous les trouverez exposés dans les ouvrages spéciaux.

§ VI. *Tissu séreux.*

Toutes les fois qu'une séreuse s'enflamme, une injection sanguine se manifeste; mais quel est le siége de cette injection? Dans le plus grand nombre des cas il est de toute évidence que le tissu cellulaire sous séreux est seul gorgé de sang; la membrane elle-même a conservé sa transparence et sa pâleur habituelles. Cependant, dans quelques cas, on suit manifestement jusques dans la séreuse des vaisseaux pleins de sang. En même temps que le sang afflue dans le tissu cellulaire sous-jacent, la séreuse, ainsi que ce tissu lui-même perd sa consistance; elle devient friable; on la sépare avec facilité des autres parties qui la suportent. A voir le rôle peu actif que joue dans l'inflammation la pellicule mince et délicate appelée membrane séreuse, on serait tenté de la considérer comme l'épiderme du tissu cellulaire sous-jacent, dont elle formerait une couche plus condensée. Cette membrane, quand elle est enflammée primitivement ne s'ulcère que fort rarement; on voit cependant quelquefois, dans la péritonite, des ulcérations situées sur la surface externe des intestins. La gangrène des séreuses est encore plus rare que leur ulcération. Toutefois, j'ai trouvé sur la plèvre des eschares gangréneuses; déjà Laennec en avait vu.

Mais les caractères distinctifs de l'inflammation des séreuses, ce sont les troubles produits dans la sécrétion de ces membranes. Au début de l'inflammation, l'exhalation qui se fait habituellement à leur surface diminue ou même disparaît complètement. Plus tard, cette exhalation se montre de nouveau; quelquefois elle est seulement plus abondante qu'à l'état normal; mais le plus souvent le liquide produit a changé de qualités; c'est un sérum trouble, louche, opalin; il finit par perdre complètement sa transparence; bientôt il est mélangé de pus et de lymphe organisable.

La quantité de pus peut prédominer au point de remplir toute la cavité de la séreuse. Mais ce cas rare ne se rencontre que dans deux circonstance: chez la femme qui vient d'accoucher, et chez l'individu qui a subi une grande opération. Dans tous les autres cas, le sérum exhalé est trouble et lactescent, rempli de flocons albumineux qui, en se séparant du sang, emportent avec eux des matériaux d'organisation. Bientôt des granulations, qui ne tardent pas à se multiplier, à se rapprocher, à s'unir, à se confondre, apparaissent à la surface interne de la séreuse enflammée. Il en résulte de fausses membranes parfaitement organisées et parcourues par des vaisseaux sanguins. Dans l'ordre habituel qui règne au milieu de ce désordre, les fausses membranes d'un côté adhèrent à celles du côté opposé, non pas mécaniquement, mais par une adhérence vivante. Peu à peu, avec le temps, les fausses membranes perdent leur opacité et leur solidité originelles; elles se transforment en tissu cellulaire; la maladie cesse alors; les adhérences celluleuses ont pris droit de domicile dans l'organisme.

Mais les fausses membranes n'aboutissent pas toujours à la métamorphose celluleuess; elles peuvent s'enflammer, comme la séreuse qui les a produites; à leur tour elles produisent de nouvelles fausses membranes; celles-ci peuvent s'enflammer encore et amener le même résultat, de façon qu'alors on trouve la séreuse recouverte d'un nombre plus ou moins considérable de couches membraniformes. Non-seulement les fausses membranes s'enflamment; elles peuvent aussi devenir le siége d'incrustations osseuses, de mélanose, de tubercules, de cancer; en un mot, elles subissent l'influence de l'état général de l'organisme.

Rien n'est plus remarquable dans beaucoup de cas, que l'isolement parfait de la séreuse malade et des parties environnantes. Dans la péritonite la plus intense, on trouve souvent la muqueuse gastrique parfaitement saine; quelquefois même, au lieu de s'irriter, elle pâlit et se décolore. Aussi est-il souvent utile, dans cette maladie, d'administrer quelques doux purgatifs. La langue, dans ce même cas, reste assez souvent normale. Ce que je dis du péritoine, vous pouvez le répéter de toutes les séreuses; la plèvre s'enflamme sans le poumon, le péricarde dans le cœur, l'arachnoïde sans le cerveau. Mais il n'est pas rare que l'inflammation d'une séreuse occasionne des troubles fonctionnels dans les parties du voisinage.

Dans la méningite, on observe du délire, des convulsions, etc.; dans la pleurésie, de la toux; dans la péritonite, de l'ictère, des vomissemens, des troubles dans l'excrétion des urines. Il y a même certains cas où l'inflammation se propage matériellement aux parties voisines; quelquefois dans la méningite on trouve le cerveau manifestement enflammé.

De toutes les membranes séreuses, c'est la plèvre qui s'enflamme le plus fréquemment. On se rend compte de cette fréquence en songeant au rôle que joue le froid humide dans la production de la pleurésie. Il est beaucoup plus rare que la même cause enflamme les autres séreuses. Si on vous parle de péritonite occasionnée par le froid, examinez scrupuleusement les faits avant d'y ajouter foi.

Il s'en faut de beaucoup que l'arachnoïde s'enflamme aussi souvent qu'on pourrait le croire, si on ne consultait que les symptômes. Quoi qu'il en soit, les tubercules qui ont leur siége dans la pie-mère enflamment assez souvent l'arachnoïde. Il en est de même des inflammations des centres nerveux qui se communiquent par continuité à cette membrane.

J'ai déjà indiqué l'influence du froid sur la production de la pleurésie. Cette maladie survient encore par propagation de l'inflammation du poumon; on sait aujourd'hui que le point de côté, si fréquent dans la pneumonie, dépend d'une véritable pleurésie qui complique la maladie primitive. Les tubercules pulmonaires sont encore une cause d'inflammation pour les plèvres: chez les phthisiques, on trouve dans les plèvres des brides celluleuses dont la quantité est en rapport avec le nombre de tubercules que renferment les poumons. Mais, chose remarquable, ces pleurésies de phthisiques surviennent le plus souvent sans que les poumons eux-mêmes participent aucunement à l'inflammation. Enfin la rupture d'une cavité tuberculeuse dans la plèvre est encore une cause de pleurésie.

Quelquefois la seule influence du froid occasionne la péricardite; mais le plus souvent c'est le rhumatisme articulaire aigu qui amène cette maladie. Pourquoi cette dernièce cause ne produit-elle pas aussi bien une pleurésie qu'une péricardite? Serait-ce que le péricarde, formé d'une membrane fibreuse très prononcée, renferme un organe musculaire et se trouve par conséquent dans les conditions anatomiques d'une synoviale articulaire?

La péritonite spontanée est très rare. Il faut se garder d'y croire à moins d'être certain de la préexistence d'une des causes spéciales dont voici l'énumération: Les ulcérations en profondeur des parois intestinales; toutes les circonstances qui suivent l'accouchement; la ruptures des parois des différents organes creux contenus dans l'abdomen; l'ouverture dans le péritoine d'un abcès, notamment de ceux qui ont leur siége dans la fosse iliaque.

Il n'est pas rare de trouver à l'autopsie les deux feuillets du péritoine, unis par des brides celluleuses, sans qu'aucun symptôme n'ait révélé pendant la vie l'inflammation de cette membrane.

§ VII. *Tissu synovial.*

Le tissu synovial, qui ne diffère du tissu séreux que par sa position et par certaines circonstances anatomiques, offre dans son inflammation les mêmes phénomènes que ce dernier tissu. Je ne crois pas devoir y insister davantage. A. LE F.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DU COEUR; PAR M. GENDRIN.

(Recueillies par MM. E. COLSON et E. DUBREUIL-HÉLION.)

(Suite du nº 58.)

§ Ier *Des phénomènes des maladies du cœur qui se rapportent aux conditions anatomiques du cœur.*

Le cœur est contenu dans la poitrine, dans la partie inférieure du médiastin antérieur, enveloppé d'une membrane séreuse; il est contenu dans un sac fibreux qu'on appelle le péricarde, dans la cavité duquel il se meut librement autour de sa base où se trouvent ses seuls liens aux parties profondes et supérieures du thorax; il repose sur le diaphragme. Sa direction est oblique de haut en bas, de droite à gauche et d'arrière en avant, en sorte que la pointe du cœur est à gauche de sa ligne médiane, qui rencontre sa base.

A la partie supérieure du cœur et en avant, les deux poumons ne sont séparés l'un de l'autre que par l'épaisseur de deux lames qui constituent le médiastin. Ces deux lames séparées seulement par du tissu cellulaire sont pressées latéralement l'une vers l'autre au point qu'elles sont presque en contact, sauf les ligamens du tissu cellulaire intermédiaire, à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, derrière le sternum. Dans la moitié inférieure, vis-à-vis du cœur, le médiastin s'incline à gauche, et le tissu cellulaire interposé entre ces lames est plus abondant et quelquefois graisseux. Cette disposition du médiastin maintenue par la pression latérale de chaque poumon montre ce qu'on doit croire de cette assertion, que, dans les conditions de l'état physiologique, le cœur frapperait immédiatement contre les parois de la poitrine; cela ne pourrait arriver qu'à son tiers inférieur, où la tunique fibreusé du péricarde, par son insertion au diaphragme, soutient l'écartement du médiastin partout ailleurs, si ce n'est vers les appendices des oreillettes et l'origine du tronc pulmonaire et aortique. Le cœur est séparé du sternum par les feuillets des médiastins, et le tissu cellulaire qui les réunit, et médiatement par les bords des poumons qui, en vertu de la pesanteur de l'air, tendant à remplir et à fixer l'expansion du thorax, s'interposent ainsi entre le cœur et les parois de la poitrine, et rendent fixe la position du cœur. Les expériences sur les animaux dans lesquelles on a prétendu examiner les fonctions du cœur après avoir enlevé la partie antérieure du thorax, ne font que grossir l'erreur. Le cœur, dans la poitrine, est pressé de toutes parts par la pression atmosphérique.

Le cœur, suspendu par les grosses artères, joue librement dans le vide dans la cavité du péricarde; la capacité de la poche péricardique surpasse le volume du cœur. Des injections ont démontré qu'elle est deux fois plus considérable, ce qui explique comment des épanchemens ont pu y exister sans gêner notablement la circulation, gêne qui ne survient que lorsqu'elle dépasse certaines limites. La poche péricardique, examinée en place et contenant le cœur, est pyriforme. Supérieurement elle s'étend en se rétrécissant sur l'origine des vaisseaux qui naissent du cœur. A sa partie médiane elle est dilatée et s'étend surtout à gauche en bas et en arrière; le péricarde s'insère au diaphragme: il en occupe le centre tendineux, y décrivant un triangle allongé dont la base est à droite et la pointe à gauche. L'adhérence commence sur le centre phrénique vis-à-vis de la veine cave. L'extrémité gauche de l'attache s'étend sur la portion musculaire du diaphragme. Ces circonstances anatomiques expliquent les phénomènes qui se constatent dans les épanchemens intrà-péricardiaques; ainsi l'extension, en pointe de l'épanchement jusqu'au sommet de la poitrine, l'extension constante de l'épanchement et de la matité qui lui correspond sur la poitrine, à gauche, et jusque sur le côté externe du thorax, et jamais à droite, etc.

La forme et la capacité du sac péricardique sont modifiées dans les mouvemens de la respiration. En effet, le péricarde adhérant par sa partie supérieure aux gros vaisseaux qui s'abouchent au cœur par son insertion en bas au centre phrénique, constitue un véritable ligament d'insertion pour le diaphragme, dont il suit les mouvemens d'abaissement et d'élévation, mouvemens qui déterminent en lui des alternatives de tension et de relâchement. Cette circonstance est aussi importante pour apprécier les phénomènes que produisent les épanchemens dans cette cavité et les symptômes de la péricardite. Des épanchemens et des altérations ne peuvent s'y produire sans modifier d'abord le jeu du diaphragme qui, par rapport au cœur, a des insertions mobiles, et, par suite, sans modifier aussi et limiter les mouvemens respiratoires.

Toutes les recherches exploratrices sur l'état du cœur ne peuvent avoir de résultat utile que lorsqu'on a exactement déterminé la position du cœur par rapport aux parties qui l'environnent. C'est dans les changemens qui surviennent dans ses rapports que consistent les principaux signes de ses maladies. Pour déterminer ces rapports, on ne peut prendre pour point de départ la position appréciable le plus souvent de la pointe du cœur; cette partie du cœur est mobile dans des limites assez écartées, et souvent, jusqu'à un certain point, aux changemens qui surviennent dans la convexité du diaphragme. Toutefois, quand on est fixé sur le volume du cœur, la connaissance des lieux où se trouve sa pointe sert à constater les variations qui peuvent survenir dans la position du cœur. Mais pour fixer rigoureusement quelle est cette position par rapport aux parties intra-thoraciques environnantes et par rapport aux différentes régions de la cage thoracique, il faut un point invariable: ce point fixe est anatomiquement déterminé, c'est celui qui correspond à l'insertion des grosses artères partant du cœur aux parties profondes de la poitrine. Les grosses artères tiennent aux parties environnantes par un tissu cellulaire dense et par les ramifications qu'elles fournissent, lesquelles leur tiennent lieu, en quelque sorte, de ligamens suspenseurs. Ce point correspond exactement à la portion médiane de la hauteur et de la largeur de l'artère pulmonaire. C'est à ce point que, dans les mouvemens du cœur, se termine la mobilité du cœur et des vaisseaux qui en naissent. Là se trouve le pivot, l'axe des mouvemens; là se trouve un point immobile et invariable dans sa position. Née de la base du cœur droit, sous le bord gauche du sternum, l'artère pulmonaire monte verticalement jusque pendant la première moitié de sa hauteur, puis s'incline en arrière et à gauche jusqu'à se division en deux branches destinées chacune à un poumon. C'est ce point central qui correspond au milieu de l'espace compris entre l'origine et la division de l'artère pulmonaire que nous prenons pour centre des mouvemens du cœur et pour point fixe destiné à déterminer tous les rapports du cœur avec les parties environnantes.

Pour trouver le moyen de constater sur le vivant et non pas seulement sur le cadavre la position relative de ce point central de l'artère pulmonaire, il fallait chercher au-dehors, sur les parois de la poitrine, des points de repaire faciles à déterminer. Supposons à cet effet sur la partie antérieure du thorax trois lignes parallèles et verticales, l'une correspondant à l'axe du sternum, suivant la ligne médiane de la poitrine, partant du milieu de l'intervalle des insertions sternales des deux sterno-mastoïdiens et allant se terminer à l'appendice xyphoïde; les deux

autres situées en dehors suivant les limites externes ou les bords du sternum et les extrémités internes des cartilages costaux : ce sont les deux lignes des articulations synchondro-sternales droite et gauche.

Pour fixer des points immuables sur ces lignes, de haut en bas nous avons les côtes et les intervalles qui les séparent. C'est par ces intersections linéaires, toujours faciles à constater, que nous déterminons quels sont les rapports des différentes parties du cœur et de ses annexes avec les différens points des parois de la poitrine.

Le centre de l'artère pulmonaire, c'est-à-dire le milieu de la hauteur et de la largeur de cette artère, répond à l'intervalle des articulations synchondro-sternales de la deuxième et de la troisième côtes gauches, de façon qu'une aiguille enfoncée en ce point à égale distance des côtes, sur le bord gauche du sternum, irait percer cette artère par son centre.

L'aorte, recouverte en grande partie par l'artère pulmonaire à son origine, monte jusqu'à la bifurcation de l'artère pulmonaire, et s'incline ensuite en se courbant à droite, puis elle revient de droite à gauche en passant sur la branche droite de l'artère pulmonaire; dans cette courbure qui forme la crosse de l'aorte, cette grosse artère se porte en même temps en avant, de sorte qu'elle vient se placer au contact du sternum au niveau de l'articulation synchondro-sternale de la deuxième côte droite; c'est dans ce point que se trouve l'origine du tronc brachio-céphalique, et que commence l'aorte descendante au-dessous de la crosse de l'aorte. Quant à l'artère pulmonaire, elle se dirige obliquement en haut et à gauche en arrière, et par conséquent s'éloigne du sternum.

Au point de leur émergence, ces deux artères sont superposées; l'aorte dépasse à droite le bord de l'artère pulmonaire d'environ un tiers de son volume. Une ligne suivant le bord libre du sternum laisse deux tiers de l'artère pulmonaire à gauche et un tiers de l'aorte, et une aiguille implantée dans le milieu de l'intervalle des articulations synchondro-sternales des deuxième et troisième côtes gauches va percer l'aorte en laissant à droite deux tiers de son cylindre et un tiers à gauche; le bord interne de l'aorte naissante répond à l'axe du sternum. Si, au lieu de prendre l'intervalle des articulations des deuxième et troisième côtes, on prend le bord inférieur de la deuxième, l'aiguille percera l'artère pulmonaire sur sa bifurcation, et rencontrera derrière elle la cicatrice du canal artériel.

Les valvules sygmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont situées sur un plan oblique, suivant un angle aigu qui mesure l'inclinaison de la base du cœur résultant de la position oblique de cet organe; le sinus de cet angle a pour mesure exacte la hauteur des valvules sygmoïdes, en sorte que le bord libre des valvules sygmoïdes de l'aorte correspond rigoureusement à l'insertion de la base des valvules de l'artère pulmonaire. Une ligne suivant le bord inférieur de la troisième côte correspond à la base des valvules de l'artère pulmonaire et au bord libre des valvules de l'aorte; c'est en ce point que se feront entendre à leur maximum d'intensité les bruits anormaux qui se rattachent aux maladies de ces valvules. L'importance de ces considérations se fait également sentir dans l'appréciation des signes des lésions qui affectent les autres points du cœur.

Pour se faire une idée exacte des rapports du cœur avec les parois de la poitrine et avec ses vaisseaux suspenseurs, dans la position verticale du corps, la face aplatie du cœur repose sur le diaphragme; sa pointe est inclinée vers la paroi thoracique antérieure à gauche; sa base a une position oblique qui regarde la partie droite et supérieure de la poitrine. Le ventricule droit, qui forme la partie convexe du cœur, a une position antérieure et inférieure; le ventricule gauche est postérieur et supérieur. L'axe du cœur suit une ligne qui part du corps de la première vertèbre dorsale, et vient se terminer à l'extrémité libre de la première côte flottante.

La ligne verticale des articulations synchondro-sternales gauches laisse un tiers du cœur à droite, et deux tiers à gauche: le tiers droit comprend la base du ventricule droit; les deux tiers gauches comprennent la partie inférieure du ventricule droit et le ventricule gauche en totalité.

Il y a d'assez grandes variations dans la position de la pointe du cœur, par rapport aux différens points des parois thoraciques suivant l'état physiologique ou pathologique. Dans les conditions de l'état normal, le cœur bat entre les cartilages de la cinquième et de la sixième côtes au plus bas, ou des quatrième et cinquième au plus haut, à quatre ou cinq centimètres du bord gauche du sternum au niveau de l'articulation des cartilages des côtes avec leur extrémité osseuse. Le cœur bat ordinairement à un point plus rapproché du sommet du thorax chez la femme que chez l'homme; le plus souvent c'est dans l'intervalle de la quatrième et de la cinquième côtes gauches. Chez les enfans, le cœur bat sur un point plus élevé que chez les adultes, on le trouve également plus élevé lorsqu'on examine les sujets couchés que lorsqu'ils sont debout, et chez les femmes enceintes que hors de la grossesse.

L'oreillette droite située en avant et à droite de la base du cœur, est en partie enveloppée par le poumon droit; son appendice est immédiatement sous-sternal: il correspond à l'articulation synchondro-sternale de la troisième côte. Son intestin ou ventricule correspond, en arrière, à la limite supérieure de la face qui repose sur le diaphragme. L'oreillette gauche, qui est sur un plan postérieur, à gauche et au-dessus du ventricule gauche, répond exactement à l'intervalle de la troisième et de la quatrième côtes; le bord du poumon gauche s'avance sur elle. Sa face supérieure est très oblique. Sa partie gauche est très déclive par rapport à la partie droite; elle est immédiatement située sous l'angle de bifurcation de la trachée-artère.

L'insertion du péricarde sur les grosses artères qui naissent de la base du cœur, correspond à l'articulation synchondro-sternale de la deuxième côte, circonstance importante à connaître pour l'appréciation de la matité qui résulterait de la réplétion de tout le sac péricardiaque dans la péricardite ou l'hydro-péricarde. Le bord antérieur des poumons répond à gauche aux articulations synchondro-sternales et à droite à l'axe du sternum dans la moitié supérieure de la hauteur du thorax, ensuite ces bords antérieurs s'écartent de la ligne médiane, à gauche suivant une ligne oblique tirée de l'extrémité interne du cartilage de la deuxième côte gauche à l'extrémité flottante de la dernière, à droite suivant une ligne tirée de l'extrémité sternale du cartilage de la deuxième côte jusqu'à l'extrémité antérieure de la première côte flottante. On ne peut bien apprécier la position du bord antérieur des poumons sur les cadavres. Après la mort, une partie du ventricule gauche et tout le ventricule droit sont à découvert. Pendant la vie, les deux poumons s'avancent beaucoup plus vers la pointe du cœur; c'est pourquoi on a quelquefois tant de peine à percevoir la pointe du cœur, recouverte par l'espèce de coussin que forme le poumon au-devant d'elle.

Il est toujours très important de déterminer d'une manière exacte la position du bord des poumons dans l'exploration de l'état des organes thoraciques pour le diagnostic des maladies du cœur. Cette position sert à déterminer exactement certaines maladies du cœur, dans lesquelles le bord antérieur du poumon gauche est constamment repulsé en dehors. La percussion attentive de la région antérieure du thorax, et la perception des bruits respiratoires par l'auscultation, sont des moyens sûrs de déterminer cette position relative des poumons et du cœur. Lorsque le bord antérieur des poumons, et surtout du poumon gauche, est repulsé en dehors, il laisse une grande partie de l'extrémité inférieure du cœur en contact avec le sternum.

— La sous-commission du budget vient d'approuver, à la majorité de trois voix contre deux, le projet de loi sur la création d'une nouvelle Faculté de médecine à Rennes. Nous croyons savoir néanmoins que ce projet sera vivement combattu dans le sein de la commission générale, et que le ministère serait même décidé à l'abandonner plutôt que le voir rejeter par la Chambre.

— MM. Leuret et Voisin sont nommés médecins de Bicêtre.

— Un concours va être ouvert pour quatre places de médecins attachés à Bicêtre, à la Ferme-Ste-Anne et à la Salpétrière. Ces médecins porteront le titre d'*adjoints* au lieu d'*expectans*. Le ministre demande que l'on crée une troisième division à la Salpétrière, et probablement M. Lélut sera nommé médecin titulaire de cette division.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

Le lundi 25 mai, M. Edouard Robin commencera de nouveaux cours préparatoires au premier examen de médecine et au baccalauréat-ès-sciences.

Cours public et gratuit sur les Maladies des yeux en 40 leçons.

M. ROGNETTA a commencé ce Cours le jeudi 21 mai, dans l'amphithéâtre de M. Emile Chevé, rue de la Harpe, 90, à six heures du soir, et le continuera les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine. Les opérations seront pratiquées sur des yeux d'animaux. Il y aura des conférences cliniques à la fin de chaque leçon.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 26 MAI 1840. (13e ANNÉE.) N° 62, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5..

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Cancer de la matrice; nouvelle extirpation presque complète de cet organe.

Pour la seconde fois dans l'espace d'un mois, M. Velpeau a l'occasion de pratiquer cette grave opération. Nous avons rapporté le fait précédent dans le numéro du 12 mai courant. Voici aujourd'hui dans quelles circonstances se présente le nouveau cas.

La femme X..., âgée de trente-huit ans, était entrée à l'hôpital il y a environ cinq semaines, pour s'y faire traiter d'une maladie de matrice datant, suivant elle, de sept à huit mois. M. Velpeau, l'ayant examinée, reconnut positivement la dégénérescence cancéreuse de la totalité du col de l'utérus et, après plusieurs jours, lui proposa le seul remède qu'il crut convenable contre cette affection, c'est-à-dire l'amputation de la portion malade de cet organe. Effrayée peut-être par les conséquences fatales de la première opération que nous venons de rappeler et qui fut faite à cette époque, la femme X..., préféra sortir que de se soumettre à un pareil traitement et elle quitta la salle. Mais, il y a huit jours, conseillée et encouragée sans doute elle est revenue demander un lit, bien résolue à subir tel traitement que l'on voudrait.

Cette femme paraît d'une bonne constitution; elle n'a jamais eu d'enfans, et depuis un an elle est soumise à des pertes légères assez fréquentes, qui ont tout à fait dérangé sa menstruation. Il y a sept à huit mois seulement, elle eut un écoulement ichoreux très abondant, accompagné d'un sentiment de fatigue, de pesanteur dans les aines et dans toute la région lombaire. Elle n'a pas ressenti de douleurs plus vives et n'a jamais été atteinte d'hémorrhagie inquiétante. Le doigt, porté dans le vagin, trouve une tumeur de la grosseur du poing, qui remonte à environ cinq à six centimètres de la vulve, et de nature évidemment cérébriforme, fongueuse et très facile à écraser sous la pression des doigts. Elle occupe tout le col, autour duquel elle offre différentes bosselures, et les attaches de l'utérus en sont à peine distinctes. Supérieurement, elle semble dépasser les limites du vagin, qu'il faut refouler assez fortement pour arriver à une espèce de rainure qui paraît être le point de démarcation entre elle et le reste du tissu sain.

Contre une désorganisation arrivée à ce point, et dans cette région, il serait inutile, selon M. Velpeau, de recourir à l'emploi de toute espèce de topiques, onguens et pommades. Il ne faut pas même songer à l'efficacité quelquefois douteuse des caustiques chimiques reconnus les plus puissans, tels que la potasse, le beurre d'antimoine, le nitrate acide de mercure, tous les acides concentrés, la pâte de Vienne et la pâte de zinc. Pour agir là aussi profondément qu'il serait nécessaire, tous seraient insuffisans, quelques-uns même dangereux, à cause de la difficulté qu'on aurait pour les appliquer, et surtout pour les maintenir. La pâte de zinc seule, qui respecte la peau et l'épithélium, pourrait ne pas altérer les tissus sains avoisinant la partie malade sur laquelle elle agirait. Mais combien son effet serait-il borné! Il faut en dire autant de la cautérisation avec le fer rouge, qui serait un moyen tout aussi incomplet, sinon impossible; car, combien de fois faudrait-il y revenir; et, dans tous ces cas, que n'aurait-on pas à craindre d'une hémorrhagie consécutive, de la mortification des tissus et de tous les autres accidens qui dépendraient d'un pareil traitement?

Donc, il n'y a pas d'autre remède, si l'on ne préfère laisser la malade s'éteindre insensiblement, que d'employer l'instrument tranchant. C'est la seule ressource qui reste et que la malade vient elle-même réclamer aujourd'hui, c'est déjà une condition morale satisfaisante, outre que l'état de sa santé générale, celui de ses viscères en particulier, n'offre aucune contre-indication à l'opération que M. Velpeau veut tenter pour la sauver.

Bien des choses cependant, poursuit M. Velpeau, s'élèvent contre une pareille opération. D'abord elle est difficile et dangereuse quant à ses conséquences immédiates. S'il survient une hémorrhagie, il n'y a point à songer ni à la torsion ni à la ligature des vaisseaux; il est impossible de les saisir, de les isoler au milieu de tissus mous et en partie dégénérés, et si quelquefois on n'a pas vu d'hémorrhagie survenir quand on avait pour ainsi dire mâché le méat vasculaire et cette masse de tissus entre les mords d'une pince, il faut croire que quelques conditions de constitution, d'organisation, ont empêché cet accident qui se produire, plutôt que de penser que cette espèce de broiement ait pu l'arrêter. Tout ce qu'on peut faire pour la prévenir ou s'y opposer, c'est d'avoir recours à l'emploi quelques caustiques, styptiques et au tamponnement qui n'est déjà pas sans inconvéniens graves. Ensuite, en opérant si profondément, quand il faut, comme dans le cas présent, aller creuser, disséquer le vagin autour de la tumeur, on a fort à craindre d'intéresser le péritoine; et alors viennent les suites promptement fatales d'une péritonite intense toujours à redouter d'ailleurs, même sans la lésion traumatique de cette enveloppe. Et puis encore, même après un plein succès comme opération, l'on n'est pas certain de la guérison; car sait-on si les tissus supposés sains qu'on laisse, le sont bien intégralement? Et la fâcheuse récidive est toujours là. Au surplus, il faut se résigner, dans ce cas, comme dans tous les autres à peu près, à l'opiniâtreté désespérante des affections de cette nature; on a remarqué seulement que les cancers de la matrice, de même que ceux du rectum, avaient généralement plus de tendance à se reproduire sur les mêmes organes que sur les parties les avoisinant; ce qui ferait penser que le plus souvent on laisse dans les tissus quelque portion morbide qui échappe à l'instrument et à l'œil, et qui sert de germe à cette horrible reproduction.

Voilà sans doute assez de considérations passablement décourageantes; faut-il à côté d'elles, consulter l'histoire et la statistique des opérations de ce genre? Nous verrons que l'extirpation complète ou incomplète de la matrice, pour cause de cancer, a été tour à tour pratiquée, abandonnée, remise en vogue, puis encore peu vantée et presque délaissée. Sans remonter plus loin qu'au commencement de notre siècle, parlons seulement des principaux chirurgiens qui l'ont mise en usage: ainsi, Osiander, à Gœttingue, qui l'avait reprise il y a environ trente ans, n'a pas été long-temps sans y renoncer; nous n'avons rien de précis sur les avantages et les inconvéniens qu'il lui a trouvés. Dupuytren, qui l'avait souvent pratiquée de 1812 à 1820, l'a tout-à-fait abandonnée à partir de 1825. Nous n'avons également rien de certain quant aux succès et aux revers qu'il a rencontrés. Enfin, M. Lisfranc, qui en a été aussi partisan, dit avoir obtenu quatre-vingt-quatre guérisons sur quatre-vingt-dix-neuf cas. M. Pauly a cru pouvoir réduire à trois le nombre des réussites sur cinquante opérations seulement. « Je ne suis pas chargé, dit M. Velpeau, de défendre M. Lisfranc, mais quant à M. Pauly, je suis porté à croire qu'il a commis des erreurs. Pour ce qui me concerne personnellement, il a rapporté que cinq opérations de ce genre ayant été pratiquées par moi, mes cinq malades avaient toutes succombé. Or, voici la vérité à cet égard: Sur six femmes que j'ai opérées antérieurement à la publication du travail de M. Pauly, une est morte le troisième jour, une autre trois mois après l'opération; la troisième a eu une récidive qui l'a emportée seulement au bout de dix-huit mois, mais postérieurement à la publication du livre de M. Pauly; la quatrième a eu une récidive qui la laisse encore vivre, et les deux autres ont été guéries. Depuis ce temps, j'ai encore pratiqué trois autres opérations: l'une a été suivie d'une récidive qui a fait mourir la malade au bout de trois mois; l'autre, également en état de récidive, vivait encore il y a six mois: je n'en ai pas eu de nouvelles depuis; et, quant à la troisième, elle est parfaitement guérie; mais je dois avouer que la dissection de la tumeur ne m'a pas laissé bien convaincu qu'elle fût de nature cancéreuse. »

D'après tout ce qui précède, M. Velpeau ne trouvant pas dans l'extirpation partielle de l'utérus la danger de la récidive plus à craindre que pour le cancer des autres parties, ne voyant pas non plus que les conséquences immédiates doivent être inévitablement mortelles, juge à propos de la pratiquer quand il est devenu impossible d'aller déraciner le mal avec les caustiques ou le fer rouge, s'il est trop étendu ou situé trop profondément; c'est pourquoi dans le cas présent, il s'est décidé à recourir à

FEUILLETON.

LITTÉRATURE MÉDICALE ALLEMANDE.

Les eaux minérales ferrugineuses de Hambach et de Schwollen dans la principauté de Birkenfeld (grand-duché d'Oldenbourg), avec des renseignemens sur l'histoire, la situation et la topographie de cette principauté; par le docteur Henri-Christophe RIEKEN, médecin de S. M. le roi des Belges, etc. — Bruxelles et Leipzic, chez Ch. Muquart, 1840; in-8° VIII-277 pages, avec une lithographie et une carte topographique (1).

Telle est la traduction littérale d'un ouvrage important, publié en allemand par M. le docteur Rieken, connu dans la littérature médicale germanique par plusieurs productions estimées. Celle que nous annonçons sera accueillie par les médecins-praticiens avec un véritable plaisir; car elle est destinée à faire connaître des eaux minérales qui jouissent de grandes vertus dans le traitement d'un grand nombre de maladies; point de thérapeutique généralement trop peu étudié en France. C'est ce motif qui nous engage à présenter aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* l'analyse détaillée de l'ouvrage de M. Rieken.

Il y a plus d'un demi-siècle, le docteur Maler, médecin à Birkenfeld, publia un traité sur les eaux minérales ferrugineuses de Hambach et de Schwollen, alors qu'il n'existait dans la littérature médicale qu'un seul ouvrage sur le même sujet, celui du docteur Ravenstein, intitulé: « Rapport sur les eaux minérales de Birkenfeld. — Deux-Ponts, chez Hallanzy, 1744. » La grande renommée dont ces eaux jouirent dans les temps anciens, et surtout au seizième siècle, les vertus qu'elles semblent posséder, faisaient désirer qu'un praticien habile en fît l'objet spécial d'une étude attentive et réunît tous les matériaux d'une bonne monographie; nous ne pouvons qu'applaudir à l'idée heureuse qu'a eue M. Rieken d'élaborer un semblable travail, mis en rapport avec l'état actuel de nos connaissances sur les eaux minérales, leurs propriétés physiques et leurs effets thérapeutiques. Notre confrère s'est acquitté de cette tâche avec succès; personne plus que lui n'était à même de le faire d'une manière plus convenable, ayant été attaché pendant dix-sept ans en qualité de médecin en chef au gouvernement de la principauté de Birkenfeld, dans laquelle sont situées les eaux de Hambach et de Schwollen, temps pendant lequel il a essayé l'emploi de ces eaux dans une foule de maladies et recueilli de nombreuses observations sur leurs propriétés thérapeutiques. L'analyse de l'ouvrage fera mieux ressortir ce qu'il offre d'intéressant pour la science.

M. Rieken a divisé son travail en trois sections. La première, divisée en six chapitres, contient:

1° L'histoire et la description de la principauté de Birkenfeld; on y trouve des renseignemens sur ses habitans, son climat, ses produits, les maladies qui y règnent le plus fréquemment, etc.

2° Des remarques géognosiques, minéralogiques et botaniques sur cette contrée (2e et 8e chapitres). Les montagnes de ce pays sont constituées: 1° par des montagnes d'ardoises; 2° par des montagnes de houille; 3° par des montagnes de trapp et d'amygdaloïde; 4° par des montagnes de grès. On y trouve en outre, surtout dans les environs d'Oberstein et d'Idar, de superbes agathes; M. Rieken en énumère les différentes espèces.

3° La description de la situation et des localités des eaux minérales de la principauté de Birkenfeld, de leurs environs, des promenades, etc. Ces sources ne sont éloignées de Trèves que de dix lieues; de Sarrelouis, onze lieues; de Saarbruck, treize lieues; de Metz, vingt et une lieues. Des chaussées très bien entretenues y conduisent de toutes ces villes. M. Rieken nous apprend que le pays où se trouvent ces sources possède des sites pittoresques les plus attrayans, parmi lesquels on distingue particulièrement les environs d'Oberstein et d'Idar, chefs-lieux des fabriques d'agathes et des moulins pour les polir, de Nohfelde et de Wolfersweiler, de Bleiderdinge, de Frauenberg, etc., etc.

4° L'origine et l'énumération des sources minérales de Hambach et de Schwollen. M. Rieken nous fait connaître qu'à Hambach il existe quatre sources, savoir: la source principale, dont l'eau ne sert que pour boire; la source d'Albertus et deux autres pour les bains. A Schwollen, il n'y a que deux sources, la supérieure, qui sert pour la boisson, et l'inférieure, dont on fait usage pour les bains.

5° L'historique de ces eaux minérales.

L'auteur rappelle qu'elles étaient déjà connues du temps des Romains, et qu'elles acquirent une grande réputation dans le seizième siècle, époque à laquelle ces sources furent visitées par un grand nombre de personnages de distinction, surtout de l'Alsace, de Strasbourg, de la Lorraine et du Palatinat, parmi eux figure la duchesse de Bouillon et son fils, la duchesse douairière Catherine de Vademonde, le landgrave George de Hesse-Darmstadt, l'électeur Frédéric du Palatinat, etc. La guerre de trente ans, ainsi que les guerres de France qui se succédèrent, envahirent, au dix-septième siècle, les contrées où sont situées les eaux de Hambach et de Schwollen, et empêchèrent les étrangers de s'y rendre. En 1744, on s'efforça de relever ces sources de l'oubli dans lequel elles étaient tombées; mais ce ne fut qu'en 1776, après le partage du comté postérieur de Sponheim entre les couronnes de Bade et de Deux Ponts, que de nouveaux établissemens de bains y furent créés par le gouvernement de Bade et d'après les ordres de feu le margrave Charles-Frédéric. Ces établissemens, d'une grande beauté, furent détruits par suite des guerres qui succédèrent à la révolution française, et dès-lors il n'exista plus rien de semblable. Ce n'est qu'à l'époque où le grand-duc d'Oldenbourg prit possession de la principauté de Birkenfeld, qu'on se rappela l'ancienne réputation de ces eaux, et, grâce aux soins de M. le docteur Rieken, qui s'était convaincu, par l'emploi fréquent qu'il en avait déjà fait, de leur grande efficacité, quelques habitans de Hambach et de Schwollen ont disposé convenablement leurs demeures pour y loger les personnes qui désirent faire usage de ces eaux aux sources mêmes.

La deuxième section est partagée en deux chapitres: dans le premier, M. Rieken s'occupe des analyses des eaux minérales de Hambach et de Schwollen; il rapporte les plus anciennes faites par les docteurs Sigismond Roth et Ulric Chelius, de Strasbourg; celles de Tabernaemontan, de Cardilucius, de Ravenstein, de Maler, ainsi que celle faite par la pharmacie de la cour de Manheim. Mais ces analyses n'étant plus en rapport avec les immenses progrès qu'a faits la chimie analytique, le gouvernement de la principauté de Birkenfeld, sur la proposition et avec la coopération de M. Rieken fit instituer en 1835 et 1836 une nouvelle analyse par le pharmacien Adam Becker, demeurant alors à Birkenfeld et actuellement à Laufenbourg, en Suisse. Plus tard, en 1838, le célèbre chimiste Kasner, d'Erlange, fit, d'après les ordres du grand-duc d'Oldenbourg, une dernière analyse. Nous nous bornerons à reproduire cette dernière, que nous traduisons textuellement.

(1) Die eisenhaltigen mineralquellen zu Hambach und Schwollen im grossherzoglich Oldenburgischen fürstenthume Birkenfeld, mit hinweisung auf die geschichte, lage und eigenthümlich keten dieses fursthenthums, etc.

cette dernière ressource, et voici en peu de mots comment il a procédé à cette opération. Un aide comprimant fortement l'hypogastre, un premier crochet à deux branches a eté posé en arrière et en dessous de la tumeur, puis un second fixé ensuite à la partie supérieure, avec lesquels on a commencé de légères tractions en avant, soutenues sur les côtés par les branches d'une pince droite de Museux ; pour ariver à faire sortir la tumeur autant qu'il le fallait et se prémunir contre la déchirure et l'écrasement des tissus qui commençaient à céder sous les crochets, M. Velpeau, au moyen d'une aiguille courbe portée en arrière, en traversa la racine avec une anse de fil qui la maintint fortement tirée en dehors ; après quoi les lèvres étant soigneusement écartées, M. Velpeau détacha la tumeur, en creusant autant que possible dans les tissus sains ; celle-ci extraite était considérablement diminuée de volume par suite de l'affaissement et de l'écrasement de la masse cancéreuse qui comprimait tout le col et une partie du corps de l'utérus. Il n'y a eu ni hémorrhagie, ni aucun accident consécutif immédiat ; par précaution le pansement a été fait avec des boulettes de charpie imbibées d'eau de Rabel, et depuis l'opération jusqu'à ce matin lundi, l'état de la malade a continué d'être satisfaisant et n'inspire encore aucune inquiétude.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui résultera de cette grave opération. L.... E.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Résumé général de la clinique pendant le mois d'avril 1840.

(Suite du nº 61.)

Fièvres éruptives, 4 cas.

1° *Rougeole*, cas léger. (Salle Sainte-Madeleine, 13.) Femme de vingt-cinq ans, malade depuis quatre jours. Une seule saignée.

Convalescence le quatrième jour.

2. *Rougeole*, cas grave (salle Saint-Jean de Dieu, 13.) — Homme de 23 ans, malade depuis 6 jours. Deux saignées générales, une locale. Convalescence le quatrième jour. La guérison complète a été retardée de quelques jours chez ce sujet par une bouffissure érysipélateuse du visage.

3. *Rougeole*, cas grave. (Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11.) Homme de vingt-un ans, malade depuis sept jours. Une saignée ; 30 sangsues au cou. Convalescence le quatrième jour.

4. *Scarlatine.* (Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7.) Homme de vingt ans, malade depuis quatre jours. Une saignée de trois palettes et 20 sangsues au cou.

Un rhumatisme articulaire aigu intense, qui survint le troisième jour, exigea deux nouvelles saignées.

Entré le 14 avril, il est convalescent des deux affections le 20 du même mois.

Angine, 2 *cas.*

1. Une femme de vingt ans, malade depuis la veille, présentant une angine gutturale (peut-être fièvre éruptive avec éruption mal dessinée).

Deux saignées et vingt sangsues au cou.

2. *Angine pharyngée*, cas moyen. Homme de vingt-cinq ans, malade depuis quatre jours. Une saignée et vingt sangsues au cou. Convalescent le troisième jour.

Rhumatisme articulaire aigu avec coïncidence d'endocardite 1 *cas.*

Salle Sainte-Madeleine, 7. Femme de dix-neuf ans. Sept saignées, cinq générales, deux locales, et un vésicatoire. Convalescence le neuvième jour.

Erysipèle facial double, cas grave.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Quatorze ans ; malade depuis trois jours. Deux saignées, seize sangsues au cou. Convalescence le huitième jour.

Céphalalgie avec fièvre forte. Cas douteux, mais grave.

Vingt-un ans ; malade depuis six jours. Deux applications de sangsues. Convalescence le quatrième jour.

Ainsi donc, si nous faisons le relevé total des maladies inflammatoires aigues entrées dans le service de M. Bouillaud, du 1er avril au 1er mai 1840, et traitées par la nouvelle formule, nous trouvons 32 cas.

Entéro-mésentérites typhoïdes, 11 cas.	Cas graves,	3
	moyens,	7
	léger,	1
Pleuro-pneumonies, 6 cas.	très grave,	1
	assez grav.,	2
	moyens,	2
	légers,	1
Méningite cérébrale et rachidienne,		2
Rougeole et scarlatine,		4
Péritonite,		3
Angine, bronchite, rhumatisme articulaire, érysipèle,		6
	Total,	32

Il est bien entendu que nous ne faisons pas entrer dans ce relevé les quatre individus atteints de bronchite, pneumonie et péritonite, qui sont morts deux ou trois heures après leur entrée dans le service, et n'ont pu être ni traités, ni même vus par M. Bouillaud.

Nous restons donc avec un total de 32 malades traités par la nouvelle formule.

Mortalité, *nulle.*

Passage à l'état chronique, *nul.*

En présence de résultats aussi tranchés, déduits d'observations authentiques, toutes dictées au lit du malade, est-il besoin de répondre encore à ceux qui prétendent que, par la méthode des émissions sanguines coup sur coup, *on jugule souvent le malade plutôt que la maladie?* N'est-il pas évident que dans des cas semblables à ceux-ci, traités à temps et par cette méthode, la guérison est la règle et la mort l'exception très rare? Abandonnant tout à fait l'expression de *juguler*, qui semble causer tant de répugnance à certaines personnes, et ce ne sont pas des disputes de mots que nous prétendons soulever ici, ne sommes-nous pas en droit de faire remarquer que les maladies aigues ont été enrayées, arrêtées dans un espace moindre que le premier septénaire ; que la moyenne de la durée, si nous la prenons pour les trente-deux cas cités plus haut, a été de moins de sept jours. Tels sont les résultats que l'on obtient dans un service où, selon quelques personnes, la durée des maladies est, non pas diminuée, mais augmentée par la formule des émissions sanguines. F.

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

Conférences cliniques de 1839.

Depuis que l'hôpital a été agrandi, les conférences cliniques de M. Bricheteau sont devenues plus intéressantes, par le seul fait de l'augmentation des malades : au lieu de 40 lits d'hommes, le service en contient 55, auxquels il faut ajouter une vingtaine de lits de femmes dans l'ancien bâtiment ; total, environ 75 lits, sans parler d'un rang de lits supplémentaires qu'on pourrait facilement placer dans la nouvelle salle, si les circonstances l'exigeaient. Cette nouvelle salle fait partie du bâtiment neuf, vaste et belle construction qui attend un côté parallèle dont le projet est d'ailleurs arrêté et le plan depuis long-temps tracé. Ces salles nouvelles sont élevées sur des caves bien construites en pierres de taille, dans un terrain sablonneux, sec et élevé. Elles sont vastes et élevées, pourvues d'un grand nombre de croisées pouvant s'ouvrir parallèlement à trois hauteurs différentes ; c'est un excellent moyen d'aérer des salles sans exposer les malades à des courans d'air nuisibles. *L'aération* est ici d'autant plus facile et d'autant plus salutaire que le bâtiment est isolé de tous côtés, ayant les deux expositions du levant et du couchant. Ces salles ont des calorifères qui les réchauffent par des courans d'air chaud que fournissent de vastes bouches de chaleur situées aux deux extrémités de chaque salle. On peut y entretenir une température uniforme de 12 à 15 degrés. Ces salles présentent à chaque extrémité un pavillon de 6 à 8 lits qu'on en a retranché pour le service des convalescens ou des maladies contagieuses ; les pavillons sont séparés du corps principal de la salle par des corridors communiquant avec l'escalier, et qu'un double vitrage isole de la salle et du pavillon. Ces corridors sont affectés au passage des offices et des lieux d'aisances. Il résulte de cette disposition que le corps principal de chaque salle n'offre d'autres issues que celles des corridors, lesquels sont encore séparés du dehors par un vestibule et de doubles portes. Nous ne croyons pas qu'on ait construit jusqu'à présent d'asile aussi confortable, aussi favorable au rétablissement des malades que les salles dont nous parlons ; nous ajouterons que si l'on reconstruit l'hôpital Necker en entier sur le même plan, comme le projet en est arrêté, cet hôpital, placé de la manière la plus favorable, sera l'un des premiers établissemens de ce genre de la capitale ; il peut maintenant contenir environ 320 malades. On construit en ce moment des amphithéâtres et des bains qui puissent répondre aux exigences du service. Les nouvelles constructions projetées permettront de porter à 450 peut-être le nombre des lits de cet établissement important, principalement destiné, comme l'Hôtel-Dieu et la Charité, aux maladies aiguës et chroniques *ordinaires.*

M. Bricheteau s'est, comme les années précédentes, beaucoup occupé de la phthisie pulmonaire, dont il annonce depuis longtemps une histoire complète ; il continue ses expériences thérapeutiques sur cette maladie ; il fait marcher de front des recherches curieuses d'érudition avec des études cliniques, et des essais de pratique suivis avec une grande persévérance. Des auteurs dont il a parlé à plusieurs reprises, nous avons retenu les noms de Raulin et de Lanthois, auxquels on doit des traités bien oubliés sur la phthisie pulmonaire. L'un de ces praticiens est connu surtout par ses diatribes contre l'emploi du lait dans l'affection tuberculeuse du poumon, et par son opinion extrêmement prononcée, que la phthisie pulmonaire guérit spontanément. Ce qu'il y a de plus particulier et de plus surprenant dans le développement de cette opinion de Raulin, qui écrivait il y a près de soixante ans, c'est qu'il appuie ses assertions d'autopsies cadavériques qui lui ont souvent dévoilé des cicatrices dans les poumons des phthisiques guéris depuis long-temps.

Ces cicatrices sont sans doute loin d'être aussi bien dé-

Propriétés chimiques des deux sources.

	Source de Hambach.	*Source supérieure de Schwollen.*
Acide carbonique se dégageant sous forme de gaz par l'ébullition,	14,20 gr. ou 25,3596 pouces cubiques de Paris.	14,0 grains. près de 24,9040 pouces cubiq. de Paris.
Carbonate de soude (sodique),	1,4150	1,8750
— lithine (lithique),	0,0050	0,0225
— baryte (baritique),	0,0005	0,0015
— strontiane (strontiq.),	0,0004	0,0012
— chaux (calcique),	1,1156	0,9925
— magnésie (magnésiq.),	0,3850	0,6415
— protoxide de manganèse (manganésique),	0,0015	0,0018
— — de fer,	0,6525	0,4925
Crenate et apocrenate de soude,	0,0125	0,0135
Sulfate de soude,	0,0945	0,1465
Phosphate de soude,	0,0895	0,1185
Sous-phosphate d'alumine,	0,0012	0,0015
Acide silicique,	0,2775	0,2575
Alumine,	0,0000	0,1425
Fluorure de calcium (calcique),	des traces.	0,0005
Chlorure de potassium (potassiq.),	0,0250	0,1225
— de sodium (sodique),	0,0435	0,5115
— de lithium (lithique),	des traces.	0,0010
Bromure de sodium,	0,0085	0,0011
Iodure de sodium,	des traces.	0,0165

Dans le deuxième chapitre, M. Rieken émet son opinion sur les lieux présumables où les eaux de Hambach et de Schwollen prennent leur source, et passe en revue les opinions que l'on pourrait établir à ce sujet, ainsi que les théories déjà émises relativement à la manière dont se forment les eaux minérales.

La troisième section, la plus importante sous le rapport médical, se compose de quatre chapitres. Dans le premier, l'auteur expose avec méthode les effets thérapeutiques des eaux minérales de Hambach et de Schwollen en général employées en boisson, en bains, sous forme de douches et de bains de gaz carbonique ; il y joint des considérations sur l'action du dépôt minéral des sources susdites. M. Rieken range ces eaux parmi les eaux ferrugineuses, à la fois astringentes (toniques) et résolvantes. En raison de ces qualités mixtes, elles agissent, selon lui, non-seulement d'une manière fortifiante sur tous les systèmes de l'économie animale, mais encore légèrement résolvante et évacuante sur le tube intestinal et les organes urinaires. Cette action fortifiante et résolvante est aussi très marquée sur le système lymphatique et glandulaire, et sur les membranes muqueuses. Il mentionne comme deux propriétés supérieures de ces eaux, l'heureuse influence qu'elles exercent sur le ventre et les organes génitaux, influence qui est telle que la fécondité de la femme et la puissance génératrice de l'homme se trouvent augmentées. Les propriétés toniques prédominent davantage dans les eaux de Hambach que dans celles de Schwollen.

Dans le deuxième chapitre, l'auteur se livre à un examen comparatif des eaux de Hambach et de Schwollen avec les eaux ferrugineuses de Spa, de Schwalbach, de Cudowa, de Steben, de Wiesau, d'Eger, de Bocklet, de Bruckenau, de Pyrmont, de Dribourg, de Godelheim, de Pitersthal, etc., etc. Le résultat de cet examen est que les eaux de Hambach et de Schwollen ont beaucoup de ressemblance avec celles de Spa, et surtout avec celles de Schwalbach, bien qu'elles en diffèrent encore sous plusieurs rapports : les propriétés thérapeutiques des premières sont moins purement toniques que celles de Spa ; elles agissent au contraire, surtout celles de Schwollen, d'une manière un peu plus dissolvante et évacuante à la fois.

Dans le troisième chapitre, M. Rieken énumère d'abord les maladies contre lesquelles on peut employer avantageusement les eaux de Hambach et de Schwollen. Selon lui, elles sont indiquées dans tous les cas « où on a pour but de ranimer et de fortifier » sans trop astreindre et sans trop échauffer, où on veut résoudre sans débiliter et améliorer la mixtion des parties fluides et » solides du corps, ainsi que les corroborer. » Elles conviennent dans toutes les maladies provenant de la faiblesse des systèmes nerveux et sanguin, dans les hémorrhagies et les blennorrhées passives, dans les cachexies, et dans beaucoup de cas d'engorgement et de maladies des organes de la nutrition, du système cutané et du système musculaire, caractérisées par la faiblesse. Elles conviennent mieux, en général, aux constitutions phlegmatiques, lâches, torpides et chlorotiques, qu'aux personnes douées d'un tempérament nerveux-sanguin très susceptible, bien que cependant elles ne soient pas toujours contre-indiquées en pareil cas.

Les classes de maladies contre lesquelles on peut en faire l'application, sont : la faiblesse du système nerveux avec le caractère d'atonie, ainsi qu'avec celui d'éréthisme (sous des conditions données) ; l'atonie et le relâchement général du système sanguin, des muscles, des tissus musculaires et fibreux, de la peau, des membranes muqueuses et sécrétoires, du système osseux : les cachexies et les cacochymies générales ; toutes les affections de l'estomac et des intestins dépendant de faiblesse ou atonie ; les maladies chroniques des organes respiratoires, des reins, de la vessie, des organes génitaux chez l'homme et la femme qui tirent leur origine de la même cause. Elles sont souvent avantageuses, enfin, lorsque leur usage a été précédé de l'emploi d'eaux minérales débilitantes et résolvantes, comme de celles de Kreuznach, d'Ems, de Wiesbade, de Bertrich, de Kicsingen, etc.

M. Rieken nous fait ensuite connaître les maladies spéciales contre lesquelles les eaux de Hambach et de Schwollen agissent favorablement ; ce sont : l'hypochondrie et l'hystérie (non matérielles) avec le caractère nerveux asthénique ; les spasmes et le tremblement des membres dépendant de faiblesse ; les affections spasmodiques et douloureuses de plusieurs organes ; la faiblesse des organes des sens ; la migraine ; le tic douloureux ; la cardialgie et les coliques nerveuses ; le vertige nerveux ; la disposition aux syncopes ; la faiblesse de la mémoire ; la sciatique ; la boulimie ; la paralysie incomplète et même complète ; les rhumatismes chroniques ; la goutte dépendant d'une faiblesse des nerfs avec le caractère d'atonie ; la faiblesse de la peau, accompagnée d'une disposition morbide à des sueurs excessives ; les scrofules ; le rachitisme ; l'atonie de l'estomac et du tube intestinal ; la disposition à la constipation et aux diarrhées, due à un état de débilité par relâchement des membranes intestinales, jointe à une assimilation lente et paresseuse ; les hémorrhoïdes, ainsi que les engorgemens du foie, du système de la veine porte et de la rate dus à un état d'atonie ; les vers, surtout les ascarides ; la disposition héréditaire à des hémorrhagies mortelles ; les blennorhées excessives des bronches ; les rhumes invétérés ; le phthisie pituitaire ; la toux spasmodique, les spasmes de la poitrine, et les palpitations provenant de la faiblesse des nerfs thoraciques.

M. Rieken n'a pas borné là l'emploi de ces eaux : il en a également obtenu des succès en les administrant mêlées à du lait dans la coqueluche pendant sa période spasmodique et dans la convalescence de cette maladie chez des enfans déjà avancés en âge, d'une constitution molle et lymphatique. Elles ont en outre montré beaucoup d'efficacité dans la chlorose, l'aménorrhée, la dysménorrhée, la disposition à des hémorrhagies utérines excessives périodiques ou non, ainsi qu'à l'avortement ; disposition résultant d'une faiblesse générale ou locale ; contre la stérilité, l'im-

crites que dans l'ouvrage de Laënnec, auquel on semble en avoir attribué la découverte. Néanmoins, on ne peut pas douter que Raulin n'ait bien vu, il y a plus d'un demi-siècle, ce qu'on croyait avoir découvert de nos jours. Quant à l'ouvrage de Lanthois, qu'on trouve, selon M. Bricheteau, dans toutes les cases à 10 sous le volume et chez les marchands de *bric-à-brac*, beaucoup de médecins l'ont stygmatisé sans l'avoir lu ; d'autres ont regardé comme un charlatan effronté et stupide cet homme doué d'une imagination vive, d'une assez grande facilité d'écrire et d'une singulière aptitude à développer une théorie fondée sur des hypothèses d'humorisme, qu'on repousserait moins brutalement aujourd'hui qu'il y a trente ans, époque où Lanthois exerçait la médecine à Paris d'une façon à se faire peu estimer de ses confrères. C'était un ancien médecin de Montpellier qui avait émigré à Paris avec les théories hypothétiques de son école ; il avait la tête meublée des doctrines physiologiques de Grimaud, dont il avait été l'ami, et de la Chémiatrie de Baumes, son successeur. Lanthois était dominé par deux idées qui l'absorbaient tout entier : l'une que la phthisie pulmonaire consistait dans une altération des humeurs ; l'autre, que l'émétique à petites doses pouvait neutraliser cette altération, la prévenir même. Parti de ce point, il donna une extension singulière à l'usage du tartre stibié envisagé comme moyen prophylactique ; il suppose même qu'il peut préserver d'autres maladies de poitrine que la phthisie : le croup, par exemple. Il prescrit l'usage journalier d'une espèce d'eau minérale stibiée, etc. ; mais il ne se borne pas à l'usage de ce moyen, il préconise encore les toniques, les dépuratifs, le régime animal, les viandes substantielles ; en un mot, cette kyrielle de médicamens et d'alimens fortifians qu'on trouve aujourd'hui dans les consultations de certains docteurs soit-disant intrépides novateurs.

Dans le cours de l'année 1839, un grand nombre de phthisiques ont été traités dans le service de M. Bricheteau par diverses méthodes. L'émétique, l'ipécacuanha, la digitale pourprée, l'acide hydrocyanique, ont été employés sous diverses formes et à différentes doses ; mais, comme nous savions que M. Bricheteau se proposait de publier prochainement dans son ouvrage les résultats qu'il a obtenus, nous n'avons pris aucune note sur les malades, nous n'en ferons mention ici que pour mémoire, en rappelant toutefois que les compte-rendus des années précédentes contiennent des documens sur ce sujet important.

Jusqu'au 10 janvier, nous eûmes peu de pneumonies, quelques fièvres typhoïdes légères, des varioloïdes. Parmi les maladies chroniques, se trouvèrent plusieurs affections organiques du cœur, difficiles à caractériser, et contre lesquelles l'art ne peut rien : deux maladies incurables de l'estomac, et quelques phthisiques. La mortalité fut très peu considérable ; deux ouvertures de corps seulement présentèrent de l'intérêt.

Un homme qui avait eu des symptômes d'aliénation, et qui disait avoir perdu momentanément la vue, s'étrangla durant la nuit, dans son lit, à l'aide d'une bande à pansement, sans que ses voisins s'en aperçussent. On trouva dans le cerveau deux kystes apoplectiques : l'un était très petit, de formation récente ; l'autre égalait la grosseur d'une noix. La membrane qui le tapissait était déjà assez consistante ; on put l'isoler avec le manche d'un scalpel. Tous les deux étaient situés à la partie postérieure de l'hémisphère gauche, immédiatement au-dessus de l'arrière cavité du ventricule.

La seconde autopsie était celle d'un jeune homme qui nous fut apporté pris de vin, et qui à la suite d'excès était tombé dans une sorte de stupidité, qui ne permit de prendre aucun renseignement sur le commémoratif. Bientôt après, le malade offrit du délire, de la carphologie, des hallucinations, etc., et il succomba rapidement. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes les deux poumons tuberculeux dans presque toute leur étendue, et au premier degré, un peu d'épanchement dans les deux ventricules latéraux du cerveau. Le malade, pendant le peu de temps que nous pûmes l'observer, n'avait ni toux, ni difficulté de respirer. Les symptômes graves, qui avaient leur point de départ au cerveau, éloignèrent toute idée d'auscultation. Les tubercules à l'état de crudité, et le faible épanchement cérébral, parurent insuffisans pour expliquer la mort. On ne trouva d'ailleurs aucune lésion importante dans les autres viscères splanchniques, si ce n'est une forte rougeur de la membrane interne de l'estomac. Ne serait-il pas possible que dans le cas présent, l'abus des boissons alcooliques ou fermentées eût produit un délire sympathique et porté une atteinte mortelle aux forces de la vie, chez un sujet tuberculeux et affaibli par des excès répétés ? Il est bien remarquable, d'ailleurs, que dans ce cas, la maladie principale ait été effacée par des accidens accessoires au point d'en laisser ignorer l'existence. Ici ce ne serait point la lésion la plus forte qui aurait fait taire la plus faible, conformément au sens d'un aphorisme célèbre ; ce serait tout le contraire...

Voici un autre fait qu'on peut grouper à côté du précédent, sous le point de vue de l'incertitude du diagnostic et de la valeur réelle de l'induction que peuvent fournir au praticien les symptômes cérébraux :

Un homme de soixante-cinq ans, ayant l'habitude de l'ivrognerie, entra à l'hôpital le 25 mars. Il se plaignait de douleurs vagues, d'amertume de la bouche ; il avait un peu d'oppression, etc. On lui administra un émétique, puis un laxatif, qui parurent le soulager. Toutefois, il ne nous parut pas entièrement jouir de sa raison ; et au rapport des autres malades, il avait même déliré pendant les nuits précédentes. L'auscultation ne fit connaître qu'une faiblesse de la respiration, et quelques légers râles. Néanmoins, l'existence du délire nocturne et l'état habituel des facultés intellectuelles donnèrent de l'inquiétude sur le sort de ce malade ; ce n'était pas sans raison, car il succomba la nuit suivante, à l'insu de ses voisins.

A l'ouverture du corps, on trouva un peu de congestion cérébrale. Les deux poumons étaient pareillement le siége d'une congestion, mais beaucoup plus considérable que celle du cerveau ; leur parenchyme était rempli d'un sang combiné avec le tissu organique : c'était une véritable splénisation pulmonaire générale sans foyers sanguins, circonscrite, avec un notable ramollissement dans les lobes moyen et inférieur. Dans l'un des lobes supérieurs (du côté gauche) existait une petite caverne, qui contenait des débris de tubercules ; son étendue était d'environ trois centimètres ; elle paraissait fort ancienne, et depuis long-temps stationnaire. Aucun tubercule ne fut remarqué dans le tissu environnant, ni dans les autres parties des deux poumons ; il n'y avait aucune trace d'emphysème. L'épanchement sanguin était si étendu, que, sauf quelques points du lobe supérieur droit, tout l'organe pulmonaire était évidemment impropre à la respiration ; on le réduisait facilement en bouillie, etc.

Ce malade avait été enlevé par une apoplexie, maladie réservée à un grand nombre d'individus atteints d'affections chroniques des organes circulatoires, et qui n'est pour l'ordinaire que l'effet des lésions préexistantes. Le cœur était flasque, ses parois amincies, la face interne des cavités de ce viscère et l'intérieur de l'aorte ecchymosés. Cette grande artère était élargie, son tissu se déchirait facilement ; le foie était atrophié ; sa membrane propre paraissait trop grande pour le tissu hépatique ; l'estomac et les intestins étaient sains.

L'autopsie n'explique pas d'une manière satisfaisante l'altération des facultés intellectuelles et le délire qu'on avait observés chez ce malade et qui pouvaient faire soupçonner une lésion grave de l'encéphale. De graves lésions existaient dans la poitrine, particulièrerement dans le cœur et l'aorte, et cependant aucun symptôme bien tranché ne les indiquait ; on ne peut pas dire qu'elles fussent étrangères à l'apoplexie pulmonaire qui a terminé la vie de ce malade ; bien au contraire, nous croyons, dit M. Bricheteau, que cette maladie survient rarement sans quelque altération ancienne du système circulatoire compris dans la poitrine. Ce sujet était phthisique, et en voie de guérison ; il n'est pas douteux qu'il n'eût guéri sans cet accident ; car il n'avait qu'un petit nombre de tubercules circonscrits.

Les deux faits précédens prouvent que les symptômes cérébraux les plus significatifs sont quelquefois sympathiques de la lésion d'un organe éloigné, particularité souvent constatée, exagérée peut-être à une certaine époque que l'étude des sympathies était à l'ordre du jour, mais aujourdhui trop négligée. Nous ne saurions nombrer les cas où cette corrélation sympathique des principaux organes de l'économie avec le cerveau, a rendu le diagnostic difficile, et nous devons confesser qu'elle nous a induit en erreur quand nous n'en avons pas mesuré toute l'étendue.

Combien de fois des affections intestinales n'ont-elles pas été prises pour des maladies de l'encéphale ? que d'altérations du foie ont trompé le praticien, en se voilant d'accidens cérébraux, etc. Cela tient sans doute à ce que le cerveau, jouissant d'une impressionabilité plus grande que beaucoup d'autres viscères, réagit plus sensiblement lors même qu'il n'est lésé que par contre-coup.

C'est donc une nécessité dans la pratique d'examiner, de bien peser les symptômes cérébraux avant de les rattacher à une maladie essentielle de l'encéphale. Il ne faut pas oublier que cet organe s'émeut souvent et se trouble, non pas parce que sa substance, d'ailleurs très peu sensible, est malade, mais parce qu'elle prend part aux dérangemens des autres viscères auxquels la rattachent de nombreux liens sympathiques.

Peu de maladies intéressantes s'offrirent à notre observation pendant le reste du trimestre d'hiver, c'est-à-dire jusqu'à la fin de mars, où, en quittant le service des hommes, nous vîmes arriver quelques pneumonies et quelques affections tympoïdes.

M. Bricheteau nous fit remarquer que les phthisiques, qui ordinairement meurent en grand nombre à cette époque, étaient dans un état stationnaire, et n'éprouvaient aucune influence fâcheuse d'une température froide, variable, généralement si nuisible à la santé au commencement du printemps. Cela tenait sans doute à ce que les variations atmosphériques étaient de courte durée, que le froid et l'humidité n'étaient que passagers. Quelques angines, des embarras gastriques, des diarrhées, des catarrhes, un petit nombre de varioloïdes forment la base du service pendant le mois de mars ; il n'y eut que de loin en loin des

---

puissance virile, les pertes séminales involontaires, les flueurs blanches, les blennorrhées urétrales par faiblesse, la gonorrhée secondaire, les dyscrasies mercurielles, etc.

Ces eaux sont contre-indiquées dans toutes les maladies aiguës fébriles, lorsqu'il existe de la pléthore ou une disposition à des affections inflammatoires, aux hémorrhagies actives et à l'apoplexie, dans les maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux, dans les indurations et les exulcérations, ainsi que dans les engorgemens considérables ayant leur siége dans des organes importans ; dans les tubercules, dans l'hystérie et l'hypochondrie matérielles ; et enfin lorsque l'organisme tout entier ou un organe seulement présentent une susceptibilité spasmodique excessive. On ne peut les employer qu'en remplissant certaines conditions, dans l'état de grossesse, pendant la menstruation, et contre la disposition à des congestions ou à des hémorrhagies ; elles ne conviennent que très rarement dans les deux périodes extrêmes de la vie, savoir, un âge trop tendre et la vieillesse.

M. Rieken expose ensuite les cas qui réclament les bains, et ceux où l'on doit faire usage des eaux à la fois en bains et en boisson, et ceux où l'on doit se borner à l'un ou à l'autre de ces deux modes d'administration ; il a soin de préciser les indications et les contre-indications de leur application sous forme de douche, de bains à poussière et à gouttière, de douche ascendante, de bains préparés avec le dépôt minéral des sources, de bains de gaz carbonique, etc.

Dans le quatrième et dernier chapitre, l'auteur expose les règles à suivre pendant l'usage des eaux de Hambach et de Schwollen, ainsi que la manière de les employer sous leurs différentes formes. Ce chapitre, comme les précédens, dénote une grande expérience de la part de l'auteur. Dans l'impossibilité où nous sommes de donner une esquisse de cette partie de l'ouvrage, nous nous bornerons à dire que la méthode ordinaire dont on fait usage de ces eaux à l'intérieur, et que l'on nomme *cure moyenne*, consiste à boire pendant trois à quatre semaines deux à quatre livres d'eau par jour, en commençant le matin à jeûn (à 5 ou 6 heures) par 2, 3 ou 4 verres contenant chacun une demi-livre de liquide, entre chacun desquels on met un intervalle d'un quart d'heure. On augmente graduellement le nombre de verres jusqu'à 5, 6 et 8, toujours en se promenant. On peut aussi se servir de la soi-disant *petite cure*, en ne prenant qu'un ou deux verres chaque matin à jeûn, et continuer ainsi pendant plusieurs mois et même plusieurs années ; cette méthode convient surtout dans beaucoup de cas de faiblesse des organes de la digestion. Nous ajouterons que M. Rieken a pu se convaincre que l'eau de Hambach ne perd pas de son efficacité par le transport dans d'autres pays ; elle supporte même sans s'altérer des voyages sur mer. On la conserve très bien et pendant très long-temps dans des cruches, lorsqu'on a soin de placer celles-ci dans une cave fraîche et sur des planches, jamais sur du sable ni sur des pierres. Il est donc permis de faire usage de ces eaux partout ailleurs qu'à leurs sources mêmes. On peut s'en procurer en s'adressant par écrit au maire de la ville de Birkenfeld. Il y en a également toujours en dépôt chez le pharmacien Griepekoven, fournisseur des eaux minérales de la Cour, rue au Beurre, 24, à Bruxelles. Quant aux eaux de Schwollen, il n'a pas encore été constaté si elles peuvent être transportées ailleurs sans se décomposer ; cependant les essais de M. Rieken semblent démontrer qu'elles sont également transportables.

Tel est le résumé rapide de l'ouvrage de M. Rieken : nous l'avons lu avec un véritable intérêt ; nous regrettons seulement de n'être pas assez versé dans la langue allemande pour en bien saisir tous les détails pratiques. Nous croyons ne pas nous tromper en disant qu'il est le fruit de laborieuses recherches, de nombreux essais et de l'observation attentive et très souvent répétée des faits. La longue expérience de M. Rieken, qui a fait pendant dix-sept ans l'objet spécial de ses études des eaux minérales de Hambach et de Schwollen, donne à son travail un cachet tout particulier bien propre à inspirer de la confiance à ses lecteurs, et à les engager de répéter ses essais. On pourra lui reprocher d'avoir fait usage des eaux qu'il préconise dans un trop grand nombre de maladies, et peut-être aussi de ne pas avoir donné des histoires particulières des cas nombreux qu'il a observés. Mais si M. Rieken a constaté l'efficacité de ces eaux dans toutes les affections qu'il indique (et nous avons foi en ses assertions), il a bien fait de le faire connaître, et la science ne peut que profiter de ses communications. En outre, les indications voulues par M. Rieken pour l'usage de ces eaux, sont tout-à-fait en harmonie avec celles données par les auteurs les plus renommés qui ont écrit sur d'autres eaux minérales ferrugineuses ressemblant à celles de Hambach et de Schwollen. D'autre part, il est toujours difficile, surtout pour un praticien fort occupé, de recueillir des observations complètes dans des maladies dont le traitement est souvent très long, et chez des malades qu'on ne voit pas journellement, que l'on perd même quelquefois de vue pendant un certain temps. D'ailleurs ces observations, presque toujours fort longues, n'ont ordinairement d'autre mérite que d'augmenter inutilement le volume de l'ouvrage.

Nous devons savoir gré à M. Rieken de nous avoir révélé les propriétés thérapeutiques des eaux de Hambach et de Schwollen qui, grâces à ses efforts, se relèveront de l'oubli dans lequel elles étaient tombées. La beauté du pays où se trouvent ces sources bienfaisantes, leur situation géographique, et par dessus tout la grande efficacité dont elles sont douées, doivent faire désirer que le gouvernement oldembourgeois contribue à leur redonner leur ancienne réputation en créant des établissemens assez spacieux pour y recevoir convenablement des malades. La France surtout profiterait de telles dispositions, les sources étant fort peu éloignées de Metz ; il y aurait encore cet avantage pour les malades, qu'ils pourraient s'y rendre immédiatement après avoir fait usage des eaux de Kreuznach, d'Ems, de Wiesbade, etc. En attendant que de semblables établissemens se forment, nous croyons faire plaisir à nos lecteurs en les informant que les malades qui voudraient s'y rendre dès à présent trouveront du reste des logemens convenables dans la ville de Birkenfeld, en s'adressant pour cela au maire ou à l'un des médecins de cette localité.

J.-R. Marinus, d.-m.-p., à Bruxelles.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. Biot, professeur d'astronomie à la Faculté des Sciences de Paris, membre de l'Institut et du bureau des Longitudes, professeur au Collége de France, vient d'être nommé doyen de ladite faculté, en remplacement de M. Poisson, décédé. Les titres scientifiques de M. Biot sont connus de l'Europe entière.

— La variole règne avec une grande intensité à Bruxelles ; quelques enfans portant des cicatrices de la vaccine en ont été atteints. Cette maladie a atteint des adultes, parmi lesquels on compte quelques cas de mort. La commission médicale locale vient de rappeler, par une circulaire adressée aux médecins, les mesures de précaution pour empêcher la propagation de la maladie, au nombre desquelles figure celle qui oblige les praticiens de déclarer à la police les personnes infectées auxquelles ils donnent leurs soins, sous peine d'une amende de 3 à 6 florins et d'un emprisonnement de un à trois jours.

— Le gouvernement belge, sur l'avis de l'inspecteur général du service de santé, vient d'ordonner la revaccination dans toute l'armée. Ces opérations sont déjà commencées.

pleurésies, des pneumonies et des épanchemens thoraciques, etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— Nous avions reçu depuis quelques jours la lettre suivante; avant de la publier, et bien que nous soyons tout à fait en dehors de la discussion, nous avions cru devoir en donner communication à M. le docteur Clot, contre lequel elle contient des expressions bien vives; M. Clot nous a immédiatement fait parvenir sa réponse, que nous avions adressée à MM. les intendans de la santé publique de Marseille, espérant qu'elle suffirait pour engager ces messieurs à se désister d'une plainte dont nous ne comprenons ni la portée ni les motifs. Nous croyions donc pouvoir attendre la réponse à cette démarche de conciliation de notre part; mais les journaux de Marseille ayant publié la lettre de l'Intendance, nous devons la porter aussi sous les yeux du public, nous réservant de revenir sur ce sujet, s'il y a lieu.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

Votre numéro du 28 avril dernier reproduit un discours en forme de leçon, prononcé par M. Clot-Bey, à l'hospice de la Pitié et dans lequel l'orateur, à l'appui de ses opinions sur la contagion de la peste, a cru pouvoir se permettre des allégations très graves contre tous les lazarets en général, et en particulier contre le lazaret de Marseille.

M. Clot-Bey dit avoir vu dans ce dernier établissement *des choses presque incroyables*; il assure que des *infractions* s'y commettent journellement, et pour preuve, il va jusqu'à s'accuser d'avoir, pendant la dernière quarantaine qu'il y a subie, fait passer au dehors, en infraction des lois sanitaires, un schâle et un tapis.

De pareilles allégations ne peuvent rester sans réponse. Ou M. Clot-Bey s'est réellement rendu coupable de la violation qu'il a signalée, ou il n'a cédé qu'au désir de donner plus de force à ses assertions, à l'aide d'une fiction présentée sous la couleur d'un fait personnel.

Dans le premier cas, M. Clot-Bey a commis un fait que la loi réprouve et punit sévèrement; dans le second cas, son accusation ne porte pas contre lui, mais bien contre l'administration qu'il s'est plu à désigner.

Quoi qu'en ait dit l'auteur du discours, cette administration, qui connaît toute l'importance de ses devoirs, a veillé et veillera toujours avec zèle au maintien des réglemens qu'elle est chargée de faire observer; que si, en dépit de sa vigilance, il vient à être établi que des infractions ont été commises, le soin qu'elle mettra à en poursuivre les auteurs, servira à prouver que, si les réglemens sanitaires peuvent être parfois violés, ce n'est pas du moins avec impunité.

L'auteur du discours peut être persuadé que l'administration ne négligera aucun moyen de parvenir à la découverte de la vérité.

En attendant, M. le rédacteur, nous vous déclarons que nous protestons formellement contre les assertions que vous avez rapportées, et que nous n'hésitons pas à qualifier de mensongères et calomnieuses.

La gravité des reproches adressés par M. Clot-Bey à l'Intendance sanitaire de Marseille, l'importance de cet établissement et le juste sentiment de confiance et de sécurité qu'il a toujours inspiré aux étrangers et aux habitans, nous font un devoir de ne pas nous borner à cette protestation et de porter l'affaire devant les tribunaux. La publicité de l'attaque trouvera ainsi son remède, nous l'espérons, dans la publicité d'une condamnation.

Ce n'est pas que nous prétendions, le moins du monde, faire justice des doctrines de M. Clot-Bey, et le forcer de croire à la contagion et à l'utilité des lazarets; chacun est libre, à cet égard, d'exprimer son opinion.

Mais ce qui n'est libre à personne et ce que M. Clot-Bey aurait dû s'interdire soigneusement, c'est de chercher, dans l'intérêt d'un système, à dénigrer une administration à laquelle, quoi qu'on en dise, Marseille devra d'avoir été préservée jusqu'à ce jour du fléau terrible dont, après plus de cent ans, le souvenir est encore vivant parmi nous.

Nous vous prions, Monsieur le Rédacteur, et nous vous requérons au besoin, d'insérer cette lettre dans votre plus prochain numéro.

Veuillez agréer l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Le Président semainier, A. PLASSE. *Le Secrétaire en chef*, MAJASTRE.

Monsieur le rédacteur,

Je viens vous remercier de l'obligeance que vous avez mise à me communiquer la lettre de MM. les intendans de la santé publique de Marseille.

Je suis désolé, Monsieur, d'avoir bien involontairement éveillé la susceptibilité de l'administration sanitaire. Je déclare que je n'ai point eu l'intention de dénigrer par mes allégations le caractère d'hommes honorables qui font un des corps les plus considérés d'une ville à laquelle je suis attaché par des liens de famille, d'amitié, de sympathie. En donnant mon opinion sur l'inefficacité des mesures sanitaires, je ne voulais pas faire le procès de l'Intendance; ce qui serait aussi absurde que d'accuser l'administration des douanes de la contrebande qui s'opère malgré sa surveillance active.

Je dois le dire, Monsieur, j'ai été on ne peut plus sensible aux expressions offensantes de *fictions volontaires*, de *mensonge*, de *calomnies* dont on s'est servi à mon égard. MM. les intendans peuvent avoir le droit d'attaquer les infractions dont ils me supposeraient coupable; mais ils n'ont pas celui de suspecter mon honneur et de mettre en doute ma loyauté.

J'ai lieu de m'étonner, Monsieur, que l'administration sanitaire de Marseille veuille me rendre responsable de paroles qui ne sont pas textuellement les miennes. On m'accuse sur la version d'un rédacteur. Or, celui-ci n'a pas rendu exactement mes expressions; et cela est facile à concevoir, si l'on songe que je n'ai fourni aucune note, que mon discours n'a point été sténographié, mais qu'il a été simplement rédigé de mémoire. Aussi ai-je à signaler plusieurs inexactitudes que je vais citer dans leur ordre de succession.

1° A propos des marais auxquels on a attribué le développement de la peste, on me fait tenir le langage suivant: « Leur situation devrait être dans la Haute-Egypte, d'où les principes contagieux seraient consécutivement entraînés dans la Nubie et la Basse-Egypte. » — Il est évident que je n'ai pas pu commettre cette erreur de géographie.

2° On me fait répéter une faute analogue, à l'occasion des inondations du Nil. J'aurais dit: « La Haute-Egypte est inondée d'abord, puis la Nubie et la Basse-Egypte. »

3° Je n'ai pas pu parler de la quarantaine que j'ai subie ces derniers temps à Marseille. La seule quarantaine que j'ai faite dans le lazaret de cette ville, remonte à 1832; et pour celle de ces derniers temps, c'est à Malte qu'elle a eu lieu.

4° Enfin, il en est de même du passage qui a excité les réclamations de MM. les intendans. Ainsi, on me fait dire « que j'ai » pu faire passer un châle et un tapis; » tandis que j'ai voulu dire, et crois avoir dit, en effet, que « j'aurais pu faire passer des châ» les et des tapis; » et, « dans ma conviction, cela se pouvait. »

J'ai grandement lieu de m'étonner de la sévérité que l'Intendance manifesste dans cette occasion. Je ne sache pas qu'elle ait agi de la sorte vis-à-vis de M. Alby, un de ses anciens membres, qui, dans une brochure publiée en 1831, a consacré un paragraphe à dénoncer « les abus qu'à chaque pas on rencontre dans le » lazaret et danss ses dépendances, les fautes et infractions qui » s'y commettent, et qui finiront par introduire la peste dans la » ville si on n'y coupe court. »

Le mémoire de M. Alby contient des allégations bien autrement graves que celles que l'on m'impute.

Voilà, Monsieur le Rédacteur, la réponse que j'ai à faire aux inculpations dirigées contre moi par l'Intendance sanitaire. Cela suffira, j'aime à le croire, pour satisfaire ces Messieurs de la santé. J'ai à regretter, pour eux et pour moi, qu'avant de pousser les choses aussi loin, ils ne m'aient pas fait l'honneur de m'interpeller directement.

Je vous autorise, Monsieur le Rédacteur, à faire de cette lettre l'usage que vous croirez le plus convenable.

Agréez, etc., CLOT-BEY.

Paris, 22 mai 1840.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur et honoré confrère,

La Société de médecine-pratique, en donnant son assentiment aux expériences proposées par M. Brocchieri, a dû se borner à constater la vérité des faits, sans entrer dans d'autres détails que ceux destinés à confirmer la vertu de l'eau hémostatique appliquée *extérieurement* et *seulement* sur les animaux, aucune expérience sur l'homme n'ayant été tentée par elle jusqu'à ce jour.

Le rapport de la commission devait avoir pour but unique de rendre compte des épreuves *hémostatiques* et *contradictoires* auxquelles cinq moutons ont été soumis, et d'en exposer les résultats contradictoires. Là, subordonnant la mission qui lui avait été confiée, mission dont elle s'est acquittée avec l'impartialité la plus minutieuse, afin de ne laisser aucun doute sur sa conduite et ses intentions.

Mais, lorsqu'un prospectus jeté partout, semble vouloir l'initier dans la prescription de l'eau Brocchieri pour le traitement de maladies internes dont cette eau devient la *panacée* par excellence, la Société a regardé comme son devoir d'honneur de protester contre un semblable abus et de ne pas souffrir que ses commissaires soient ainsi compromis.

Je viens en son nom, Monsieur le rédacteur, réclamer l'insertion de sa protestation dans le plus prochain numéro de votre estimable journal, afin que le public médical et autre ne croie point que la Société de médecine-pratique ait jamais eu la coupable idée de se prêter à l'approbation comme au débit d'aucune espèce de remèdes secrets.

Agréez, etc. SERRURIER,
Secrétaire-général de la Société de médecine pratique.

Paris, 10 mai 1840.

Hôpital Saint-Louis. — M. Lugol ne fera point de leçon clinique jeudi prochain, à cause de la fête de l'Ascension.

Cours public et gratuit sur les Maladies des yeux en 40 leçons.

M. ROGNETTA a commencé ce Cours le jeudi 21 mai, dans l'amphithéâtre de M. Emile Chevé, rue de la Harpe, 90, à six heures du soir, et le continuera les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine. Les opérations seront pratiquées sur des yeux d'animaux. Il y aura des conférences cliniques à la fin de chaque leçon.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 28 MAI 1840. (15e ANNÉE.) N° 63, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5…

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. Baudens, chirurgien en chef.

Fracture de la mâchoire inférieure oblique et avec esquilles; large plaie des parties molles de la face; commotion cérébrale; forte ligature jetée autour des fragmens pour les fixer; réunion linéaire de la plaie des parties molles en treize jours sous l'empire de la suture, et consolidation parfaite de la fracture en vingt-trois jours sans laisser la plus petite difformité.

Le 4 mai, le nommé L..., chasseur au 12e régiment, fit une violente chute de cheval au Carrousel, et, par une fatalité remarquable, le bord inférieur de l'os maxillaire inférieur du côté gauche vint à heurter contre la crosse du mousqueton de ce militaire.

L... perdit connaissance au moment de l'accident, et ne reprit ses sens qu'après quelques minutes. On voyait au côté gauche de la face une plaie verticale, longue de 12 à 15 centimètres, dont la partie moyenne, contuse au plus haut degré, correspondait au rebord de l'os maxillaire, au niveau de la deuxième grosse dent molaire. Je fis à travers la brèche des parties molles, l'extraction de deux petites esquilles et de quelques morceaux de dents brisées; puis, à l'aide du pouce fixé sur le rebord de la mâchoire, et du doigt indicateur placé en opposition sur l'arcade dentaire, je parvins à mettre aisément en rapport les fragmens; mais du moment où ils étaient soustraits à l'action harmonique des puissances digitales, le fragment externe se portait en haut et en dedans, et le fragment interne se dirigeait en bas et en dehors, cédant à des moteurs musculaires antagonistes.

Vainement a-t-on recours, dans ces circonstances, aux bandages et aux appareils connus jusqu'à ce jour; les bandages et les appareils sont d'une application difficile, se dérangent facilement, ne sont applicables ni sur les jeunes enfans ni sur les enfans indociles, et toujours ils sont insuffisans. En effet, les fragmens ne sont jamais parfaitement bien affrontés, et le vide laissé entre eux n'est comblé que par d'abondans sucs osseux, d'où il résulte un cal très volumineux dont la saillie à l'extérieur choque l'œil d'une manière désagréable. Assez souvent les dents voisines de la fracture cessent d'être sur le même niveau, et la mastication est rendue difficile; enfin, le travail laborieux du cal laisse dans les tissus blancs une induration qui se dissipe avec peine, et nuit singulièrement au jeu de l'articulation temporo-maxillaire.

Ces fâcheux résultats disparaissent devant le traitemnt qui m'appartient, traitement que déjà j'ai mis en usage en Afrique pour remédier à des coups de feu, et auquel j'ai eu recours dans l'intérêt du malade qui fait le sujet de cette observation. Il consiste à placer autour des fragmens un lien destiné à les tenir dans un rapport immédiat.

On peut se servir pour engager le lien autour de la fracture d'une aiguille à suture ordinaire, surtout quand il y a plaie aux parties molles; mais mieux vaut recourir à l'aiguille à suture que j'ai modifiée. Sa longueur est de 8 centimètres, sa partie moyenne est flexible pour lui donner telle courbure qu'il plaît à l'opérateur, et elle est percée de deux chas, un près de sa pointe, et l'autre à sa base. Un lien ciré et formé de six à huit fils ordinaires doit être engagé au préalable dans les deux chas, et l'aiguille ainsi armée est saisie par la main droite de l'opérateur, dont la main gauche maintient les fragmens en rapport, en plaçant en opposition, comme nous l'avons dit plus haut, le pouce sous le rebord de la machoire et l'indicateur sur l'arcade dentaire.

A l'aide de ces préliminaires, l'opérateur dirige la pointe de l'aiguille sur le bord inférieur de la machoire, contourne la face interne de cet os, et la fait ressortir dans la ligne qui sépare la gencive du collet de la dent, suffisamment pour que le fil engagé dans le chas situé près de la pointe de l'aiguille puisse en être extrait dans la bouche. Ce premier temps opératoire terminé, l'aiguille est ramenée sur la face externe de la mâchoire pour être extraite en totalité par la bouche et en sortant au défaut de la gencive. L'opérateur saisit alors les deux chefs du lien, et fait par lui-même ou par le secours d'un aide une ligature fortement serrée autour des fragmens préalablement mis dans un rapport intime et normal. Ces chefs sont ensuite divisés et laissés au dehors de la bouche, pour que plus tard ils puissent servir de conducteurs au bistouri par la section du lien circulaire quand il devra être retiré.

Ici se termine le pansement quand la fracture n'est pas compliquée de division des parties molles; mais quand cette complication existe, comme chez notre blessé, je réunis la plaie, quel que soit son degré de contusion, à l'aide de points de suture, et entre ces points je place des bandelettes de taffetas d'Angleterre, afin d'affronter avec une exactitude parfaite les lèvres de la division des tissus; seulement, dans l'angle le plus déclive, je laisse un petit hiatus pour l'écoulement des humidités purulentes.

Tel est le traitement que j'ai employé en faveur de ce chasseur, et que j'ai complété en recouvrant le côté de la face correspondant à la blessure de linges trempés dans de l'eau froide et fréquemment renouvelée. Sous l'empire de cette médication, la tuméfaction énorme de la face tomba en quelques jours. Quant à la commotion qui avait eu lieu au moment de la chûte, elle ne fut suivie d'aucun accident grâce à une forte hémorrhagie fournie par la plaie et à deux saignées du bras que je fis pratiquer dans les premières vingt-quatre heures.

Dès le deuxième jour de sa blessure, ce militaire put prendre des potages et faire exécuter à sa mâchoire quelques légers mouvemens sans craindre de déplacer les fragmens. Cet avantage ressort essentiellement de mon traitement.

Au huitième jour, les sutures des parties molles furent retirées; la réunion était linéaire et solide, seulement un petit pertuis laissé à l'angle inférieur de la cicatrice donnait passage à quelques matières purulentes, ainsi qu'on a pu s'en convaincre à l'Académie de médecine, où j'ai présenté ce militaire au treizième jour de sa blessure.

Au vingt-troisième jour, j'ai retiré la ligature qui tenait les fragmens de la mâchoire affrontés; le cal était solide, ne présentant de saillie ni à l'intérieur ni à l'extérieur; la tuméfaction de la face était tombée entièrement; le jeu de l'articulation temporo-maxillaire était tout-à-fait libre, et à part une cicatrice linéaire peu visible placée sur la région cervico-faciale ce chasseur ne présente aucun indice d'un accident dont la gravité a compromis ses jours.

M. le président de l'Académie m'a objecté que cette fracture étant oblique dans la direction de l'oreille vers le menton et de haut en bas, les fragmens ne devaient pas se déplacer, attendu que le fragment postérieur se trouve soutenu par le biseau du fragment antérieur.

Si M. le professeur Roux a voulu dire que cette disposition de la fracture est favorable à la coaptation, nous partageons son avis; mais nous n'en inférons pas pour cela que les fractures de cette nature soient facilement maintenues réduites par les moyens ordinaires. Cette prétention pourrait induire en erreur les jeunes praticiens, et nous nous élevons contre elle de toute notre puissance.

En effet, la fracture oblique de l'os maxillaire inférieur offre un triple déplacement.

1° *De haut en bas*, par l'élévation du fragment postérieur et par l'abaissement du fragment antérieur.

2° *Selon leur longueur*, le fragment antérieur se portant en avant.

3° *Selon leur épaisseur*, le fragment postérieur étant attiré en dedans.

Or, de tous les déplacemens, le dernier est si remarquable que, chez notre malade, il avait lieu dans toute l'épaisseur de l'os. C'est ce déplacement qui rend nulle ou à peu près nulle l'objection rapportée plus haut; et c'est parce qu'il se soustrait toujours plus ou moins complètement aux moyens préconisés jusqu'à ce jour, que, pour mon compte, je n'ai pas vu encore de fracture de mâchoire guérie par ces moyens, sans laisser un cal énorme et sans une difformité notable. C'est afin d'agir spécialement sur ce mode de déplacement que j'ai eu recours à une ligature jetée autour des fragmens, et à l'aide de cette virole j'obtiens des cicatrices osseuses linéaires et sans bavure.

Quelques chirurgiens pourraient repousser mon traitement dans la crainte que la ligature, par son action sur le tissu osseux, vint à altérer l'os dans sa texture. C'est en-

FEUILLETON.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi des topiques secs pulvérulens. M. Chabrely vient de publier plusieurs observations pour montrer l'utilité de ces topiques dans un certain nombre de circonstances. Nous lui empruntons celles qui suivent.

Orchite traumatique.— Un homme de vingt-quatre ans tomba rudement sur les fesses en descendant un escalier; il se froissa cruellement un testicule contre une des marches; d'abord douleur vive. Le lendemain, gonflement de l'organe qui est très douloureux, fièvre, privation de sommeil. M. Chabrely, pour toute médication, se contente de faire appliquer sur l'organe malade le topique suivant :

Amidon en poudre,	60 grammes.
Iode en poudre,	40 centigr.
Acétate de morphine,	15 centigr.

On saupoudre une fourrure avec ce mélange, et le tout est appliqué sur le scrotum. Le deuxième jour de l'application de ce topique le testicule est désenflé d'un bon tiers, aucune douleur. La résolution était complète au bout de huit jours. Il est bon de noter que le testicule malade avait le volume du poing.

Brûlure au premier degré. — Une femme laissa tomber de l'eau bouillante sur sa jambe droite. On y remarqua une dixaine de cloches plus ou moins larges; la douleur est vive. Ces phlyctènes ayant été percées afin d'évacuer la sérosité, on applique le topique suivant :

Safran en poudre,	60 grammes.
Amidon en poudre,	45
Camphre,	1

La cuisse est calmée à l'instant même, et il n'y a pas eu la moindre suppuration. (*Bul. méd. du Midi*, mai 1840.)

Si l'observation démontre l'utilité des topiques secs pulvérulens, il faut les employer; mais il semble *à priori* que cette médication doit être lente, car le topique étant *sec* et *pulvérulent*, l'absorption des principes actifs qui entrent dans sa composition ne peut être effectuée que fort lentement. Il n'en est pas de même lorsque l'épiderme est enlevé, et c'est précisément sur cette considération qu'est fondée la méthode endermique. Pour notre part, dans l'orchite traumatique, nous avons coutume d'employer des sangsues placées *loco dolenti*; et jusqu'ici nous n'avons eu qu'à nous louer de leur emploi. Dernièrement encore, nous avons fait disparaître en quelques jours, à l'aide de ce moyen, un gonflement considérable du testicule droit qui avait été causé par une chute.

Hernie cœcale étranglée par l'anneau inguinal; circonstances remarquables. — Un homme de cinquante-quatre ans portait depuis vingt ans une hernie inguinale droite, qu'il contenait au moyen d'un brayer. Le 10 octobre 1838, étant au lit, il est pris de vomissemens, et s'efforce en vain de faire rentrer sa hernie. Le surlendemain seulement un médecin est appelé : il fait appliquer des sangsues sur la tumeur, et emploie vainement le taxis.

Le 13 octobre le malade entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux; il éprouve des éructations, et n'a rendu aucune selle depuis trois jours. Les vomissemens n'ont point reparu depuis l'invasion de l'étranglement; la tumeur herniaire a le volume de deux poings. Au premier aspect, elle ressemble à une énorme hydrocèle, et envahit tout le scrotum; elle est assez régulièrement ovoïde, dure, et se termine brusquement au niveau de l'anneau inguinal par un étranglement circulaire.

On emploie sans succès les purgatifs avec l'huile de ricin et l'huile de croton tiglium; un bain général et le taxis ne réussissent pas mieux. L'opération est résolue; elle est pratiquée de la manière suivante : à l'aide d'un pli transversal, on obtient une incision de trois pouces, qu'on prolonge en haut et en bas, en procédant de la même manière par deux autres plis. Trois couches successives de fascia sont piquées et incisées. Deux artérioles sont liées, la ponction du sac donne ensuite issue à un liquide séreux et abondant; aussitôt il s'échappe une masse considérable d'épiploon bosselée et rougeâtre; puis une anse volumineuse d'intestin dont la forme, les bosselures et les bandelettes fibreuses font reconnaître qu'il s'agit du cœcum sorti tout entier avec son appendice et deux lignes de la portion afférente de l'iléon. L'anneau inguinal est débridé avec le bistouri de Cooper en haut et un peu en dedans. Mais le cœcum est si volumineux, contient des matières si dures, qu'il est impossible de lui faire franchir l'orifice. Nouvelle incision qui augmente le débridement de trois lignes, et cette fois la réduction s'opère après de nouvelles malaxations. Une ligature est placée sur la masse d'épiploon à deux pouces de sa sortie, et toute la portion excédante est retranchée avec le bistouri. Puis le sac herniaire est excisé circulairement dans une largeur d'un pouce au moyen de ciseaux. Les deux lèvres de la plaie sont rapprochées par des bandelettes agglutinatives, mais d'une manière incomplète à cause de la portion d'épiploon qui a été conservée. Aucune complication n'étant survenue, le malade sortit de l'hôpital dans le mois de décembre. Il était complètement guéri.

Cette observation est due à M. G. Bermond. (*Idem.*)

Emploi de la décoction de cerfeuil dans les conjonctivites aiguës. — M. Chabrely se loue beaucoup de l'emploi de cette plante, et cite plusieurs observations à l'appui de son efficacité. L'auteur se sert tout simplement du décoctum de cerfeuil en fomentations répétées sur l'œil malade; il ne dit pas s'il faut instiller cette eau entre la paupière et à la surface du globe de l'œil : il est probable que oui. (*Idem.*)

Cause de l'héméralopie; sa guérison par la belladone.— Le docteur Vallette ayant examiné les yeux d'un soldat atteint depuis trois jours d'héméralopie, crut apercevoir quelque chose d'insolite dans la teinte et les mouvemens de la pupille; ayant soupçonné un commencement d'iritis, il instilla entre les paupières quelques gouttes d'une solution aqueuse d'extrait de belladone. La pupille ne tarda pas à se dilater largement, et se maintint quelque temps dans cet état. Ce soldat déclara le lendemain que sa cécité s'était déclarée la veille beaucoup plus tard que les jours précédens, et long-temps après que le soleil se fut abaissé au-dessous de l'horizon. Pendant cinq jours le même moyen fut employé, et le malade dès le deuxième jour était guéri.

Depuis cette époque, un ordre général fut donné aux héméralopes, qui étaient en très grand nombre de se présenter soir et matin à la visite du docteur Vallette. Les malades étaient tous guéris en peu de jours.

M. Vallette pense que l'héméralopie dépend du resserrement spasmodique de la pupille, resserrement qui ayant lieu chaque soir, alors que cette ouverture devrait au contraire se dilater pour permettre à un plus grand nombre de rayons lumineux de venir stimuler la rétine, doit nécessairement avoir pour résultat la suspension de la faculté de voir.

(*Gaz. méd. de Montpellier*, 16 mai.)

M. St-L...

core louissent es objecti ons spécieuses et théoriques qui s'évanune d' àevant les faits et la pratique.

Et d'abord, en raison de la disposition inégale de la mâchoire, un lien serré autour d'elle aussi fortement que possible, ne portera jamais que sur quelques points, et la destruction du périoste, s'il y a destruction, ne serait que partielle. Nul d'ailleurs ne soutiendrait, je pense, aujourd'hui, une erreur long-temps professée, savoir : que la destruction du périoste entraîne nécessairement l'exfoliation de l'os. Pour mon compte, j'ai vu aux armées des os dénudés et privés de périoste dans l'étendue de plusieurs pouces, principalement au crâne et aux tibias, et les bourgeons charnus empiéter sur ces os et se greffer sur eux comme si le périoste les eût encore recouvert. J'ai suivi les malades, et l'exfoliation n'a pas eu lieu.

Je me propose d'appliquer mon traitement aux fractures de la clavicule, fractures qui, comme celles de la mâchoire, présentent toujours un cal difforme.

Par la position superficielle de la clavicule, un lien peut être facilement passé autour de cet os. Ce lien ne devra comprendre que les trois quarts de la circonférence de l'os. Ainsi entrée vers le bord inférieur de la clavicule, l'aiguille doit ressortir par le bord supérieur de cet os; une petite compresse carrée est placée sur les fragmens, entre les chefs du lien, et ceux-ci doivent être noués fortement sur cette compresse.

Ce traitement nouveau a une portée pratique immenso sur laquelle nous reviendrons.

HOPITAL DES FEMMES EN COUCHES DE DUBLIN.

Compte-rendu des accouchemens opérés pendant l'année 1839; par M. Churchill, professeur d'accouchemens et médecin de cet hôpital.

Du 1er janvier 1839 au 31 décembre de la même année, 436 femmes ont été soignées. De ce nombre, 111 ont accouché à l'hôpital, 325 ont été accouchées chez elles. Sur le chiffre total, il faut déduire 18 cas d'avortement; reste 418 d'accouchemens véritables. Le nombre des enfans nés a été de 425, dont 254 du sexe masculin, 171 de l'autre sexe. Sur cette somme d'enfans, 38 sont morts-nés ou morts immédiatement après la naissance (26 du sexe masculin et 12 de l'autre sexe). Sur ces enfans morts, on trouve les circonstances suivantes :

10 étaient prématurés.
5 avaient présenté les fesses.
4 les pieds.
2 le bras.
Chez 3 il y avait eu prolapsus du cordon ombilical.
4 ont été tirés avec le crochet.

L'âge des 415 femmes se trouve partagé de la manière suivante :

42 étaient âgées de moins de	20 ans.
101	20 à 25
126	25 à 30
71	30 à 35
57	35 à 40
18	40 à 45

La durée totale du travail, pour 309 femmes, a été notée avec soin.

Chez 94, moins de	6 h.	Chez 10 moins de	48 h.
92	12	8	60
75	24	4	95
25	36	1	110,

Le temps qui s'est écoulé entre le commencement du travail et la rupture de la poche, a été noté dans 328 cas; il se trouve ainsi distribué :

40 cas, moins de	2 h.	5 cas, environ	30 h.
107, environ	6	4	38
70	10	3	40
43	14	2	50
31	18	3	60
11	22	3	70
9	26	1	80

L'intervalle écoulé entre la rupture des membranes et la naissance de l'enfant, a été :

179 cas, moins de	1 h.	12 cas, environ	15 h.
42, environ	2	5	2
37	4	4	28
34	6	3	35
12	8	2	40
5	10	1	96

Le temps écoulé depuis la naissance de l'enfant jusqu'à l'expulsion du placenta, a été de :

5 minutes dans	74 cas.	40 minutes dans		10
10	81	50		2
15	60	60		14
20	30	De 1 heure à 2 chez		9
25	11	2	3	5
30	14	3	4	4
35	9	5	6	1

La présentation de l'enfant, dans 394 cas, a été :

La céphalique,	chez 375,
La pelvienne,	10
La podalique,	5
La brachiale,	3
La tête et le bras,	1

Il y a eu sept cas d'accouchement double. Le sexe et la présentation de ces derniers ont été :

No	Sexe.	Présentation.	Résultat.
1	Deux féminins.	La tête tous deux.	Sauvés tous deux.
2	Un de chaque.	La main tous deux.	L'un sauvé, l'aut. put.
3	Deux mâles.	1er pieds, 2e tête.	Id. Id.
4	Un de chaque.	La tête tous deux.	Sauvés.
5	Id.	Id.	L'un sauvé, l'aut. put.
6	Id.	1er tête, 2e bras.	Sauvés.
7	Id.	La tête tous deux.	L'un put., l'aut. sauvé.

Dix cas d'hémorrhagie ont été observés entre la naissance de l'enfant et l'expulsion du placenta. Dans six cas l'extraction manuelle a du être employée.

Cinq de ces dernières femmes sont guéries, une seule est morte de péritonite.

La version a été pratiquée dans trois cas : deux fois dans les accouchemens doubles ; la mère et un des enfans ont été sauvés, l'autre enfant étant putréfié. Dans le troisième cas la mère et l'enfant ont été sauvés.

Le forceps a été appliqué dans un seul cas : l'enfant était putréfié, la mère s'est rétablie.

Dans quatre cas la crâniotomie a été indispensable. Les quatre femmes ont guéri.

Sur le nombre total de 436 femmes, 3 seulement sont mortes, ce qui donne une proportion de 1 pour 145.

Les tables suivantes rendent compte de la longueur de la première et de la seconde période dans certains cas.

Quinze cas dont la durée totale du travail a été de 35 heures :

	1re période.	2e période.	Résultats. Pour la mère.	Pour l'enfant.
10 cas	33 heures.	2 heures.	Favorable.	Favorable.
2	31	4	Id.	Id.
2	27	8	Id.	Id.
1	24	11	Id.	Mort-né.

Cinq cas de 46 heures de durée totale :

2 cas	48 heures.	4 heures.	Favorable.	Favorable.
1	45	1	Id.	Fâcheux.
2	40	6	Id.	Favorable.

Trois cas de 55 heures de durée totale :

3 cas	48 heures.	7 heures.	Favorable.	Favorable.

Tel est le résumé général de ce compte-rendu. Voici maintenant quelques détails sur des cas particuliers.

Premier fait. *Convulsions apoplectiques.* — Ellen M'Donnell entre en travail de son quatrième enfant le 2 août; elle est délivrée le lendemain 3, à deux heures avant midi, après un travail naturel de dix heures. M. Speedy a été envoyé peu d'heures après : à son arrivée, il la trouve dans un état comateux, respiration stertoreuse, pupilles insensibles à la lumière, etc. Traitement antiphlogistique actif; elle a succombé cependant au moment de notre visite, à une heure après-midi de la même journée.

Deuxième fait. *Convulsions épileptiques.* — Julia Short, âgée de dix-sept ans, accouche de son premier enfant le 20 novembre, après un travail nrturel de sept heures. Après l'expulsion du placenta, elle éprouve une légère convulsion qui dure quelques minutes. L'attaque reparut plusieurs fois dans le courant de la journée, mais ses parens ont négligé de demander de suite du secours à l'hôpital; l'accoucheur de garde à l'hôpital n'a été averti que vers le soir, il s'y est rendu de suite. Je suis moi-même au même instant que M. Speedy. Nous l'avons trouvée dans un état d'insensibilité; on nous a dit que les accès reparaissaient toutes les demi-heures, et qu'ils étaient évidemment épileptiformes. Sa figure était animée, sa tête chaude, pouls fréquent et plein. On l'a de suite saignée largement au bras; bol purgatif; lavement. M. Speedy est retourné à minuit; ayant vu que les accès étaient revenus et que le pouls était encore fort, il délia le bras et a tiré encore du sang.

21 novembre, onze heures du matin. Les convulsions ont continué toute la nuit, mais avec moins de fréquence; pouls fréquent et plein. Saignée de 12 onces, vésicatoire à la tête et au cou; huile de ricin. Dans la journée, les accès ont été moins violens et revenus à de plus longs intervalles; mais l'insensibilité continue. Dans la soirée, elle semble revenir à la connaissance; elle avale plus facilement. Saignée de 10 onces; mieux. Les accès diminuent de violence et de fréquence; enfin ils cessent complètement. Amélioration progressive. Guérison.

Troisième fait. *Version podalique.* — Je ne reproduirai pas les détails de tous les cas opérés de la sorte; je dirai seulement un mot du suivant. Une femme avait déjà eu six enfans, dont cinq avaient présenté la main ou le bras. Dans l'accouchement actuel, son enfant a présenté les deux bras. Comme sa grossesse était double, il a fallu s'assurer si les membres n'appartenaient pas un à chaque enfant; c'était précisément ce qui existait. En conséquence, sur huit enfans qu'elle fit, sept ont présenté le bras. Les suites ont été heureuses.

Quatrième fait. *Forceps.* — Mary Dannely, quarante ans, en travail de son premier enfant le 3 avril. Douleurs légères pendant plusieurs heures. Le lendemain elles augmentent. A deux heures après-midi, le 4 avril, les membranes se rompent, la tête descend. Les douleurs continuent dans la nuit et le lendemain matin, mais le travail n'avance pas. Dans l'après-midi du 5 avril, je trouve le pouls fréquent, peau chaude, langue sèche, etc. Il était évident qu'il y avait du danger d'attendre; j'ai, en conséquence, appliqué le forceps et délivré heureusement la femme. L'enfant était putréfié. Les suites ont été heureuses.

Cinquième fait. *Crâniotomie.* — Marie Praudfoot, quarante ans, petite stature, entre en travail le 30 janvier, à onze heures du soir. Le 1er février, à dix heures du matin, M. Speedy va auprès d'elle; les eaux avaient coulé, mais le col utérin est épais, rigide et non dilaté; c'est la tête qui se présente; pouls fréquent. Purgatif.

A dix heures du soir, même état; douleurs fréquentes, mais pas très fortes. Potion de tartre stibié dans le but de relaxer le col utérin.

Le 2 février, le col utérin est encore rigide et non dilaté, quoique les douleurs aient été fréquentes toute la nuit. Fatigue par manque de sommeil. Pouls à 100, fort; peau plutôt chaude. Saignée de 16 onces.

Le 3 février, les douleurs ont augmenté de force et de fréquence depuis la saignée, elles ont empêché le sommeil; la femme est épuisée. Le col utérin est peu dilaté; la tête reste encore au détroit supérieur. Dans le but de procurer du repos, on prescrit une potion opiacée, ce qui a permis à la femme de reposer deux heures. Les douleurs cependant sont revenues, et ont continué dans la journée; alors le pouls est devenu fréquent et fébrile.

Une consultation a eu lieu avec M. Darby. On convient de la nécessité de hâter l'accouchement : cependant on croit convenable d'attendre jusqu'au lendemain matin avant de rien faire, ou du moins jusqu'à ce que des symptômes plus urgens se présenteraient. On répète la potion opiacée.

4 février. La position de la femme n'est pas meilleure. Pouls 130, beaucoup de fièvre, col utérin peu dilaté, malgré que les douleurs poussaient violemment la tête contre le col. Il devint évident que l'opération ne pouvait être différée plus long-temps sans grand danger pour la femme. En conséquence M. Speedy a perforé la tête de l'enfant et extrait celui-ci, ce qui n'a pu être exécuté sans de très grandes difficultés. Il a fallu éviscérer le petit cadavre et vider le crâne. Cette opération a exigé un travail de trois heures. L'enfant pesait 15 livres. La patiente a éprouvé par la suite une légère attaque de péritonite, mais elle a fini par se rétablir.

Sixième fait. *Crâniotomie.* — Rose Bentley, vingt-quatre ans, en travail le 9 février à sept heures du matin. Les eaux coulent de suite, la tête se présente, les douleurs sont fortes et fréquentes. A trois heures après-midi, la tête est dans la cavité pelvienne. A sept heures du soir, elle n'est pas avancée davantage, malgré que les douleurs soient fréquentes et intenses. Pouls 80, intermittent, pas de céphalalgie ni de fièvre. J'ai été mandé à onze heures du soir, et j'ai trouvé la femme dans l'état que je viens de décrire; comme les choses étaient bien, je n'ai pas jugé nécessaire d'agir, malgré que la tête se trouvât dans l'excavation depuis huit à neuf heures.

10 février, cinq heures du soir. L'état de la femme empire. Les douleurs, qui avaient été fortes, faiblissent; le pouls s'élève; l'organisme est fortement ébranlé; la tête n'a pas avancé. Il est évident que les forces de la nature sont insuffisantes pour accomplir le travail. J'essaie l'application du forceps; mais la tête est tellement enchassée dans le pelvis, que les cuillers de l'instrument ne peuvent la saisir. J'ai donc perforé le crâne et extrait le corps du fœtus. La femme guérit.

L'auteur rapporte deux cas analogues de crâniotomie, terminés aussi heureusement, et complète sa relation par les détails nécropsiques d'une femme qui est morte de péritonite, à la suite de l'extraction manuelle du placenta, nécessitée par une hémorrhagie après la sortie naturelle de l'enfant. (*The Edimb. med. and surg. journ.*)

— Il y a dans les faits dont on vient de lire les détails, quelques circonstances dignes de méditation. Dans les deux premiers, il s'agissait de convulsions violentes développées après l'accouchement et accompagnées de symptômes apoplectiques. L'une des femmes a succombé avec une rapidité effrayante en trois heures. Il y a là, comme on le voit, autre chose qu'un apoplexie ordinaire, puisque dans cette dernière la mort n'arrive pas généralement d'une manière aussi rapide ni avec le même appareil de symptômes.

Des recherches exactes ont démontré que les convulsions chez les femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher, se rattachent à une inflammation des membranes de la moelle ou de la moelle elle-même. Lorsque le mal est borné là, l'intelligence peut ne pas être altérée; mais malheureusement assez souvent le travail morbide se propage au cervelet, aux centres nerveux cérébraux : il en résulte une insensibilité comateuse qui peut éteindre la vie en peu d'heures, sans aucun épanchement sanguin dans la boîte crânienne ni dans le rachis. L'insensibilité comateuse, en effet, existe conjointement avec les convulsions et sans paralysie, ce qui exclut tout à fait l'idée d'épanchement apoplectique. La guérison prompte et radicale d'ailleurs qui s'en suit en peu de jours lorsque les choses tournent bien, confirme parfaitement cette manière de voir.

Ces remarques ne peuvent laisser de doute sur les véritables indications curatives à remplir dans les accidens de cette nature. Il ne faut pas se faire illusion; le salut de la femme dépend de l'énergie et de l'à-propos du traitement antiphlogistique, et surtout des évacuations sanguines coup sur coup. Il faudrait bien se garder des administrations opiacées, dont l'action ne pourrait qu'exagérer le mal ou neutraliser la médication antiphlogistique, et permettre à la maladie d'opérer des désordres irréparables et funestes. C'est à cette conduite que la seconde malade de M. Churchill doit, sans doute, son rétablissement.

Les praticiens anglais associent ordinairement les purgatifs, en particulier l'huile de ricin, avec les saignées. Quelques faits cependant recueillis dans les cliniques d'Italie prouvent qu'un moyen beaucoup plus énergique encore est le tartre stibié, administré à la dose de 1 à 2 grammes (20 à 40 grains) par 24 heures, dissout dans une pe-

tite quantité de liquide (6 à 8 onces). Cette potion soutient et aide merveilleusement les bienfaits de la saignée dans ces circonstances. On a aussi employé en même temps des frictions abondantes le long de l'épine avec une pommade de tartre stibié, mais préparée de manière à ne pas rubéfier la peau et à rendre facile l'absorption du tartrate antimonié de potasse. Pour cela, on fait dissoudre ce sel dans seize fois son poids d'eau distillée, et on fait incorporer la solution dans une quantité suffisante de graisse pour rendre le mélange de consistance convenable. Cette pommade a une action bien différente de celle qu'on fait avec la poudre de tartre stibié, elle est absorbée, agit sur tout l'organisme comme une potion du même sel, sans produire ni pustules ni rubéfaction à la peau. Les expériences de M. Giacomini ne laissent pas de doute à ce sujet.

— Le troisième fait de M. Churchill offre une circonstance bien remarquable, c'est la présentation du bras dans six accouchemens chez la même femme, dont un a été double. Il serait bien curieux et important de savoir à quoi tenait cette condition. Les accoucheurs ne sont pas d'accord, comme on sait, ou, pour mieux dire, avouent ignorer complètement les causes véritables de la présentation du bras en général ; à plus forte raison quand il s'agit d'un cas extraordinaire comme celui-ci.

— Le cinquième fait est relatif à une rigidité extrême du col utérin, qu'on a traitée par la crâniotomie. L'auteur ne dit point si au moment de l'opération le fœtus était vivant ou mort. Une question se présente ; c'est de savoir si dans les cas de cette nature la section du col avec le bistouri, et l'application consécutive du forceps, ne seraient pas préférables à la crâniotomie. Il y a à considérer non seulement la vie du fœtus, mais encore et surtout, les accidens qui pourraient résulter de l'une et l'autre pratique. Nous livrons ces remarques à la méditation des praticiens. Les faits nous manquent pour traiter la question dans toutes ses faces. Faisons en attendant remarquer que ce qui rend surtout grave et difficile la crâniotomie dans ces circonstances, c'est l'indilatabilité du col et l'étroitesse de l'espace dans lequel on est forcé d'opérer. Voyez, en effet, que trois heures d'une besogne extrêmement pénible ont été à peine suffisantes pour achever l'opération chez la femme en question. Combien d'autres femmes résisteraient-elles à une manœuvre semblable ?

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Thérapeutique de l'affection typhoïde.

Dans la généralité des cas que vous avez eu occasion d'observer à la clinique, l'affection typhoïde s'est présentée avec une physionomie très reconnaissable. Aujourd'hui même, cette maladie est aisée à reconnaître chez les trois malades du service qui en sont atteints, et qui sont couchés aux n. 11, 12 et 15 de la salle Sainte-Jeanne.

Nous nous proposons de parler dans la séance d'aujourd'hui, des différens traitemens de l'affection typhoïde ; nous réservant de traiter une autre fois des différentes formes que l'affection elle-même peut présenter. Mais avant d'entrer en matière, nous devons faire successivement l'historique des trois malades de la salle Sainte-Jeanne, chez lesquels l'affection typhoïde se présente avec des degrés différens d'intensité, ainsi qu'avec des formes variées, et qui, par cela même, seront souvent cités par nous lorsque nous en serons à discuter les diverses questions thérapeutiques qui se rattachent à ce sujet.

Première observation. Le malade couché aux n° 11 de la salle Sainte-Jeanne, est doué d'une bonne organisation apparente ; son teint est rosé, les chairs sont fermes et les contours arrondis. Depuis quelque temps il éprouvait du malaise et de la céphalalgie : ce symptôme a été prédominant chez lui ; à cela s'ajoutait un certain degré de coloration de la peau, de la chaleur. Ce jeune homme est garçon marchand de vin, et ne travaillait plus depuis quelques jours.

A son entrée à la clinique, il était dans l'état suivant : langue rouge à la pointe et à ses bords, blanche dans son milieu et à sa base ; nausées, douleur épigastrique, le ventre était un peu météorisé et l'on remarquait des borborigmes dans la fosse iliaque droite. Quelques selles liquides. La respiration s'exécutait librement. La circulation ne présentait que peu d'accélération ; le pouls marquait 84 pulsations par minute. Mais, d'autre part, la céphalalgie était intense et continue ; en même temps il existait des soubresauts de tendons et un état général de spasme, circonstances qui nous donnaient des craintes sérieuses pour une affection typhoïde céphalique. Les signes fournis par la percussion et l'auscultation, ainsi que l'exploration du ventre ne laissant, d'autre part, rien à craindre pour les formes abdominale et thoracique.

Le traitement employé a été simple : une émission sanguine légère au début ; l'application de quelques sangsues à l'anus. Voilà les moyens actifs dont on a fait usage.

Depuis, il n'y a eu que peu ou point de changement. La langue reste blanche à la base et rouge à la pointe et aux bords ; le ventre est même un peu plus météorisé que par le passé, et il y a plus de borborigmes aussi. Nous devons ajouter que l'aggravation de l'état du ventre s'est accompagnée de l'apparition de quelques taches lenticulaires rosées (pétéchies). Mais une chose réellement remarquable, c'est que les phénomènes cérébraux ont diminué d'intensité ; les soubresauts des tendons ont cessé, ainsi que l'état spasmodique général.

En résumé, voilà un exemple d'affection typhoïde légère. Nous pensons que la marche en sera régulière et que la résolution s'opérera. Toutefois il est impossible de rien affirmer à cet égard, car peu d'affections sont autant sujettes aux recrudescences que l'affection typhoïde.

Pour ce qui concerne la thérapeutique, nous devons dire qu'aujourd'hui nous nous bornons à l'expectation.

Deuxième observation. Cas beaucoup plus grave que le précédent. Sujet âgé de vingt-deux ans, malade depuis douze jours lors de son entrée : à la clinique depuis dix-huit jours. Sa maladie remonte par conséquent à trente jours. Ce malade, en arrivant dernièrement à Paris, venait d'un village des environs de la capitale où la maladie dont il est atteint régnait sur un grand nombre de personnes ; sa sœur même en est morte : circonstance qui a dû réagir d'une manière fâcheuse sur son moral.

En entrant, les signes du typhus étaient très prononcés ; la stupeur était grande et le malade conservait l'indifférence la plus profonde à l'égard de tout ce qui se passait autour de lui. Les tempes étaient creusés ; les pommettes et les arcades zygomatiques saillantes ; la figure offrait une coloration rouge, approchant de la cyanose ; la bouche était béante ; les dents fuligineuses ainsi que la langue qui, de plus, était fendillée ; la peau du ventre était parsemée de taches lenticulaires rosées ; l'abdomen était balonné ; des borborygmes existaient dans la fosse iliaque droite ; plusieurs selles liquides dans les vingt-quatre heures ; inappétence complète ; soif assez vive.

Depuis, le pouls a varié de 104 à 96 pulsations par minute : nous devons vous faire remarquer ici qu'il n'est jamais monté quand on a appliqué des vésicatoires, ce que vous avez pu vérifier du reste. Aujourd'hui le pouls donne 96 pulsations par minute et est peu résistant.

La percussion et l'auscultation ont montré d'abord qu'il n'y avait pas d'engorgement pulmonaire ; mais cinq ou six jours plus tard, de la matité s'est manifestée, ainsi que des râles, plus prononcés à droite qu'à gauche.

La peau est sèche et aride. Il n'existait pas de délire bien marqué d'abord, ni de soubresauts de tendons, mais il en est survenu dans la suite.

Depuis l'entrée du malade, il ne s'est manifesté aucun changement appréciable, si l'on excepte, depuis cinq ou six jours, l'apparition d'un érysipèle occupant la joue gauche et s'étendant derrière l'oreille. Nous avons regardé une semblable complication comme de bon augure ; tous les signes extérieurs, d'ailleurs, qui apparaissent dans de semblables conditions, sont considérés comme favorables par Hippocrate et un grand nombre d'auteurs recommandables : c'est ce qu'ils ont nommé les signes critiques.

Dans le cas qui nous occupe, le pronostic a toujours été grave : actuellement il est d'autant plus sérieux, que depuis deux jours des taches violettes se sont manifestées aux fosses iliaques ; tout fait craindre, en un mot, que la maladie n'ait une issue funeste.

Troisième observation. Ce cas est aussi grave que le précédent. Ce malade est entré avant-hier ; il est Suisse, il est âgé de vingt-six ans, blond : la stupeur était moindre hier qu'aujourd'hui.

Ce malade est difficile à interroger, et ses réponses sont excessivement lentes. Cela tient-il à sa qualité d'étranger, ou bien à sa maladie ? Il est difficile de sortir de cette alternative dans laquelle le médecin se trouve très souvent ; et le doute persiste d'ordinaire. Personne n'expose autant aux doutes de cette espèce, que les maçons, dont le plus grand nombre de ceux qui entrent à la clinique atteints de fièvre typhoïde, sont du département de la Creuse et habitent les approches de l'Hôtel-de-Ville. Il est bon que vous sachiez que tous font des réponses tardives ; ce qui est, chez eux, un état physiologique qu'il ne faut pas confondre avec la stupeur du typhus.

Voici l'état de notre malade : décubitus dorsal ; ventre balonné ; quelques taches lenticulaires rosées sur la peau du ventre ; borborygmes dans la fosse iliaque gauche, qui en outre est douloureuse ; langue sèche, rouge à sa pointe et à ses bords, blanche dans son limbe. Pas de nausées ni de vomissemens ; plusieurs selles liquides involontaires. 32 respirations par minute. Dès hier la percussion a fait constater l'existence d'une matité assez étendue à la région latérale droite du thorax, avec absence de bruit respiratoire et existence de quelques râles ; le pouls donne 80 pulsations par minute.

Pour ce qui concerne le cerveau, nous dirons que le malade n'a point de délire, mais qu'il est dans un état continuel de somnolence ; c'est là un véritable délire taciturne, déjà signalé par les auteurs, qu'il ne faut pas confondre avec le simple silence : le malade n'a pas de soubresauts de tendons.

Le pronostic ne saurait être que fâcheux dans ce cas ; car, non-seulement nous avons affaire à une affection typhoïde qui est toujours grave par elle-même, mais aussi parce que les phénomènes généraux sont très graves. Ce qui ajoute surtout à la gravité du pronostic, c'est l'existence des déjections alvines involontaires, qui est on ne peut pas de plus mauvais augure.

Quelle sera la thérapeutique que nous adopterons en pareil cas ? Nous ne nous éloignerons pas du traitement ordinaire : le malade a été saigné deux fois avant son arrivée dans le service, et nous ne reviendrons par conséquent pas aux antiphlogistiques ; quant à présent, nous ne saurions faire que de l'expectation pour passer ensuite aux révulsifs cutanés, et enfin aux toniques.

— J'aborde actuellement le sujet que je me propose de développer dans cette séance, et je vais vous faire connaître les résultats de mon expérience relativement aux différens modes de traitement qui ont été conseillés pour l'affection typhoïde. Nous étudierons successivement les résultats donnés par les antiphlogistiques, par l'expectation, par les révulsifs, par les évacuans et par les toniques.

Mais d'abord demandons-nous s'il existe pour l'affection typhoïde un traitement qui puisse être appelé spécial ou spécifique, ainsi qu'on l'entend pour la syphilis et la fièvre intermittente. Assurément, ce traitement n'existe point quant à présent ; mais il est probable qu'on en découvrira un par la suite, aussi bien pour le typhus que pour chacune des grandes maladies spécifiques.

Ce manque d'un traitement spécial pour l'affection typhoïde, a été principalement senti par les praticiens qui, s'étant adonnés à la recherche des résultats que l'on pouvait obtenir par l'emploi exclusif des différentes méthodes de traitement qui ont été conseillées tour-à-tour, ont conclu que, quelle que soit celle de ces méthodes à laquelle l'on donne la préférence, on a toujours, sur un nombre donné de malades, tel chiffre de guérisons et tel autre chiffre de morts.

Ces praticiens, pour soutenir une semblable proposition, ont pris cent malades, qu'ils ont divisés en cinq séries de vingt, dont chacune a été consacrée exclusivement à telle ou telle autre méthode de traitement. Ces expériences ont donné comme résultat, que dans la série des malades traités par les antiphlogistiques la mortalité et les guérisons ont été dans les mêmes proportions que dans la série de ceux traités par les purgatifs, et que les résultats fournis par les autres séries se sont trouvés correspondre parfaitement à ceux obtenus dans les deux précédentes. La conclusion d'une semblable opération devait nécessairement être, et a été en effet, qu'il est indifférent dans le traitement de l'affection typhoïde d'employer telle ou telle autre méthode.

Je me hâte de vous dire que de semblables conclusions sont dangereuses, et que, pour moi, je reconnais que chaque forme de l'affection typhoïde réclame un traitement à part. Or, les séries ayant été prises au hasard, sans distinction aucune de la forme de la maladie, ceux parmi les malades qui, offrant telle forme, ont été traités par telle méthode qui s'appliquait à telle autre forme, je dis que ces malades ont dû succomber. Ainsi, il est évident que ceux qui offrant une forme inflammatoire ont été traités par les toniques, ont dû succomber, comme aussi ont dû succomber ceux qui, offrant la forme adynamique, ont reçu l'application de la méthode antiphlogistique.

Il y a donc un choix à faire parmi les méthodes connues, choix qui est basé sur la nature et la forme de l'affection typhoïde, et c'est ce dont nous devons nous occuper. Commençons par les antiphlogistiques.

Méthode par les antiphlogistiques ou émissions sanguines. Cette méthode a joui d'une grande faveur, et l'on a été jusqu'à la prôner à l'exclusion de toutes les autres. Des auteurs, en lui imprimant une forme particulière et en conseillant de l'employer d'après une certaine formule, ont avancé qu'elle était capable de juguler la maladie. Je puis vous assurer, Messieurs, d'après un nombre considérable de faits que j'ai de par moi, qu'il n'en est rien, et que l'emploi fréquemment répété des saignées est le moyen le plus assuré de précipiter les malades dans l'état adynamique.

Que si, dans des cas traités de la sorte, la guérison s'en est suivie, vous pouvez attester à coup sûr qu'il ne s'agissait point d'une fièvre typhoïde, et que l'on n'avait à combattre qu'une affection à fond inflammatoire légitime. Je sais que raisonner de la sorte, c'est faire une pétition de principe, mais ma conviction est tellement profonde à cet égard, que je suis forcé d'admettre un tel principe.

Toutes les fois que pour une affection il y a dans sa production concours d'une cause spécifique, la saignée est insuffisante pour en arrêter le cours ; mais je conçois qu'il en puisse être autrement dans celles qui réunissent des conditions opposées. C'est en raisonnant de la sorte, que je puis comprendre comment ceux qui n'admettent point de spécificité dans le typhus, et qui ne le considèrent que comme un degré très prononcé de l'inflammation gastro-intestinale, je puis comprendre, dis-je, comment ces auteurs ont pu guérir par les évacuations sanguines des affections typhoïdes légères ; car, assurément, il ne s'agissait dans ces cas que de simples gastro-entérites ou inflammations légitimes gastro-intestinales, susceptibles de céder à l'emploi des émissions sanguines, ou, pour mieux dire, à la méthode jugulante. Mais il importe de ne point confondre ces cas avec de véritables affections typhoïdes, ce dont vous devez être avertis ; la différence est grande, en effet, puisqu'on n'a guéri que des affections inflammatoires simples, au lieu du véritable typhus.

En résumé, je pense que les émissions sanguines ne doivent être employées qu'avec une réserve extrême dans le traitement de la fièvre typhoïde. Je pense à cet égard, avec MM. Chomel et Louis, que lorsque le typhus se présente sous forme inflammatoire, il faut user des antiphlogistiques, mais avec mesure, et je crois qu'il faut se borner à une ou deux petites saignées. K...

Académie de Médecine. — Séance du 26 mai.

M. Henry fait un rapport officiel sur une source d'eaux minérales.

L'Académie nomme au scrutin un membre pour faire partie de la commission permanente des remèdes secrets, en remplacement de M. Planche. Le choix porte sur M. Boullay.

M. Jacobitz, jeune médecin hongrois, lit une observation relative à un cas d'amaurose, compliqué de paralysie des membres, dépendant d'une hypertrophie du foie, et guéri à l'aide de remèdes divers, principalemens de l'aloès et du tartre stibié. (Commission.

M. Deguise lit les détails de l'opération de la ligature de l'iliaque primitive dont nous avons parlé dans le compte-rendu de

l'avant-dernière séance. MM. Velpeau, Bérard et Larrey ont exprimé quelques doutes sur les circonstances de l'opération.

L'Académie décide que l'observation de M. Deguise serait imprimée dans le Bulletin de l'Académie.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Bouillaud, concernant le travail de M. Nonat, et relatif à quelques fonctions de l'encéphale.

M. Gerdy monte à la tribune et attaque les idées présentées par M. Nonat, lesquelles ne lui paraissent pas différer en rien de celles de plusieurs auteurs; il attaque en même temps le rapport, et fait une sortie animée contre l'école des physiologistes vivisecteurs. Le discours de M. Gerdy du reste, bien que très philosophique, nous a paru insaisissable à l'analyse.

M. Roux attaque la phrénologie de Gall, qu'il regarde comme une utopie.

M. Castel regarde comme fort erronées les idées de M. Nonat et celles exposées par M. Bouillaud. Il entre dans quelques détails piquans sur la sensibilité et la perceptivité, et déclare que des travaux de cette nature impriment à la physiologie une marche rétrograde.

L'heure étant avancée, la réplique de M. Bouillaud et la clôture sont remises à la prochaine séance.

— *M. Leroy-d'Etiolles* fait une communication relative à la ligature en anse des bourrelets hémorrhoïdaux profonds et des tumeurs de nature diverse qui obstruent le rectum; ce chirurgien pense que le mode de ligature proposé par M. Mayor l'emporte sur toutes les autres méthodes pour l'ablation des bourrelets hémorrhoïdaux extérieurs. Mais comment l'appliquer avec facilité plus profondément, et comment l'étendre surtout à des tumeurs du rectum par lesquelles cet intestin est oblitéré? C'est pour y parvenir que M. Leroy-d'Etiolles a imaginé un instrument qui permet de pratiquer cette ligature à quatre pouces de hauteur s'il le faut.

C'est une combinaison de sa curette articulée et du porte-aiguille de M. Depierris ou de celui de M. Fauraytier. L'ablation de ces tumeurs ne change pas, on le comprend, la nature de la maladie, qui suit sa marche quand elle est cancéreuse; mais elle peut remédier à plusieurs accidens, rendre inutile l'établissement d'un anus contre nature, et mettre à l'abri des hémorrhagies que pourrait produire l'instrument tranchant.

M. Nonat présente un estomac largement perforé par une ulcération de la largeur de plusieurs pouces, dont les bords adhèrent fortement à la rate, et l'ouverture communique avec un foyer purulent de cet organe, de sorte que la cavité de l'estomac était continue avec celle de la rate.

M. Hippolite Larrey présente un malade qu'il a traité, à l'hôpital de la Clinique, d'une blessure pénétrante du flanc gauche, et accompagnée d'issue d'un grand lambeau de l'épiploon. Il abandonna le tout à la nature et l'épiploon rentra peu à peu: le malade guérit parfaitement. La réduction, à l'aide de la main, avait été impossible. Ce fait a beaucoup intéressé l'Académie.

Séance levée à cinq heures.

Nous avons annoncé dans notre numéro du 10 mars dernier, les NOUVELLES PHARMACIES PORTATIVES, confectionnées par M. Arrault, pharmacien et fabricant de produits chimiques et pharmaceutiques.

Ces Pharmacies, enfermées dans un coffret commode et élégant, et d'un prix très modique, contiennent une quantité innombrable de substances, et sont indispensables aux praticiens qui exercent dans les campagnes; elles conviennent aussi dans les maisons isolées, les fabriques, etc., où de nombreuses personnes sont réunies et où des accidens fréquens ont lieu.

C'est donc là un nouveau et véritable service rendu à nos confrères par ce pharmacien distingué.

On désire prendre des arrangemens avec un médecin de Paris qui serait dans l'intention de céder sa clientelle.

S'adresser à M. Baudens, rue d'Amboise 6, de midi à quatre heures.

M. R. Koch-Scheideg, à Thound (Suisse), a l'honneur de prévenir MM. les médecins que sa pension et ses bains de petit-lait s'ouvriront le 1er juin prochain.

L'efficacité de ces bains pour plusieurs maladies est suffisamment connue. Le climat et la beauté des environs de Thound contribueront aussi à procurer aux malades une guérison prompte, et la proximité de la laiterie mettra tout le monde à même de s'assurer de la bonne qualité du petit-lait.

Recherches et observations sur l'Influence thérapeutique des Eaux minérales d'Uriage, près Grenoble (Isère). Second mémoire;

Par J. Vulefranc-Gerdy, médecin-inspecteur de ces eaux, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8°. Prix: 1 fr. 50 cent.

A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, n. 4.

De l'Hydrothérapie, ou du Traitement des maladies par l'eau froide; de ses rapports avec la médecine dans l'état actuel; suivi d'observations pratiques

Par M. Engel, docteur en médecine de la faculté de Vienne. — In-8°. Prix: 2 francs 50 c. pour Paris, et 3 francs, *franc de port*, par la poste. — Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le Serment d'Hippocrate,

DÉDIÉ A TOUS LES MÉDECINS DE TOUS LES TEMPS.

Prix, 1 fr. — Au Bureau du Journal.

COMPENDIUM DE CHIRURGIE, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament; par A. Bérard, D.-M., membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker, etc., et M.-C. Denonvilliers, D.-M., prosecteur et agrégé.

Le Compendium de Chirurgie pratique sera publié par livraison de 160 pages de texte, format grand in-8, équivalant à 40 feuilles imprimées en caractères ordinaires et de format in-8, c'est-à-dire 640 pages d'impression. Toutes les fois que des planches seront jugées nécessaires pour l'intelligence du texte, elles seront ajoutées. Les livraisons, au nombre de douze à seize, formeront trois ou quatre volumes grand in-8° imprimés sur deux colonnes. Le prix de chaque livraison est fixé à 3 fr. 50 c. pour Paris et 4 fr. franc de port par la poste.

La deuxième livraison est en vente à Paris chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

AVIS. Une circonstance imprévue ayant arrêté la composition de la première livraison du Compendium de Chirurgie, nous nous déterminons à publier d'abord la seconde, pour ne pas apporter de retard dans la publication de l'ouvrage. La première livraison, qui est presque entièrement achevée et qui paraîtra fin juin, comprend la division et la classification de l'ouvrage, un parallèle entre la médecine et la chirurgie, des considérations générales sur le diagnostic et la thérapeutique chirurgicales, etc.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 30 MAI 1840. (13e ANNÉE.) N° 64, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, [illegible]

HOPITAL DE LA PITIÉ.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DU COEUR; PAR M. GENDRIN.

(Recueillies par MM. E. Colson et E. Dubreuil-Hélion.

(Suite du n° 58.)

Deuxième leçon.

Sommaire : De la mesure, du poids et du volume du cœur à l'état sain. — Du déplacement de la pointe du cœur. — Des actes normaux du cœur. — De la succession des temps d'action et de repos du cœur. — Des expressions propres à désigner l'état du cœur à chaque moment de son action et de son repos. — Du choc du cœur sur les parois thoraciques. — Des causes du choc du cœur. — Etat du ventricule après la systole et l'accomplissement du choc du cœur.

Le point du thorax où l'impulsion du cœur se fait sentir étant déterminé, la distance qui le sépare de l'articulation synchondro-sternale de la troisième côte mesure exactement la hauteur du cœur à l'état physiologique comme à l'état pathologique. Dans l'état normal, cette distance est d'un décimètre ; elle varie chez les différens sujets comme le volume du cœur lui-même ; ces variations sont de deux ou trois centimètres. La hauteur du cœur, mesurée de la base de l'oreillette droite à la pointe, est égale à la largeur du cœur à sa base. Avec ces données le volume du cœur peut être très approximativement apprécié.

On s'est donné beaucoup de peine pour déterminer quel est le volume normal du cœur. Laënnec admettait qu'il était, dans l'état physiologique, égal au volume du poing du sujet. Cette mesure ne doit point être regardée comme rigoureuse : le volume du cœur, mesuré sur des cadavres, outre les différences qu'il peut présenter chez les divers sujets sans qu'il y ait état normal, varie suivant les circonstances de la mort ; le volume du poing est lui-même variable suivant les sujets. On peut néanmoins dire que cette mesure approximative suffit dans la pratique. Lancisi avait cherché à déterminer l'état normal du cœur par son poids, mesuré sur le cœur isolé et dépouillé du sang qu'il contient et des vaisseaux qui y aboutissent ; quelques médecins conservent encore ce mode d'appréciation de l'état du cœur. Le cœur d'un homme adulte pèse, dans l'état normal, de 260 à 280 grammes ; le poids du cœur des sujets mâles est plus grand que celui des femmes.

Nous attachons peu d'importance à l'appréciation du poids et du volume du cœur : ces mesures sont très variables, non-seulement chez les différens sujets de constitution, de grandeur et d'âges différens ; elles le sont même chez le même sujet aux divers âges de la vie et dans les différentes conditions de la santé et de la maladie.

L'épaisseur des parois du cœur a été évaluée, chez l'adulte, dans l'état de santé, terme moyen, de cinq à huit millimètres pour le ventricule droit, et de dix à quinze, ou même dix-huit millimètres pour le ventricule gauche. L'on a dit qu'en-deçà ou au-delà de ces limites le cœur était malade ; mais, dans les recherches d'anatomie, ne croyez pas qu'il soit si facile de mesurer l'épaisseur des parois du cœur, même avec un compas d'épaisseur ; la saillie des colonnes charnues sur la surface interne apporte dans ces appréciations de grandes différences, suivant que l'on pose le compas sur le relief formé par les colonnes ou dans leurs intervalles. La densité très variable des tissus du cœur, qui le rend plus ou moins dépressible, laisse incertaine la limite de la pression que doit exercer le compas d'épaisseur dans la mesure de cette épaisseur du cœur. Pendant la vie, l'épaisseur du cœur est nécessairement plus considérable qu'après la mort ; car l'injection de ses vaisseaux ajoute certainement au volume de la masse musculaire, et ainsi à l'épaisseur des parois. On peut s'en assurer sur le cadavre par une injection artificielle qui augmente, sous les yeux de l'anatomiste, le volume et l'épaisseur des parois du cœur.

Nous ne craignons pas de dire qu'on donne beaucoup trop d'importance aux variations du volume du cœur. On rencontre, en pratique, un grand nombre de sujets chez lesquels l'espace compris entre le bord inférieur de l'articulation synchondro-sternale de la troisième côte et la pointe du cœur, est plus grand qu'à l'ordinaire, de trois, quatre ou cinq centimètres, et qu'on voit cependant se porter très bien. Les ouvertures des cadavres font journellement reconnaître des augmentations de volume du cœur très prononcées, de véritables hypertrophies sans qu'il en soit résulté, pendant la vie, aucun trouble évident dans l'état de santé. L'hypertrophie du cœur, portée même au point d'être facilement constatée par des signes appréciables, n'est pas suivie d'accidens graves, pourvu qu'elle ne soit pas liée à des rétrécissemens des orifices, à des indurations, à des destructions de valvules, à des affections chroniques des grosses artères. Seulement l'augmentation de volume du cœur donnant lieu à des contractions plus puissantes, il en résulte une plus grande énergie dans l'effort de la colonne de sang sur les artères, et une plus grande vitesse dans la circulation de ce fluide jusqu'aux capillaires. Chez les sujets qui ont le système capillaire très développé, le cœur a presque toujours un grand volume. Le volume du cœur varie d'ailleurs chez le même sujet aux différentes époques de la vie. Avant la puberté, l'extrémité du cœur est située plus bas que chez l'adulte ; l'axe du cœur est, par conséquent plus allongé, ses battemens sont aussi plus énergiques, sans que cependant il en résulte des troubles de la circulation. Le plus grand volume relatif du cœur à cet âge concorde très bien avec la plus grande activité de la circulation chez les jeunes sujets.

Pendant la grossesse, la pointe du cœur s'éloigne du bord gauche du sternum, de trois à quatre centimètres de plus qu'à l'ordinaire. Par conséquent, le cœur devient plus long ; ce changement est déjà évident au milieu de la durée de la grossesse ; on ne peut, par conséquent, y voir le résultat d'un changement de position du cœur, consécutif au développement de l'abdomen.

Dans le vieillard, le cœur participe à l'atrophie de tous les tissus en diminuant de volume. Les relevés de l'état du cœur chez les vieillards ne semblent prouver le contraire des faits que nous avançons que parce qu'on n'a pas su désigner les cas très fréquens dans lesquels il y a hypertrophie réelle du cœur. Dans toutes les maladies qui entraînent l'amaigrissement, telles que les affections cancéreuses, et surtout les phthisies tuberculeuses, le volume du cœur est très notablement diminué. Cependant, dans presque tous ces cas, la circulation s'accomplit sans trouble ; tout au plus voit-on les battemens du cœur acquérir, sous l'influence d'une cause stimulante, assez d'énergie et de rapidité pour qu'il en résulte des palpitations. Nous le répétons à dessein, l'hypertrophie du cœur simple n'est qu'une indisposition assez rare, elle n'est ordinairement suivie d'accidens sérieux qu'autant qu'elle est liée à une lésion de quelques autres parties de l'appareil circulatoire.

Ainsi donc, sans attacher autant d'importance que le font la plupart des médecins aux différences même considérables que présente le volume du cœur, nous croyons cependant que dans les maladies il est souvent utile de déterminer d'une manière approximative si le cœur s'écarte du volume habituel.

Le changement de position du cœur, dans son extrémité libre, correspond à toutes les modifications que les maladies apportent dans son volume ; c'est pourquoi nous faisons un précepte absolu de commencer toujours l'exploration de l'état du cœur par la fixation du lieu où se perçoit l'impulsion de la pointe du cœur. Ce lieu correspond au siége de l'extrémité du cœur dans la systole. Dans les maladies organiques du cœur il éprouve presque toujours des changemens de position, parce que le volume du cœur est presque toujours modifié. La pointe du cœur se déplace presque constamment en dehors et vient se placer plus loin du bord du sternum qu'à l'état physiologique, et en même temps au-dessus de la sixième côte ; quelquefois au contraire elle s'en rapproche en se portant en dedans, tout en s'abaissant sur la sixième côte.

Dans tous ces cas de déplacement, la hauteur du cœur est augmentée, car les rapports de sa base n'ont pas changé et son extrémité inférieure n'a pu s'abaisser ou se porter en dehors que par l'allongement de son axe longitudinal. Le cœur ne s'abaisse en totalité que dans certaines circonstances dépendantes d'états pathologiques particuliers qu'il n'est pas difficile de diagnostiquer ; dans les anévrismes de l'aorte ou de l'artère pulmonaire à leur origine, qui entraînent l'allongement de ces gros troncs, le cœur est abaissé par ses points de suspension ; dans quelques déviations du rachis, le point d'attache du cœur s'abaisse ; dans tous ces cas le cœur descend vers le diaphragme et sa pointe se porte de dehors en dedans à un degré d'autant plus prononcé que l'aorte affectée l'attire davantage. Quand le ventricule gauche est fortement dilaté et hypertrophié à sa base, la partie postérieure du cœur devenant plus volumineuse et plus pesante, la base du cœur s'abaisse en se portant à gauche ; ce double déplacement porte la pointe du cœur en avant et en dedans. Elle vient dans ces cas se placer auprès du sternum en même temps qu'elle s'abaisse vers l'appendice xyphoïde, au contact du bord gauche de laquelle elle vient se placer.

L'insertion et la disposition du péricarde peuvent servir à expliquer quelques circonstances et à éclairer le diagnostic de plusieurs maladies du cœur. Dans les épanchemens considérables qui se font dans le péricarde, ce sac séro-fibreux cède à la distension par sa paroi gauche, qui est sa partie la plus extensible ; c'est ce qui fait que dans les épanchemens intra-péricardiques la tumeur formée par le péricarde distendu s'étend toujours surtout vers le côté gauche en s'éloignant du médiastin. Les injections dans le sac péricardique démontrent que, de ce côté, les parois péricardiques, moins tendues, cèdent aisément à la distension des liquides. L'insertion supérieure du péricarde aux troncs aortique et pulmonaire limite les épanchemens qui se font autour du cœur ; aussi ces épanchemens constituent une tumeur de forme conique à son sommet et n'excèdent-ils jamais la hauteur de la deuxième côte. La percussion fait bien reconnaître ces dispositions des épanchemens péricardiens : par elle on distingue que la région péricardiale, devenue le siége d'une matité absolue, s'élève jusqu'à la deuxième côte, et que le côté gauche de cette région s'étend dans la cavité thoracique en refoulant en dehors la partie antérieure et interne du poumon gauche. Ces dispositions des limites de la matité précordiale, rapprochées de celles qu'affectent les rapports anatomiques du péricarde et du cœur, servent au diagnostic. Ainsi, dans certaines maladies des grosses artères à leur origine, comme par exemple les anévrismes, la région précordiale est mate, mais seulement à sa partie supérieure. L'on ne peut attribuer cette matité à un épanchement, car il siégerait à la partie la plus déclive et à gauche et refoulerait le poumon gauche ; la matité est donc l'effet de la présence d'un corps solide fixé dans la région supérieure du côté gauche au-dessus du cœur.

§ II. *Des phénomènes qui se rapportent aux actes physiologiques du cœur.*

La valeur des signes qui se rapportent aux modifications qui surviennent dans les actes physiologiques du cœur ne peut être bien comprise que par la connaissance du mode de production de ces actes à l'état normal. Cette connaissance est du domaine de la physiologie ; nous les supposons acquises par vous ; nous nous bornons à quelques considérations sur l'action physiologique du cœur, nécessaires pour bien faire connaître quelques-uns des phénomènes de la circulation qui s'appliquent plus immédiatement que les autres à l'interprétation des accidens morbides.

Nous adoptons sur l'action du cœur sur le sang la doctrine de Lancisi et de Haller, dont voici l'exposé succinct. Le sang arrive par les grosses veines dans les oreillettes ; des oreillettes il passe dans les ventricules, qui l'envoient dans les deux grosses artères qui naissent du cœur. En faisant commencer l'action du cœur par la systole au moment où toutes ses cavités sont remplies de sang, on doit considérer la systole comme une contraction brusque qui commence à l'appendice auriculaire, se continue à l'oreillette et finit aux ventricules. Le mouvement de contraction naît dans les deux oreillettes en même temps, et se prolonge par une progression péristaltique aux deux ventricules ; la contraction a déjà cessé dans les oreillettes lorsqu'elle s'achève dans le ventricule. Les oreillettes peuvent ainsi admettre l'afflux du sang dans leur cavité, pendant que les ventricules achèvent de chasser dans les artères le sang qui les distendait. La contraction des ventricules achevée, leurs parois musculaires se relâchent et arrivent à l'état d'inertie et de repos ; alors le sang se précipite des oreillettes dans les ventricules, et des veines caves et pulmonaires dans les oreillettes, car il ne peut exister de vide dans le cœur.

La contraction des ventricules du cœur entraîne celle des colonnes charnues qui s'attachent aux valvules auriculo-ventriculaires, dont l'abaissement oppose un obstacle au reflux de sang dans les oreillettes. Ces valvules, tirées par leurs colonnes charnues, s'appuient par leur centre sur la masse du sang comprimée par la systole des ventricules, et qui pousse les valvules vers les orifices auriculo-ventriculaires. A cet instant le sang est chassé dans les grosses artères, dont l'action rétractile ou élastique le ramènerait dans le ventricule au moment de la diastole, s'il ne trouvait un obstacle non-seulement dans la présence des valvules sygmoïdes, mais encore dans la colonne de sang qui arrive des oreillettes, et qui lui fournit un point d'appui d'autant plus solide que cette colonne obéit à l'impulsion très prononcée de toutes les pressions qui agissent médiatement ou immédiatement sur le sang pour presser sa progression vers le cœur.

La contraction des ventricules du cœur est brusque et comme convulsive ; elle n'occupe en durée qu'au plus le tiers de tout le temps qui s'écoule d'une contraction du cœur à l'autre. Sur vingt-quatre heures, il y en a huit au plus occupées par la contraction active du cœur.

Le premier acte du cœur, celui dans lequel le sang est chassé des ventricules dans les artères, et auquel correspond l'impulsion que l'extrémité du cœur communique aux parois de la poitrine, est la *systole* ; le deuxième acte, celui dans lequel le sang pénètre dans les ventricules du cœur et les remplit, est la *diastole*. Ces deux actes successifs du cœur sont l'origine des deux bruits qui se succèdent pendant les fonctions du cœur. Ces deux bruits, que l'on perçoit en appliquant l'oreille sur la région précordiale, sont séparés par des intervalles nommés, par les physiologistes, *silences* ou *temps de repos du cœur*. Le premier si-

lence, qui suit immédiatement la systole du cœur, est désigné sous le nom de *périsystole*; le deuxième silence, qui succède à la diastole, est la *péridiastole*. Ce temps de silence dure autant à lui seul que la systole, la périsystole et la diastole ensemble.

L'appréciation exacte de tous les phénomènes pathologiques qui s'accomplissent dans le cœur ne peut se faire qu'en déterminant exactement en quel état se trouve le cœur quand se produit chacun de ces phénomènes; pour y parvenir, il importe d'admettre d'autres sous-divisions du temps dans lequel s'accomplit chaque action dont le cœur est l'organe. A l'instant où le cœur va se contracter et passer à l'état de systole, il y a à la fin du grand repos du cœur un moment auquel peuvent se produire des phénomènes morbides, c'est la *présystole*; c'est en quelque sorte le temps des prodromes de la systole, la systole imminente; de même, à la fin du petit repos du cœur ou de la périsystole, il y a un moment qui précède immédiatement celui de la diastole, que nous appelons *prédiastole*.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOSPICE DE BICÊTRE.

Leçons cliniques sur les Maladies mentales, *professées par* M. Leuret. (Recueillies et rédigées par M. Lisle, ancien élève des hôpitaux.)

Anatomie comparée des circonvolutions cérébrales.

Les circonvolutions sont un progrès de l'organisation du cerveau des animaux: on n'en trouve pas la moindre trace chez les poissons, chez les reptiles, ni même chez les oiseaux. Quelques-uns des plus élevés dans l'échelle intellectuelle, parmi ces derniers, le perroquet, par exemple, offrent seulement quelques dépressions appréciables qui se retrouvent dans le cerveau des derniers mammifères. Si nous nous élevons plus haut, et si nous examinons le cerveau du renard, nous apercevons d'abord une scissure de Sylvius très petite, et au-dessus quatre circonvolutions circulaires très simples, superposées de la partie externe à la partie interne, et allant d'avant en arrière. Nous en trouverons une cinquième en dedans, au-dessus du corps calleux qu'elle entoure tout entier; et enfin une sixième très petite en avant, au-dessus des fosses orbitaires. Même disposition des circonvolutions chez le chien, chez le chacal et chez le loup. Il existe cependant, chez ce dernier surtout, un petit sillon qui se prolonge en arrière, entre la troisième et la quatrième, de sorte qu'on peut reconnaître cinq circonvolutions externes en arrière seulement. Chez le lion, l'organisation se complique encore. La première et la seconde, la troisième et la quatrième se réunissent au milieu dans un point assez restreint, la seconde et la troisième restant complètement séparées.

Chez les herbivores, nous trouvons à peu près le même arrangement; la troisième et la quatrième sont cependant réunies dans une plus grande partie de leur étendue; elles sont plus sinueuses, plus ondulées que chez les carnivores, et se dirigent presqu'en droite ligne d'avant en arrière. On a plus de peine à les distinguer, à les compter. Il existe un animal dont le cerveau semble établir une espèce de transition entre le cerveau de ces deux ordres de mammifères: c'est l'ours. De ces circonvolutions, deux, les inférieures, sont simples et très analogues à celles du lion; les deux autres sont sinueuses et réunies entre elles comme chez le mouton. Quant à la circonvolution interne, elle a à peu près la même disposition chez tous les carnivores. Chez les herbivores, elle est ondulée comme les autres, bien développée, jusque triple en avant; elle s'amincit en se portant en arrière, où elle descend jusqu'au dessous du cervelet.

Chez le singe et chez l'éléphant, cette dernière circonvolution, peu considérable en avant, entoure également le corps calleux; mais, arrivé à l'extrémité postérieure de cet organe, elle se dédouble; une de ses moitiés continue le trajet primitif et va se terminer à la partie postérieure et interne du cerveau, où elle forme un grand nombre de sinuosités. L'autre moitié se porte en haut et se réunit avec une des deux circonvolutions supérieures et transversales dont nous allons parler. Les détails dans lesquels nous allons entrer peuvent s'appliquer également au cerveau du singe, de l'éléphant et de l'homme. Celui de ce dernier ne se distingue qu'en ce que les sinuosités de chaque circonvolution sont plus nombreuses.

Au-dessus de la scissure de Sylvius, il existe une scissure plus petite, dirigée d'avant en arrière et de haut en bas, et formée par l'adossement de deux circonvolutions transversales qui ne se réunissent jamais. De l'une d'elles, naissent trois et quelquefois quatre circonvolutions qui se dirigent d'arrière en avant en formant un grand nombre d'ondulations, mais sans se réunir entre elles, et se distribuent à tout le lobe antérieur du cerveau. La seconde présente en arrière et en haut un diverticulum au moyen duquel elle communique avec la branche ascendante de la circonvolution interne, dont nous avons déjà fait connaître la distribution. Enfin, au-dessous de la scissure de Sylvius, on trouve encore trois circonvolutions, quelquefois quatre, qui vont se distribuer au lobe postérieur du cerveau. Les circonvolutions transversales et supérieures que nous venons de décrire ne se trouvent que chez l'homme, le singe et l'éléphant. Si donc on devait placer exclusivement dans quelques parties du cerveau le siége des facultés qui distinguent l'homme des autres animaux, il semblerait que, contrairement à l'opinion des phrénologistes, on aurait dû choisir les circonvolutions complémentaires.

Puisque nous venons de parler des phrénologistes, examinons en peu de mots sur quelles bases ils ont fondé leur doctrine. Le développement des parties antérieures du cerveau, disent-ils, est plus considérable chez l'homme que chez les animaux. En effet, chez l'homme jouissant de toutes ses facultés, le front proémine en avant. Il se déprime graduellement chez les idiots et chez certaines races, les nègres, par exemple, dont les facultés intellectuelles sont peu développées. Il est déprimé bien plus encore chez les animaux. Parmi les singes, qui, pour l'organisation, sinon pour l'intelligence, occupent le premier rang après l'homme, les plus intelligens sont ceux chez lesquels le front est le plus développé. Si on mesure la tête en prenant pour point de départ le trou auditif interne, on verra la partie antérieure l'emporter, chez l'homme, sur la partie postérieure, tandis qu'on trouvera le contraire chez le singe et chez les autres animaux les plus intelligens.

Toutes ces raisons paraissent assez convaincantes au premier abord; mais il suffit d'un examen un peu approfondi pour les détruire. Et d'abord, c'est un bien mauvais terme de comparaison que celui qu'on obtient par l'examen des os du crâne. Comparons, en effet, la tête de l'homme avec celle du mouton, par exemple; le front de ce dernier, je l'avoue volontiers, est excessivement déprimé. Mais décomposez sa tête, et vous verrez l'os frontal s'étendre en arrière beaucoup plus que chez l'homme, et former presque toute la voûte de la cavité crânienne, tandis que le pariétal est presqu'atrophié, et que l'occipital ne s'élève pas jusqu'au cerveau. Chez l'homme, au contraire, ce dernier os recouvre une partie du lobe postérieur du cerveau, tandis que les pariétaux sont, de tous les os, ceux qui servent le plus à former la voûte qui protége cet organe. Et quelles sont les parties que recouvrent ces os supplémentaires? Précisément les circonvolutions supérieures, ou transversales, qui n'existent pas chez les animaux, le singe et l'éléphant exceptés. L'examen comparatif des os du crâne semblerait donc nous autoriser à localiser dans ces circonvolutions les facultés qui distinguent l'homme du mouton. Mais allons encore plus loin. La loi de prédominance des parties antérieurs sur les parties postérieures chez l'homme, et des parties postérieures sur les parties antérieures chez les animaux, vraie lorsqu'on veut bien choisir les termes de comparaison, ne l'est plus lorsqu'on cherche à l'étendre à tous les animaux. Si nous prenons encore le crâne du mouton, nous trouverons, en prenant pour point de départ de nos mesures le trou auditif externe, que les parties antérieures l'emportent de beaucoup sur les parties postérieures.

Mais pourquoi ne prendrions-nous pas pour point de départ de la mesure du cerveau une des parties centrales de cet organe, le corps calleux par exemple? Alors la mesure sera aussi exacte que possible. Eh bien, ici encore la phrénologie est en défaut. En effet, on peut poser comme une règle constante que le cerveau des animaux offre en avant une masse beaucoup plus considérable et des circonvolutions plus développées qu'en arrière, tandis que le contraire existe chez le singe, l'éléphant, et surtout chez l'homme.

Examinons maintenant quelques-uns des organes découverts ou plutôt inventés par les phrénologistes, et voyons s'ils ont été plus heureux dans les petites divisions que dans les grandes. La philogéniture, ou l'amour des enfans et des petits, est placé sous l'angle supérieur de l'occipital. Il est moins développé chez l'homme que chez la femme, chez le mâle que chez la femelle, parmi les animaux. Mais chez ces derniers, le singe et l'éléphant exceptés, la partie supérieure de l'occipital ne recouvre pas le cerveau. L'organe que cette partie recouvre chez l'homme n'existe donc pas chez eux? Les phrénologistes ne se laisseront pas embarrasser pour si peu de chose, et ils placeront alors leur organe sous le pariétal. Mais vos organes peuvent donc se déplacer? Et qui vous dit que lorsque le front est déprimé, les organes recouverts par le frontal ne se sont pas portés en arrière au lieu de s'effacer?

Le cerveau du castor offre un développement assez remarquable au dessous des arcades zygomatiques. Le castor se construit des cabanes, c'est un habile architecte: donc l'organe de la constructivité viendra proéminer au-dessous des arcades zigomatiques. Mais malheureusement la plupart des rongeurs, et presque tous les oiseaux construisent aussi, et cependant leur cerveau est pointu en avant et sur les côtés. Et les abeilles et les fourmis, et tant d'autres insectes, ont-ils aussi l'organe de la constructivité?

Gall avait placé l'organe de la théosophie à la partie supérieure et antérieure du cerveau, et avait toujours trouvé cette partie très prononcée chez les dévots. Mais cet organe doit exister partout où on trouvera bien développées les circonvolutions qui lui ont été assignées. Cette disposition existe d'une manière très marquée dans le cerveau du mouton. Vous croyez peut-être embarrasser les phrénologistes par cette découverte? détrompez-vous, la phrénologie est une science élastique et qui trouve des explications à tout. L'organe de la théosophie ne sera plus celui qui nous porte à croire à Dieu: ce sera l'organe de la vénération; le mouton vénère et respecte le berger et le chien qui le conduisent. On pourra même le trouver chez le chien qui respecte son maître. Mais il existe aussi chez le lion et le tigre: je ne doute pas que les phrénologistes ne parviennent à se tirer de ce nouveau pas, en faisant subir une nouvelle transformation à leur organe.

Les parties latérales de la tête, au-dessus du trou auditif externe, sont comparativement plus développées chez les carnivores que chez les herbivores. Se contentant de cette observation superficielle, Gall plaça au-dessous de ces parties les organes du meurtre, du courage et de la ruse, et retrouva ces organes chez les criminels, chez les hommes courageux, etc. Mais lorsqu'on a voulu examiner le cerveau, on a trouvé les mêmes circonvolutions chez ces deux ordres d'animaux, dont les instincts sont si différens. Qu'y a-t-il d'étonnant à cela, se sont d'abord écriés les phrénologistes? Les moutons, les bœufs, les cerfs, etc., détruisent de l'herbe et des feuilles pour se nourrir; mais les vendangeurs, les bucherons détruisent aussi. Je serais curieux de savoir si c'est en vertu de l'organe de la destructivité.

Est-il besoin d'insister plus long-temps sur le peu de fondement, sur l'absurdité même d'une science qui peut conduire ses sectateurs à de si ridicules conséquences? Est-il besoin de vous répéter qu'elle est en désaccord avec l'observation attentive des faits, et surtout des faits d'anatomie comparée? Et si quelquefois il est arrivé à quelques phrénologistes de déterminer avec quelque certitude les penchans et les aptitudes d'une personne inconnue, combien se sont-ils grossièrement trompés! Et ne devrait-on pas plutôt attribuer un résultat heureux à la perspicacité, au don singulier de lire sur la physionomie humaine dont sont doués certaines personnes, qu'à l'inspection des bosses crâniennes? Je n'aurai que trop souvent, d'ailleurs, l'occasion de revenir sur ce sujet dans le cours de ces leçons.

De l'Idiotie.

L'idiotie est caractérisée par un arrêt de développement des facultés intellectuelles. L'idiot, bien différent du dément, n'a jamais été intelligent; son cerveau, par suite d'une cause qui nous échappe le plus souvent, est resté, après la naissance, ce qu'il était avant, ou du moins ne s'est que très faiblement développé. Aussi est-il vrai de dire, en général, que la tête des idiots, et par suite leur cerveau, sont plus petits que ceux des autres hommes. Cette règle souffre des exceptions nombreuses et très remarquables. Ainsi, nous avons mesuré un grand nombre de têtes d'hommes de tous les états et de toutes les conditions (2000); nous avons mesuré également les têtes d'un grand nombre d'aliénés et d'idiots, et nous avons pu établir d'une manière à peu près certaine les moyennes suivantes:

	Circonf.	Courbe ant.-postérieure.	Diam. ant.-postérieur.	Diam. lat.
Hom. raison.,	561 mill.	332 mill.	190 mill.	157 mill.
Maniaques,	561	332	190	156
Epileptiq.,	561	329	184	155
Idiots,	553	331	187	151
Fem. rais.,	538	325	184	146
Idiotes,	517	311	173	146

En comparant les mesures prises sur les hommes et les femmes, on arrive à ce singulier résultat, que la tête de la femme adulte correspond, pour la grosseur, à celle de l'homme à l'âge de 11 à 13 ans. La généralité des idiots se trouve au-dessous de la moyenne. Mais, chose remarquable, c'est encore parmi eux que nous avons trouvé les têtes les plus grosses. Ainsi, le maximum de développement de la tête des idiots a été de 0,637 millimètres, et le minimum de 0,505; tandis que pour les hommes raisonnables, le maximum n'a été que de 0,625, et le minimum de 0,510.

Quelle est la partie du cerveau qui est atrophiée chez les idiots? Les phrénologistes ne manquent pas de dire que ce sont les lobes antérieurs; et cependant, comme nous l'avons déjà vu, l'observation du développement progessif du cerveau en arrière dans l'échelle animale tendrait à nous faire admettre une donnée tout-à-fait contraire. Cette induction tire une nouvelle force des belles recherches de Tiedemann sur le cerveau du fœtus. De même que chez les animaux, en effet, le cerveau de l'homme se présente d'abord comme un petit tubercule placé à la partie antérieure du crâne, laissant à découvert les tubercules quadrijumeaux et le cervelet; à mesure que le fœtus prend de l'accroissement, le cerveau se développe en arrière, s'avance peu-à-peu sur ces organes et les recouvre entièrement au moment de la naissance. Enfin, j'ai observé à la Salpêtrière un tête d'idiote dont le cerveau était évidemment atrophié en arrière, tandis que les lobes antérieurs étaient assez bien développés.

Quant au poids du cerveau, nous croyons pouvoir donner comme une moyenne assez exacte pour les hommes raisonnables, 1370 grammes. Pour obtenir cette moyenne nous avons pesé un bien grand nombre de cerveaux, et entre autres celui de Cuvier (1822 gr.), celui de Dupuytren (1407 gr.). Nous n'avons fait qu'un petit nombre d'autopsies d'idiots adultes. Voici le poids du cerveau de chacun d'eux: 865, — 876, — 960, — 1100, — 1226 grammes. Tiedemann dit en avoir pesé deux; l'un pesait 523 et l'autre 600 grammes.

Nous avons à examiner, en ce qui concerne les idiots, plusieurs questions importantes. Quel âge vivent-ils? dans quel état se trouvent leurs fonctions motrices et digestives? quels sont les instincts qui se développent les premiers chez eux, et quels sont leurs penchans dominans? jusqu'à quel point leurs facultés intellectuelles sont-elles développées?

Il y a à Bicêtre soixante-douze idiots ou imbécilles adultes. Je les ai observés avec le plus grand soin, afin d'arriver à la solution de ces importantes questions. Voici quel a été le résultat de mes observations:

Age. De vingt à trente ans, 15; de trente à quarante, 27; de quarante à cinquante, 17; de cinquante à soixante, 11; enfin un seul âgé de soixante ans. L'âge moyen est de trente-huit ans.

État physique. Trente-quatre des moins intelligens offrent une faiblesse musculaire assez remarquable. Les mouvemens sont libres chez trente-quatre autres. L'un d'eux est contracturé, un autre hémiplégique, un autre épileptique, enfin un dernier est atteint de la danse de Saint-Guy. Tous ont été atteints de ces maladies depuis leur enfance. On observe encore chez quelques-uns des plus stupides (17) un balancement assez remarquble soit de tout le corps soit de quelques parties seulement. Les fonctions digestives sont, en général, dans un état satisfaisant. Quelques-uns cependant (6) recherchent leurs alimens avec beaucoup d'activité, tandis que trois autres les recherchent à peine. Quelques-uns des plus stupides rendent leurs selles involontairement. Un seul de nos idiots, le plus stupide de tous, aussi peu avancé en intelligence que l'enfant naissant, et qui vient de mourir à l'âge de trente-un ans, ne distinguait pas même ce qui était alimens de ce qui ne l'était pas.

Instincts et expressions. Le sentiment de la conservation est nul chez cinq des moins intelligens et très obtus chez dix autres. Deux se donnent des coups; un autre se mord lui-même. Les moins intelligens sont en général timides; quelques-uns sont rusés; ainsi l'un d'eux, muet et entièrement stupide, sait cependant voler ses alimens avec beaucoup d'adresse. On observe aussi chez eux un sentiment qu'on ne s'attendrait guère à trouver ici; c'est la dévotion, ou plutôt l'habitude des pratiques religieuses. L'un d'eux est très intéressant à observer sous ce rapport. Il a appris, je ne sais comment, toutes les cérémonies de la messe; il sait à peine dire quelques mots, et cependant il dit la messe en prenant toutes les attitudes du prêtre, en chantant sur les mêmes airs que lui. Il a fait plus encore; il a trouvé, parmi ses camarades, un individu aussi stupide que lui, mais qui sait servir la messe, et qui l'assiste dans toutes ses cérémonies.

En général, les idiots sont bons et aimans, quelques-uns sont méchans, voleurs et vaniteux. Il y en a un petit nombre qui ont une certaine aptitude à faire des collections; enfin nous en avons un qui est très avare. Depuis son entrée à Bicêtre il a ramassé sou à sou, et même liard à liard, soit en travaillant, soit en faisant des commissions, l'énorme somme de 500 fr.; et cela pour le seul plaisir d'entasser et de satisfaire son avarice. Enfin, le plus grand nombre sont adonnés à la masturbation, quelques-uns avec fureur. Il y en a qui recherchent les femmes quoiqu'ils ne les aient jamais connues. Quelques-uns des moins stupides sont encore plus vicieux et se recherchent entre eux. L'impudicité paraît être la première de leurs passions. Ainsi l'un d'eux, qui ne sait pas prendre ses alimens, qui vit continuellement accroupi dans son lit, qui a tout au plus l'instinct de l'huitre, sait cependant se masturber.

Intelligence. Il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de savoir dans quel état se trouvent les sens des idiots. Quelques-uns sont sensibles aux changemens de temps. L'un d'eux offre cette particularité remarquable, qu'il prédit à coup sûr le tonnerre et la neige lors même que le ciel est le plus serein. Les plus stupides sont muets, et ne font entendre qu'un grognement désagréable, d'autres ne prononcent que quelques mots et les articulent mal; d'autres enfin parlent assez bien. Il y a des idiots musiciens; les uns chantent quelques notes, un air même sans paroles; la plupart chantent des chansons. Les plus stupides sont incapables de travailler, tandis qu'on est parvenu à imposer un travail assidu au plus grand nombre. Plus de la moitié de nos idiots ne savent pas lire, et parmi les autres ceux-ci connaissent seulement quelques lettres, ceux-là épèlent quelques mots; d'autres enfin lisent assez bien; deux seulement lisent très bien. L'écriture paraît être un très grand progrès parmi eux; ainsi soixante ne savent pas écrire, et chez les douze autres on ne peut trouver qu'une écriture médiocre. Un très grand nombre (soixante) connaissent ce que c'est que l'argent; trente-cinq seulement en connaissent bien la valeur. Le calcul n'est pas aussi difficile pour eux que la lecture, et surtout que l'écriture. Enfin nous avons, parmi nos idiots, un amateur de littérature et un poète satyrique.

Résumons tout ce qui précède, et établissons par des chiffres la part de développement de chaque instinct et de chaque faculté intellectuelle dans l'idiotie.

Vices et mauvaises passions. Impudicité, 43. Vanité, 16. Ruse, 12. Vol, 10. Méchanceté, 8. Avarice, 1.

Sentimens louables. Douceur et bonté, 47. Amitié, 28. Dévotion, 16.

Intelligence. Parole, 66. Connaissance des monnaies, 60. Juste appréciation de leur valeur, 35. Aptitude au travail, 55. Calcul, 45. Lecture, 35. Musique, 28. Ecriture, 12. Littérature, 1. Poésie, 1.

Académie des Sciences. — Séance du 25 mai.

Guérison du strabisme par la section d'un des muscles moteurs de l'œil. — M. Dieffenbach qui avait déjà entretenu de l'Académie de cette méthode de traitement, annonce qu'il en est aujourd'hui à sa 118e opération, et communique quelques remarques qu'il a faites à cette occasion.

Les sujets qui louchent d'un œil seulement et en dedans ont très souvent, dit l'auteur, la pupille dilatée dans l'œil dévié. Le contraire a lieu dans l'état physiologique, c'est-à-dire que si volontairement on amène l'œil en dedans la pupille se contracte. Dans cet état de dilatation la vue est double. Il semble que dans cet état la pupille, bien que dirigée en dedans, n'est plus soumise à l'action volontaire, mais qu'elle se dilate comme chez les individus dont l'œil est placé dans l'ombre.

Lorsque l'on coupe le muscle droit interne, la pupille se contracte, et si le degré de contraction est égal à celui de l'autre œil, la vue est correcte. Si au contraire il y encore inégalité dans les ouvertes pupillaires, la vue reste ou devient double. Cet état de la vue double se fait remarquer pendant les quinze ou vingt premiers jours qui suivent l'opération, et insensiblement cette disposition disparaît.

Lorsque le strabisme est divergent, il suffit de couper le muscle droit externe pour donner à l'œil une autre direction; mais il arrive souvent, dans ces cas de strabisme en dehors, que l'œil est porté en dedans après l'opération, de sorte que l'on a changé le strabisme divergent en strabisme convergent. Il faut attendre quelque temps pour donner au muscle externe les moyens de contracter de nouvelles adhérences avec le globe de l'œil, et alors on coupe le muscle interne; aucun obstacle ne s'oppose plus au redressement de l'œil, et par ces deux opérations on a corrigé la difformité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. Mojon.

Séances des mois d'avril et mai.

La correspondance comprend: 1° lettre de M. le docteur Maigne avec envoi de deux ouvrages imprimés, dont l'un est intitulé *Choix d'une nourrice*, l'autre *Du toucher*. L'auteur demande à être porté sur la liste des candidats pour les nominations des nouveaux membres résidans. (Commission: MM. Gillette et Mojon.) 2° Lettre de M. Piedagnel qui demande à lire un travail. (V. le compte-rendu précédent.) 3° M. Putegnat de Lunéville adresse un mémoire manuscrit ayant pour titre: *Deux observations d'operation césarienne abdominale*; il envoie en même temps la liste de ses travaux imprimés et demande le titre de membre correspondant. (Commissaires: MM. Belhomme et Rognetta.) 4° L'Académie royale des sciences, belles-lettres et arts de Rouen envoie un volume imprimé contenant le compte-rendu de ses travaux pendant l'année 1839. (M. Mojon est chargé de faire connaître la partie médicale de cet ouvrage et d'écrire une lettre de remerciemens à l'Académie de Rouen). 5° Brochure de notre collègue M. Leblanc, intitulée: *Résumé de quelques recherches relatives à l'étude des maladies du cœur des principaux animaux domestiques*. 6° Thèse de M. Szokalski ayant pour titre: *De la diplopie unioculaire*.

Rapport sur une dissertation médico-psychologique de M. le docteur Crommelinck; par M. Caffe. — Messieurs, vous m'avez chargé de vous rendre compte d'une dissertation médico-psychologique de M. le docteur Crommelinck, secrétaire de la Société des sciences naturelles de Bruges.

La nature même de ce mémoire devra m'entraîner en dehors de vos études pratiques les plus habituelles; mais c'est au médecin seul qu'il appartient de juger les questions de métaphysique, qui, dépouillées des connaissances anatomo-physiologiques, a pour essence l'erreur et pour apanage l'obscurité. Lui seul, en effet, a dit Descartes, a vu la machine humaine tranquille et agitée, délirante et raisonnable, sensible ou paralysée, vivante et morte, etc.

Vous voudrez bien, Messieurs, me permettre une excursion dans le champ sans horizon des hypothèses. Ce sont elles qui bercent notre vie à tout âge et dans toutes les circonstances. Il n'est aucun homme qui ne leur accorde plus de temps qu'aux réalités les plus tangibles, et c'est en raison même des développemens de l'intelligence qu'elles semblent se multiplier davantage: la vie matérielle du simple ouvrier lui laisse moins de loisir pour les rêves de son imagination.

M. Crommelinck, à propos d'un cas de somnambulisme très curieux qu'il a observé chez une jeune fille du nom de Béatrix Yserbit, s'abandonne à ses idées favorites sur le rêve, le pressentiment, et sur l'âme, ce recteur universel. Il espère que tôt ou tard se déchirera le voile du mystère jusqu'à ce jour impénétrable de la nature de l'âme ou de l'essence de la vie.

Le somnambulisme naturel et artificiel, le rêve, la seconde vue, le pressentiment, sont les premiers pas vers la découverte de ce phénomène, qui doit bouleverser tous les systèmes bâtis par le matérialisme. Le moment est en effet des mieux choisis. Il se fait aujourd'hui une réaction contre ces systèmes; par mode, par goût ou par besoin, l'esprit humain, dit l'auteur, prend audacieusement son vol vers les zones éthérées, pour arriver à la sublime découverte des phénomènes où il ne considérera la matière que comme une dépendance d'une puissance invisible d'un être supérieur. Il est vrai qu'il court alors le risque de se heurter contre le scepticisme, ce panthéon de l'ignorance. L'omnicroyance et le charlatanisme, pierre d'achoppement des dupes, ne sont pas des champions les moins redoutables: celui-ci, toujours avide de lucre, dénature effrontément les choses les plus vraies; celle-là donne tête baissée dans les erreurs les plus grossières; l'une et l'autre tuent une à une toute l'illusion, désespèrent la bonne foi, et enveloppent les vérités les plus simples dans un doute inextricable.

La physiologie ne peut trouver étrange cette science qui soumettrait toutes ses lois à une puissance surnaturelle. N'a-t-elle pas épuisé tous ses moyens avant que d'arriver au *nec plus ultrà* de ses connaissances, lorsqu'elle finit par conclure pour tous les actes humains que ce sont des fonctions vitales *sui generis*? Lorsqu'il s'est agi d'expliquer la digestion, l'estomac n'a-t-il pas été tour à tour un réceptacle de fermentation putride, alcoolique, un lieu de coction, un agent purement mécanique, etc., etc.? Mais toutes ces théories ont échoué, parce qu'on ne peut croire à la chimie, disait avec raison Voltaire, que lorsque la synthèse a vérifié l'analyse.

Sans s'en douter toujours, ni sans en pouvoir apprécier le mode d'être, l'homme ne posséderait-il pas des moyens de communication, nommés surnaturels par le vulgaire, complètement niés par quelques physiologistes, mais qui n'en existent pas moins, et qui, tout en échappant à nos investigations ordinaires, se présentent journellement à notre esprit pour le torturer, et lui démontrer son néant devant la toute-puissance créatrice.

L'existence d'un principe animant notre corps n'a-t-elle pas été soupçonnée dès la plus haute antiquité? Thalès, Pythagore, Empédocle, etc., n'ont-ils pas enseigné que tous les phénomènes de notre corps avaient pour mobile un principe particulier qu'ils appelaient *âme*? Chaque siècle, suivant l'esprit qui y dominait, n'a-t-il pas cherché à expliquer la nature de cette essence immatérielle? Et aujourd'hui, sans recourir à l'intervention divine, M. Crommelinck croit que nous avons peut-être la preuve de son existence dans le somnambulisme, le rêve, le pressentiment et le magnétisme.

Le rêve serait quelquefois, selon l'auteur, indépendant des fonctions des organes, offrant cette différence avec le somnambulisme, que les impressions reçues pendant le rêve nous poursuivraient involontairement pendant la veille; et l'âme, dans le somnambulisme, jouirait d'une vie propre, d'une existence à part, indépendante du corps.

Le pressentiment s'opère par un mouvement intérieur que nous ne saurions définir; mais le pressentiment ne saurait être la prévision ou la prescience, expressions erronées, puisque l'avenir ne peut se dérouler devant nous, et quelqu'étendue de puissance que l'on accorde à notre fluide animique, il ne peut acquérir le sentiment des choses futures: ce qu'on a considéré comme tel, était des choses qui existaient déjà, et par cela même pouvait établir ou rendre possible ces communications dites de pressentiment. En effet, tout ce qui se manifeste dans la nature, tout ce que nous voyons, tout ce que nous sentons, existe de toute éternité, mais ne se traduit en nous que dans le temps et l'espace.

L'homme est souvent préoccupé d'un objet qui se trouve inopinément devant lui au moment même ou peu de temps après qu'il y pensait. Un ami absent occupe votre pensée; on sonne, c'est lui. Vous en êtes certain. Vous courez machinalement à sa rencontre: c'est bien lui. Il n'y a ici aucune prévision: ce n'est qu'un enchaînement de phénomènes naturels, en convenant d'appeler ainsi les communications de ces êtres supérieurs qui se trouvent enchaînés dans l'homme physique, et peuvent, dans certaines circonstances, se soustraire à leur enveloppe matérielle et se porter au devant des objets. Dans tous les cas, n'est-ce pas toujours d'un être supérieur qu'émane la pensée et ses manifestations? Mais dans le pressentiment, il est rendu à sa condition éthérée; sa puissance devient alors incalculable, et partant, ses moyens de communication illimités.

Quelque variées que soient les théories que l'on invoque pour expliquer la nature de ces phénomènes, on est contraint de les attribuer à un fluide d'une subtilité telle qu'aucun de nos moyens d'appréciation physique ne peut en rendre compte.

Il n'est aucun de nous qui n'ait éprouvé dans sa vie ce que l'on appelle des pressentimens; mais ils ne sont pas toujours accompagnés de circonstances qui aient vivement frappé l'esprit. Les faits qui les établissent avec évidence sont très nombreux. Des historiens graves, des traditions populaires, et encore le souvenir de chaque homme, en conservent de fréquens exemples. Un homme n'ayant qu'un fils embarqué sur un vaisseau de guerre pressent la mort de son fils abattu par un boulet près du deuxième ratelier du sabord. Le lendemain, ce père quitte sa maison avec inquiétude, et va se promener sur le rivage de la mer. Un canot aborde. Je sais ce que vous venez m'apprendre, s'écrie le malheureux; mon fils a péri, frappé dans le deuxième ratelier du sabord. C'était vrai. Un fait de ce genre a signalé le meurtre de Henry Stuart d'Ecosse. Trois amis du comte d'Althol, cousin du roi, logés dans une maison peu éloignée du palais du prince Henry, entendent dans leur sommeil: Levez-vous, on va me faire violence. Ils se perdirent en conjectures pour trouver les vestiges de leur hôte nocturne, quand le retentissement du palais de Henry qui sautait en l'air justifia leur terreur. Je crois inutile de multiplier les exemples de pressentiment; aucun de vous n'est disposé à en nier l'existence et la valeur. M. Crommelinck a sans doute eu le pressentiment qu'il serait reçu membre de votre honorable Société. Permettez-lui, en l'admettant, de continuer des études intéressantes en corroborant sa foi.

MM. Crommelinck et Florent Cuvier ont été nommés membres correspondans de la Société.

— *M. Manzini* lit un travail sur une pièce d'anatomie pathologique intéressante qu'il a présentée à la Société, relative à une fausse articulation du fémur. (Commissaires: MM. Thierry et Velpeau.) Nous rendrons compte de ce travail lorsqu'un rapport en sera fait à la Société.

— *M. le docteur Gavrelle* lit un mémoire intitulé: Notice sur une nouvelle substance médicinale appelée *paullinia*. Cette substance est un extrait de la plante de ce nom, originaire du Brésil, que préparent les Indiens et qui paraît jouir, selon l'auteur, d'une action excitante assez énergique. M. Gavrelle en a présenté un échantillon à la Société, ainsi qu'un alcali nouveau que deux chimistes de Paris viennent d'obtenir par l'analyse. L'extrait et l'alcali sont très amers, et offrent quelque chose d'analogue au goût de la caféine. (Commission.)

Syphilis larvée ou anomale. — *M. Boullard* communique l'observation suivante. Un homme qui avait eu des chancres à la verge, mais qui paraissait complètement guéri, se marie. Après les premiers rapports conjugaux, il lui survient une ulcération au gland, qui se guérit d'elle-même. Aucun autre symptôme ne se développa chez lui. La femme, au bout de deux mois, se plaint de fissures à l'anus. On met dans cette région des sangsues; il survient des ulcérations aux morsures de ces annélides. Une inflammation violente fait appliquer de nouvelles sangsues; nouvelles ulcérations. En outre, d'autres symptômes de syphilis, tels que végétation, etc., se déclarent. La malade est soumise à un traitement mercuriel, et elle guérit.

MM. Caffe et Rognetta élèvent des doutes sur la nature de l'affection dont cette dame était atteinte. Des végétations ne sont pas absolument des signes de syphilis. N'en voit-on pas, en effet, qui se développent chez les femmes enceintes et qui se dissipent après l'accouchement.

M. Bricheteau partage ce doute. Des végétations peuvent se développer sous l'influence d'une irritation chronique; il a vu un homme qui n'avait eu de rapports qu'avec une femme atteinte de phlogose du col utérin, présenter plusieurs symptômes d'apparence syphilitique.

M. Gillette cite une observation analogue à celle de M. Boullard. Une dame, dont le mari avait eu quelques ulcérations superficielles à la verge, ulcérations qui se guérirent d'elles-mêmes, présenta, cinq mois après, les symptômes d'une syphilide: taches cuivrées à la peau, ulcérations taillées à pic sur la langue et le voile du palais, douleurs ostéocopes; un traitement mercuriel la guérit. Elle n'avait ressenti aucun symptôme appréciable du côté des organes génitaux. Au reste, dans ces cas, il manque l'examen approfondi des organes, examen que les recherches de M. Ricord ont appris à regarder comme indispensables pour porter un jugement définitif.

M. Rognetta fait remarquer les difficultés qui s'élèvent au sujet de la contagion syphilitique. L'inoculation peut seule démontrer si une ulcération est syphilitique, et les chancres, eux-mêmes, comme l'a démontré M. Ricord, perdent de leur force contagieuse quand ils deviennent calleux; ils ne le sont point lorsqu'ils émanent d'une syphilis constitutionnelle ou qu'ils sont secondaires, ainsi qu'on les appelle. Du reste, il croit qu'on a tort d'insister sur certains symptômes comme absolument vénériens: les exostoses et l'iritis, qui guérit sous l'influence du mercure, sont loin de prouver l'existence d'une syphilis. Les oculistes allemands, qui croient pouvoir reconnaître l'existence de la syphilis d'après la forme de la phlogose irienne se trompent, cette forme pouvant exister indépendamment de cette cause, et le mercure lui-même agissant aussi heureusement dans la plupart des maladies phlogistiques.

M. Bourjot ne croit pas à une forme syphilitique de l'iritis; mais il pense que cette affection se développe souvent sans l'in-

fluence de la syphilis.

M. Caffe n'a jamais vu l'iritis syphilitique exempte d'autres symptômes vénériens. Elle est caractérisée par la présence de végétations qui apparaissent sur le pourtour de l'iris et qui donnent à la pupille une apparence plus ou moins angulaire.

M. Boullard croit que l'inoculation a eu lieu chez la malade dont il a rapporté l'observation. Cette inoculation s'est faite par le pus qui, des fissures vénériennes, s'est introduit dans les morsures des sangsues.

M. Thierry insiste sur les dangers que peut avoir l'inoculation qu'on pratiquerait chez les personnes saines. Il était élève à l'hôpital des Vénériens à l'époque où cinq jeunes gens ne croyant pas à la contagion s'inoculèrent du pus provenant de bubons. Chez deux les qiqûres ne donnèrent lieu à aucun symptôme ; un troisième eut des ulcérations peu profondes qui se cicatrisèrent au bout de quinze jours ; chez les deux autres survinrent des ulcérations profondes suivies de symptômes consécutifs, qui résistèrent à tous les genresde traitement, et les deux malheureux, victimes de l'expérimentation, terminèrent leur existence par le suicide. Celui qui n'avait eu que dès symptômes légers a été, au bout de dix-sept ans, atteint de douleurs violentes dans les os, de syphilides, d'ulcérations au pharynx et d'un chancre au prépuce.

M. Rognetta demande si c'est le même pus qui a été inoculé aux cinq individus. L'inoculation du pus des bubons ne donne pas toujours les mêmes résultats. Quand un bubon se déclare dans un ganglion où viennent aboutir les vaisseaux lymphatiques venant de la partie affectée de chancre primitif, le pus est contagieux et produit des chancres ; mais si le bubon ou plutôt le pus qu'on inocule provient d'un abcès formé autour des ganglions en question, l'opération ne donne qu'un résultat négatif. Il arrive assez souvent qu'un bubon primitif, c'est-à-dire ganglionnaire, s'entoure d'une atmosphère purulente ayant sa source dans le tissu cellulaire environnant : vous ouvrez cette tumeur qui est la plus superficielle, et vous avez un pus qui n'est point contagieux ; mais si vous allez au fond du foyer ouvrir le noyau ganglionnaire qui est le véritable bubon syphilitique, vous obtiendrez une maladie contagieuse qui produit des chancres par l'inoculation. On s'explique par là la différence des résultats dont vient de parler M. Thierry.

M. Adorne rend compte d'expériences qu'il a faites et qui confirment ces derniers faits.

M. Nonat cite une expérience du même genre qui lui est propre, et qui lui a donné des résultats confirmatifs.

Séance levée à dix heures.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 2 JUIN 1840. (13e ANNÉE.) N° 65, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, [illegible]

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Rétrécissement organique de l'urètre très rebelle; guérison au bout de deux mois et demi; par M. Amussat.

Vers la fin de mars dernier, la Maison de médecine opératoire reçut un jeune homme d'une trentaine d'années, pour y être soigné d'un rétrécissement contre lequel les chirurgiens les plus distingués avaient échoué. Les renseignemens que nous fournit ce malade nous ayant paru assez dignes d'intérêt, nous allons les rapporter avec détail.

En 1829, il est atteint d'une blennorrhagie cordée qui persista avec intensité pendant deux ans, malgré tous les antiphlogistiques possibles et deux traitemens mercuriels complets. Ce n'est qu'à l'aide de la cautérisation que l'on put en triompher. A dater de cette époque, le jet des urines commence à diminuer, et l'année d'ensuite il est pris de strangurie. On a recours alors aux sondes en gomme élastique, qui sont gardées à demeure pendant une dizaine de jours, et déterminent un abcès de la prostate qui, confondu d'abord avec une inflammation du col de la vessie, finit par s'ouvrir quelque temps après dans l'urètre, qui devient fistuleux et donne issue à de la matière purulente. Il s'établit alors une infiltration urineuse dans le tissu cellulaire du petit bassin, et de grands obstacles sont apportés à la défécation. Le toucher par le rectum ayant fait découvrir une énorme tumeur au niveau de la région prostatique, on fait au périnée une large incision qui comprend la fistule urétrale et met trois mois à se cicatriser. Pendant tout ce temps, du pus et de l'urine s'échappent par la plaie.

En 1837, nouvelle blennorrhagie contractée à la suite d'un coït impur. Quinze jours après, la prostate s'abcède une seconde fois avec d'atroces douleurs. L'affection est encore méconnue; la collection purulente dénude le rectum et fait irruption dans l'urètre, par lequel elle s'échappe mélangée au liquide urinaire. Les efforts pour uriner sont accompagnés de la sortie, à travers la fistule recto-urétrale, d'un véritable sperme, comme le démontre l'analyse chimique. Le malade est de nouveau soumis à la cautérisation, et un mois plus tard il se rend aux eaux des Pyrénées.

En dépit de tous ces moyens divers, l'écoulement persiste; la fistule dont nous avons parlé se rouvre de temps à autre, et livre toujours passage à de l'urine et à du sperme. Cette fois-ci on se décida à mettre en usage la dilatation forcée jointe à la cicatrisation, et on proclama la guérison complète; mais dix mois plus tard, nouveaux symptômes plus désolans. Le malade éprouve-t-il le besoin d'uriner, il est obligé de s'introduire préalablement une bougie conique qu'il porte continuellement avec lui; de même lorsqu'il s'abandonne au coït, il est contraint de se sonder auparavant; car sans cette précaution, il éprouve bien, il est vrai, le plaisir attaché à cet acte, mais il ignore où va le sperme.

A partir de ce moment, il éprouve moins de désirs vénériens, et entre difficilement en érection. Enfin la plupart des chirurgiens consultés se rattachent, en désespoir de cause, à l'idée d'un spasme de l'urètre, et dirigent leur thérapeutique dans ce sens; mais tout devient inutile, et le malade, fatigué de la vie, arrive à Paris.

Etat actuel. Constitution nerveuse un peu détériorée, découragement complet, organes remplissant bien leurs fonctions. L'introduction du doigt dans l'anus apprend que la prostate est fondue; on n'en trouve pas la moindre trace. La bougie exploratrice rapporte l'empreinte de deux rétrécissemens situés dans la partie bulbeuse du canal; on la voit se dévier à gauche fortement, ce qui indique qu'elle est arrêtée dans son trajet. Se fondant sur les connaissances acquises par le cathétérisme, et la nécessité où se trouve le malade de se sonder afin de pouvoir uriner, ce qu'il fait aussitôt que l'extrémité de la bougie conique a pénétré de quelques lignes dans le rétrécissement.

M. Amussat diagnostique à l'instant un rétrécissement calleux accompagné de ce qu'il a appelé, dans ces derniers temps, anévrisme de l'urètre, c'est-à-dire dilatation siégeant derrière la portion rétrécie. Il commence le traitement par l'emploi des sondes en gomme qu'il laisse à demeure pendant quinze jours, et dont il gradue insensiblement le volume; il a recours ensuite aux sondes métalliques, dont il finit par introduire le n° 34. En même temps il met en usage la scarification à sept reprises différentes, et à quelques jours d'intervalle. Le malade voit bientôt avec plaisir qu'il peut uriner largement et sans avoir besoin de sonde; l'éjaculation a lieu comme avant son affection, et il quitte la Maison de médecine opératoire, ayant repris toute sa gaîté habituelle.

Ce fait méritait d'être signalé à l'attention des praticiens pour plusieurs raisons :

1° Il est très rare de voir un malade qui conserve une blennorrhagie cordée pendant deux ans malgré l'emploi des moyens les plus énergiques, et dont la prostate disparaisse en totalité à la suite d'abcès développés dans cette région.

2° Le sujet rendait du sperme par le rectum, éjaculait dans sa vessie lorsqu'il ne s'était pas sondé avant le coït; enfin il était obligé d'employer le cathétérisme afin de pouvoir uriner. Ces divers symptômes décèlerent à M. Amussat l'existence de l'affection qu'il a appelée dans ces derniers temps anévrisme de l'urètre, et dont il a su triompher, dans cette circonstance comme dans plusieurs autres analogues, à l'aide de la dilatation graduée et de la scarification dirigée d'après ses principes.

3° Les praticiens distingués qui ont donné leurs soins à ce malade sans venir à bout de le guérir, ont fini par se rattacher à l'idée d'un spasme du canal. M. Amussat était persuadé d'avance qu'ils étaient dans l'erreur sur ce point, l'expérience lui ayant démontré que les spasmes n'empêchent pas d'arriver dans la vessie. Lorsque le cathétérisme ne peut pas avoir lieu, c'est à une cause mécanique, d'après M. Amussat, qu'est dû le phénomène. Nous nous sommes convaincu, dans cette occasion, de la vérité des doctrines de ce chirurgien, car il nous a fait sentir à plusieurs reprises le bourrelet fibreux, l'espèce de sphyncter qu'il accrochait avec son scarificateur avant de l'inciser. Il n'est donc pas étonnant qu'une guérison complète ait été obtenue.

HOPITAUX D'EDIMBOURG.

Cas d'empoisonnement par l'arsenic; expertise chimico-légale;
Par M. Watson, chirurgien à l'Infirmerie royale.

Pierre Baulks, marchand de charbon de terre à Collier, âgé de quarante-cinq ans, vivait en mauvaise intelligence avec sa femme. Celle-ci, pour se venger d'un coup qu'elle avait reçu de son mari, achète de l'arsenic et lui en administre dans de la viande salée (salts), dans la matinée du 28 avril 1835. L'individu meurt neuf heures après. La femme a été jugée le 13 juillet 1835, condamnée à mort et exécutée comme coupable de la mort de son mari. Baulks avait mangé les salaisons et les autres ingrédiens administrée par sa femme à dix heures du matin du 28 avril. Il a été pris aussitôt de vomissemens, de douleurs d'entrailles, de diarrhée et de grande prostration. Ces symptômes dépendaient, au dire de la femme, d'une attaque de choléra, et on n'avait pas cru devoir appeler un docteur pour les conjurer. Des voisins qui ont vu le malade ont entendu celui-ci leur dire « que la faux de la mort était sur sa tête, » et il blâmait sa femme pour la médecine qu'elle lui avait donnée. Il est allé de mal en pis, est devenu de plus en plus faible, jusqu'à sept heures du soir, moment de sa mort.

D'après les ordres du schériff du lieu, j'ai dû procéder avec M. Rae, actuellement chirurgien à Stirling, à l'examen du corps de Baulks le 3 mai, et rechercher, s'il était possible, la cause de sa mort.

En ouvrant la poitrine, nous trouvons les poumons noirs ou affectés de fausse mélanose, chose très fréquente chez les charbonniers. A l'ouverture du ventre, on n'observe rien d'extraordinaire extérieurement. Pas la moindre apparence d'inflammation dans l'estomac ni dans les intestins. Tout le canal intestinal depuis la langue jusqu'au

FEUILLETON.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi du tannin contre les sueurs immodérées. — M. le docteur Charvet se loue de l'emploi du tannin pur contre les sueurs abondantes qui tourmentent certains malades, tels que les phthisiques. Ce médecin cite plusieurs faits à l'appui de cette médication; il emploie cette substance sous forme pilulaire, à la dose de 2 centigr. 1/2 à 10 centigr. (de 1/2 gr. à 2 gr.) dans les 24 heures, associé ou non à l'opium qui n'en empêche ni ne favorise l'action. M. Charvet préfère cette substance à l'acétate de plomb qui dans certaines circonstances a produit des accidens, et à l'agaric blanc qui agit souvent d'une manière fâcheuse sur le tube digestif. (*Bulletin génér. de Thérap.*, 15 et 30 mai 1840.)

Tablettes de lactate de fer. — Voici la formule que propose M. Cap :

Pr.		
Lactate de fer,	30 gram.	(1 once).
Sucre,	360 gram.	(12 onces).
Mucilage de gomme arabiq.,	*s. q.*	

F. s. a. des tablettes du poids de 65 centig. (13 grains) qui contiendront chacune 5 centig. (1 gr.) de sel, de 6 à 12 par jour. (*Idem.*)

— L'efficacité des préparations ferrugineuses dans certaines maladies est trop connue pour que nous insistions sur ce point. Le lactate de fer, par sa solubilité, doit être préféré à toutes les autres préparations de ce métal; arrivé dans l'estomac il ne tarde pas à être absorbé, et produit en peu de temps des changemens remarquables dans l'économie. Mais les médecins doivent se tenir en garde contre certaines préparations qui ne contiennent point un seul atome de ce sel. Nous avons eu l'occasion d'analyser des pastilles qui n'en contenaient point. Pour reconnaître la fraude, il suffit de faire dissoudre une pastille dans une petite quantité d'eau, et d'y ajouter un peu de tannin pur. Si la préparation est bien faite, la liqueur devient noire; si elle reste incolore, c'est une preuve que les pastilles ne valent rien.

Emploi de la dextrine dans le traitement des fractures. — Voici le précepte que trace M. Velpeau :

1° Faire un mélange de cent parties de dextrine, soixante parties d'eau-de-vie camphrée et cinquante parties d'eau chaude;

2° Exprimer avec soin l'excédant du mélange qui mouille inutilement la bande;

3° Appliquer avec précaution l'appareil, en faisant le moins possible de renversés;

4° Bien glacer ou vernir l'appareil avec le restant du mélange, en y passant la main de haut en bas dans le sens dans lequel les circulaires sont imbriquées;

5° Suspendre le membre sur trois ou quatre bandes attachées à un cerceau et enduites de cérat, afin qu'elles n'adhèrent pas à l'appareil quand il sera sec.

Voici comment on doit préparer la solution de dextrine : on met cette substance dans un vase, on y ajoute l'eau-de-vie camphrée, on pétrit le mélange jusqu'à ce qu'il ait acquis la couleur et la consistance du miel; on ajoute alors l'eau chaude, et après deux ou trois minutes d'agitation le mélange est complet et peut être employé.

Voici la quantité de dextrine qu'on doit employer pour les diverses fractures :

Fracture de cuisse,	500 grammes.
— de jambe,	300
— du bras,	200
— de l'avant-bras,	200

Ces appareils sèchent en quatre ou cinq heures, quand on a soin de suspendre le membre comme nous l'avons dit précédemment. (*Journ. des Conn. méd.*, mai 1840.)

— *Sirop de Johnson :*

Pr.		
Sirop de réglisse,	500 grammes	(1 livre).
Suc des jeunes pouces de l'asparagus amarus,	23 décigram.	(46 grains).
Extrait de racine de guimauve.		

(*Journ. de Chimie méd.*, n° 6.)

Ce sirop, pour lequel on avait obtenu un brevet de cinq ans, vient de tomber dans le domaine public. Le journal auquel nous empruntons cette formule donne de longs détails sur la préparation de ce sirop.

— Voici la préparation du fameux bol d'Arménie purifié et dulcifié pour lequel M. Chaumonnot (Charles Albert) avait obtenu un brevet de cinq ans.

On pulvérise le bol d'Arménie et on le fait macérer pendant huit jours dans des baquets de bois blanc. Tous les deux jours on décante l'eau et on en met d'autre; chaque jour on a soin d'agiter le mélange trois ou quatre fois. Pour débarrasser le bol d'Arménie des parties siliceuses et autres matières dures qu'il contient, on l'agite dans la dernière eau de macération, de manière à le mettre en suspension, après quelques minutes de repos on soutirera le liquide trouble au moyen d'un robinet placé à deux pouces du fond du baquet et on le laisse reposer; on fait écouler l'eau qui surnage et on la remplace par de l'eau acidulée avec un soixantième en poids d'acide sulfurique. Le mélange est remué toutes les deux heures, et est décanté au bout de vingt-quatre heures; enfin, il est lavé à plusieurs eaux.

Après avoir laissé déposer le bol d'Arménie et avoir fait couler le plus complètement possible l'eau qui le surnage, on le délaie de nouveau avec deux litres pour chaque livre d'une dissolution de sulfate de fer contenant un soixantième de ce sel. Le mélange doit être remué toutes les deux heures pendant une journée, et après qu'il a reposé pendant vingt-quatre heures, on décante et on fait égoutter sur des étamines de toile. Quand le bol a pris une consistance suffisante, on le divise et on le met sur des feuilles de papier dans un endroit bien aéré, pour qu'il achève de sécher; on le fait calciner dans des creusets. Il est ensuite porphyrisé dans un quarantième de son poids de magnésie, puis délayé dans une solution d'alun de Rome (5 gram. par litre d'eau), en quantité égale à quatre fois son poids; on sature l'acide sulfurique à l'aide de l'ammoniaque, de manière à précipiter toute l'alumine de l'alun; on lave à grande eau; enfin on en fait des trochisques. (*Idem.*)

Le même journal fait observer que le procédé de *purification* ci-dessus décrit dénature complètement le bol d'Arménie.

— Un concours pour trois places de chirurgien au Bureau central des hôpitaux est en pleine activité. La première question (leçon écrite), est terminée. En voici le sujet: Déterminer la valeur relative des méthodes et des procédés opératoires dans l'opération de la cataracte.

Les candidats sont : MM. Boinet, Chassaignac, Cullérier, Denonvilliers, Desprès, Dufresse, Giraldès, Laborie, Lacroix, Deligneroiles, Maisonneuve, Sanson et Thierry.

Les juges sont : MM. Husson, Bérard jeune, Breschet, Velpeau, Cloquet, Lugol, Robert, Lenoir et Legroux.

rectum a été soigneusement enlevé du cadavre sans être ouvert; les liquides qu'ils contenaient ont été limités par des ligatures.

Le lendemain ces parties ont été examinées au collége par moi. L'analyse en a été faite par le professeur Traills, M. Rae et moi.

Les glandes de la membrane muqueuse de la base de la langue et de chaque côté du larynx sont très développées; toute la membrane présente l'apparence d'une vascularité augmentée et d'une irritation inaccoutumée. En ouvrant l'œsophage et l'estomac, on trouve leur membrane interne couverte d'une couche épaisse de mucus. L'estomac contient une livre environ d'un fluide visqueux et sanguinolent; on le fait couler soigneusement dans un vase propre. Quelques petites particules blanches sont observées dans le mucus qui enduit la face interne de l'estomac: on les ôte soigneusement au moyen d'une pièce d'argent, et on les met sur une lame de verre. La membrane muqueuse de l'estomac est généralement d'une couleur rouge foncée, à l'exception de deux endroits qui offrent une couleur verdâtre ou d'un gris cendré. Près de l'orifice cardiaque une portion de la membrane muqueuse est érodée. On ouvre trois pieds environ des intestins grêles: la muqueuse est à l'état normal, et on n'y observe aucune particule blanche.

On fait bouillir une partie des liquides trouvés dans l'estomac, on ajoute de l'acide acétique distillé, chaud, qui coagule la matière animale. On sépare celle-ci moyennant la filtration. On traite le fluide avec le nitrate d'argent, avec le nitrate ammoniacal de cuivre et avec l'hydrogène sulfuré; mais on ne peut découvrir de trace d'arsenic. Les petites particules blanches qui avaient été retirées de l'estomac sont alors placées dans un tube et bouillies dans de l'eau distillée, avec addition d'un peu de potasse; elles se sont dissoutes entièrement. La matière animale est séparée de la liqueur moyennant l'acide acétique; la liqueur filtrée est soumise à un courant de gaz hydrogène sulfuré, elle a pris une couleur jaune et a donné un précipité orange, ce qui a rendu manifeste la présence de l'arsenic. L'excès d'hydrogène sulfuré ayant été enlevé par l'ébullition, le liquide a été évaporé à siccité dans de petites soucoupes de verre. Le précipité sec a été soigneusement enlevé de ces soucoupes, introduit dans un petit tube de verre avec de la poudre de charbon (black flux) et soumis à l'action de la chaleur, ce qui nous a donné de l'arsenic métallique. Nous avons, en outre, fait bouillir une portion de la matière la plus visqueuse et la plus solide contenue dans l'estomac et qui était restée au fond du vase, dans de l'eau distillée avec addition de potasse, traité le mélange avec de l'acide acétique en excès et soumis la liqueur à un courant d'hydrogène sulfuré: nous avons obtenu un précipité arsenical copieux, précipité dont la nature a été démontrée par différens traitemens de réduction et d'oxydation.

En conséquence, notre rapport a été affirmatif de l'empoisonnement par l'arsenic.

(*The Edimburgh medical and surgical Journal*, avril 1840.)

— Considérons ce fait sous le double point de vue pathologique et médico-légal. On est frappé d'abord de ne trouver d'autre phénomène dynamique remarquable que la *prostration progressive*; à part, bien entendu, les évacuations par le haut et par le bas, et les douleurs d'entrailles qui accompagnent la plupart des empoisonnemens graves. Pas de symptômes d'inflammation du cœur et des méninges; pas même de ce *priapisme* insupportable que M. Orfila avait vu dans un de ses rêves toxicologiques! (Traité des Poisons, t. I, p. 396, 3e édit.) A l'autopsie, pas d'eschares, pas même de phlogose; et si l'on en excepte quelques rougeurs dépendant d'une stase passive du sang, et qui ne peuvent dans aucun cas compter pour une lésion sérieuse, on peut dire que dans ce fait, comme dans beaucoup d'autres, rien ne justifie les idées incendiaires qu'on a attachées arbitrairement à l'action de l'arsenic. Cette autopsie, du reste, laisse beaucoup à désirer; l'auteur a omis des circonstances d'une grande importance dans une expertise judiciaire, je veux parler de l'aspect extérieur du cadavre et de l'état de tous les organes intérieurs. Nous avons appelé les premiers l'attention sur quatre caractères cadavériques d'une grande valeur, et qui sont presqu'immanquables dans tout empoisonnement par l'arsenic, savoir: 1° La rétraction extraordinaire de la paroi abdominale, de manière à être presqu'accollée à la colonne vertébrale; 2° la raideur des membres; 3° la coarctation considérable du gros intestin; 4° la déliquescence du sang, qui est fort noir et presque filant comme du sirop. L'existence de ces caractères n'a pas par elle-même une valeur probante absolue, mais leur absence appuie solidement une présomption négative d'empoisonnement par l'arsenic. Ces remarques sont, comme on le voit, importantes pour le médecin légiste qui, le premier, est appelé à constater l'état du cadavre, et dont le rapport doit peut-être servir de point de départ à des recherches ultérieures.

Sous le point de vue médico-légal, le fait de M. Watson vient encore confirmer l'observation qui nous est propre et que nous regardons comme une loi de la plus haute importance, savoir: que dans tout empoisonnement arsénical mortel, opéré par la bouche, on trouve dans le tube gastrique un reste de poison facile à reconnaître, et cela parce que d'une part l'estomac ne se vide jamais de tout son contenu, quelques violens et prolongés qu'aient été le vomissement et la diarrhée; de l'autre, parce que l'arsenic qui est mis en contact de substances animales comme le mucus et les sucs gastriques, ne se dissout pas complètement.

Ces graines blanches que l'on a rencontrées dans les liquides tirés de l'estomac, et dont on vient de lire les détails, n'étaient formées que de l'acide arsénieux à l'état solide, ainsi que l'analyse l'a prouvé. Nous ne connaissons pas un seul fait qui infirme cette loi, et il ne fallait rien moins qu'une légèreté extrême, pour trancher autrement cette question capitale au détriment de l'honneur et de la vie de deux accusés. Tout esprit sage doit sentir qu'on ne peut décider *à priori* ou par le simple raisonnement ces sortes de questions. Il ne suffit pas de dire: 1° que l'arsenic peut être complètement rejeté par le vomissement ou par les selles, surtout s'il a été pris en un ou deux morceaux solides; 2° qu'il peut être complètement résorbé s'il n'a été donné qu'en quantité exactement nécessaire pour produire la mort. Il faut voir ce que les faits disent, ce que l'expérience apprend. Or, les faits connus, l'expérience la plus positive apprennent que toujours on trouve dans l'estomac ou dans l'organe qui a primitivement reçu l'arsenic, un reste de ce poison. En conséquence, lorsque dans une expertise l'analyse ne retrouve aucune trace de poison dans les voies digestives ni dans les matières qu'elles contiennent ni dans les mailles de leurs tissus, on est en droit de conclure négativement sur la cause présumée de la mort. En conséquence aussi, lorsqu'un juge d'instruction a sagement posé cette importante question, M. Orfila, qui l'a résolue contrairement aux faits et à l'expérience, a commis une faute grave. (*Voy.* Epîtres toxicologiques et Nouvelle méthode de traitement de l'empoisonnement par l'arsenic, etc.)

Faisons une dernière réflexion. On a dû remarquer que, dans ce cas, le poison avait été administré enveloppé dans des alimens. Aussi son action locale ou physico-chimique avait été nulle et par cela même l'action dynamique ou générale a été formidable, puisque l'individu est mort en neuf heures. Cela confirme donc un autre fait général non moins important que nous sommes forcé d'établir, savoir: que l'action dynamique ou constitutionnelle est en raison inverse de l'action locale, ou, ce qui revient au même, d'autant plus violente que la cautérisation est légère (Ouv. cité). Que peuvent les oxydes de fer dans ces circonstances? Iront-ils neutraliser le poison enveloppé dans la masse chymeuse? Une légère réflexion fera comprendre que, même dans le cas où l'on est assez heureux pour arriver avant que l'absorption ait été opérée, les oxydes de fer ne peuvent réellement exercer aucune action chimique neutralisante, par la raison que l'arsenic n'est pas dans l'estomac comme dans un vase inerte; il est enveloppé de mucosités, de sucs gastriques, insinué sous les plis de la muqueuse, etc. Or, les actions chimiques ne peuvent s'exercer dans ces conditions, il faut le contact à nu, immédiat, de molécule à molécule. Que si la résorption déjà opérée est assez abondante pour produire la mort, les oxydes de fer sont plus inutiles encore, leur action ne pouvant s'exercer dans le torrent circulatoire. D'ailleurs, à cette époque, les vomissemens sont déjà abondans, le surplus du poison de l'estomac a été rejeté, et dans l'un comme dans l'autre cas, les oxydes de fer deviennent parfaitement inutiles. Je pourrais facilement démontrer maintenant qu'ils sont nuisibles sous plusieurs rapports.

Les partisans de cette médication cependant ne se tiennent pas pour battus. Des faits, des faits, disent-ils. Eh! oui, des faits; nous aussi nous ne voulons que des faits, mais des faits positifs, des faits concluans; autrement, vos conséquences seront aussi absurdes que par le passé.

On s'imagine à peine l'aveuglement que le préjugé a enraciné dans les esprits à ce sujet, tant en France qu'à l'étranger. Un nouveau défenseur des oxydes de fer vient de surgir en Angleterre, c'est M. Mackensie qui a dernièrement publié un travail expérimental dans la Lancette anglaise. Ce travail n'est qu'une répétition des expériences insignifiantes qu'on a pratiquées l'année dernière à Paris, et dont aucune n'autorise les conclusions qu'on a voulu établir en faveur des oxydes de fer. Voici, en deux mots, en quoi consistent les expériences de M. Mackensie. On injecte dans l'estomac d'un chien une certaine dose d'arsenic, 75 centig. à 1 gramme (15 à 20 gr.) et on lie l'œsophage. Quelques minutes après on injecte du tritoxyde de fer et on lie encore. On abandonne le tout à la nature. L'animal vit quatre, cinq, six jours, puis il meurt, et l'on conclut: 1° que c'est le tritoxyde de fer qui l'a fait vivre autant de jours, sans quoi il serait mort empoisonné beaucoup plus tôt; 2° que c'est la ligature de l'œsophage qui l'a fait mourir, puisque un chien non empoisonné, auquel on pratique cette opération, vit autant de jours.

J'avoue que je ne connais rien de plus absurde que ce raisonnement. Il est clair d'abord, qu'en opérant de la sorte, l'animal n'a point été empoisonné et que l'oxyde de fer n'a combattu aucun empoisonnement réel. Il n'a point été empoisonné, car, d'une part, en liant l'œsophage vous paralysez l'appareil digestif, vous dénaturez tellement les facultés vitales de l'estomac que le poison n'est point absorbé, n'est point assimilé, n'est point digéré en un mot. Il reste long-temps dans l'estomac comme dans une cornue inerte, et au moment où vous injectez l'oxyde de fer l'animal n'est pas plus empoisonné que l'opérateur lui-même. C'est comme si vous mêliez dans un vase le poison et le contre-poison avant de l'administrer. D'autre part, vous ne pouvez montrer aucun des animaux de vos expériences qui soit guéri, puisqu'ils meurent tous; il s'agit seulement de savoir comment ils meurent. La question, par conséquent, change par là de face; elle est dénaturée par votre logique même, puisque, au fond, vous convertissez une question expérimentale simple en une question de doctrine, ce qui est absurde.

Pour rendre concluans ces sortes de faits, il faut procéder autrement; il faut mettre les animaux dans les mêmes conditions d'empoisonnement que l'homme qui a pris de l'arsenic, ainsi que je l'ai fait en présence de la commission académique, c'est-à-dire injecter une dose mortelle d'arsenic dans l'estomac et ficeler fortement les mâchoires sans lier l'œsophage; attendre une demi-heure, une heure, que les symptômes soient bien déclarés, que la maladie, en un mot, soit manifeste pour la combattre. L'animal vomit sans doute quoique son museau soit ficelé, mais qu'importe; est-ce que l'homme ne vomit point? Cela ne l'empêche pas de mourir, et l'animal qui vomit meurt aussi comme l'homme, s'il est abandonné à lui-même, par la raison que l'empoisonnement n'est pas constitué par le poison qui est dans l'estomac, mais bien par celui qui est passé dans le sang. (*V.* Epîtres et brochure citées.)

Le vomissement est un sympôme de la maladie, un effet de l'absorption déjà opérée et ne rejette que des liquides muco-bilieux et filans sécrétés par l'estomac. En conséquence, s'il est vrai que les oxydes de fer guérissent l'empoisonnement par l'arsenic, le vomissement, qui fait sortir une partie du poison, ne peut empêcher leur effet salutaire; au contraire, il leur laisse moins de poison à neutraliser, et par conséquent facilite leur besogne. Or, je déclare qu'en opérant d'après ces données, qui sont les seules admissibles, les oxydes de fer ne sauveront pas un seul individu, tandis que j'en guéris 80 sur 100, par la méthode stimulante. (*V.* le rapport fait à l'Académie sur mes expériences. *Gazette des Hôpitaux*, 1839.)

Je m'étonne qu'en face de ces faits et de ces raisonnemens si palpables, on s'obstine encore à soutenir des erreurs déplorables en mettant à chaque instant en avant des faits illusoires, en omettant, avec une préméditation malveillante l'indication des véritables moyens curatifs, et en trompant ainsi la confiance des praticiens au détriment de la vie de nos semblables! Je ne veux pas qu'on me croie sur parole: expérimentez comparativement la méthode des neutralisans chimiques et des saignées et la méthode dynamique qui m'est propre, mettez les animaux dans des conditions mortelles sans leur lier l'œsophage et voyez de quel côté est la vérité!!!

ROGNETTA.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Conférences cliniques de 1839.

(Suite du n° 62.)

Jusqu'au 15 avril, le service resta insignifiant; il n'y eut aucune maladie aiguë de saison, quoique le temps fût extrêmement variable, froid humide, et qu'on passât rapidement du froid au chaud, du sec à l'humide, circonstances atmosphériques qu'on accuse d'ordinaire de produire des maladies. Ce fut à cette époque, et à l'occasion de plusieurs décès survenus au déclin de la lune (1), que M. Bricheteau nous rappela des observations curieuses faites par quelques auteurs à ce sujet. Ainsi, Ramazzini raconte comme une chose digne de remarque, que pendant une épidémie fébrile la fièvre était plus féroce après les pleines lunes, et que ses ravages étaient encore plus considérables au défaut de cet astre ou dans sa conjonction. Le même auteur dit aussi qu'une éclipse ayant eu lieu la nuit du 21 janvier 1693, la plupart des malades moururent au moment de l'éclipse; plusieurs autres personnes furent frappées de mort subite. Guillaume Baillou raconte dans le premier livre de ses épidémies, qu'ayant été appelé en consultation avec plusieurs de ses confrères, chez une illustre dame, il survint une éclipse de soleil, qui la détermina à monter dans la partie la plus élevée de l'hôtel, afin d'observer ce phénomène astronomique dans un seau d'eau, selon l'usage du temps. Mais comme la malade se trouva beaucoup plus mal, on rappela de suite les médecins; ces messieurs furent tous témoins que cette dame parut à toute extrémité pendant le temps que dura l'éclipse, et qu'elle ne fut hors de danger qu'après que le soleil eut de nouveau éclairé notre hémisphère. Cette anecdote rappelle celle du chancelier Bacon, qui tombait en défaillance lorsqu'il y avait une éclipse de lune, et ne reprenait entièrement ses sens que lorsque cet astre avait recouvré sa lumière. Selon Hoffmann, plusieurs maladies nerveuses suivaient les phases de la lune, et redoublaient dans son déclin. Galien disait avoir observé que les crises étaient toujours plus salutaires quand la lune refléchissait une lumière éclatante et éclairait plus long-temps notre hémisphère. Aubry, l'auteur des Oracles de Cos, assure avoir fait des observations analogues; il avait souvent vu périr des malades au déclin de la lune, principalement des vieillards et des personnes usées ou d'une très faible constitution. Cet observateur, plein de sagacité, ne craignait pas de baser quelquefois son pronostic sur une pareille influence; et, s'il faut s'en rapporter à son témoignage, il prédisait juste. M. Bricheteau a fait faire plusieurs relevés des décès de l'hôpital Necker, dans leurs rapports avec les phases de la lune; mais ces relevés n'ont offert rien de bien concluant.

Vers le 15 avril, le temps devint froid et pluvieux d'une manière assez durable; le vent souffla à l'est pendant quelque temps: alors on observa un certain nombre de pneu-

(1) Le 3 avril, deux jours avant la fin de la pleine lune (3e quartier), quatre phthisiques moururent en une seule nuit, dans une même salle. Vers la fin de la lune (les 10, 11 et 12 avril), il y eut six décès dans l'hôpital, etc.

monies, de rhumatismes, d'érysipèles, d'exanthèmes cutanés. Le début de ces derniers fut parfois orageux, grave et embarrassant. L'opinion de M. Bricheteau est qu'il ne faut, dans ces cas, employer aucun moyen actif; que la saignée et les bains sont rarement utiles; que le complément de l'éruption est plus puissant que les agens thérapeutiques. Il cite, à cette occasion, beaucoup d'invasions orageuses de rougeoles, de varioles, de scarlatines prises pour d'autres maladies, attaquées vainement par une médecine perturbatrice, mais dont tout le danger apparent disparut du moment que l'éruption fut accomplie. La médecine agissante est donc dans ce cas au moins inutile, si elle n'est funeste. Il ajoutait que dans une pension, on faillit compromettre la vie d'un pensionnaire, tombé dans l'assoupissement à l'invasion d'une rougeole, en lui faisant des applications de glace sur la tête; qu'une famille de son quartier avait perdu un enfant des suites d'une pratique si imprudente. Il y a quelques années, on me fit lever au milieu de la nuit, ajoute M. Bricheteau, pour arrêter une hémorrhagie causée par des piqûres de sangsues; l'enfant était exsangue et presque sans pouls. Un jeune praticien lui avait fait appliquer les sangsues pour combattre l'invasion d'une fièvre cérébrale, laquelle s'était en quelques heures transformée en rougeole. C'est à ces praticiens, si pressés d'agir, qu'il faut rappeler ces belles paroles de Stoll: « Indicatione incertâ maneas in generali-» bus..... nunquam aliquid magni facias ex merâ hypo-» thesi. »

Quant aux pneumonies, elles furent très graves, d'une résolution difficile, sujettes à récidives, et comme presque toujours funestes aux vieillards. L'émétique même, le moyen héroïque, cette immense ressource pour l'art, quand la saignée et les vésicatoires sont insuffisans dans les phlegmasies thoraciques, fit plusieurs fois défaut. Dans l'administration du tartre stibié à haute dose, M. Bricheteau suit la tradition de Laënnec qui associait souvent l'opium à ce médicament, quoique cette association soit ouvertement repoussée par quelques praticiens des plus accrédités de Paris; elle nous a paru généralement très utile, et les succès nombreux qu'on obtient à l'hôpital Necker prouvent que cette addition à l'émétique ne nuit en aucune manière à son action contro-stimulante; par conséquent, on ne se rend pas bien compte de l'opinion opposée ouvertement professée sur ce point de pratique par un professeur de la Faculté de médecine de Paris.

Un fait que nous observâmes dans le courant d'avril prouve de nouveau combien les péricardites les plus intenses manquent des signes caractéristiques propres à les faire connaître, ainsi que l'a d'ailleurs depuis long-temps remarqué Laënnec.

Une négresse âgée de vingt ans entra à l'hôpital le 20 avril, dans un état de maladie déjà avancée; elle s'expliquait d'ailleurs difficilement; elle se plaignait d'une douleur à la partie antérieure de la poitrine sans indiquer le point précis. Le pouls était fréquent et faible; la dynamie très prononcée. Deux vésicatoires qu'on avait appliqués aux jambes causaient de vives douleurs et suppuraient abondamment. L'auscultation n'indiquait qu'un peu de râle souscrépitant à droite et en haut; il n'y avait point d'expectoration, ni de difficulté de respirer. La percussion pratiquée en arrière n'indiquait rien d'anormal; le décubitus était horizontal. Les personnes qui avaient conduit cette malade disaient qu'elle avait éprouvé de vifs chagrins, et qu'elle était depuis long-temps en proie à une fièvre lente; que l'amour contrarié et l'amour du pays natal s'étaient réunis pour la miner, etc. Finalement, malgré un examen difficile à faire, mais qui n'était peut-être pas irréprochable, la malade mourut subitement dans la nuit du 25 au 26 avril, sans qu'on eût caractérisé la maladie dant elle était affectée.

A l'ouverture du corps on trouva une péricardite des plus intenses; toute la surface du cœur était couverte de fausses membranes épaisses. Le cœur était flétri, ridé et comme rapetissé. La cavité du péricarde contenait plus de huit onces de sérosité lactescente; il y avait aussi quelques traces de pleurésie du côté droit, et un peu d'hépatisation au sommet du poumon du même côté.

Je ne sais par quelle distraction, dans le doute où je me trouvais, dit M. Bricheteau, il ne m'est pas venu à l'idée d'ausculter avec plus de soin la région du cœur: peut-être y aurais-je découvert un bruit d'étoffe froissée ou de cuir neuf qui m'auraient mis sur les traces d'une maladie que je confesse avoir complètement ignorée pendant cinq jours que la malade est demeurée à l'hôpital.

Les deux faits qui suivent offrent comme le précédent un côté négatif qui n'est pas sans intérêt, et peuvent être considérés comme exceptionnels; dans l'un, des épanchemens mortels se sont effectués sans cause déterminée, et dans l'autre, la lésion intestinale a fait défaut dans une fièvre typdoïde bien caractérisée, ce qui doit être considéré comme très rare.

Une femme de quarante-six ans, d'un tempérament lymphatique, était entrée à l'hôpital le 16 mars. Lorsque je pris le service au mois d'avril, elle était infiltrée, avait du dévoiement et de la tension tympanitique au ventre, de la toux avec quelques râles muqueux dans la poitrine, des battemens de cœur par intervalles, sans bruit anormal. L'extrême faiblesse de cette malade, le décubitus constant sur le côté droit, ne permettaient pas un examen bien complet; seulement, dans les derniers jours de sa vie on acquit la certitude qu'il s'était formé un peu d'épanchement dans le ventre. L'infiltration s'était pareillement accrue. La mort arriva au commencement du mois de mai. On avait mis en usage quelques diurétiques doux et quelques palliatifs. On supposait qu'une lésion organique avait échappé dans un examen imparfait de la malade. Raison de son état de carhexie qui n'offrait d'ailleurs aucun espoir de guérison.

L'ouverture du corps présenta une assez grande quantité de sérosité citrine épanché dans le côté droit de la poitrine et dans la cavité abdominale. L'intestin était sain; la membrane muqueuse de l'estomac était d'une pâleur remarquable et sans nulle trace de congestion. La peau était extrêmement blanche, le tissu cellulaire souscutané infiltré presque partout d'une sérosité blanchâtre limpide; il n'y avait ni caillots fibrineux ni autres lésions dans les principaux troncs veineux. Partout le sang liquide ressemblait à de la gelée de groseille un peu délayée. Le foie était gras, et les autres viscères abdominaux à l'état normal. Les poumons étaient le siége d'un peu de congestion: le droit contenait quelques tubercules crus très éloignés les uns des autres; le cœur, d'une pâleur remarquable, ne contenait plus de caillots fibrineux. La tête ne fut point ouverte, aucun symptôme ne s'étant manifesté de ce côté.

Dans cette autopsie, aucune lésion n'explique la formation de divers épanchemens observés dans le thorax, l'abdomen et dans le tissu cellulaire. Cette malade chez laquelle on aurait pu raisonnablement supposer une entécite chronique et un peu d'épanchement dans le côté droit de la poitrine, à raison de son décubitus habituel sur le côté, n'avait aucune lésion du cœur et de l'intestin. L'état gras du foie, dit M. Bricheteau, était donc la seule altération naturelle qu'on pût accuser de tous les désordres, si l'on veut trouver une raison organique de la mort fondée sur une maladie des solides. Ne faut-il pas plutôt s'en prendre à l'usure, à l'affaiblissement général, à l'épuisement du système nerveux, et que sait-on? à quelque altération inconnue des liquides?

Une jeune fille de quinze ans, d'une constitution grêle, et affaiblie par des travaux prématurés au-dessus de ses forces, était malade depuis quelques jours lorsqu'elle entra à l'hôpital le 26 mars 1839; elle avait de la fièvre, du dévoiement, de l'insomnie, des rêvasseries pendant la nuit, marchait en chancelant, conduite par deux femmes lorsqu'elle se présenta à la consultation.

Examinée le lendemain 27, nous trouvâmes son état beaucoup aggravé; elle avait eu de l'agitation pendant la nuit, le ventre était douloureux, parsemé de quelques taches lenticulaires; il y avait aussi un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite, la peau était chaude, sèche, le pouls très fréquent, la soif intense; râle typhoïde sans toux ni difficulté de respirer. (Limonade, lavement émollient.)

Le 28, les simptômes de la veille avaient pris plus d'intensité encore; la langue est brune, couverte d'un enduit muqueux jaunâtre. (Émétique en lavage. Selles, vomissemens.)

Le 29, une bouteille d'eau de Sedlitz. (Selles bilieuses.)

Il y eut d'abord un peu d'amélioration dans l'état de la malade; mais il ne tarda pas à se manifester une grande agitation et du délire pendant la nuit; la pupille s'élargit et devint immobile; la langue se noircit; il falut recourir à la camisole pour contenir la malade qui avait des alternatives d'agitation et de stupeur, qui se découvrait sans cesse malgré ses liens, etc.

On continua l'eau de Sedlitz jusqu'au 1er mai, mais l'état de la malade s'aggravant, on fit appliquer deux vésicatoires aux jambes; on prescrivit des lavemens camphrés, des applications de glace sur la tête. Ces moyens énergiques n'eurent aucune influence sur la marche toujours croissante des symptômes cérébraux qui avaient en quelque sorte fait taire les autres, puisqu'il n'y avait plus de dévoiement, et qu'on ne déterminait aucune douleur par la pression du ventre. La mort arriva le 9 mai.

A l'ouverture du corps nous trouvâmes le cerveau injecté d'une manière uniforme; des gouttelettes de sang suintaient en plus ou moins grand nombre des incisions faites dans la substance cérébrale. Nul épanchement dans les ventricules cérébraux ni dans le tissu cellulaire sousarachnoïdien. Le cervelet et la partie supérieure de la moelle épinière n'offrirent aucune altération. Les poumons étaient le siége d'une faible congestion sanguine qui paraissait cadavérique. Le canal intestinal enlevé en entier, ouvert, lavé et examiné avec soin, ne présenta d'autres altérations que trois petites follicules isolés et ulcérés au sommet, et situées à environ 15 centimètres de distance les unes des autres; la membrane muqueuse était du reste parfaitement saine, exempte de congestion, d'épaississement et d'ulcération. Les autres viscères abdominaux étaient dans l'état normal.

La fin du printemps et tout l'été de 1839 ne présentèrent rien de remarquable sous le rapport de la constitution médicale des saisons. La température fut cependant très variable, alternativement chaude, froide, humide; mais ces vicissitudes étaient rapides, et leur influence par conséquent de très peu de durée. La longueur des jours, la chaleur salutaire et vivifiante du soleil, faisait contrepoids à l'irrégularité du temps. Nous eûmes très peu de maladies, quelques rhumatismes, un certain nombre de récidives de fièvres intermittentes, des indispositions sans nom ou simulées par des ouvriers sans ouvrage; un très petit nombre de phthisiques, composaient le service à l'ouverture des nouvelles salles. Ce fut seulement vers le 15 octobre que le service commença à devenir plus actif. Quelques maladies graves se présentèrent, des phthisiques arrivèrent en grand nombre. Nous observâmes aussi des fièvres typhoïdes, des ictères, des paralysies, des rhumatismes aigus, quelques entérites, etc. Mais cette affluence ne dura qu'un moment, et le service retomba bientôt dans la nullité, en sorte qu'au commencement de novembre, il n'y avait dans le service de M. Bricheteau, presque aucune maladie aiguë, quoique le temps fût très variable, froid et humide. Le mois de décembre fut également très humide et extrêmement variable d'un jour à l'autre; des vents, variant l'est à l'ouest soufflaient continuellement et devaient occasionner de fréquentes suppressions de transpiration chez ceux qui s'y exposaient et le nombre est prodigieux à Paris. La dernière quizaine du mois surtout fut marquée par le temps le plus extraordinaire. Le thermomètre se tenait presque constamment entre le huitième et le douzième degré de l'échelle de Réaumur. Quand le soleil paraissait, ce qui était rare, car il pleuvait presque toujours, il faisait très chaud. L'air était surchargé d'humidité, dont il se débarrassait souvent par des giboulées accompagnées de coups de vent. Le ciel était couvert, nuageux pendant le jour, clair et serein pendant la nuit. Les variations atmosphériques étaient brusques mais peu considérables, à raison du peu de différence qui se faisait remarquer dans les degrés exrêmes de l'échelle thermométrique; par suite leur influence sur l'économie animale était peu sensible; aussi, malgré une saison si anormale et des élémens pathogéniques en apparence si redoutables, on n'observa aucune de ces épidémies catarrhales qui règnent souvent à Paris, point de fièvres éruptives, point de fièvres typhoïdes, presque aucune phlegmasie des systèmes séreux, fibreux, musculaires, parenchymateux, etc. Les phthisiques même ne succombaient pas et donnaient un démenti formel à l'aphorisme si connu d'Hippocrate: *autumnus tabidis malus.*

Nous croyons, disait M. Bricheteau, pouvoir expliquer cette innocuité de la constitution saisonnière par la chaleur insolite qui régna, car, en principe, ce n'est pas dans notre climat l'humidité réunie à la chaleur qui nuit, mais bien le froid, l'humide, condition très ordinaire à l'atmosphère brumeux qui nous enveloppe dans la latitude de Paris. Le vulgaire dit sans cesse que l'air chaud et humide est lourd et malsain, mais c'est l'air humide et frais qui est l'une des causes les plus actives de maladie, ainsi que cela résulte des observations les plus multipliées et des expériences de physique médicale dues à M. Edwards.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies; par M. Malgaigne.

(Suite du n° 60.)

Tous ces inconvéniens sont prévenus dans le bandage anglais. D'abord nous ne serrons jamais autant les courroies; ensuite, et surtout avec les pelotes un peu mobiles, la striction n'agit pour ainsi dire que sur ces pelotes, en laissant le ressort libre d'affecter telle ou telle direction. Voici un ressort anglais attaché à ses deux pelottes et appliqué au corps. Je fixe les pelotes avec la courroie; vous voyez que le centre du ressort peut s'incliner en bas ou remonter, sans que les pelotes se déplacent. En un mot, la courroie attire les pelotes plus près l'une de l'autre, selon le besoin; mais le ressort n'obéit au mouvement des pelotes que par ses extrémités, tandis que dans le bandage français il est tout entier dépendant de la pelote, comme la pelote est à son tour sous sa dépendance. Et pour établir une certaine indépendance entre les pelotes et les ressorts, il a été nécessaire d'avoir aussi en arrière une pelote mobile, dont l'invention se trouve ainsi justifiée.

Quand la pelote est petite, il n'est besoin que d'une seule courroie. Quand elle est plus grande, la hernie pouvant soulever le haut ou le bas de la pelote en telle ou telle attitude, il faut donner à ces deux portions un égal appui de la part de la courroie; celle-ci est alors divisée en deux ou en trois à sa partie antérieure.

3° *Des sous-cuisses et des bretelles.*

Les ressorts français ayant été coudés exprès pour faire descendre la pelote sembleraient dès lors pouvoir se passer de sous-cuisses. Et cependant le sous-cuisse leur est nécessaire dans le plus grand nombre des cas.

Le ressort anglais simple n'a pas besoin de sous-cuisse quand le ventre est bien conformé. Mais si le pubis est trop relevé en avant, la pelote tend à remonter, le souscuisse est nécessaire. Il est essentiel aussi pour le bandage double, lorsque la pelote est petite et doit rester fixée dans un lieu bien précis, comme quand on l'applique exactement sur le canal pour obtenir des cures radicales.

Ces sous-cuisses sont cependant une ressource bien fâcheuse et bien génante à la fois. Pour le bandage français on les attache en arrière à peu près à l'union du tiers moyen avec le tiers postérieur du ressort, en avant à un crochet fixé sur la pelote. En les serrant, on voit qu'ils tirent également sur les deux points de leur insertion; d'une part, ils retiennent bien la pelote en bas, mais d'autre part ils attirent aussi en bas la partie postérieure du bandage, ce qui tend à faire remonter sa partie antérieure et dans tous les cas à le déplacer.

Chez les sujets qui ont les fesses très plates, cet inconvénient est si grave qu'il faut contrebalancer la traction du sous-cuisse en soutenant le bandage par des bretelles, et le malade se trouve bridé de tous côtés, si la comparaison m'est permise, comme un cheval dans son harnais.

Cet inconvénient est moins sensible avec les ressorts anglais, d'abord à cause de l'indépendance des pelotes, et ensuite parce qu'on n'a pas besoin de s'opposer avec autant d'énergie à la traction de la courroie; mais il existe en-

core, et dans quelques cas très rares à la vérité on pourrait avoir besoin de recourir aux bretelles. Ce cas ne s'est pas encore présenté à moi jusqu'à présent ; je vous ai dit même comment, chez les sujets qui ne peuvent supporter les sous-cuisses, j'étais parvenu à les supprimer à l'aide d'une certaine construction de la pelote. Chez ceux qui ont les fesses trop plates, et où les pelotes postérieures ordinaires ont une grande tendance à glisser, je fais rembourrer la moitié inférieure de ces pelotes beaucoup plus que la moitié supérieure, de façon que la pression ne soit point perpendiculaire à l'axe du corps, ce qui favoriserait le glissement ; mais oblique, comme dans les cas plus heureux où le sacrum est relevé en arrière et fournit un point d'appui naturel à la pelote postérieure.

Là s'arrête ce que je voulais dire sur les bandages inguinaux, au moins pour les hernies simples. Vous en connaissez tous les élémens ; j'ai tâché de les soumettre tous à une discussion claire et consciencieuse. Vous comprenez désormais l'utilité de tous ces élémens, ainsi que leur manière d'agir. L'heure avancée m'empêche de récapituler les principales indications de leur emploi ; c'est par là que nous commencerons la leçon prochaine. Après quoi j'ajouterai quelques mots sur les bandages doubles ; j'exposerai les détails de quelques-unes de mes expériences les plus curieuses ; et enfin reprenant, l'histoire des hernies, nous étudierons les principaux points de celle des hernies inguinales chez la femme.

(La suite à un prochain numéro.)

Monsieur le Rédacteur,

Les personnes présentes à la consultation qui a eu lieu à l'hôpital de la Charité, le 26 février 1840, relativement à un cas de médecine légale, se rappelleront qu'aussitôt que nous nous sommes aperçu que M. le professeur Cruveilhier ne voulait pas se rendre aux considérations prises dans l'anatomie, la physiologie et la pathologie que nous alléguions à l'appui de notre diagnostic, nous en avons référé au temps pour en prouver l'exactitude, et que M. le professeur en a référé à la nécropsie pour démontrer ce qu'il soutenait.

Elles se rappelleront aussi que M. le professeur a assuré que l'évènement ne se ferait pas attendre au-delà de deux ou trois jours, et que nous lui avons certifié que le sujet ne succomberait pas de la maladie qu'il avait cru reconnaître, car la maladie n'existait pas.

Elles se rappelleront encore, que nous avons donné trois mois à M. le professeur pour étudier le fait et pour se convaincre par ses propres observations de l'erreur de son diagnostic.

Ces trois mois sont écoulés, et le sujet est dans le même état où il était le 26 février 1840..... Non ; le sujet a engraissé.

Nous avons écrit à M. le professeur pour lui demander s'il persistait dans l'opinion qu'il a émise le 14 décembre 1838, le 2 janvier 1839, le 1er septembre 1839, le 30 janvier 1840, et enfin le 26 février 1840. La réponse se fait attendre depuis le 27 mai.

A présent, Monsieur le Rédacteur, dans l'intérêt de la vérité et de la science, permettez-nous de prendre ici acte de l'erreur du pronostic de M. le professeur Cruveilhier, en attendant que nous démontrions de nouveau l'erreur de son diagnostic.

Recevez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma parfaite considération.

D[r] Macloughlin,
Rue de la Paix, n° 8.

Paris, 1er juin 1840.

— M. Orfila vient de partir pour Albi, où il est appelé à la Cour d'assises de Toulouse pour un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux.

— On dit que M. Lelut va être nommé à une place de médecin titulaire à la Salpêtrière.

— Les nouvelles constructions, dépendantes de l'Hôtel-Dieu, qu'on élève sur l'emplacement où est située l'ancienne église de Saint-Julien-le-Pauvre, devenue, comme on sait, chapelle de l'Hôtel-Dieu, sont déjà poussées jusqu'à la hauteur du premier étage. Quant à la reconstruction du bâtiment Saint-Charles, par suite de déboulement, doit être bordé d'un quai faisant suite aux quais Saint-Michel et des Grands-Degrés ; déjà on le dégage des débris des démolitions, pour procéder ensuite à la construction des parapets et de la chaussée. On assure que ce nouveau quai se nommera quai Dupuytren.

— Nous avons déjà plusieurs fois parlé avec avantage des Biberons en Tétines desséchées, préparés par madame Breton, sage-femme. Les nombreux témoignages de satisfaction qu'a reçus cette dame et la vogue constante et toujours croissante que lui ont attirée ces produits, nous dispensent d'aucun éloge. Nous nous bornerons à citer le passage d'une lettre qui lui fut adressée en 1835, par M. Vitet, au nom du ministre du commerce :

« L'Académie a reconnu que les mamelons artificiels préparés par vous, soit qu'on les substitue au mamelon naturel, lorsqu'il est atteint de gerçures, ou trop peu développé pour être bien saisi, soit qu'on les adapte au Biberon comme moyen conducteur, *peuvent remplir très bien leur destination* ; que ces Mamelons, *grâce à la préparation qu'ils ont subie*, peuvent aisément et pendant long-temps se conserver sans offrir la moindre apparence de corruption, *et sans nuire par conséquent à la santé des enfans*, et que, bien que préparés avec une substance minérale fortement styptique, *ils ne conservent de cette substance rien qui puisse en rendre l'usage préjudiciable* ; que cet *avis* est non-seulement le résultat de *l'expérience des Commissaires nommés par l'Académie, mais aussi l'expression de témoignages de nombreux et honorables Médecins.* »

Nous avons déjà parlé avec avantage des produits de M. LEPERDRIEL, Pharmacien à Paris ; nous les recommandons de nouveau d'une manière toute spéciale aux médecins et aux malades. (*Voir* les numéros des 18 et 26 décembre 1838.)

Après avoir publié les observations faites dans les hôpitaux, par MM. Andral, C. Broussais, Barthélemy, Emery, Fouquier, Marjolin, Serres, Trousseau, nous devons faire connaître que, par suite des rapports du comité d'examen, le sirop de M. Johnson, pharmacien à Paris, a été brèveté par ordonnance royale, et que cette préparation a été annexée au codex. C'est donc sur la foi des plus solides garanties que le sirop de Johnson est entré dans la matière médicale comme sédatif et comme diurétique.

Nos lecteurs n'ont pas oublié le rapport fait par M. le professeur Bouillaud, à l'Académie de médecine et adopté par cette société savante, sur les avantages de l'emploi du Lactate de fer dans les affections chlorotiques, l'aménorrhée, etc., rapport appuyé sur les faits les plus conclusans, recueillis par ce médecin honorable à l'hôpital de la Charité et que nous avons publiés.

C'est par suite de cette juste appréciation, que M. Arnault a eu l'idée de faire entrer le *Lactate de fer*, qui est le plus soluble des sels employés, et le plus assimilable par conséquent avec les organes, qu'il a eu, disons-nous, l'idée de combiner ce sel avec le chocolat.

Un grand nombre de médecins ont prescrit le CHOCOLAT-ARRAULT, et s'en sont parfaitement bien trouvés. Nous publierons sous peu quelques faits remarquables ; aussi ne craignons-nous pas de les recommander aux praticiens.

La confiance que cet habile fabricant de produits chimiques s'est acquise depuis long-temps est un sûr garant de la qualité de cette préparation, où l'on n'a pas à craindre que, par économie ou par tout autre motif, on ait remplacé le Lactate par un autre sel.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 4 JUIN 1840. (13e ANNÉE.) N° 66, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, ...

HOPITAL DES ENFANS. — (Chirurgie.)

M. GUERSANT FILS.

Revue clinique.

Aujourd'hui je signalerai principalement à votre attention les malades du service qui ont récemment subi des opérations, ou qui, par la nature de leurs affections se trouvent dans la nécessité d'être opérés sans délai.

Amputation de la cuisse; méthode à deux lambeaux.

N° 2, salle des filles. Je commencerai par cette enfant, qui portait une tumeur blanche du genou avec flexion très grande de la jambe sur la cuisse, et chez laquelle vous nous avez vu pratiquer l'amputation de la cuisse par la méthode à deux lambeaux. Depuis l'opération, cette jeune fille a toujours présenté de la fréquence du pouls et un peu de diarrhée a persisté. Néanmoins, l'état général s'est amélioré et s'améliore encore; d'autre part, l'état du moignon est très satisfaisant, et nous espérons que cette opération aura une issue favorable.

Brûlure du membre inférieur; cicatrice vicieuse; flexion forcée de la jambe sur la cuisse; opération.

N° 7, salle Sainte-Thérèse. A ce lit est couché une petite fille âgée de deux ans, grasse, fraîche, gaie, n'offrant point de signes extérieurs de scrofule. Elle a été brûlée en nourrice, et a été renvoyée à Paris dans un état très fâcheux. La brûlure occupe la moitié inférieure de la cuisse gauche, et la moitié supérieure de la jambe du même côté: on ne sait pas au juste à quelle époque remonte l'accident. Quoi qu'il en soit, la brûlure n'est pas entièrement cicatrisée, et présente encore dans son centre un vaste ulcère qui est en pleine suppuration. La portion de la cicatrice qui s'est formée a déjà imprimé au membre une rétraction telle, que la jambe présente une flexion forcée sur la cuisse portée à un degré très prononcé. Si on laissait subsister un tel état de choses, cette malade ne pourrait marcher que sur un béquillage, et une opération chirurgicale est éminemment indiquée.

Nous nous sommes demandé s'il y aurait avantage à retarder l'opération, et nous nous sommes prononcé négativement; car il serait à craindre, en différant plus long-temps, que l'articulation fémoro-tibiale ne s'altérât, et qu'elle ne vînt même à s'enkyloser. D'ailleurs, quand même cette complication ne se présenterait pas, la rétraction ferait des progrès, et il deviendrait plus difficile, par la suite, de remédier à cette difformité.

Quoique la plaie soit encore en suppuration, nous allons opérer aujourd'hui, et ici se présente nécessairement l'opportunité de discuter quelle est la méthode opératoire qu'il faut employer en pareil cas. Nous avons à choisir entre deux méthodes; l'ancienne, qui conserve et tend à agrandir la cicatrice; la seconde, qui consiste à enlever la cicatrice et à réparer la perte de substance par les procédés autoplastiques ordinaires. Aucune de ces deux méthodes n'est applicable au cas qui nous occupe. En effet, la méthode ancienne, qui consiste à pratiquer sur la bride une ou plusieurs incisions qui la divisent dans toute sa longueur et dans toute son épaisseur, et à étendre ensuite les parties dans une direction opposée à celle que la cicatrice leur avait imprimée. Cette méthode, disons-nous, serait évidemment insuffisante pour remédier à un désordre aussi prononcé et aussi étendu. Ce sont ces mêmes considérations qui nous font rejeter l'adoption totale de la seconde méthode; car la réparation autoplastique présenterait ici de grandes difficultés.

En définitive, nous nous contenterons d'enlever la bride qui existe au côté externe de l'articulation du genoux, et qui ne comprend point dans son épaisseur le tendon de la longue portion du biceps; ensuite nous étendrons graduellement la jambe sur la cuisse, tout en dirigeant sur la plaie un pansement approprié. Pour remplir le premier but, nous ferons l'application de l'appareil à fracture de la cuisse, que l'on serrera modérément.

Pied-bot (équin-varus) double; ténotomie par le procédé de M. Bouvier.

N° 3, salle Sainte-Thérèse. Cette petite fille est âgée de trois ans, grosse et bien portante. Avant de procéder à l'opération, nous avons fait pendant quelque temps l'application des machines, dans le but de redresser les pieds autant que possible; mais leur emploi ayant déterminé une légère excoriation à droite, nous avons dû nous contenter pour le moment de pratiquer la section du tendon d'Achille à gauche seulement. Cette opération a été pratiquée selon le procédé de M. Bouvier, qui consiste à piquer d'abord la peau avec une lancette sur le côté du tendon, dans l'endroit où il offre plus de saillie; et par cette piqûre, faire glisser le *ténotome* de ce praticien entre la peau et le tendon, qui est ensuite divisé de sa face cutanée vers sa face profonde.

L'opération n'a pu être pratiquée assez bien pour qu'en procédant à la section du tendon, le ténotome n'ait un peu intéressé la peau de manière à produire avec la piqûre faite au moyen de la lancette une incision en T; accident qui n'arrive pas aux praticiens exercés à ces sortes d'opérations, et auquel il faut attribuer le peu de suppuration qui a existé dès le troisième jour. Au demeurant, malgré cette petite complication et une légère ecchymose qui existe en dedans, nous croyons que cette opération aura tout le résultat que nous en espérions.

Aussitôt que l'excoriation sera guérie à droite, nous appliquerons de nouveau la machine pour préparer la petite malade à la seconde opération.

Carie de la cinquième phalange; gonflement des parties molles simulant le spina ventosa; *résection du métacarpien.*

N° 18, salle Sainte-Thérèse. C'est chez cette petite malade que vous nous avez vu pratiquer la résection du cinquième métacarpien. Je dois appeler ici votre attention sur un fait qui se rencontre assez fréquemment dans la pratique, et qui peut impliquer erreur de diagnostic lorsque l'on n'en est pas averti. Je veux parler du gonflement que présentent les parties molles dans le cas de carie; gonflement qui, par suite de la configuration primitive du doigt, imprime à celui-ci un aspect fusiforme, capable de faire croire à l'existence d'un *spina ventosa*. L'opération démontre qu'il n'en est rien, et à l'examen de la pièce pathologique on n'est pas peu surpris de retrouver une simple carie, sans développement excentrique de l'os malade tel qu'on le rencontre dans le *spina ventosa*; disposition qui était simulée par la tuméfaction des parties molles.

Un tel état de chose existait chez notre malade; les fistules qui occupaient les parties molles avaient déjà permis de constater la dénudation de la cinquième phalange et son altération; l'examen de la pièce a fait cesser tout le doute qui pouvait exister à cet égard. L'abondance de la suppuration, la certitude relativement à l'existence de la carie, nous ont déterminé à pratiquer l'opération.

Nous n'avons pas amputé dans l'articulation métacarpo-phalangienne, quoique le cinquième métacarpien fût sain; car la saillie qui résulte de cette opération au niveau de la cicatrice, et qui est représentée par la tête du métacarpien, est sujette à être heurtée par les corps extérieurs, ce qui devient une source continuelle de souffrances pour les individus opérés. Il nous a donc semblé préférable de réséquer la tête du cinquième os du métacarpe, et par ce moyen nous avons évité la difformité et les inconvéniens qu'elle entraîne.

Au reste, tout s'est passé pour le mieux à la suite de cette opération; un instant seulement nous avons eu à craindre l'apparition d'un érysipèle, que l'application de quelques sangsues a fait promptement cesser. En général les résections métacarpiennes réussissent bien chez les enfans; et il est bien rare, contrairement à ce qui s'observe chez les adultes, qu'elles se compliquent chez eux d'érysipèle et d'accidens inflammatoires graves.

Tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne. Amputation de l'avant-bras par la méthode à deux lambeaux.

Aujourd'hui nous allons opérer devant vous une jeune-

FEUILLETON.

RAPPORT D'EXPERTISE LÉGALE

Rédigé à la requête de la défense, relativement à une accusation d'empoisonnement portée devant la Cour d'Assises d'Albi (Tarn), contre les nommés Rigal et Marie-Anne Basseguy;

Par F.-V. RASPAIL.

Je soussigné, Raspail (François-Vincent), chimiste, demeurant rue Neuve-d'Orléans, 64, au Petit-Montrouge (banlieue de Paris), département de la Seine,

Invité par Me Bonafous (Joseph-Alexandre), avocat à Albi, et défenseur de l'accusé Rigal, à donner mon avis motivé sur la teneur et les conclusions des rapports d'esperts invoqués par l'accusation dans cette affaire, ai accepté cette mission sacrée, et ai prêté devant Dieu le serment que l'éloignement ne me permet pas de prêter devant la Cour d'Assises d'Albi, de dire, en ce qui est de ma compétence spéciale, toute la vérité et rien que la vérité; déclarant en outre, et avant tout, que je n'ai jamais connu les accusés, et n'ai jamais eu le moindre rapport avec aucun membre de leur famille, que j'ignore absolument les circonstances de la procédure et la nature des faits révélés par l'instruction judiciaire, sur lesquels doivent se fonder l'accusation et la défense; ma mission devant se borner à l'examen de la question de médecine et de chimie légales, ma compétence ne s'étend pas au-delà de ce point de vue de la discussion.

La copie de ces rapports d'experts m'a été remise le 2 mai 1840, et j'en ai étudié sur-le-champ le contenu. Elle forme trois doubles feuillets d'écriture fine et serrée, que j'ai paraphés et que je conserve par devers moi, pour les représenter en tant que besoin serait.

Le premier rapport en date, est l'œuvre de MM. Caussé et Gaspard Campmas, docteurs-médecins. C'est un rapport de médecine légale renfermant la description des symptômes de la maladie de Thérèse Larroque, femme Rigal, que l'accusation présume avoir succombé à un empoisonnement, et celle des signes nécroscopiques que l'ouverture du cadavre leur a révélés. Il est daté du 7 octobre 1839.

Le second rapport leur est commun avec MM. les pharmaciens de la ville d'Albi, François Durand et Limouzin-Lamothe fils, chargés de procéder à l'analyse des organes et matières recueillies et étiquetées par MM. les docteurs-médecins. Il est daté du 10 octobre de la même année.

Enfin, le troisième rapport a été rédigé par MM. Orfila, Alphonse Devergie et Lesueur, chimistes de Paris, auxquels l'accusation a cru devoir soumettre l'examen critique et la vérification des rapports d'experts de la ville d'Albi. Il est daté du 11 février 1840.

Afin de procéder selon les règles de la méthode analytique, nous prendrons soin de réunir, dans la discussion du même fait, les opinions respectives de MM. les experts, au lieu de les suivre pas à pas dans le dépouillement des opérations qui leur sont spéciales, et nous terminerons notre travail par l'exposé de notre opinion personnelle sur la question de savoir s'il y a eu ou non empoisonnement, dans le cas qui nous occupe, au moyen des substances qui semblent avoir plus spécialement fixé l'attention de MM. les experts.

La discussion à laquelle nous allons nous livrer a d'autant plus d'importance, que nulle part MM. les experts n'ont obtenu la preuve directe et positive de l'ingestion d'une substance vénéneuse, et que pourtant, en l'absence du corps du délit, ils n'ont pas craint de fonder, sur des inductions purement théoriques, une suspicion d'empoisonnement. Les faits sur lesquels cette suspicion paraît se fonder se groupent en trois catégories: 1° Symptômes de la maladie; 2° lésions des organes observés après la mort; 3° réactions chimiques des matières soumises à l'analyse. Examinons la valeur et la signification de ces divers signes, dans tout autant de chapitres particuliers.

Chapitre premier. — *Valeur, en expertise légale, des symptômes observés pendant la courte maladie de Thérèse Larroque, femme Rigal.*

Thérèse Larroque, mère de famille, âgée de trente-cinq ans, part pour Albi, le 28 septemble 1839, obligée d'abandonner, afin de vaquer à des affaires, l'enfant qu'elle allaitait. Elle revient le soir même, sans accuser la moindre souffrance, et demande à manger la soupe comme à son ordinaire. Peu de temps après avoir pris cet aliment, elle vomit et se sent fortement indisposée. Les vomissemens redoublent de force et d'intensité; ils persistent malgré les boissons les plus émollientes. Des hommes de l'art sont appelés; ils ordonnent de la tisane de lin qui est également vomie aussitôt qu'avalée. Cet état, qui se complique de convulsions et d'une forte douleur à l'épigastre, dure jusqu'au jeudi soir 3 octobre, jour de la mort de cette infortunée. La maladie a duré de cette manière environ cinq jours.

Quoique, dans leur premier rapport, MM. les docteurs médecins n'aient pas formulé leur opinion d'une manière explicite et formelle, cependant on entrevoit dans quelques phrases incidentes qui se trouvent disséminées dans la description des symptômes que nous venons de leur emprunter, on entrevoit que ce qui les a portés plus spécialement à soupçonner une cause d'empoisonnement à ces effets symptômatiques, c'est que Thérèse Rigal se portait bien à son retour, qu'elle n'accusait aucune souffrance avant de prendre la soupe, que les vomissemens ont résisté à l'action la plus antiphlogistique des tisanes émollientes, et qu'enfin la mort est survenue dans le court espace de cinq jours.

Dans le rapport qui leur est commun avec MM. les pharmaciens (Conclusion, § 20), ils sont plus explicités et ils n'hésitent pas à ranger les symptômes observés pendant la maladie de la femme Rigal, au nombre des probabilités qui tendent à leurs yeux à établir que la mort a eu lieu par suite d'un empoisonnement au moyen d'un corps irritant.

MM. les experts de Paris renchérissent par un commentaire développé, sur les suspicions de MM. les experts d'Albi. Le doute de ces derniers observateurs se traduit en une vérité presque démontrée, sous la plume des commentateurs.

« La lecture des documens relatifs aux circonstances qui avaient précédé la mort, disent-ils, nous avait tout d'abord fait naître des soupçons d'empoisonnement; et, en effet, il est difficile d'expliquer autrement les vomissemens survenus immédiatement après l'ingestion d'une soupe dans l'estomac chez une femme bien portante, vomissemens qui se succèdent avec une intensité croissante, que les tisanes émollientes augmentent ou entretiennent, qui ne cessent pas de se reproduire pendant les cinq jours que la maladie a duré, qui bientôt sont accompagnés de convulsions et de souffrances générales, avec une forte douleur à l'épigastre.

» Sans nier, d'une manière absolue, la possibilité qu'une affection de l'estomac ne puisse donner lieu à de pareils vomissemens, nous n'en connaissons guère qui débutent de cette manière, sans aucun symptôme précurseur, chez une personne parfaitement bien portante, qui sont accompagnés de convulsions et qui déterminent une mort aussi prompte. »

fille de quatorze ans, d'une constitution chétive, atteinte d'une tumeur blanche du poignet datant de deux ans et s'accompagnant de fistules. L'articulation jouit d'une mobilité extrême, l'état général s'altère chaque jour davantage, la suppuration est abondante, et l'amaigrissement commence à nous donner de l'inquiétude. Néanmoins, cette jeune malade se trouve encore dans des conditions assez bonnes pour résister à l'amputation de l'avant-bras que nous allons pratiquer aujourd'hui même devant vous. Nous nous décidons d'autant mieux à pratiquer cette opération, que nous n'avons nulle crainte de voir la tumeur blanche se terminer par ankylose.

Parmi les quatre méthodes qui ont été conseillées pour procéder à l'amputation de l'avant-bras, nous donnerons la préférence à la méthode à deux lambeaux, malgré le reproche que lui a adressé Guthrie d'exposer à la lésion des artères radiale et cubitale, au dessus du point où elles doivent être coupées entièrement en faisant le lambeau palmaire.

Par la méthode à deux lambeaux, la manœuvre opératoire est plus facile et le résultat plus beau. On lui oppose généralement la méthode circulaire ; mais elle offre selon nous moins d'avantages. En effet, ici il faut d'abord disséquer la peau, manœuvre longue, pénible, et dans l'exécution de laquelle il faut être secondé par un aide intelligent et bien intentionné. Après la section de la peau arrive celle des tendons qui, bien souvent, malgré la bonne qualité du couteau, fuient et roulent sous l'action de son tranchant. Il faut ensuite que toutes ces parties soient relevées par l'aide, ce qui présente encore des difficultés. Ces inconvéniens ne se rencontrent pas dans l'amputation à deux lambeaux : l'aide n'a pas besoin d'avancer ses doigts vers le couteau, et la crainte d'une blessure n'existe ni de son côté, ni du côté de l'opérateur, ce qui épargne bien des difficultés. Enfin l'exécution du manuel opératoire est beaucoup plus prompte.

Mais ces avantages ne sont pas les seuls, et la méthode à deux lambeaux en présente d'autres qui sont plus réels encore.

Ainsi, par la méthode circulaire, il est impossible, faute de parties molles, d'obtenir à l'avant-bras un cône creux comme à la cuisse ; les os ne sont recouverts qu'imparfaitement et finissent par former une saillie. Il n'en est pas de même avec les deux lambeaux ; les os se trouvent aisément recouverts, et il n'y a point de saillie.

Enfin, la parcimonie relative des chairs n'expose pas autant ici aux abcès, que l'on a à le redouter au bras et à la cuisse.

Note du Rédacteur. Pour terminer l'histoire du jeune malade couché au nº 14 de la salle des garçons (voyez la *Gazette des Hôpitaux* des 2 et 5 mai), nous dirons que le jour même, il fut pris d'une hémorrhagie vers les onze heures du matin, qui nécessita la levée de l'appareil : l'agitation, l'anxiété qui tourmentaient le malade avaient, par suite des mouvemens continuels qu'il faisait dans son lit, déterminé la chute des ligatures. L'interne de garde essaya en vain d'en poser de nouvelles, et se vit réduit à cautériser avec le fer rouge ; le petit malade n'avait perdu que deux palettes de sang environ, et malgré cela, il était dans un état de faiblesse extrême. Il succomba de trois à quatre heures de l'après-midi.

L'autopsie n'a donné que des résultats négatifs. Pas d'injection sanguine soit du cerveau, soit des méninges ; pas d'autres phlegmasies viscérales ; pas de pus ni dans les veines, ni à la base du crâne ; pas d'abcès métastatiques.

Aucune altération matérielle, en un mot, ne donne la raison suffisante de la mort, qui néanmoins reste suffisamment expliquée par l'exaltation nerveuse qui a existé jusqu'aux derniers instans, et qui se traduisait principalement par le délire nerveux et par l'agitation. K...

HOPITAUX ITALIENS.

Plusieurs cas de guérison très prompte de gale, à l'aide de la formule du Dr Lene; par M. Rigoni-Stern, médecin à l'hôpital civil de Vérone.

Dans ces derniers temps, un médecin anglais, le docteur Lene, avait publié et beaucoup vanté un topique capable de guérir la gale en 24 heures. (*Encyclogr. des Sc. méd. de Bruxelles*, t. xi, novembre, 1836.) Ce topique, le voici :

Pr. Poudre de racine d'ellébore blanc, 4 gramm. (1 gros).
Nitre putrifié, 1 gramm. (1 scrup.)
Fleurs de soufre, 30 gramm. (1 once).
Savon mou et axonge, de chaque, 30 à 45 gramm. (1 once à 1 once et demie).
M. f. onguent selon l'art.

Faites des frictions une seule fois sur tout le corps avec cette pommade, surtout autour des articulations. Aussitôt après le malade doit se coucher nu entre deux couvertures de laine, dans le but de se faire suer. La transpiration doit être entretenue pendant trente heures chez les sujets robustes, de douze à vingt-quatre heures chez les sujets faibles. Au bout de ce temps le malade est mis dans un bain, lavé au savon noir, habillé de nouveaux vêtemens, et il est ou doit être guéri. Durant la transpiration le malade ne doit manger que des soupes à la bière, du pain et du beurre, et ne boire que de la tisane d'avoine.

Quelque bizarre que cette méthode puisse paraître *à priori*, M. Rigoni a cru devoir la soumettre à l'expérience ; il rapporte les faits suivans :

Premier fait. — Savoja Maria, âgée de trente ans, robuste, ayant la peau naturellement rude, est atteinte de la gale. Le tronc et les membres, mais plus spécialement les bras et les jambes, sont couverts de pustules. Le 1er mai 1838, elle a été soumise à la friction de l'onguent du docteur Lene ; on a seulement élevé la dose de l'ellébore à 15 grammes (demi-once) au lieu de 4. La sueur se déclara abondamment deux heures après la friction et a continué pendant 24 heures. A cette époque on l'a plongée dans un bain, on l'a fait laver. Le lendemain, ayant été examinée, on lui a trouvé la peau des jambes un peu érythémateuse par l'effet mécanique de la friction, et quelques phlyctènes produites par cette même cause, mais les pustules de la gale sont complètement affaissées et desséchées. Le surlendemain, le prurit a complètement disparu, ainsi que les pustules de la gale ; l'épiderme s'exfolie sur plusieurs points. La femme est jugée guérie. On l'a tenue en observation pendant huit jours ; la cure ne s'est point démentie.

Deuxième fait. — Rose F..., vingt-trois ans, robuste, affectée de maladie vénérienne locale et de gale, est reçue à l'hôpital le 19 août. Des pustules très nombreuses couvrent les bras ; il en existe aussi quelques-unes sur le ventre et aux membres inférieurs. Traitement *ut supra* : l'ellebore, cette fois, a été porté à six grammes (un gros et demi). La friction a été pratiquée à sept heures du matin, le 20. Aussitôt enveloppée dans la couverture de laine, la malade sua abondamment, ce qui a été continué jusqu'à dix heures du matin du lendemain. On l'a alors ôtée des couvertures et mise dans le bain à midi, c'est-à-dire vingt-neuf heures après le début de la sueur. Déjà, dès le lendemain matin de la friction, la malade n'accusait plus aucun prurit. Le soir, les pustules ayant été observées, elles ont été trouvées desséchées.

Le 23, elle sentit de nouveau un peu de prurit aux mains, mais qui s'est dissipé sans rien faire. Dès ce moment, la femme a été jugée guérie. On l'a tenue en observation pendant plusieurs jours ; la cure n'a point été démentie ; l'épiderme s'est exfolié. On l'a alors fait passer dans la salle des vénériennes pour être traitée de la seconde maladie.

Troisième fait. — Bombasa Antonia, âgée de vingt-trois ans, habituellement bien portante, peau naturellement peu délicate, a les bras et le ventre couverts de pustules de gale. On l'a soumise à la friction le 14 août, et enveloppée aussitôt dans une couverture ; elle sua abondamment. On l'en a retirée après vingt-quatre heures et l'on a observé les mêmes phénomènes que chez la première malade ; seulement elle accusa le 16 un peu de prurit aux jambes, lequel, du reste, a cessé de suite. Congédiée guérie le 18 du même mois.

Quatrième fait. — Elisabetta T..., âgée de vingt-quatre ans, vérolée et galeuse, a été soumise au traitement le 15 août. Après vingt-quatre heures de sueur le prurit avait cessé et les pustules de la gale étaient affaissées et desséchées. On l'a tenue en observation jusqu'au 20 ; la cure n'a point été démentie. La malade est renvoyée dans la salle des vérolées, pour la seconde affection. L'épiderme s'est desséché comme chez les autres.

Chez ces quatre femmes la gale était récente et une seule friction a suffi pour la guérison radicale ; aucun accident n'a été observé malgré l'élévation de la dose de l'ellébore. Dans les cas suivans la gale était de vieille date.

Cinquième fait. — Amalia G..., dix-huit ans, habituellement bien portante, tempérament sanguin, peau brune et peu délicate, a été soumise à la friction le 12 mai. La dose de l'ellébore avait été portée à 8 grammes (2 gros), et celle du nitre à 2 grammes (2 scrupules). Après cinq heures de séjour dans les couvertures, la malade est saisie subitement de malaise, de chaleur excessive et de convulsions épileptiques violentes, perte des sens, écume à la bouche, etc. Elle n'avait jamais été épileptique ni essuyé de convulsions d'autre espèce. On l'a tirée immédiatement des couvertures et lavée. Le lendemain elle était bien portante ; plusieurs pustules commencent à se dessécher. Craignant que les convulsions n'eussent été le produit de l'action de l'onguent on n'a pas répété la friction, mais quatre jours après on l'a fait frotter matin et soir avec de l'huile essentielle de lavande et elle guérit parfaitement en un jour.

Sixième fait. — Maria E..., âgée de trente-un ans, domestique, est soumise à la friction générale le 13 septembre, à une époque voisine du retour de ses règles, qu'elle n'avait point fait connaître. Enveloppée dans les couvertures, la sueur ne s'est déclarée qu'avec peine, mais ensuite elle a été très abondante. La femme cependant a éprouvé dans la nuit une longue lipothymie, et le lendemain une fièvre ardente : le soir suivant les règles se sont déclarées. On l'avait déjà retirée des couvertures après quatorze heures de demeure ; néanmoins la femme s'est trouvée guérie de la gale et en sortit le 22, en parfaite santé. Le 19, elle avait seulement senti un léger prurit

---

Nous avons pris soin de transcrire cette conclusion littéralement ; car nous devons en attaquer le contenu dans toutes ses parties.

1º MM. les experts de Paris, n'ont pas respecté avec un soin religieux, le texte de MM. les docteurs témoins oculaires des symptômes de la maladie. En effet, MM. les experts de Paris nous présentent la femme Rigal comme une femme parfaitement bien portante jusques-là. Or, nous voyons, que MM. les docteurs d'Albi n'ont établi qu'une chose, qui est que, quoique la femme Rigal eût eu plusieurs enfans de son mariage, « sa constitution, à en juger par son embonpoint et la force de son système musculaire, était bonne (§ 1er) ». MM. les docteurs n'avaient jugé de la constitution de la femme Rigal que par induction, et sur le simple examen de son embonpoint et de l'état de son système musculaire. Il restera à faire constater aux débats, s'il n'y a pas une lacune dans ce point important du rapport, et si MM. les docteurs ont basé leur opinion sur les renseignemens pris auprès de la malade ou des assistans et voisins. Mais jusque-là rien ne permet d'admettre, comme un fait acquis à la cause, que, jusqu'à l'invasion de sa maladie, Thérèse Larroque avait toujours joui d'une excellente santé, et n'avait pas été sujette à des indispositions analogues à celle à laquelle elle a fini par succomber (1).

Car les signes de l'embonpoint et de la force musculaire, surtout dans les pays méridionaux, ne sont pas des caractères constans d'une parfaite santé. On voit, dans cette zone de la France, les femmes les mieux partagées sous ce double rapport physique, être les plus exposées à des désordres périodiques, qui, sous le nom de *vapeurs*, débutent aussi brusquement et avec les mêmes caractères qu'on a décrits chez la femme Larroque.

2º Cependant, en admettant qu'il soit prouvé aux débats que jusques là la femme Rigal ait joui d'une parfaite santé, l'invasion brusque des symptômes observés ne serait pas même une raison probable de soupçonner le fait d'un empoisonnement. Les faits de ce genre ne manquent pas dans la science ; ils abondent, depuis que l'influence cholérique s'est acclimatée dans nos parages. Il n'est pas nécessaire d'avoir une clientelle bien nombreuse pour être témoin de cas d'invasion aussi brusques chez une femme sur le retour, qui s'absente toute une journée, interrompt ses habitudes domestiques, et revient le soir les reprendre, après la fatigue du voyage, les contrariétés d'une affaire litigieuse ou commerciale, et peut-être à une époque critique et qui réclamait du repos. Une métastase laiteuse expliquerait à elle seule la promptitude de l'invasion. S'il fallait exiger, pour reconnaître la spontanéité d'un état maladif, *des symptômes précurseurs* à un symptôme brusque, je ne vois pas où l'on pourrait s'arrêter, et comment on ne serait pas en droit de reculer l'exigence à l'infini. — Une maladie spontanée peut-elle s'offrir à l'observation des médecins avec la brusquerie des symptômes observés chez la femme Rigal ? Oui. — Les cas de ce genre sont-ils fréquens dans la science ? Oui. Et nous avons droit de nous étonner que MM. les experts de Paris déclarent n'en connaître guère. Les professeurs de clinique de la capitale et des autres grands hôpitaux de province sont d'un avis contraire au leur.

3º Mais, ajoutent les trois experts de Paris, ce mal ne se déclare qu'après l'ingestion d'une soupe. Comment une simple soupe serait-elle dans le cas d'occasionner un vomissement, si elle ne renfermait une substance vénéneuse ? Ici nous ferons remarquer qu'il nous manque un document, dont sans doute l'instruction n'aura pas manqué de reconnaître l'importance, et qu'elle aura recueilli pour le présenter aux débats. « La soupe qu'a avalée la femme Rigal, a-t-elle été servie en même temps à d'autres membres de la famille ? » (1)

Cependant, en supposant que la femme Rigal ait été la seule à en manger, le vomissement qui a suivi l'ingestion de cet aliment ne suffirait pas à lui seul pour permettre de soupçonner un empoisonnement. La fatigue du voyage, un jeûne prolongé, ou une digestion anormale, ont très souvent pour résultat de provoquer le vomissement d'une nouvelle substance ingérée.

4º Mais comment expliquer alors que les vomissemens aient résisté aux tisanes les plus émollientes ? Expliquer ce fait d'après tel système, c'est, sans doute, dans l'état actuel de la science, aussi difficile que d'après tel autre système contraire au rival. Mais la loi ne s'occupe pas de la difficulté de l'explication ; elle demande de savoir si les tisanes émollientes sont dans le cas d'arrêter le vomissement, dans une maladie spontanée. Or, les annales de la science répondent hautement qu'il est des cas de maladie spontanée, et des cas très fréquens, chez lesquels les émolliens et les tisanes ne font qu'exaspérer l'organe digestif, et provoquer le vomissement avec plus de force. Il est fâcheux que MM. les experts de Paris ignorent ces sortes de choses ; car elles sont classiques dans les *hôpitaux de Paris*. Nous nous contenterons de citer l'autorité suivante.

« Le ramollissement avec amincissement de la muqueuse de l'estomac, provoque, chez les *trois quarts* des individus, des vomissemens tellement opiniâtres, que les boissons les plus douces, l'eau sucrée, l'eau pure n'ont d'autre effet que de les exaspérer (Louis, médecin de l'hospice de la Pitié) (1).

Il est à regretter qu'au lieu de tisanes émollientes, MM. les docteurs n'aient pas administré des tisanes de substances dites stomachiques et aromatiques ; car, il est de ces sortes de cas dont les remèdes de ce genre font cesser les désordres presque instantanément.

Nous avons, dans ce moment-ci, sous les yeux, deux cas de ce genre, et tellement analogues à celui de la femme Rigal, que si les deux femmes qui en sont le sujet étaient mortes à la suite de la crise, on aurait pu fonder une présomption d'empoisonnement, sur les mêmes raisons qu'on invoque au sujet de la mort de la femme Rigal.

Il s'agit de deux mères de famille âgées de trente-cinq à quarante ans. L'une d'elles a été affectée long-temps d'une maladie telle, que dès les premières cuillerées de soupe, elle se mettait à vomir des glaires et non la soupe elle-même ; elle éprouvait alors des mouvemens convulsifs, une forte douleur à l'épigastre, une constriction à la gorge, suffocation ; les tisanes douces et émollientes, l'eau de gomme sucrée ne faisaient qu'exaspérer le mal ; il s'en était suivi un état de débilité telle, que toutes les habitudes du corps s'en ressentirent. Cet état offrait des intermittences d'un mois et même d'un an ; mais il durait à son retour des mois entiers et même une année. Une médication toute contraire à celle que préconisent MM. les experts a ramené le soulagement

(1) *Note du défenseur.* Il résulte des indications de la procédure que peu de jours avant la femme Rigal avait été fortement indisposée ; il y est même fait mention d'un mal d'estomac qui, le jour même de l'invasion de la maladie, lui serait survenu en revenant d'Albi, après avoir bu de l'eau fraîche à une fontaine.

(1) *Note du Défenseur.* La fille Bassegui, co-accusée de Rigal, mais dont l'accusation invoque avec force les dires contre celui-ci, affirme que pendant que Thérèse Larroque mangeait la soupe, l'une de ses filles s'était approchée d'elle et en avait aussi mangé.

(1) *Voy.* Dubois (d'Amiens), *Pathologie générale*, tom. 1, pag. 111, 1835.

aux endroits des vieilles pustules, qui s'étaient d'ailleurs desséchées et qui n'ont plus reparu depuis.

Septième fait. — Savaja Domenica, quatorze ans, scrofuleuse, rachitique, est affectée d'une gale ancienne. Tout son corps est couvert de pustules galeuses. Elle a été reçue le 28 juillet, et soumise à l'usage non interrompu de l'onguent de la Pharmacopée autrichienne jusqu'au 16 août, sans un avantage bien marqué. On l'a alors soumise à la friction générale de l'onguent anglais: l'ellébore a été seulement porté à deux grammes (2 scrupules), et le nitre à moins d'un gramme (15 grains). Elle sua pendant vingt heures. Retirée des couvertures de laine et lavée, on voyait déjà que beaucoup de pustules étaient desséchées. La malade se croyait guérie, mais elle ne l'était pas en réalité, car de nouvelles pustules galeuses se sont montrées le 18.

Le 19, nouvelle onction générale avec le même onguent; 49 heures de sueurs. A cette époque les pustules sont desséchées, le prurit a cessé; mais les 22 et 23, de nouvelles pustules abortives se sont déclarées au cou et aux bras, lesquelles se sont dissipées sans rien faire. Guérison.

Le mois suivant néanmoins, la jeune personne est revenue à l'hôpital avec une récidive. Nouvelle friction aux mêmes doses; vingt-quatre heures de sueurs; affaissement et disparition des pustules; cessation complète du prurit. Guérison radicale.

« Dans tous les cas, dit l'auteur, nous avons noté que aussitôt que les malades étaient placées entre les couvertures, elles accusaient de la chaleur, de la soif, un malaise général, rougeur au visage. La sueur ne s'est pas montrée au même degré chez toutes, ni pour l'époque de son début, ni pour sa quantité, ni pour sa durée. La pommade a fait disparaître en même temps d'autres pustules de nature diverse qui se trouvaient entremêlées avec celles de la gale. »

(*Giornale per servire à progressi della Patologia*, stampato in Venezia, décembre, 1839.)

Académie de Médecine. — Séance du 2 juin.

M. Donné écrit à l'Académie pour inviter ceux des membres de cette compagnie qui seraient amateurs de micrographie, d'assister aux séances publiques qu'il se propose de donner, à compter du mercredi 3 juin, dans les salles de la clinique d'accouchemens, à quatre heures et à huit heures du soir.

M. Cazenave, de Bordeaux, avait écrit à l'Académie pour obtenir un tour de faveur et lire un travail. Ce tour de faveur lui a été accordé pour la séance du 2 juin, et M. Cazenave est venu de Bordeaux faire sa lecture. Le sujet de son travail est relatif à un perfectionnement de sondes et bougies en ivoire ramolli, consistant précisément dans un moyen propre à rendre ces instrumens incorruptibles. Après cette lecture, l'Académie s'étant aperçue que l'auteur voulait faire un secret de son perfectionnement, n'a pas cru devoir donner suite à ce travail. En conséquence elle a passé à l'ordre du jour, et engagé M. Cazenave à présenter sa découverte à M. le ministre de l'intérieur pour subir la marche ordinaire des remèdes secrets. L'Académie a pris cette décision d'après l'avis de MM. Pelletier, Dubois d'Amiens, Guénau de Mussy et Double.

— Un jeune médecin lit une notice sur les eaux minérales de Grandsac. L'auteur prétend qu'il y a parmi ces eaux une source d'eau vénéneuse et qu'il appelle toxique; mais cette assertion n'est pas basée sur des observations directes.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur le rapport de M. Bouillaud relatif au travail de M. Nonat.

M. Bouvier parle dans le sens du rapport et combat plusieurs des idées émises par M. Gerdy. Il cite d'abord l'autorité de Haller pour prouver que les vivisections ont toujours été d'un immense secours aux progrès de la physiologie. Abordant ensuite le sujet de la sensibilité et de la perceptivité, il appelle l'attention sur plusieurs questions, entre autres sur l'absence de la première de ces facultés dans la substance du cerveau pour les impressions physiques.

Pour M. Bouvier, le premier des physiologistes de l'époque est M. Adelon, et il renvoie l'Académie à l'ouvrage de ce professeur pour s'éclairer sur tout cela. Il passe ensuite à la question de la source du mouvement, et il réfute M. Gerdy qui avait combattu les idées de M. Bouillaud à ce sujet. Il termine enfin par quelques remarques sur les fonctions du bulbe rachidien qui lui paraît présider à la grande fonction de la respiration.

— *M. Londe* attaque une assertion critique que M. Bouvier avait avancée contre Bichat relative à l'insensibilité de la pulpe cérébrale. Bichat connaissait parfaitement ce fait, et il l'avait très bien expliqué; et Georget, qui avait développé le même sujet, avait établi que la céphalalgie se rattachait toujours à une lésion des méninges ou des alentours du cerveau.

Une discussion fort animée s'établit entre M. Roux, président, qui veut diriger l'ordre du jour à sa façon, et M. Gerdy, qui s'efforce de le convaincre de despotisme ou de la mauvaise direction que prennent les discussions par la faute du président. (On rit plusieurs fois.)

M. Bouillaud répond d'abord en peu de mots au discours de M. Gerdy. Il combat d'après M. Magendie les idées de Bichat sur la sensibilité. Bichat faisait de la sensibilité une propriété générale, tandis qu'il est prouvé que tous les tissus ne sentent pas, et que la sensibilité elle-même est une fonction au lieu d'une faculté. Arrivant à la question du mouvement, M. Bouillaud répond avec l'expérience à la main, avec la vivisection, tant repulsée par M. Gerdy. Il présente plusieurs animaux vivans: le premier est un pigeon qu'il avait réduit à l'état d'idiotisme en lui détruisant une partie du cerveau. Ce volatile se tient debout, marche, reprend son équilibre quand on le jette en l'air, mais il offre une sorte de taciturnité ou d'indifférence aux impressions qu'on lui fait éprouver. Un second pigeon a subi la même opération sur le cervelet: il offre une différence bien marquée avec le précédent; il ne peut presque pas se tenir debout, il vacille et tombe à chaque pas, il a perdu en un mot la faculté de la station debout, de l'équilibration et de la déambulation franche, tandis que l'intelligence ne paraît point altérée. En le jettant en l'air il retombe sans pouvoir s'équilibrer; sa sensibilité d'ailleurs paraît bien conservée. Un troisième pigeon se trouvait dans le même cas que le précédent, mais à un degré plus prononcé, par suite d'une lésion plus profonde du cervelet. Un lapin enfin offre les mêmes conditions d'altérabilité dans les mouvemens. Ces faits sont présentés par M. Bouillaud pour prouver sa doctrine sur les fonctions du cervelet; doctrine qui est différente de celles de Gall, de M. Flourens et de quelques autres savans qui se sont occupés de ce sujet.

M. Londe demande à M. Bouillaud s'il ne croit pas que par suite de la lésion du cervelet ces animaux n'avaient pas perdu les facultés instinctives.

M. Bouillaud répond à la question de M. Londe en rappelant que sa manière de voir sur les fonctions du cervelet était tout-à-fait différente de celle de Gall.

M. Gerdy attaque les faits et les conclusions de M. Bouillaud. Pour lui ces expériences ne sont point concluantes, l'interprétation de M. Bouillaud lui paraissant tout-à-fait arbitraire. Il saisit cette occasion pour faire une excursion extrêmement animée et spirituelle contre les vivisections et les vivisecteurs qu'il regarde comme des hommes illusionnés. Cette improvisation, pleine de saillies piquantes et de logique, a singulièrement égayé la grave assemblée.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

— Vers la fin de la séance, M. Velpeau présente une malade sur laquelle il a pratiqué avec succès l'amputation de la mâchoire inférieure.

Séance levée après cinq heures.

M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les recteurs de l'Académie, au sujet des prochains concours d'agrégation pour la Faculté des lettres de Paris et pour les Facultés des sciences.

Du 22 mai 1840.

Monsieur le recteur,

Un arrêté pris en Conseil royal de l'instruction publique, le 21 avril dernier, fixe au 15 septembre 1840 l'ouverture de trois concours qui auront lieu au chef-lieu de l'Académie de Paris, pour huit places d'agrégés près la Faculté des lettres de cette Académie, savoir :

Un concours pour trois places d'agrégés de philosophie;

Un concours pour trois places d'agrégés de littérature ancienne et moderne;

Un concours pour deux places d'agrégés d'histoire et de géographie.

Un autre arrêté du 15 mai fixe au 20 septembre l'ouverture de trois concours qui auront lieu également au chef-lieu de l'Académie de Paris, pour onze places d'agrégés près les Facultés des sciences du royaume :

Le premier pour trois places d'agrégés de mathématiques, savoir :

Une place près la Faculté des sciences de Paris;

Deux places près les Facultés des sciences des départemens.

Le deuxième pour quatre places d'agrégés de physique et de chimie, savoir :

Deux places près la Faculté des sciences de Paris;

Deux places près les Facultés des sciences des départemens.

Le troisième pour quatre places d'agrégés d'histoire naturelle, savoir :

Deux places d'agrégés près la Faculté des sciences de Paris;

Deux places d'agrégés près les Facultés des sciences des départemens.

Je vous transmets, monsieur le recteur, au certain nombre d'imprimés, contenant :

1° Le réglement délibéré en Conseil royal, conformément à l'art. 3 de l'ordonnance du 24 mars 1840, pour les concours d'agrégation près les Facultés des lettres;

2° Le réglement délibéré en Conseil royal, conformément à l'art. 2 de l'ordonnance du 28 mars 1840, pour les concours d'agrégation près les Facultés des sciences;

3° Un arrêté du 21 avril, portant désignation des différens textes d'où seront pris les sujets à traiter pour l'épreuve de l'argumentation dans les prochains concours des lettres;

4° Un arrêté du 15 mai, portant désignation des différentes questions pour l'épreuve de l'argumentation dans les prochains concours des sciences.

Je vous prie, monsieur le recteur, de remettre un exemplaire de ces imprimés à chacun des candidats de votre Académie qui seraient en mesure de prendre part à l'un des concours; et vous leur adresserez à cette occasion une nouvelle et instante invitation de se préparer aux épreuves. Tous, je n'en doute pas, répondront à cet appel, et voudront s'associer ainsi aux intentions libérales qui ont dicté les nouvelles ordonnances. Vous ne négligerez rien, monsieur le recteur, pour que ce résultat soit obtenu.

Vous connaissez les conditions prescrites par l'ordonnance du 28 mars pour les concours d'agrégation près les Facultés des sciences. Ces conditions doivent fortifier puissamment dans l'Université, les hautes études scientifiques. Mais le Conseil royal de l'instruction publique ayant désiré que cette ordonnance portât ses fruits dès cette année, une difficulté grave se présentait pour les conditions de grades exigées des candidats, et dont il leur eût été impossible de se pourvoir d'ici à la fin de l'année scolaire, en même temps qu'ils ont à se préparer aux épreuves du concours. J'ai, en conséquence, sollicité du roi une disposition transitoire, qui porte que, pour le prochain concours seulement, les candidats n'auront à justifier que du grade de docteur, correspondant à l'ordre d'agrégation auquel ils se destinent.

Vous voudrez bien, monsieur le recteur, faire connaître cette disposition à ceux des fonctionnaires de votre Académie qu'elle peut intéresser.

Je vous transmettrai prochainement des affiches qui annonce-

---

et puis la santé dans cet estomac délabré; mais jusques là les crises avaient été telles, qu'on avait souvent redouté la plus fâcheuse terminaison. L'autre femme présentait des symptômes plus alarmans encore. Dans certains momens de la journée, elle tombait en défaillance, une sueur froide lui couvrait tout le corps, elle rendait les tisanes, le laitage, et s'abstenait de prendre aucune nourriture liquide ou solide; elle se condamnait presque à ne vivre que de lait, qu'elle rendait presque aussitôt. La médication contraire lui a rendu ses facultés digestives. Si la cour jugeait à propos de constater le fait par une commission rogatoire, elle ne manquerait pas de reconnaître l'exactitude de la description que je prends la liberté de placer sous les yeux de MM. les jurés.

Ainsi, vomissemens fréquens, accompagnés d'un sentiment de douleur à l'épigastre, de convulsions, de frissons, exaspérés par les tisanes émollientes et douces, par l'eau même; tout cela n'a signifié, chez ces deux mères de famille, qu'une affection des voies digestives, qui a cédé aux aromatiques. Pourquoi des symptômes entièrement identiques auraient-ils une signification contraire chez la femme Rigal?

5° Est-ce parce que, chez la femme Rigal, leur apparition a été brusque et instantanée? Mais leur apparition avait été également brusque, chez ces deux mères de famille, la première fois qu'elles éprouvèrent ces dérangemens dans les premières voies. Mais l'une d'elles se mettait à table sans accuser un malaise prononcé: et le vomissement la prenait après les premières cuillerées de soupe. L'invasion du mal ne saurait offrir, dans ces deux cas des caractères plus analogues.

6° Mais, dira-t-on, la mort s'en suivit au bout de cinq jours, chez la femme Rigal, ce qui n'a pas eu lieu chez les deux autres mères de famille. C'est là, sans doute une différence dans l'intensité; mais ce n'est pas le caractère d'une maladie différente dans sa cause. Ce n'est pas la terminaison heureuse ou fâcheuse qui caractérise les maladies; car la même maladie aiguë doit se terminer toujours, ou par la mort, ou par la guérison, ou par son passage à l'état d'habitude ou de maladie chronique. La même maladie peut durer quelques jours ou des années entières; la durée dépend de son intensité et de la constitution et cachexie du malade; elle ne peut jamais, à elle seule, fournir un caractère même probable d'un empoisonnement. Car remarquons bien que pour signifier, même par une simple probabilité, une chose en particulier, il faut que le symptôme ne soit pas en état d'en signifier cent et mille autres d'un autre genre. Un signe qui a plusieurs valeurs perd tous ses caractères de signe; l'invoquer pour l'une de ses significations plutôt que pour l'autre c'est faire de l'arbitraire en fait de preuves; l'arbitraire est exclu de la logique et de la loi.

Chapitre second. — *Valeur des lésions observées dans les organes internes de la femme Rigal.*

« L'autopsie a eu lieu deux jours après l'inhumation, la putréfaction était déjà avancée; la face était tuméfiée par des gaz fétides, la physionomie en avait pris une expression hideuse; une sanie sanguinolente découlait de la bouche et du nez; la langue avait acquis un volume capable de remplir toute la cavité buccale; le cou était verdâtre et emphysémateux; des pustules livides et nombreuses se remarquaient aux aines et à la poitrine, et quelques unes au bras; le cuir chevelu injecté de gaz putrides, se déchirait aisément, et le tissu cellulaire était infiltré d'une lymsanguinolente. »

Le travail de la putréfaction avait donc étendu ses ravages sur toute la surface du corps.

Mais pense-t-on que la fermentation putride s'arrête à l'extérieur du corps, et que ses ravages ne se traduisent, en signes appréciables à la vue, que sur sa périphérie? L'hypothèse serait toute gratuite. Dès que la vie cesse, la fermentation s'établit dans tous les organes internes ou externes; les gaz qu'elle élimine réagissent sur les tissus, qu'ils désorganisent et cautérisent, soulèvent et colorent; que ces tissus appartiennent à l'épiderme, aux muqueuses ou aux séreuses, frappés de mort, ils ne sont presque plus que les mêmes tissus organiques; exposés à l'action des mêmes agens chimiques, ils donnent presque tous les mêmes réactions.

Attribuer donc tous les signes extérieurs fournis par l'autopsie au travail de la putréfaction, et les signes intérieurs aux effets immédiats de la maladie, ce serait manquer aux premières règles de l'induction. L'autopsie discute déjà la valeur des traces des lésions observées après la mort; elle redoute d'enregistrer, au nombre des indications pathologiques, des effets cadavériques! De quelle prudence ne doit-elle pas s'armer, dans l'évaluation des lésions qu'elle observe sur des organes à demi putréfiés?

Dans la discussion des signes nécroscopiques, nous aurons donc à poser deux questions: la première pour savoir si ces signes ne seraient pas par hasard des effets cadavériques; la seconde, pour examiner si, dans le cas contraire, ils peuvent constituer même une probabilité d'empoisonnement.

MM. les docteurs ont trouvé « la base de la langue enflammée, ainsi face la base inférieure de l'épiglotte, l'isthme du gosier, la luette; mais le canal œsophagien sain dans toute son étendue; l'estomac offrait une teinte rougeâtre dans sa grande courbure; ses parois offraient, par réfraction, des taches noirâtres dans leur tissu; l'intestin grêle offrait des plaques rouges à l'intérieur; l'estomac a présenté au moins cinquante taches noirâtres n'affectant que son épithélium; vers le pylore une tache ardoisée de l'étendue d'un pouce carré; partout ailleurs la muqueuse était dans son état normal. Le duodénum est enflammé avec des taches noires; la teinte rouge s'efface à mesure que l'on approche de l'intestin grêle. Rien de saillant n'a été observé sur les autres vicères. »

Or tous ces signes appartiennent-ils aux effets de la maladie? MM. les docteurs eux-mêmes ne l'ont pas cru; car ils font remarquer « qu'un examen tardif joint à la putréfaction déjà avancée, pouvait présenter ces altérations dénaturées et sans signification. Or, comment se guider, à travers ce dédale d'incertitudes et de signes à double sens? Lesquels invoquer en témoignage? lesquels rejeter comme suspects d'anachronisme et d'équivoque? La science ici manque de données suffisantes, et chacun peut juger à sa guise, sans trop s'exposer à se voir réfuter péremptoirement, c'est-à-dire par une démonstration rigoureuse et exacte. Mais cette difficulté d'interprétation milite exclusivement en faveur de la défense, qui a toujours droit de dire à l'accusation: « Prouvez ce que vous avancez, on ne saurait condamner un accusé que sur des preuves. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

ront dans toutes les Académies l'ouverture des prochains concours.

Action vomitive du sulfate de cuivre. — Le docteur Toulmouche publie un travail d'où il tire les conséquences suivantes :

1° A la dose de 10 centigrammes (2 grains), le sulfate de cuivre produit le vomissement onze fois sur douze ; mais le nombre des vomissemens ne varie que d'un à trois.

2° A 20 centigrammes (4 grains) c'est un vomitif dont l'action est sûre et constante, puisqu'il n'a manqué son effet à quatre fois sur trente-sept.

3° A la dose de 30 à 40 centigrammes (6 ou 8 grains), il est encore plus sûr que le tartre stibié, puisqu'il n'a jamais manqué son effet à cette dose.

4° Il n'est pas plus dangereux à administrer à ces doses que le sel antimonial.

5° On ne peut pas compter sur son action purgative d'une manière aussi certaine, ni la produire isolément, c'est-à-dire sans être précédée de l'action vomitive, que dans un peu moins du tiers des cas ; en outre, ce sel provoque des coliques en général légères ou seulement parfois plus intenses, en sorte qu'il n'irriterait la muqueuse intestinale que d'une manière assez faible.

BAINS DE SAINT-GERVAIS,

EN SAVOIE.

La réputation de cet établissement thermal s'accroît chaque année. Ces eaux salino-sulfureuses, gazeuses et gélatineuses, sont souverainement efficaces contre les rhumatismes goutteux, les maladies de la peau, les affections essentiellement nerveuses, les engorgemens du système lymphatique, les affections gastriques, le rachitisme des enfans, les maladies des femmes, la stérilité, etc. Les propriétés des Eaux de Saint-Gervais ont été préconisées par Alibert et autres célèbres praticiens, et constatées par des succès extraordinaires. De nombreuses et importantes améliorations viennent encore d'être introduites dans ce magnifique établissement, si heureusement situé entre Sallanche et Chaumouny, au sein des plus ravissantes vallées du Mont-Blanc, et à proximité de la France, de la Suisse et de l'Italie.

Une notice se distribue *gratis* chez Camus, libraire, rue Cassette, 20, faubourg St-Germain.

Belle et grande découverte! mon cher confrère ; aussi je m'empresse d'en faire part, non-seulement au monde chirurgical, mais à l'univers tout entier. — Vous avez sans doute tâtonné quelquefois en cherchant la tête d'une épingle qui était implantée au bout d'un linge afin de le fixer, et parfois aussi vous aurez levé les épaules à la vue de la gaucherie d'un confrère qui l'appliquait à une bande après la saignée. Je parie encore que vous vous êtes piqué assez souvent en maniant ce perfide petit instrument, en en fourrant vos doigts Dieu sait où? Et que, plus souvent même, vous avez arraché des cris aux pauvres malades sur lesquels, et malgré les plus grandes précautions, vous l'enfonciez en croyant n'intéresser que cette bande.

Vous savez d'ailleurs combien d'innocentes petites créatures sont chaque jour torturées par la négligence et la coupable maladresse de leurs mères, de leurs nourrices et de leurs bonnes, et vous n'ignorez pas que la nation anglaise, qui s'entend plus que toute autre en mécanique, a prescrit pour le service des enfans et des malades un moyen aussi insidieux, si propre à faire de nombreuses victimes, et qui se rit des plus belles combinaisons, ainsi que de la sollicitude la plus méticuleuse ; ce peuple si grave et si avancé dans la civilisation a donc sagement et très généralement substitué un point d'aiguille à la pointe acérée de l'épingle. Qui ne sait enfin que la guerre la plus cruelle et la mort la plus atroce sont celles qu'il faut subir à coups sans cesse redoublés d'une arme qui est d'autant plus danregeuse qu'elle est plus imperceptible. Eh bien ! je viens, mon cher confrère, mettre un terme à tant de maux et de tribulations, par l'un des moyens suivans. Ils sont nombreux, et ne laissent que l'embarras du choix ; « car il suffit de *coller* ensemble les objets qu'on réunit maintenant avec ce métal *têtu et pointu.* » Or l'amidon, la dextrine, la gomme la glu, la poix, la colle forte, l'emplâtre aglutinatif pourront se produire aux amateurs, satisfaire leur goût et mériter la préférence suivant l'occasion. Mais, pour mon compte, je me suis décidé en faveur du *pain* et de la *cire à cacheter*, de cette dernière surtout, s'il est question d'objets exposés à l'humidité. Je les établis au bout de ceux que je veux rattacher entre eux ; et ces deux substances offrent alors cet autre avantage : c'est que, si leur couleur tranche avec les pièces de l'appareil qu'elles sont chargées d'assujétir, elles décéleront nettement et tout d'abord au chirurgien la place précise où ses doigts auront à se porter pour désunir et décoller ces mêmes pièces, lorsqu'il s'agira de les enlever et de refaire le pansement.

Ne tardez donc pas, je vous en conjure, mon cher confrère, de publier *cette nouvelle production du génie* ; et comme elle rencontrera très probablement des lecteurs difficiles et sceptiques qui, avant tout, exigeront que *l'observation* et L'EXPÉRIENCE aient prononcé *cent fois* au moins sur le mérite et la valeur de ce procédé opératoire nouveau, pour qu'ils puissent se décider à le mettre à exécution, daignez les rassurer en les assurant que nous avons de beaucoup dépassé ce chiffre dans nos essais à l'hospice de Lausanne, et qu'on peut en conséquence, et sans de trop graves inconvéniens, en *tenter* l'application ... *sur le reste du globe.*

Agréez, etc. Mathias MAYOR.

Lausanne, ce 27 mai 1840.

Sous ce titre : DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE EN FRANCE, M. Emile de Girardin a publié, en 1838, un volume in-8° de 400 pages, qui coûtait 7 fr. 50 c. ; la première édition ayant été rapidement épuisée, il vient d'en paraître une seconde, format in-18, tirée à 10,000 exemplaires, ne coûtant que UN FRANC 25 C., formant un volume de 464 pages ; M. de Girardin ayant renoncé à tous droits d'auteur au sujet de ce livre, aussi bien pour la première édition que pour celles qui seraient successivement publiées, et ayant autorisé l'éditeur à faire au titre de son ouvrage les changemens qui lui paraîtraient utiles ; cette nouvelle édition populaire porte pour titre : DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE EN FRANCE, — GUIDE DES FAMILLES. Cet ouvrage est, en effet, un guide indispensable pour elles, car il leur indique :

Les diverses carrières qu'elles peuvent faire suivre à leurs enfans ;

Les établissemens où l'on reçoit l'instruction *universitaire* ;

Ceux consacrés à une instruction *spéciale* et *professionnelle* ;

L'objet de l'enseignement et sa durée dans ces divers établissemens ;

Les sommes qu'il faut débourser pour achever telles ou telles études ;

Enfin, le but où elles conduisent.

***Se vend à Paris :* Au bureau du *Journal des Connaissances utiles*, rue Neuve-des-Petits-Champs, 30. — Chez Dupont, rue de Grenelle-St-Honoré ; — chez Martinon, rue du Coq-St-Honoré ; — chez A. Durand, rue des Grès ; — chez Charpentier, galerie d'Orléans, au Palais-Royal ; — chez Paul Mascagna, galerie de l'Odéon ; — chez Deschamps, galerie Vivienne.**

***Dans les départemens :* à Lyon, chez MM. Guimon et Nourlier ; — à Rouen, chez François, rue de la Grosse-Horloge ; — à Bordeaux, chez Lawalle ; — à Marseille, chez madame Camoin ; — à Lille, chez Vanackère fils ; — à Metz, chez Brenoux ; — à Bar-le-Duc, chez d'Oliverurt ; — à Nantes, chez Suireau ; — à Montpellier, chez Virenque ; — à Besançon, chez Binlost ; — à Rennes, chez Mollier.**

Traité clinique du Rhumatisme articulaire,

et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie ; par J. BOUILLAUD, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine.

A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17 ; à Londres, même maison, Regent-Street. — 1840.

Rapport sur l'emploi des eaux minérales de Vichy dans le traitement de la goutte ;

Lu à l'Académie royale de médecine, au nom d'une commission, par Th. Pâtissier, membre de l'Académie royale de médecine ; suivi d'une réponse à quelques allégations contre la dissolution des calculs urinaires, par Ch. Petit, médecin-inspecteur-adjoint des eaux de Vichy. In-8°, de 240 pages. Prix : 3 fr. 50 cent.

A Paris, chez J.-B. Baillière.

LA CINQUIÈME LIVRAISON

DU

DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE,

Est EN VENTE au bureau du Journal, rue de Bussy, 13.

Prix de la livraison, contenant 14 feuilles et demie d'impression, IV - 224 pages grand in-8° sur deux colonnes, 2 FRANCS.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 6 JUIN 1840. (13e ANNÉE.) N° 67, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger, 1 an, 5[illegible]

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LUGOL.

Conférences cliniques sur les maladies scrofuleuses.

DE LA SCROFULE TUBERCULEUSE. (Suite.)

Je n'insisterai pas sur ce que je vous ai dit dans la séance précédente en commençant l'histoire de la scrofule tuberculeuse, sur la forme, le volume, etc., des tubercules; je vous rappellerai seulement que mon but n'a pas été d'entrer dans de simples détails à l'égard de l'affection qui nous occupe, mais que les faits que j'ai invoqués offrent un très grand intérêt en ce sens qu'ils servent à appuyer la doctrine générale de la scrofule, et à démontrer qu'il n'y a rien d'accidentel dans le tubercule en particulier. Je crois vous avoir suffisamment démontré les moyens d'organisation de cette production morbide. L'organisation capillaire même, qui, pendant quelque temps, a pu paraître douteuse à quelques esprits rigoureux, a été rendue évidente par de nombreux exemples d'hémorrhagies qui se sont effectuées dans le sein même de la matière tuberculeuse, et dont j'ai produit devant vous quelques dessins.

Occupons-nous aujourd'hui du siége des tubercules.

Siége du tubercule en général. Un grand nombre d'auteurs ont pensé que le tubercule avait son siége dans les ganglions lymphatiques; ou plutôt, pour la plupart, les tubercules ne sont que des ganglions lymphatiques engorgés, dégénérés. A cet égard, on a été jusqu'au point d'appeler cet état du ganglion une *glandite;* mot impropre, qui a l'inconvénient d'emporter avec lui l'idée de l'inflammation; idée dont la conséquence est un traitement antiphlogistique toujours funeste, puisque cette affection ne se développe que chez des individus d'une constitution faible.

Le tubercule n'a pas de siége exclusif sur tel ou tel organe, et, hâtons-nous de le dire, ce n'est pas non plus un organe dégénéré; le tubercule est une production née dans telle ou telle région, avec les caractères anatomiques des autres organes. Il peut naître indifféremment dans toutes les régions; mais il se développe plus fréquemment dans les régions abondamment pourvues de tissu cellulaire, et partant, riches en ganglions lymphatiques. De là l'erreur des auteurs, qui s'en sont laissé imposer par cette prédilection de siége près des ganglions, et ont confondu des organes pourtant bien distincts. S'il était nécessaire de démontrer d'une manière évidente la réalité de cette erreur, il nous suffirait peut-être de dire que souvent le nombre des tubercules dépasse de beaucoup celui des ganglions: que leur disposition n'est pas la même. Mais nous devons ajouter que l'anatomie pathologique nous démontre parfois l'existence de tubercules dans la moelle, dans le cerveau, etc.; c'est-à-dire, là où l'anatomie normale ou descriptive n'a jamais rencontré la moindre trace, le plus petit vestige d'une organisation lymphatique, et partant de ganglions du même ordre.

C'est à partir du col jusqu'aux aines que le tubercule a principalement son siége; on peut néanmoins le rencontrer ailleurs, mais alors le volume et le nombre en sont moins considérables. C'est dans l'espace indiqué, abondamment pourvu de tissu cellulaire, que les tubercules se produisent en plus grand nombre et acquièrent le plus grand développement; et si des milliers de tubercules se déposent sur le tissu du poumon et l'envahissent parfois en totalité, c'est que nul autre organe n'est plus celluleux que lui. Il n'y a que l'organe respiratoire où l'on voit des tubercules comme on en voit au col, dans les médiastins, dans les régions péritonéales.

De même que dans la poitrine, le médiastin peut se remplir d'une génération de tubercules; de même dans le poumon, des générations de ces organes parasites se succèdent, jusqu'au moment où ils se sont entièrement substitués au tissu pulmonaire. Dans les autres organes des cavités, ils sont en moins grand nombre, parce qu'aucun d'eux n'est aussi riche que le poumon en tissu cellulaire; dans le foie, par exemple, qui peut être, comme on le dit, lardé de tubercules, il n'y en a jamais au point d'absorber l'organe hépathique. Cette loi est tellement invariable, que l'on pourrait estimer la quantité de tissu cellulaire dont est pourvu un organe, en prenant comme terme de comparaison le degré de tuberculisation dont il est susceptible.

Siége particulier du tubercule. Tubercules sous-cutanés; région cervicale. Les tubercules sous-cutanés cervicaux ont été long-temps désignés sous le nom *d'écrouelles*, et c'était presque la seule forme qu'on regardât comme scrofuleuse. Aujourd'hui encore, on appelle *carreau, phthisie pulmonaire* le développement de tubercules dans le mésentère et dans le poumon; et ces affections qui, comme le veut leur nature commune, devaient être ralliées, sont encore étudiées sous un point de vue particulier. Pour moi, j'ai marché dans une autre voie, et l'histoire de ces maladies rentrera dans le cadre de la scrofule tuberculeuse.

Les tubercules cervicaux ne sont qu'un point dans l'étude de la maladie scrofuleuse, et, bien que nous les étudions ici en particulier, ils n'existent cependant jamais seuls: il y en a ailleurs en même temps. Chez les enfans du premier âge, ils sont disséminés; on les digite facilement; ils sont séparés. Pendant quelque temps ils restent stationnaires; au deuxième ou au commencement du troisième septenaire, ils grossissent et forment les tumeurs que vous avec remarqués chez plusieurs de nos malades. Ces tumeurs ne se montrent quelquefois au col que d'un seul côté, ainsi que cela s'observe parfois à l'égard des poumons; d'autres fois, au contraire, les deux côtés sont affectés, et dans ce cas il est très rare qu'un côté ne le soit pas plus gravement que l'autre, et ne présente pas de plus grosses tumeurs. Au cou comme dans le poumon, les tubercules restent pendant un temps variable, à l'état de crudité; puis ils prennent une autre physionomie, que nous décrirons en temps et lieu.

Une circonstance sur laquelle je dois appeler plus spécialement votre attention, c'est que les tubercules se développent le plus souvent sans occasionner la moindre douleur, la plus petite souffrance, d'où il s'en suit que si cet accroissement se faisait hors de l'atteinte de nos regards, il s'effectuerait à notre insu, rien n'étant capable parfois de nous faire soupçonner leur existence, ainsi que nous avons trop souvent occasion de nous en convaincre, pour ce qui concerne la tuberculisation de certains organes des cavités, inaccessibles ou presque inaccessibles à nos moyens d'investigation. Une chose également digne de remarque, c'est que, parmi les sujets atteints de la scrofule dite vulgaire, il en est dont les tumeurs cervicales sont énormes; et, nonobstant cela, la mastication, la déglutition, la respiration et la phonation ne sont pas du tout altérées. Les malades ne souffrent point et ne sont autrement gênés que par la pesanteur souvent incommode de leurs tumeurs. Mais, je le répète, quel que soit leur volume, elles n'entraînent jamais de désordres mécaniques ni de dérangement dans les organes voisins et dans l'accomplissement des fonctions qui leur sont réservées.

Ici cependant je dois sigaler un fait qui établit exception à cette règle, et que j'ai été à même d'observer en 1837. Un jeune sujet portait une tumeur scrofuleuse près des apophyses géni; on fit l'ablation de cette petite tumeur dans un autre hôpital, et l'opération ne tarda pas à être suivie d'une réaction tuberculeuse occupant principalement la région cervicale. Ici, les tumeurs prirent un tel accroissement que la mort de l'enfant arriva par suffocation.

Ce que nous avons dit des tumeurs tuberculeuses du col, s'applique d'ailleurs aux tubercules intérieurs; il n'est pas rare, en effet, de voir des générations de tubercules émanant du cou, suivre le trajet des vaisseaux, les enlacer ainsi que les nerfs, sans qu'il en résulte pour cela aucun accident.

A l'aisselle, les tubertules présentent la même disposition qu'au cou, avec cette différence toutefois que lorsqu'il en existe dans la première de ces régions, la seconde en présente aussi indubitablement. Il en est de même des tubercules inguinaux qui se joignent souvent avec d'autres tumeurs tuberculeuses situées dans les régions péritonéales, de la même manière que les tubercules cervicaux se continuent fréquemment avec ceux des médiastins. A cet égard je dois dire que dans un cas où il n'existait de chaque côté des aines qu'une petite tumeur pisiforme, à l'autopsie l'on trouva les régions péritonéales

FEUILLETON.

RAPPORT D'EXPERTISE LÉGALE

Rédigé à la requête de la défense, relativement à une accusation d'empoisonnement portée devant la Cour d'Assises d'Albi (Tarn), contre les nommés Rigal et Marie-Anne Basseguy;

Par F.-V. RASPAIL.

(Suite du n° précédent.)

Examinons donc la valeur de ces lésions en particulier, et seulement sous le point de savoir si elles ne sauraient être que le résultat de la maladie et non les effets de la putréfaction.

1° Je ne pense pas que la discussion se porte de préférence sur les taches noires observées par réfraction dans le tissu des parois stomacales. Il est certain que ce qui parait noir par réfraction n'est pas pour cela noir par réflexion. La substance la plus blanche et la plus rouge par réflexion, peut se présenter noire par réfraction; il suffit pour cela qu'elle soit d'une nature opaque et d'une structure douée d'une certaine compacité. Or l'action saponifiante de certains gaz suffit pour donner aux cellules graisseuses des tissus ce caractère à travers jour; le gras des cadavres ainsi observé à travers jour prend un aspect noirâtre, surtout quand on l'observe à travers des tissus fort transparens et fort épais;

2° Ce noir ne saurait provenir d'une substance vénéneuse ingérée sous forme de poudre noire. Car une poudre ne saurait pénétrer dans la substance d'un tissu; elle n'y parvient qu'à l'état de solution; et sous cette forme, elle a perdu ses caractères physiques. Les particules en poudre des substances vénéneuses se retrouvent, dans le cas d'empoisonnement, sur les plis de la muqueuse de l'estomac, et non dans le tissu de ses parois;

3° Les cinquante taches noires observées par réflexion sur l'épithelium de la muqueuse de l'estomac peuvent être aussi des effets cadavériques. L'hydrogène sulfuré seul est en état d'en déterminer de semblables sur la surface d'un tissu organisé; or la putréfaction produit bien d'autres gaz également caustiques;

4° J'irai plus loin, et j'avancerai que la rougeur et par conséquent la couleur bleuissante d'une surface peut être l'effet autant d'une action cadavérique, que de la phlogose produite par un état maladif. Nous connaissons bien des substances de la catégorie de celles qu'élimine la putréfaction, et qui, déposées quelques heures sur la surface de la muqueuse des intestins, appellent à leur contact la matière colorante rouge, et dessinent la place qu'elles occupent par une phlogose artificielle, capable de donner le change à l'œil le plus exercé;

5° Cependant admettons qu'aucun de ces signes ne puisse être rejeté sur le compte des effets cadavériques, qu'ils émanent tous de la cause maladive qui a occasionné la mort de la femme Rigal; peuvent-ils servir, par leur présence à caractériser un empoisonnement plutôt que toute autre maladie exempte de crime?

Non. Car on en observe de plus prononcés encore dans l'autopsie des cadavres qui ont succombé à une simple affection aiguë ou chronique du tube alimentaire. Il y a plus, c'est qu'il est difficile de faire coïncider, avec l'ingestion d'une substance irritante dans l'estomac, l'état sain de l'œsophage; il n'est pas permis de supposer qu'une substance capable de désorganiser de telle sorte la muqueuse de l'estomac, du duodénum et de l'intestin grêle, ait épargné deux fois, dans l'acte de l'ingestion et dans celui du vomissement, le canal œsophagien, pour venir, comme en se jouant de toutes nos prévisions, rapporter une large partie de son action corrosive sur la base de la langue, l'épiglotte et le pharynx. Cette difficulté a frappé MM. les docteurs d'Albi (§ 4e); MM les experts de Paris ne s'y sont pas même arrêtés. Mais l'interprétation qu'ont donnée les premiers de cette anomalie n'est rien moins qu'heureuse. Ils ont supposé que les alimens rejetés par l'estomac, parcourant avec rapidité l'œsophage, sont arrêtés dans leur marche par le voile du palais, qui les repousse et les force à changer de direction, ce qui occasionne un contact plus prolongé avec ces parties, et donnerait la clé de la phlogose qui s'y montre, et à laquelle le canal œsophagien aurait échappé. Nous le répétons, cette explication n'est pas admissible; car, dans ce cas, le contact devrait être aussi prolongé avec les parois de l'œsophage, qu'avec le voile du palais. Quand un liquide trouve un obstacle à son passage, il séjourne tout aussi bien près de l'obstacle que dans tout le reste du trajet; l'idée contraire serait contradictoire dans les termes. Si donc la phlogose des parties voisines du pharynx provient du contact prolongé d'une substance irritante, tout le canal œsophagien devrait être également phlogosé; car l'obstacle a dû rendre le contact aussi prolongé sur ce trajet, que sur toute autre de ses fractions.

Rien n'indique donc, dans la série de ces lésions, les effets d'une substance vénéneuse irritante. Nous n'y voyons que ce qu'on remarque dans toutes les autopsies faites à la suite des maladies les plus communes d'inflammation du tube digestif, à part cependant les taches noires de l'épithélium qui peuvent être des effets cadavériques tout aussi bien que des traces des désordres apportés dans ces organes par une dégénérescence spontanée de l'estomac; et nous ne saurions trop blâmer MM. les experts de Paris, eux qui n'ont pas assisté à l'autopsie, d'avoir dépassé en tout la réserve de MM. les docteurs d'Albi, d'avoir voulu spécifier ce que ces derniers s'étaient contentés de traduire d'une manière générale; d'avoir enfin fixé l'attention de l'accusation plutôt sur l'arsenic que sur toute autre cause de maladie, surtout lorsqu'ils sont forcés d'ajouter que toutefois ce qu'ils avancent n'est qu'une *possibilité*. Toutes les fois que, devant la loi, on est amené à se prononcer sur des *possibilités*, il est du devoir de l'expert de les énumérer toutes, au lieu de n'insister que sur une seule. Car alors, établir que vingt hypothèses, par exemple, sont également possibles et admissibles, c'est démontrer qu'aucune d'elles ne doit être admise en preuve unique d'une accusation. Vous m'assurez que ce fait peut résulter de vingt causes différentes, dont l'une seule serait criminelle; il ne m'est plus permis de prononcer, sur cette seule déclaration, que la cause criminelle est la seule qui ait produit cet effet.

En conséquence, ni dans les symptômes de la maladie de la femme Rigal, ni dans les lésions révélées par l'autopsie du cadavre exhumé, nous ne trouvons rien qui décèle un empoisonnement, plutôt que l'invasion violente d'une maladie des voies digestives. Mais tout empoisonnement peut se démontrer d'une manière plus directe, c'est-à-dire par l'analyse chimique des organes présumés empoisonnés; ayons recours aux documens puisés dans l'analyse chimique.

Chapitre troisième. — *Valeur des réactions chimiques observées dans l'analyse légale du cadavre de Thérèse Rigal.*

L'analyse des organes et matières y contenues a été faite sur les lieux, et en présence de MM. les docteurs-médecins chargés de l'exhumation juridique. Elle est donc, sous ce rapport, à l'abri des objections qu'on est hautement autorisé à élever contre ces analyses nomades, que l'expertise légale se charge de faire à deux ou trois cents lieues de distance du théâtre du délit présumé.

pleines de tubercules : ces deux tubercules inguinaux n'avaient point eu le temps de se développer.

Avant de passer à l'étude des tubercules qui occupent les régions celluleuses splanchniques, je dois vous rappeler que si nous avons consenti à étudier les tubercules par régions, nous ne l'avons fait que dans le but d'en rendre cette étude plus facile ; mais nous devons vous engager à ne point omettre de généraliser une idée qui se rattache elle-même à une loi générale, celle de la tuberculisation ; et, loin de voir dans les tubercules des régions des maladies locales, ne perdez jamais de vue que cette même maladie n'est qu'une des manifestations d'une dispositon générale dont elle n'est qu'un phénomène secondaire.

Du tubercule dans les régions celluleuses splanchniques.

Les médiastins sont fréquemment le siége de tubercules ou d'agglomérations tuberculeuses ; mais cette fréquence existe de préférence pour le médiastin postérieur. Au demeurant, dans celui-ci les tubercules sont généralement plus volumineux que dans l'antérieur ; mais dans l'un comme dans l'autre, leur existence coïncide ordinairement avec la présence de tubercules dans d'autres régions, et, le plus souvent, les tubercules des médiastins ne constituent que la suite de la chaîne représentée par les tubercules cervicaux.

Nous venons de voir, il n'y a qu'un instant, que les tubercules cervicaux peuvent prendre un volume remarquable sans que les voies respiratoires supérieures soient sensiblement comprimées, et par suite la respiration plus ou moins gênée. Le même fait se reproduit dans l'intérieur du thorax, au milieu de circonstances analogues : ici, en effet, les tumeurs tuberculeuses peuvent prendre un volume énorme et exister en assez grand nombre pour entrelacer les bronches, sans qu'il en résulte aucune gêne de la respiration.

Dans cette région, nous voyons les agrégats tuberculeux contracter des adhérences intimes avec les poumons, se créer une communication avec les cellules aériennes, et alors des crachemens purulens avoir lieu. Ces faits anatomiques ne se traduisent pourtant pas à l'extérieur par des signes propres : nous avons plusieurs exemples de ce genre qui attestent cette vérité. Et, dites-moi, que devient alors cette toute-puissance, que de nombreux praticiens reconnaissent à la percussion et à l'auscultation ?

Passant actuellement à l'étude des tubercules dans les régions celluleuses du péritoine, je devrais commencer par l'histoire des tubercules mésentériques ; affection que l'on observe fréquemment chez les enfans, et à laquelle on consacre alors la dénomination de *carreau*. Mais notre objet est d'envisager ici ce sujet d'un point de vue général, et je me contenterai de vous signaler cette maladie comme étant du ressort de la scrofule tuberculeuse.

Le carreau peut s'observer également chez les pubères et les jeunes gens. Au fond la maladie est toujours la même ; mais une circonstance digne de remarque, qui accompagne chez eux la mésentérite tuberculeuse, c'est qu'alors elle ne s'accompagne pas généralement de cet état de maigreur et d'émaciation que l'on observe chez les enfans. En effet, des tubercules mésentériques peuvent se former chez les pubères et les jeunes gens ; mais il est d'observation que chez eux, la présence de ces productions morbides est conciliable avec un certain degré de santé : la nutrition n'étant jamais alors aussi profondément altérée que chez les enfans.

Nous avons vu des tubercules mésentériques aussi volumineux que des petits pois, et plus encore ; mais ils sont toujours séparés et faciles à distinguer des ganglions lymphatiques du mésentère. Je dois à peine ajouter que la nature de ces tubercules est la même que celle de ceux qui se développent au col, dans les aisselles, dans les médiastins, les poumons, etc.

Les tubercules péritonéaux sont aussi susceptibles de conglomération : isolés d'abord, en se développant et se confondant par leurs surfaces, ils constituent les agrégats ou tumeurs, d'abord au nombre de sept ou six, puis de cinq, quatre, trois, etc. Ils peuvent même finir par n'en constituer qu'une seule qui peut remplir toute la capacité abdominale. Dans ce siége, en effet, les tumeurs tuberculeuses peuvent atteindre un volume qui leur est interdit dans toutes les autres ; car ici plus que partout ailleurs il y a prédominance de tissu cellulaire. En 1828, un scrofuleux, nommé Fortin, nous présenta une de ces tumeurs qui pesait 13 livres, et qui offrait encore des traces d'agrégation ; ce qui nous fut encore mieux démontré par l'autopsie qui, de plus, nous prouva que la tumeur était dr nature encéphaloïde.

Depuis nous avons observé des faits analogues, et particulièrement en 1830, un enfant dont le ventre était rempli par une tumeur à plusieurs lobes, qui pouvait encore être digitée, et dont le développement avait commencé à s'effectuer dans l'hypochondre gauche. Ce petit malade fut soumis au traitement ioduré ; la tumeur s'ouvrit par l'ombilic, et la guérison s'effectua.

A propos de ce fait exceptionnel, eu égard au mode suivant lequel la tumeur s'est ouverte au dehors, je dois vous dire qu'il est aussi rare que la matière tuberculeuse se procure une issue à l'extérieur par l'intestin, qu'il est rare de voir les tubercules du médiastin se vider par le poumon. C'est dans les grosses bronches que ces derniers s'ouvrent de préférence. Quant aux tubercules péritonéaux, je ne les ai jamais vu s'ouvrir dans l'estomac, dans le duodénum ni dans le jéjunum ; ce n'est guère que dans le cœcum que la matière tuberculeuse se fait jour.

Du tubercule dans les organes en particulier.

Nous allons entrer dans l'étude d'un sujet difficile et presque entièrement anatomique. Si, en effet, la vue seule suffit pour nous faire reconnaître l'existence de tubercules au col, les plus grandes difficultés nous attendent lorsque leur développement s'effectue hors de l'atteinte de nos regards ; difficultés qui sont encore accrues par le défaut de douleur accompagnant l'évolution de ces productions morbides.

Les tubercules peuvent se développer dans tous les organes parenchymateux et les dévorer en partie sans qu'aucun signe extérieur trahisse leur existence. Ceci arrive pour le cerveau, pour le poumon, et presqu'aussi souvent pour le foie, la rate, le pancréas, etc. C'est ici principalement que l'insuffisance du diagnostic pendant la vie devient évidente ; et l'examen nécroscopique seul démontre l'existence d'une affection qui, jusqu'alors, avait échappé aux investigations les plus sévères du pathologiste.

Les nombreux échecs, les déceptions répétées auxquelles sont exposés chaque jour les praticiens qui sont appelés à administrer leurs soins aux sujets tuberculeux, ne démontrent-ils pas qu'il est urgent de sortir de la voie généralement battue ; et que l'insuffisance des moyens d'investigation actuellement accrédités indique la nécessité de donner au diagnostic de cette affection une toute autre direction ? Vous savez tous que la percussion et l'auscultation sont inutiles dans le diagnostic des tubercules pulmonaires. Insuffisantes l'une et l'autre pour en révéler le début, elles deviennent superflues dès qu'elles sont capables de nous démontrer la présence des tubercules ; car alors ceux-ci sont appréciables par d'autres moyens, et trop avancés dans leur marche pour que l'on puisse espérer d'en arrêter le progrès, dans la généralité des cas, au moins. Je dirai même plus, la confiance illimitée que la percussion et l'auscultation inspirent au plus grand nombre des praticiens de notre époque, jette ceux-ci dans une sécurité d'autant plus funeste aux tuberculeux, que l'on laisse la maladie progresser sans entrave, jusqu'à ce qu'elle se traduise par des signes physiques, époque à laquelle, je le répète, les conditions du traitement deviennent de plus en plus défavorables.

Mais quel est le moyen, me direz-vous, que l'on peut substituer à ceux que l'on emploie actuellement, et que mettrez-vous à la place de la percussion et de l'auscultation ! Ce que j'y mettrai, Messieurs, ce sera l'induction. Percutez et auscultez ce malade, et dites-moi ce que vous aurez obtenu. Des résultats négatifs, me dites-vous. Cependant je vous soutiens qu'il est tuberculeux, car son père, sa mère, ses frères, sont morts tuberculeux ; car il souffre lui-même dans la poitrine, etc. Croyez-moi, suivez cette voie, elle est moins trompeuse.

Je dis même plus, la méthode de l'induction ne peut vous tromper ; car la nature est une forme invariable dans ses causes comme dans ses effets, et les signes extérieurs de la scrofule tuberculeuse doivent vous donner l'assurance que de semblables productions existent dans les organes intérieurs, dans le poumon en première ligne.

C'est en envisageant la question d'un point de vue aussi élevé ; c'est en l'étudiant dans tout son ensemble, et sur une base aussi large, que vous la comprendrez dans ses détails, et que, par suite l'insuffisance des moyens particuliers d'investigation que l'on a inventés, vous apparaîtra dans tout son jour.

K...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Cancers de la face.

Les cancers des mâchoires, surtout ceux de la mâchoire inférieure, pullulent et repullulent d'une manière vraiment effrayante dans le service de M. Velpeau. Autrefois sans doute cette affection n'était pas plus rare : mais cependant, soit que la nature en fût méconnue, soit que les moyens thérapeutiques inspirassent plus d'effroi et moins de confiance, l'ablation d'une mâchoire était regardée comme une opération remarquable. Aujourd'hui, dans nos hôpitaux, c'est chose très ordinaire ; aussi, dans ce que nous allons dire, et sans que nous voulions diminuer aucunement le mérite et les difficultés du fait opératoire, chercherons-nous pourtant moins à les faire valoir qu'à porter l'attention sur l'histoire de l'affection elle-même. Ce qui nous semble surtout important à noter, c'est la terminaison au sujet de laquelle on risque le plus souvent d'être dans le doute ou dans l'erreur, soit qu'on ait trop tôt perdu de vue le malade, soit qu'on ait recueilli et publié l'observation d'un succès avant que le temps en ait garanti la réalité. De là vient la source des statistiques erronées et des fausses inductions qu'on en tire.

C'est ainsi qu'on aurait pu être trompé au sujet de l'individu sur lequel M. Velpeau a pratiqué l'ablation de toute la mâchoire supérieure, ainsi que nous l'avons rap-

---

Nous croyons avoir démontré ailleurs (1) que ces sortes d'opérations à distance ne méritent pas la moindre confiance, en qualité de documens judiciaires.

En conséquence, nous avons apporté à l'étudier toute l'attention dont nous sommes capable, dans son ensemble et ses détails ; et nous allons formuler à cet égard notre opinion personnelle, dans la réponse à un certain nombre de questions que nous nous poserons à nous-même.

1° MM. les chimistes d'Albi se montrent-ils au courant des travaux soit les mieux accrédités, soit les plus récens dans les annales de la science ?

Oui. Ils n'en ignorent aucun, et ils les ont presque tous mis à contribution dans les recherches qui leur ont été confiées ; ils n'en ont négligé aucun d'essentiel ; leur analyse est exempte de reproche.

2° Dans le cas où Thérèse Larroque femme Rigal aurait succombé à un empoisonnement, les traces du poison présumé (arsenic, sel de cuivre, de plomb, etc.), auraient elles pu se soustraire à la délicatesse des procédés d'analyse employés par MM. les experts d'Albi ?

Non. Ces procédés ont été si nombreux, si variés, et ces Messieurs ont opéré sur une si large échelle, que, bien loin que les traces d'un empoisonnement par les substances signalées plus haut, eussent pu leur échapper, ils auraient dû éliminer de leur analyse, même les quantités les plus inoffensives de ces substances, dans le cas où le corps de Thérèse Larroque, femme Rigal, en aurait contenu des quantités appréciables, comme en contiennent normalement les corps vivans, à la suite de certaines cohabitations ou de l'usage de certains médicamens pharmaceutiques.

3° Or, résulte-t-il de leur analyse la moindre suspicion même de l'existence, dans le cadavre exhumé de Thérèse Larroque femme Rigal, d'une substance métallique vénéneuse ?

Non, pas la moindre, pas une seule trace appréciable par l'analyse d'un cadavre entier ! ! !

4° Quelle est la conséquence inévitable et rigoureuse qui résulte de ces opérations ?

C'est qu'il est impossible que la femme Rigal ait succombé à un empoisonnement par ces sortes de substances. L'absence du corps du délit entraîne, de fait et de droit, l'absence de toute tentative criminelle. Ce principe est le palladium de nos libertés et de la sécurité publique. La loi, en effet, qui poursuit le crime est la même, envers et contre tous, que la loi qui protège l'innocence. Or, elle cesserait d'être protectrice, dès l'instant qu'elle persiterait à se montrer accusatrice, en dépit des témoignages et preuves contraires à l'accusation.

Il ne saurait y avoir empoisonnement sans l'action d'un poison. Or, lepoison dont vous soupçonnez l'ingestion doit se retrouver dans le corps de ls victime, la chimie vous garantit qu'elle l'y découvrira s'il y existe. Vous l'invoquez en lui fournissant tous les moyens propres à faciliter ses opérations. Elle procède avec tout le soin que commande la gravité de la question ; et enfin sa réponse est en tout point négative ; elle vous dit : « Non, ce cadavre ne renferme pas même des traces inoffensives de ce poison. » Sur quoi donc continuez-vous à supposer un empoisonnement par la substance présumée ?

L'accusation a persisté pourtant dans ses soupçons. Mais aussi, il faut le dire, cette contradiction ne doit pas lui être attribuée, elle revient en entier à MM. les experts d'Albi, qui, après avoir recueilli des résultats entièrement négatifs, ont cru devoir émettre leurs conclusions sous forme dubitative. Est-ce une faute de logique ? Est-ce une faute de courage ? Ont-ils douté de la puissance de leur art ? Ont-ils appréhendé le contrôle souvent un peu trop outrecuidant d'une contre-expertise lointaine et plus élevée dans la hiérarchie scientifique. Nous avons tout lieu de croire que là seulement est le secret d'une hésitation que rien autre ne justifie dans leur travail consciencieux. Il est temps que la procédure mette MM. les experts des localités à l'abri de ces appréhensions d'amour-propre, de ces accès d'une modestie exagérée qui, en occasionnant des lenteurs dans la marche de la procédure, nuisent aux intérêts de la défense autant qu'ils jettent le trouble dans la conscience de l'accusation.

« L'analyse chimique, disent MM. les experts d'Albi (conclusion § 20), poussée jusque dans ses dernières limites, n'a pu révéler, dans le corps de la femme Rigal, aucune substance vénéneuse. »

« Il restera toutefois à établir, par les docteurs médecins, si un vomissement prompt et instantané de l'aliment suspect, vomissement qui a persisté avec force pendant cinq jours, si l'état physique, la dose et la manière dont le poison pourrait avoir été administré, n'ont pas occasionné l'insuccès de l'analyse chimique. »

Je vais peut-être avoir l'air de me montrer trop sévère dans l'appréciation de cette conclusion ; mais en mon âme et conscience, je suis forcé de déclarer que, dans la contexture de cette dernière observation, il y a presque autant d'hérésies logiques, physiologiques et même légales, que de membres de la phrase.

Hérésie logique : Un vomissement qui dure cinq jours n'est rien moins qu'un vomissement prompt et instantané ; et un poison capable par sa présence de provoquer des vomissemens pendant cinq jours, ne saurait être considéré comme ayant été rendu en entier dans le vomissement premier en date. Il y a là contradiction formelle dans les termes.

Hérésie physiologique : Il est de toute impossibilité qu'un poison capable de causer la mort par son ingestion, ait été rendu en entier par le vomissement du malade. Le malade qui est assez heureux pour expulser ainsi l'agent toxique, est radicalement sauvé de toute sorte de danger. Si au contraire il vient à succomber, c'est qu'il en est resté assez dans ses organes pour éteindre la vie ou altérer la structure de leurs parois. Les poisons n'agissent que par leur présence et leurs combinaisons. S'ils désorganisent, c'est en se combinant avec les tissus ; s'ils éteignent le foyer de la vie, c'est en s'infiltrant dans le sang ; s'ils paralysent, c'est en imprégnant les agens de la sensibilité et de la locomotion. Un poison enfin n'agit pas par suite d'une espèce de fascination, et pour ainsi dire à distance ; son action est toute entière dans sa présence et son contact ; il survit à son action, et reste, comme un dard, dans la plaie qu'il a faite ; la chimie le rencontre toujours au sein de ses effets, s'il est de nature métallique et non susceptible de se décomposer par la fermentation ; c'est un coupable qui semble rester là tout exprès pour révéler lui-même son crime a quiconque le soupçonne et l'interroge.

Si Thérèse Rigal a succombé à un empoisonnement par une substance métallique, elle a pu rendre par les vomissemens l'excédant du poison ; mais elle a dû conserver dans les liquides et les tissus de ses organes toute la quantité qui a été capable de lui donner la mort.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Voyez ma déposition devant *la Cour d'assises de Dijon* ; non dans le *Journal des Débats* qui en a altéré toute la substance, mais dans la *Gazette des Hôpitaux* des 21, 24, 31 décembre 1839 et 2 janvier 1840.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Tourbes, docteur en médecine, est institué en qualité de professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

porté au n° du 28 janvier dernier, et qui, d'après la note insérée au n° du 22 février suivant, laissait encore à cette dernière époque l'espoir d'une entière guérison. Il est au moins certain que, comme opération, l'ablation de cette mâchoire a parfaitement réussi. Aucun accident consécutif, soit local, soit général, n'a été amené par elle; sauf un point de suture qui s'était détaché et qui n'a pas repris même après un second rapprochement dont nous avons parlé, la plaie s'était partout ailleurs fort bien cicatrisée. Mais vers la fin du mois de mars, l'intérieur de la bouche fut rapidement envahi par des bourgeons de nature cancéreuse, à n'en pas douter, qui démontrèrent l'existence d'une triste récidive; le malade, persuadé qu'à l'approche du printemps l'air de la campagne le ferait rétablir plutôt que celui des salles, demanda à retourner chez lui. M. Velpeau, qui n'aurait pasvoulu entreprendre une seconde opération, s'empressa d'accéder à son désir. Depuis, on n'a eu de lui aucune nouvelle. Mais c'est le cas de remarquer que si ce défaut de cicatrisation en un point ne l'eût retenu à l'hôpital, il serait sorti trois semaines plus tôt, laissant chacun convaincu de sa guérison radicale. Combien de succès prétendus certains peuvent être ainsi démentis!

— L'individu auquel une portion de la mâchoire inférieure a été enlevée et dont l'observation se trouve au n° du 9 avril dernier a succombé la troisième semaine après l'opération aux suites d'imprudences dans le régime que ses camarades de salle lui avaient fait commettre, mais plus encore aux conséquences d'une débilité générale, et aux ravages d'un érysipèle intense qui avait envahi d'abord la plaie, puis la face, le crâne et une partie du tronc. Au surplus, déjà même la plaie offrait les traces non équivoques d'une fâcheuse récidive qui ne l'eût pas laissé vivre long-temps.

— Depuis, deux autres résections de mâchoire inférieure ont encore été faites par M. Velpeau :

La première sur un sujet âgé de soixante-cinq ans, et qui, opéré, il y a huit mois, d'un bouton cancéreux à la lèvre inférieure, avait vu sa terrible affection se reproduire plus étendue et plus grave. Car cette fois, ayant débuté par l'os lui-même, elle en avait promptement altéré toute l'épaisseur, puis envahi les parties molles environnantes et la majeure partie des tissus au-dessous de la langue et jusques près de sa base; en sorte qu'une énorme tumeur occupait tout le menton et la partie supérieure et antérieure du cou jusqu'à l'os hyoïde. Aucun ganglion n'était engorgé dans les parties voisines. Malgré cette fâcheuse circonstance d'une première récidive, il fallait bien se résoudre à amputer une partie de la mâchoire de cet homme, ou le voir s'éteindre insensiblement, en très peu de temps peut-être. M. Velpeau crut devoir prendre ce premier parti, et voici en peu de mots comment il procéda à l'opération : La tumeur fut d'abord circonscrite au moyen de deux incisions faites, l'une en ligne droite de la commissure labiale droite jusque vers la partie moyenne du cou un peu au-dessous de l'os hyoïde, l'autre en ligne double à partir de la commissure labiale gauche vers l'angle de la mâchoire et puis de ce point à celui d'arrivée de l'autre ligne; la peau ayant été disséquée en dehors de ces incisions, M. Velpeau passa une anse de fil dans l'épaisseur de la langue, pour se prémunir pendant et après l'opération contre la rétraction de cet organe, et afin de pouvoir la déplacer à son gré. Après quoi, avec la scie à chaînons introduite en dedans de l'arcade dentaire, le corps de l'os fut séparé de chaque côté au niveau des premières petites molaires, et au moyen du bistouri porté profondément au-dessous de la langue, toute la tumeur fut arrachée par la section des parties molles qui la retenaient encore. Pendant le jeu de la scie, on put remarquer le moment où elle divisait le nerf dentaire inférieur par la manifestation d'une douleur très forte et instantanée.

Depuis l'opération, qui a eu lieu il y environ trois semaines, il n'est survenu chez ce malade aucun accident local ni général qui pût compromettre sa vie; il n'y a pas eu de réaction, ni fièvre, ni inflammation; pas d'érysipèle ni aucune complication. La plaie, quoique marchant lentement vers la cicatrisation, était d'un aspect satisfaisant; seulement dans les dix premiers jours, il fut atteint d'une diarrhée qui avait cédé à l'emploi d'agens toniques et astringens; et cependant vendredi dernier, après deux jours marqués par les symptômes d'une asthénie profonde, le malade a succombé.

A l'autopsie on n'a trouvé aucune lésion dans les vaisseaux, au cœur, dans les viscères ni dans les cavités séreuses, en sorte qu'il ne reste pas d'autre moyen d'expliquer sa mort, que par le manque d'alimentation. C'est une conséquence qu'il ne faut pas perdre de vue dans toute opération de ce genre, et contre laquelle il n'y a malheureusement guère de ressources, pas même le moyen proposé par M. Lallemand et Delpech, qui consiste à fixer la langue en avant avec un fil d'argent ou autre, qui l'empêche de se rétracter; car l'expérience a prouvé que ce procédé était insuffisant et même impossible après quelques jours.

La seconde opération a été pratiquée, le 12 mai dernier, sur une femme âgée de quarante ans, qui fit, sur le visage, il y a trois ans, une chute d'où résulta, dans la région mentonnière, une petite blessure à laquelle elle ne fit pas attention; ensuite elle devint enceinte et pendant le temps de sa grossesse cette partie fut le siége d'inflammations, de turgescences et de douleurs qui prirent bientôt un caractère tel qu'il n'y eut plus à douter de l'existence d'une affection cancéreuse, en voyant une énorme tumeur remplissant tout le plancher de la bouche et s'étendant au-dehors depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à l'os hyoïde, passée depuis un an à l'état d'ulcération par deux ouvertures qui s'étaient faites, l'une en dedans, l'autre à l'extérieur, un peu au-dessous du bord inférieur du corps de l'os maxillaire. La tumeur semblait intéresser une plus grande partie de cet os à droite qu'à gauche, ce qui laissa espérer qu'en détachant de ce dernier côté une portion moins étendue en dehors, il serait possible de conserver l'attache de quelques fibres musculaires qui empêcheraient la rétraction complète de la langue; c'est en effet ce qui a eu lieu. Une incision semi-circulaire qui comprenait le point ulcéré en bas, et une dissection de toute la peau qui recouvrait la tumeur sur le menton et qui était saine, ayant été faites, ce lambeau fut relevé sur la bouche et renversé en haut, après quoi la scie à chaînons sépara des deux côtés la portion d'os qu'on voulait enlever, et toute la tumeur fut arrachée avec la masse de parties molles que le bistouri détacha du fond de la bouche. La dégénérescence de l'os qui était devenu comme de nature éburnée, et quelques racines de dents qui se sont rencontrées sous le jeu de la scie, ont rendu son action plus lente et l'opération un peu plus longue. Le lambeau, ayant été rabattu, a été fixé par quelques points de suture entortillée.

Le quatrième jour après l'opération, un érysipèle s'est manifesté autour du nez et des yeux, et s'est promené sur toutes les autres parties du visage, puis a fini par s'éteindre, dans l'espace d'une semaine, sans autre médication que le seul emploi d'une pommade spécifique que M. Velpeau expérimente depuis quelque temps, et dont nous parlerons bientôt dans le résumé de ses leçons sur les érysipèles. Cependant, la cicatrisation de la plaie se faisant au mieux, et nul autre accident n'étant venu entraver la guérison, la malade, qui est celle présentée à la dernière séance de l'Académie de médecine, a quitté l'hôpital jeudi dernier, ayant recueilli le résultat le plus satisfaisant de l'opération à laquelle elle a été soumise; car, malgré l'ablation de presque tout le plancher de la bouche, d'une part elle a conservé dans sa langue assez de puissance motrice pour la porter facilement de côté et même en avant; sa parole est encore un peu embarrassée et la déglutition gênée, mais le temps et l'exercice devront bientôt amoindrir ces inconvéniens. De l'autre, la cicatrisation s'est faite d'une manière si régulière, et a laissé de si légères traces de difformité, qu'il serait impossible, en voyant cette femme, de deviner quel genre d'opération elle a subi, et surtout de croire que presque tout le corps entier de la mâchoire manque sous ce menton si peu déformé. Mais, ce qui est par-dessus tout avantageux, c'est qu'elle s'en va sans inspirer encore aucune inquiétude au sujet de la récidive. Puisse-t-elle en être toujours à l'abri!

Epulis. Mode de guérison facile et prompt.

A côté de ces affections si dangereuses de la mâchoire, nous mettrons l'observation d'un cas d'abord moins grave dans sa nature, mais qui devient presqu'insignifiant à cause de la manière avec laquelle on peut lui porter un remède sûr et facile.

Un homme s'est présenté, tourmenté par un épulis qu'il porte au bord alvéolaire de la mâchoire supérieure droite, causé, prétend-il, par l'extraction d'une dent faite il y a près de cinquante ans, et qui s'est continuellement reproduit chaque fois qu'on a cru l'avoir détruit. C'est qu'en effet tous les caustiques employés ont été impuissans pour le guérir radicalement.

M. Velpeau s'est servi d'une espèce de tenailles incisives assez fortes, dont le mors, recourbé sur le plat presqu'horizontalement aux branches, est très convexe en dessus, et se termine par deux bords tranchans creusés en dedans, de manière à offrir une concavité qui puisse contenir tout ce qui doit être détaché. Cet instrument ressemble bien à la triquoise dont se servent les maréchaux. Ces pinces, appliquées sur le bord de l'alvéole malade, emportent d'un seul coup tout ce qu'on en veut retrancher par une section franche et nette, qui comprend à la fois les parties molles et les portions osseuses. Si la surface des tissus altérés était plus étendue que celle des bords incisifs de la pince, il faudrait la réappliquer deux ou plusieurs fois, jusqu'à ce que tout fût détaché, à moins de faire faire un instrument d'une dimension suffisante pour embrasser d'une seule fois toute la partie malade.

On conçoit de quelle utilité peut être cette manière d'opérer s'il ne s'agit d'extirper qu'une petite portion de l'un ou l'autre bord alvéolaire, dans le cas, par exemple, d'une carie, d'une nécrose, d'un cancer commençant ou d'un épulis comme celui dont il s'agit? Cette manœuvre est avantageuse pour le malade et le chirurgien, non-seulement pour l'exécution de l'opération, mais de plus pour ses conséquences immédiates; car, n'ayant à la figure ni plaie, ni solution de continuité, il n'est besoin d'aucun pansement. Il n'y a ni suppuration, ni, par conséquent, aucun des accidens qui souvent l'accompagnent. Un simple gargarisme légèrement astringent suffit; c'est, en un mot, pour le manuel opératoire et son résultat, l'histoire toute simple de l'extraction d'une dent, au point que notre individu qui, au moment même et jusqu'au lendemain, n'avait rien ressenti de plus, quitta aussitôt l'hôpital, bien satisfait d'être, à si bon compte, débarrassé d'une infirmité qui depuis long-temps le gênait beaucoup. E. L.

PRÉPARATIONS SULFUREUSES ARTIFICIELLES.

BAINS DE BARÈGES CRISTALLISÉS SANS ODEUR DE SOUFRE;

Par le docteur QUESNEVILLE.

Nous avons déjà publié sur les travaux du docteur Quesneville quelques articles émanant de ce chimiste; il nous reste à présent à faire l'appréciation des avantages que l'on peut retirer dans la pratique de la médecine, de l'emploi des préparations minérales sulfureuses qu'il a préconisées.

Avant les recherches des chimistes sur les eaux minérales, et avant que des analyses exactes n'en aient fait connaître la composition intime, il était impossible de prescrire ces dernières sans astreindre en même temps le malade à en faire usage sur les lieux mêmes, et l'on sait que le long pélerinage aux sources minérales d'Enghein, Bagnères, Barèges, etc., est souvent difficile et toujours onéreux.

C'est donc un fait important pour le médecin que les travaux publiés par les chimistes Vauquelin, Anglada, Longchamp, Henry, etc., et les recherches plus récentes encore auxquelles s'est livré le docteur Fontan; aussi peut-on dire aujourd'hui que de toutes les eaux minéralesce sont les eaux sulfureuses, dont la composition, restée si long-temps cachée, est aujourd'hui la mieux connue, et que l'art a presque surpassé la nature.

C'est sur des faits scientifiques aussi bien établis, que le docteur Quesneville a basé l'emploi en médecine de la préparation sulfureuse que nous recommandons, et qui, prise avec sa gélatine purifiée qu'il joint à ses bains, constitue une identité parfaite avec l'eau de la source sulfureuse la plus renommée.

Le sulfure de sodium, dont la préparation exige le plus grand soin, est le principe actif des eaux de Barèges. Ce sel, quand il est pur, est dans un état identique à celui que contient la source, mais il a besoin pour cela et pour produire de bons effets, d'être préparé convenablement; or, nous ne saurions trop recommander de suivre le procédé si parfait par lequel M. le docteur Quesneville est parvenu à l'isoler dans son plus grand état de pureté.

Pour faciliter les médecins, M. le docteur Quesneville a dosé d'après les prescriptions qui ont été reconnues les meilleures, la dose, de sel actif nécessaire à chaque bain et la quantité de gélatine qui lui convient. Nous ne pouvons donc mieux faire que de conseiller à nos confrères de prescrire les préparations de sa pharmacie, rue Jacob, n° 30, afin de s'éviter tout embarras et être certains qu'elles conviendront parfaitement à leurs malades.

X.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DU COEUR;

PAR M. GENDRIN.

(Recueillies par MM. E. Colson et E. Dubreuil-Hélion.)

(Suite du n° 64.)

Nous qualifions tous les phénomènes qui se rapportent aux différens actes du cœur de *présystoliques*, pour ceux qui précèdent immédiatement la systole du cœur; de *systoliques*, pour ceux qui se produisent dans la systole et qui l'accompagnent. Nous appelons ceux qui suivent immédiatement la systole, *périsystoliques*; ceux qui précèdent la diastole, *prédiastoliques*; ceux qui commencent avec elle et l'accompagnent, *diastoliques*; enfin ceux qui suivent immédiatement la diastole, *péridiastoliques*.

Les mêmes dénominations nous servent à déterminer la succession et les rapports des actes qui s'accomplissent dans les artères. Ces vaisseaux se distendent sous l'influence du flot sanguin, c'est là leur mouvement de diastole, et se rétractent après le passage de la colonne sanguine, c'est leur mouvement de systole. On reconnaît donc une diastole et une systole artérielle. Ces ceux mouvemens sont en sens inverse de ceux du cœur et alternent avec eux. La diastole artérielle répond à la systole des ventricules, et la systole artérielle à la diastole ventriculaire.

Le phénomène appréciable le plus prononcé de la circulation est le choc intrà-thoracique que le cœur transmet à la main appliquée sur la région précordiale. Cette impulsion est souvent appréciable même à l'œil par le soulèvement mécanique que l'on voit s'opérer sur les parois de la poitrine de dedans en dehors.

Suivant la plupart des physiologistes, ce choc se produit pendant la systole et par suite même de la systole ventriculaire. On peut s'en convaincre par le simple examen de la poitrine. Si l'on place en même temps une main sur la région précordiale et une autre sur la carotide, il est facile de s'assurer que l'expansion artérielle correspond immédiatement sans intervalle appréciable à l'impulsion de l'extrémité du cœur. On peut encore mieux constater l'isochronisme rigoureux du choc du cœur contre les parois de la poitrine avec la propulsion du sang dans les artères, dans les cas d'anévrysmes de l'aorte devenue saillante au travers des parois thoraciques; on reconnaît alors facilement que l'expansion artérielle de l'aorte correspond au moment où le cœur soulève les parois du thorax. La systole du cœur est l'acte actif du cœur, puisque c'est un acte de contraction. Le choc du cœur sur les parois du thorax est l'effet évident de l'action la plus active du cœur. Cette seule remarque, que justifie la force des impulsions, toujours en rapport avec l'activité circulatoire, suffirait pour jeter au moins du doute sur le fondement de cette opinion, que c'est à la diastole, c'est-à-dire au relâchement et à l'acte passif du cœur qu'il faut rapporter le choc du cœur. Cette erreur, reproduite de nos jours, appartient à Descartes; c'est d'elle que Sénac disait qu'elle n'était pardonnable qu'à un philosophe qui n'était pas médecin ou qu'à des médecins qui substituent au témoignage de l'expérience et de l'observation les inspirations de l'imagination. Le seul argument apporté à l'appui de cette opinion, qui mérite d'être réfuté, se tire de l'absence d'isochronisme entre les battemens du cœur et les battemens artériels. Si, en effet, l'on explore en même temps la pointe du cœur et l'artère crurale ou la radiale, on remarque un intervalle entre leurs pulsations; c'est que l'ondée sanguine n'arrive à une certaine distance dans l'appareil artériel qu'après un certain temps. L'impulsion transmise au sang provient du cœur; elle ne se propage

dans les canaux artériels que progressivement ; elle arrive dans les vaisseaux à un intervalle de temps d'autant plus long qu'ils s'éloignent davantage du centre circulatoire.

On peut constater ce fait par une observation facile. En explorant simultanément la pointe du cœur et la carotide primitive ou la sous-clavière, on trouve un isochronisme parfait ; tandis qu'en explorant en même temps la radiale et la pointe du cœur, cet isochronisme ne se trouve plus. Il y a un certain intervalle entre le moment où la pointe du cœur soulève la main appliquée sur la poitrine et celui où se perçoit la diastole à l'artère radiale. Cet intervalle de temps est la mesure de la vitesse que perd l'ondée sanguine en suivant le trajet des artères depuis le cœur jusqu'à la radiale. Une autre observation facile ajoute une nouvelle force à la démonstration. Il y a un intervalle de temps appréciable entre la diastole de l'artère aorte abdominale perçue par une pression sur le ventre, et la diastole de l'artère tibiale ou pédieuse explorée en même temps. L'impulsion que les contractions du cœur transmettent au sang ne peut arriver instantanément à l'extrémité des cylindres artériels comme l'impulsion qui serait communiquée à une verge rigide. Les parois artérielles sont élastiques ; elles absorbent la force propulsive imprimée au sang en cédant par dilatation, et la rendent ensuite en revenant sur elle-même ; le sang n'arrive ainsi aux extrémités des artères que par une progression commencée au cœur et transmise successivement jusqu'à l'extrémité des vaisseaux en perdant de sa vitesse. C'est ce qui fait que la diastole de la radiale explorée en même temps que les battemens du cœur ne se perçoit qu'un certain temps après le choc de la pointe du cœur sur la poitrine, et paraît ainsi être isochrone au deuxième bruit du cœur qui répond à la diastole du ventricule. La diastole artérielle, à la radiale comme ailleurs, n'est pourtant en réalité que l'effet mécanique de l'acte du cœur auquel se rapporte le choc de l'extrémité de cet organe sur les parois thoraciques. Cet effet mécanique est d'autant plus retardé dans sa production qu'il se produit à une distance plus grande du cœur.

Quelle est la cause immédiate, ou plutôt quelles sont les causes immédiates du choc du cœur contre les parois thoraciques?

Les physiologistes ne sont pas d'accord sur l'explication de ce phénomène. Sénac admettait, et plusieurs physiologistes ont professé depuis lui, que l'impulsion transmise par la systole du cœur au sang détermine le redressement de la courbure de l'aorte ; par suite de ce redressement, le cœur serait projeté vers la paroi antérieure du thorax. On a objecté, contre ce mode d'explication, qu'il n'est pas vrai qu'un tube courbe et flexible se redresse quand on injecte un liquide dans sa cavité.

(La suite à un prochain numéro.)

Opération de phymosis. Incision latérale inférieure. — Par M. Foucaud, docteur en médecine et en chirurgie de la Faculté de Paris.

Le nommé B. L., de constitution fort délicate, demeurant rue de Tournon, 13, était depuis long-temps sous l'influence d'un malaise général dont ses parens ne pouvaient d'abord s'expliquer la cause. Son appétit, comme le résultat de ses digestions, étaient fort variables. Son sommeil était souvent agité et accompagné de fièvre. Son caractère, naturellement enjoué, passait fréquemment de la gaieté à une sorte de mélancolie, à une tristesse même qui finissait par des pandiculations, des bâillemens et un peu de fièvre. Depuis quelques semaines les parens soupçonnaient que le petit vice de conformation qui les préoccupait depuis long-temps devait être la cause du dérangement de la santé de leur enfant. Celui-ci avait fini par l'indiquer lui-même. Dans ces derniers temps, chaque émission d'urine était accompagnée de vives douleurs. L'ouverture excessivement étroite du prépuce ne suffisant pas pour donner issue au jet d'urines fourni par l'urètre, le prépuce était fortement et douloureusement distendu, et de cet obstacle au cours des urines résultait autour du gland une sorte de dépôt blanchâtre qui y occasionnait avec une vive démangeaison une sécrétion puriforme.

Les choses étaient en cet état lorsque, vers la fin d'avril, je fus consulté au sujet de cet enfant. Je le trouvai pâle, maigre, les yeux un peu excavés et bordés vers l'origine de la paupière inférieure d'un demi-cercle noirâtre. Sa physionomie en général était celle d'un enfant malade. L'extrême étroitesse de l'ouverture préputiale offrait seule à mon examen la cause du désordre qui troublait la santé de cet enfant. Je m'en expliquai donc aux parens, et leur proposai l'opération comme le seul moyen thérapeutique. Bien qu'un peu effrayés d'abord, les parens finirent par adopter mon avis, et l'opération fut décidée.

Au jour fixé, le 11 mai, je pratiquai l'opération de la manière suivante : l'enfant fut maintenu horizontalement étendu sur son lit, avec toutes les précautions que réclamait son jeune âge; me plaçant à sa droite, je fis descendre la peau de la verge vers la base de cet organe, de manière à mettre en évidence la petite ouverture du prépuce qui s'appliquait sur le sommet du gland. La main d'un aide remplaçant la mienne pour continuer de tendre la peau, je pus, non sans un peu de peine, introduire une sonde cannelée entre le prépuce et le gland, du côté latéral inférieur gauche.

Alors je soutenai la sonde ainsi placée de la main gauche, de la droite je fis glisser dans la cannelure la lame très étroite d'un bistouri, lame assez étroite pour se loger tout entière vers la pointe dans la rainure du conducteur sans léser les parties sus-jacentes ; et la pointe de l'instrument tranchant, arrivant à l'extrémité de la sonde et y faisant saillir la peau, la perce d'un seul coup, et soudain, par un mouvement contraire, en se haussant, elle achève la section : la douleur n'est qu'instantanée. Le gland est découvert et il ne reste rien à faire à l'achèvement de l'opération. L'extrémité du canal de l'urètre est rouge et douloureuse au toucher, et cette balanite rend assez compte des fréquentes maladies antécédentes et de la sécrétion puriforme.

L'écoulement du sang est peu considérable et s'arrête facilement. Je laisse le prépuce retomber sur le gland, après avoir enduit abondamment celui-ci de cérat. Un linge fin cératé entoure légèrement l'organe. Les pansemens ont toujours été faits de la même manière jusqu'à la guérison, qui a eu lieu au bout de onze jours. Je ne me suis point attaché à suivre le précepte conseillé par les auteurs, de maintenir, au moyen d'une petite compresse en croix de Malte, le prépuce relevé.

Cette précaution m'a paru inutile et presqu'impossible chez un enfant de cet âge, chez lequel le col du gland n'est presque pas prononcé. La seule précaution que j'ai fait prendre, ça été de faire découvrir par l'enfant lui même le gland avant chaque émission d'urine, et de le faire ensuite bien essuyer, puis enduire de cérat et de laisser retomber les lambeaux. Le régime a été celui des opérés de cet âge. Vers le neuvième jour, j'ai fait faire des lotions avec de l'eau blanche affaiblie, sur l'extrémité de la verge, ce qui a singulièrement hâté la guérison. Le petit malade s'est levé, et a marché dès le onzième jour.

J'ai préféré l'incision un peu latérale à l'incision inférieure et voisine du frein mise en usage par M. Cloquet, parce que, dans ce dernier mode opératoire, malgré les précautions, il parvient toujours de l'urine sur les bords de la section, d'où résultent une cuisson et une infiltration plus ou moins considérables : je n'ai éprouvé aucun de ces inconvéniens. La difformité de la partie est presque nulle et avec la croissance elle achèvera de s'effacer. La santé générale est bien meilleure qu'avant l'opération, et la face présente un coloris bien plus animé. Foucaud.

— M. le docteur Leuret, étant indisposé, ne fera pas son cours dimanche, 7 courant : de nouvelles affiches feront connaître l'époque à laquelle il recommencera ses leçons.

— *Erratum.* Dans la dernière clinique de M. Guersant fils (Enfans malades), page 262, n° du 4 juin, on a imprimé à la fin du premier paragraphe de la première colonne, ces mots : « Que nous n'avons nul e *crainte* de voir la tumeur blanche se terminer par ankylose ; » lisez : « Nul *espoir*. »

M. Chevé, d.-m.-p. ouvrira, dans son amphithéâtre, rue de la Harpe, 90, deux cours d'anatomie, le vendredi 12 juin : l'un, à deux heures, sera commencé par l'ostéologie ; l'autre, à quatre heures, par la splanchnologie. Deux leçons devant être faites chaque jour, permettront de voir toute l'anatomie en deux mois et demi.

Le 15 juin, à onze heures, il ouvrira un cours de physiologie, et le même jour, à une heure, un cours de pathologie.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 9 JUIN 1840. (13e ANNÉE.) N° 68, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Quelques considérations sur les luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Quelles sont les conditions de la réduction ?

1° Supposons l'existence d'une fracture de l'humérus et d'une luxation de l'articulation scapulo-humérale ; on a dit que, dans ce cas, il fallait attendre la consolidation des parties fracturées avant de réduire la luxation, et on a avancé que le lévier fourni par le fragment supérieur n'était pas assez long pour permettre de replacer la tête de l'humérus dans la cavité glenoïde.

Si la fracture a lieu sur le col chirurgical, il est évident qu'il faut attendre, si au contraire, elle siège sur la partie moyenne, le procédé de M. Malgaigne peut réussir.

Si la fracture s'est produite à la partie inférieure de l'humérus, on mettra d'abord en usage le procédé dont nous venons de parler, et s'il échoue rien ne s'oppose à l'emploi des moyens d'extension appliqués sur le bras. J'ai réussi dans un cas de ce genre.

Ces considérations sont très importantes, car si vous attendez la consolidation vous perdrez beaucoup de temps, et d'ailleurs la fracture pourra se reproduire si vous agissez sur l'humérus avant qu'elle soit bien établie.

2° Chez quelques personnes, cette luxation est méconnue, alors on place ordinairement l'avant-bras dans la position demi-fléchie, il y reste plusieurs mois, d'où naît une fausse ankylose qui apporte de grands obstacles aux efforts de réduction. Il faut étendre ce membre ; nous y sommes toujours parvenus en huit ou dix jours avec un appareil convenable, aidé de la saignée générale, des cataplasmes émolliens, des bains locaux et généraux, et nos tentatives de réduction ont été couronnées de succès. Aucun accident capable d'inspirer des inquiétudes n'a eu lieu dans l'articulation scapulo-humérale.

3° Une luxation est produite, il y a de l'inflammation et de la tuméfaction, il existe de l'épanchement sanguin ; ne tentez pas alors la réduction avant d'avoir dissipé ces accidens. N'est-il pas démontré tous les jours par l'expérience, confirmé par l'anatomie pathologique, que les tissus enflammés sont moins élastiques, se rompent plus facilement qu'à l'état normal, de là des déchirures qui peuvent déterminer des accidens graves, et dans quelques circonstances la mort des malades. Ajoutons que l'inflammation s'étant propagée au tissu musculaire, les douleurs, conséquence des efforts de réduction, sont autant de causes qui, en exaspérant sa sensibilité, le feront se contracter plus énergiquement et nécessiteront plus de force pour vaincre sa résistance ; de là encore la nécessité des saignées locales et générales, des bains, des cataplasmes et de la diète. Les annales de l'art démontrent que pour avoir transgressé le principe que je viens de donner, il est arrivé de grands malheurs.

Il serait inutile de reproduire tous les moyens employés dans les cas de luxation, vous les trouverez bien décrits dans les ouvrages ; je n'insisterai que sur l'emploi de la saignée dans les cas difficiles.

Si vous voulez sur ce point adopter la pratique généralement suivie, vous saignerez votre malade la veille du jour choisi pour l'opération ; vous le saignerez encore immédiatement avant de procéder aux tentatives de réduction. Mais, en suivant cette marche, vous observerez ce que nous avons même vu dans un très grand nombre de cas ; vous verrez, dis-je, vos malades pâlir, être inondés d'une sueur abondante, tomber dans un état de demi-syncope, même de syncope complète, au point de vous forcer à suspendre vos tentatives. Aussi, quant à nous, notre manière de procéder est la suivante : une première saignée est également faite la veille du jour de l'opération ; mais la seconde, au lieu de précéder immédiatement les efforts, est faite quatre ou cinq heures avant.

Non-seulement la saignée facilite la réduction, mais encore elle est destinée à s'opposer à un raptus sanguin qui se fait à la tête et peut produire la mort des malades. Un homme entra dans cet hôpital, il y a deux ou trois ans, portant une luxation de l'humérus sur le scapulum ; elle était ancienne : le malade fut soumis à la réduction, elle réussit. De l'amphithéâtre il se rendit seul dans son lit ; deux heures après, il fut pris d'un raptus sanguin qui lui coûta la vie. L'autopsie fut faite en présence d'un très grand nombre d'élèves ; on ne trouva ni lésions de vaisseaux, ni fracture de côtes, ni déchirure de plèvre. Le cerveau, plus dure qu'à l'ordinaire, était fortement sablé ; les veines et les sinus étaient gorgés de sang. Le procès-verbal rédigé, fut signé par de nombreux assistans ; il est consigné dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Après la réduction, il ne faut pas saigner quand la stupeur existe ; on y a recours aussitôt que la réaction commence.

Vous savez que plusieurs chirurgiens sont parvenus à réduire de très anciennes luxations, et notamment M. Sédillot, une qui datait de onze mois. Plusieurs ont été réduites par nous, et qui dataient de six mois et plus.

Dans un cas où nous faisions des tentatives pour réduire une luxation ancienne de l'humérus sur le scapulum, nous étions parvenus à amener la tête de l'os au-dessous de la cavité glénoïde ; mais malgré tous nos efforts, nous ne pouvions pas la replacer dans cette cavité ; il semblait que nous devions renoncer à la réduction, quand nous mîmes en usage un moyen conseillé par les ; nous passâmes sous la partie supérieure de l'humérus une serviette ployée en cravats ; elle fut liée derrière le cou du chirurgien. Dès les premières tractions exercées sur elle, nous sentîmes avec satisfaction la tête rentrer dans sa cavité.

Un autre fait pratique de la plus haute importance est le suivant. Quand vous avez réduit ces anciennes luxations, la tête de l'humérus, depuis long-temps sortie de la cavité glénoïde peut s'être déformée, l'ouverture de la capsule articulaire est cicatrisée ; la cavité glénoïde privée des mouvemens qu'exerce incessamment sur elle la tête de l'humérus, a pu changer de conformation ; toutes ces raisons rendent la coaptation plus difficile. En voilà un exemple : nous avions sur un malade réduit une luxation très ancienne ; quelques heures plus tard, nous allâmes le visiter dans son lit. A notre grande surprise, nous trouvâmes qu'entre la tête de l'humérus et la voûte acromio-claviculaire, il existait un espace assez considérable pour nous faire croire *à priori* que la réduction n'avait pas lieu. Nous fîmes assujettir le scapulum par un aide, nous pressâmes de bas en haut sur l'extrémité inférieure de l'humérus et sur l'avant-bras à demi fléchi. Alors l'intervalle dont nous venons de parler disparut. Des jets de bande ascendans et descendans maintinrent les os dans des dispositions convenables.

Quand on a réduit ces anciennes luxations, il faut être plus sobre de mouvemens propres à prévenir l'ankylose que si la luxation avait été récente ; on ne doit commencer à les faire exécuter que le troisième ou quatrième jour après l'opération ; les premiers mouvemens qu'on imprimera à l'humérus auront lieu d'avant en arrière avec la précaution de fixer le scapulum.

Nous appellerons encore votre attention sur un fait très remarquable : c'est qu'après la réduction d'une luxation ancienne nous avons toujours vu jusqu'à présent les malades souffrir plutôt dans l'articulation du coude que dans l'articulation scapulo-humérale.

La luxation incomplète de l'humérus sur le scapulum est-elle possible ? Elle a été niée pendant long-temps, mais en 1823, nous avons présenté à l'Académie royale de médecine une pièce qui existe encore dans les cabinets de l'école anatomique des hôpitaux, et qui a complètement résolu la question pour l'affirmative. Mais puisqu'il s'agit des luxations incomplètes, je rappellerai que j'ai présenté au même corps savant une seconde pièce de ce genre pour l'articulation coxo-fémorale : la tête du fémur rongée par une carie qui l'avait en partie détruite, avait abandonné sa position normale, s'était jetée en arrière, et s'était arrêtée sur le bord postérieur de la cavité cotyloïde.

Quand les efforts ordinaires de réduction ne réussissent pas contre les luxations anciennes, on peut mettre en usage un appareil à extension lente et graduée semblable à celui que nous fîmes confectionner par M. Absil, et dont nous obtînmes les plus heureux résultats.

HOSPICE DE BICÊTRE.

Leçons cliniques sur les Maladies mentales, professées par M. LEURET. (Recueillies et rédigées par M. LISLE, ancien élève des hôpitaux.)

Dans un prochain article je continuerai l'analyse des intéressantes leçons de M. Leuret. Pour aujourd'hui, je me contenterai d'en extraire les deux observations cliniques suivantes, qui sont trop étendues pour entrer en entier dans le cadre que je me suis imposé, et trop importantes pour que je les passe sous silence.

Manie sans délire, avec agitation extrême.

M. Adolphe L... d'un tempérament nerveux, d'une constitution grêle, d'un esprit cultivé, et se disant littérateur, a été envoyé à Bicêtre, par ordre de M. le préfet de police, le 21 juillet 1839. Le lendemain, à la visite, il m'aborde avec assez de calme, et me demande de le faire mettre en liberté, m'assurant qu'il n'est pas du tout aliéné, et attribuant son placement dans l'hospice à une erreur des médecins du Bureau central, auxquels il a été présenté la veille. Il me prie de l'examiner avec soin, bien persuadé que je ne trouverai rien en lui qui puisse justifier l'imputation de folie dont il se dit victime. Il désire aller en prison, afin, dit-il, d'humilier ses parens, qui l'ont laissé sans secours. Il s'exprime d'une manière aisée, élégante, quelquefois trop vive ; mais cette vivacité, il en fait lui-même l'observation, il faut l'attribuer à la position pénible dans laquelle l'ignorance des médecins du Bureau central l'a placé.

M. Adolphe appartient à une famille honorable ; il a reçu une belle éducation ; il a beaucoup d'esprit, connaît plusieurs langues, écrit avec facilité de la prose et des vers ; mais il a toujours été mobile, capricieux, désordonné dans ses passions, dépensant beaucoup et trouvant toujours quelque raison spécieuse pour rejeter sur les autres le blâme mérité par son inconduite. Il s'est déjà, par une imprudence semblable à celle qu'il a faite la veille (il était allé dans un corps-de-garde demander qu'on le menât en prison, alléguant qu'il était sans moyen d'existence), fait enfermer, il y a plusieurs années, dans la maison d'aliénés de Dôle, où il a resté environ deux ans, d'abord comme malade, ensuite comme sous-directeur. Il traitait, dit-il, ses malades avec bonté ; il s'attachait à les persuader, et n'employait jamais la force pour les maintenir. Il faisait beaucoup mieux que nous, et pourrait nous donner des conseils sur la manière dont nous devons nous comporter à l'égard des malheureux confiés à nos soins.

Quelque temps après sa sortie de la maison de Dôle, il avait été envoyé en mission en Afrique, et n'avait pas été récompensé, disait-il, comme il méritait de l'être. Revenu à Paris, il avait fait beaucoup de dettes, et ses parens, qui avaient déjà payé plusieurs fois pour lui, avaient eu la turpitude de se refuser à payer encore. Il se plaignait surtout d'un frère qui, il l'avouait lui-même, était plus pauvre que lui. Il se justifiait de cette inconséquence en disant que son frère était dans une position honorable et considéré, trouvait facilement de l'argent, tandis que lui, sans emploi, ne pouvait plus trouver un sou. Il avait vécu quelque temps, disait-il, et cela était vrai, avec une faible somme que lui avait donnée une cuisinière avec laquelle il était sur le point de se marier. Je lui fis observer l'inconséquence de sa conduite et de plusieurs de ses raisonnemens ; mais il avait réponse à tout. Pendant notre conversation, sa figure, très mobile, avait plusieurs fois passé de l'indignation au rire presque sans transition, et plusieurs fois ses yeux étaient restés dans une sorte d'égarement très ordinaire chez les maniaques.

Pendant la journée il s'emporta plusieurs fois, et tomba dans un véritable accès de manie furieuse. On fut obligé de lui mettre la camisole de force, et, le soir, de le fixer sur son lit. Alors ses discours étaient exaltés, mais sans incohérence dans les idées ; ses yeux étaient égarés, sa figure injectée ; il faisait autant de mal qu'il pouvait. Le soir, vers dix heures, j'entrai sans qu'il m'aperçût dans la salle où il était couché, et là je pus écrire le monologue le plus curieux et le plus étrange que j'aie jamais entendu. J'en transcris quelques fragmens ; on y verra l'expression énergique et fortement accusée des passions les plus violentes, la haine, la colère, la fureur, le désir effréné de vengeance, et cependant la raison n'est pas tellement obscurcie que le malade n'ait la conscience parfaite de ses impressions, et ne puisse se rendre un compte exact des conséquences que pourrait avoir pour lui la satisfaction de ses passions. Il parle tantôt en français, tantôt en italien.

Che piacere videre queste duo cuorpi morti et ballare. Io faro una vendetta terribile. (Quel plaisir de voir ces deux corps morts et de danser dessus. Je ferai une vengeance terrible.)

Mort à Février (c'est un infirmier dont il croit avoir à se plaindre.) Malheur au médecin ! Sortirai-je d'ici mort ou vivant ? Je n'en sais rien.

Io faro una vendetta terribile. (Plusieurs fois répétés.)

Un autre malade effrayé crie, frémit, articule en tremblant quelques plaintes, et M. Adolphe continue : Io faro una, etc., toujours en élevant la voix de plus en plus, et la baissant ensuite graduellement, comme pour la rendre plus lugubre.

Vieni, vieni, et libera mi di tutti mie, altramente sero assassino; O morte ! vieni, vieni. Io non posso mori, in questa maladetta notte ? In questa notte, passero coi dannati. Io faro una vendeta terribile, terribile. (Viens, viens, délivre moi de tous mes maux, autrement je serai assassiné. O mort ! viens, viens ; je ne pourrai donc pas mourir dans cette nuit maudite. Dans cette nuit je passerai chez les damnés. Je ferai une vengeance terrible.)

Voulez-vous prendre votre potion, lui demande un infirmier. Non, non, non. Io faro una vendetta terribile....

Que leur sang retombe sur toi ; mais ils seront tués. Quand j'aurai tué ces enfans, je dirai : je suis fou, tuez-moi ; et, de deux choses l'une, si l'on me considère comme un fou, on m'attachera ; si on me considère comme un criminel, je porterai ma tête sur la guillotine.

Che piacere videre questi duo corpe morte e ballare (et d'envoyer leurs âmes de chien dans l'enfer). Tu seras tué de ma main ; je te prendrai en traître ; par derrière. Je vous trouverai toujours ; mais je veux vous tuer à Bicêtre, parce qu'ici je suis fou. Per Dio santo, io faro una, etc. (Oui, au nom de Dieu, s'il y en a un, je me vengerai). C'est ta pensée fixe, continuelle ; tu as une proie que

tu veux dévorer ; tu es un lion, un tigre..... J'en tirerai une terrible vengeance. Ah ! vous croyez que l'on peut jouer avec des organisations aussi terribles que la mienne. Vous n'auriez été que deux, que vous ne m'auriez pas attaché. Une jambe nerveuse comme la mienne, conduite par une intelligence aussi forte ! Vous croyez qu'il est facile de venir à bout d'un homme comme moi? Je sais tout faire; je n'ai peur de rien. Il n'y a qu'une chose que je n'ai pas su, c'est me venger. J'ai été trop bon, trop généreux, trop magnanime. Oui, tu seras un lâche, un infâme. Tout le monde aura le droit de te cracher au visage si tu ne les assassines pas.

Et toujours revenait son terrible refrain : Io faro una, etc. ; che piacere, etc. ; et aussitôt après il siffle l'air de Marlborough; puis reprend : Per Dio santo, io faro, etc.... Par ce Dieu terrible, qui nous dit assassinez-les... Ce n'est plus la religion du Christ qu'il nous faut, mais la religion des Hébreux, qui ordonne la vengeance, le pillage, le massacre.

Per Dio santo, questi maladetti.... ; ils me tueront, ou je les tuerai. Mon cadet, c'est comme cela ; il s'agit de ne pas faire le fou : c'est l'action d'un homme raisonnable.

Et puis vient une longue et belle invocation à Jean-Jacques Rousseau, dont le malade paraît être un admirateur enthousiaste. Il le prend à témoin de ses projets et de ses sermens de vengeance, et répète toujours : *Io faro*, etc.

Mes forces sont à bout : *Io faro una*, etc. — Il n'entend pas le français celui-là, dit un voisin ; et lui : le français, c'est la langue des lâches. Ecoute, Tape-Dur (il appelle ainsi un infirmier), aussi vrai que tu n'es pas un mouchard, j'assassinerai Février et le médecin... *Per Dio santo, io faro una vendetta terribile...* Sais-tu ce que cela veut dire : Par le saint nom de Dieu, je ferai une vengeance terrible... La société civilisée tue un homme ; la belle vengeance ! elle ne sait rien faire. Il faut les scier en long ; les faire cuire ; leur mettre de l'huile bouillante sur le corps, etc.

Et un peu plus tard il répète encore : *Io faro una*, etc. ; puis il ajoute : Je vois la conséquence de cette action ; je raisonne très bien. Vous direz : Voilà un aliéné qui a tué la son gardien, qui a tué le médecin. On vient m'interroger. Je dis : Cet homme m'a torturé.... Mais, quant au médecin, le juge d'instruction dira : Le médecin est un homme juste ; il n'a pas donné l'ordre de vous frapper. — Mais le médecin est un homme de police et un ignorant, puisqu'il n'a pas connu ma maladie. Après cet interrogatoire, je suis déclaré aliéné : soit. On me donne la douche. Qu'est-ce que la douche, pour un homme qui en a tué deux. Il chante : Je les assassinerai avec un couteau ; je boirai leur sang avec délices ; la vengeance, un morceau de roi ?

Il continue ainsi pendant toute la nuit. Je m'abstiendrai de toute réflexion ; ces paroles violentes, énergiques dans lesquelles vit et respire la passion la plus ardente, peignent bien mieux que tout ce que je pourrais dire ce qu'on doit entendre par manie sans délire.

Cette agitation ne fut pas de longue durée. Le 25 juillet, quatre jours après son entrée, il était à peine reconnaissable. Il avait conservé un peu de mobilité ; mais il était calme et presque raisonnable. Il demande même à aller travailler aux champs, jurant parole d'être tranquille et de ne pas chercher à s'évader ; cependant, sans lui témoigner aucun soupçon, je retarde la permission sous un prétexte évasif.

Le 1er août son agitation commença presque aussi forte que la première fois, mais avec des alternatives fréquentes de calme et de fureur. Il prétend qu'il n'est pas fou, et, pour le prouver, il nous donne la définition suivante de la folie, qu'il attribue à MM. Fabret et Elias Regnault ; « Pour être fou, il faut agir ou parler sans savoir ce qu'on fait. » Je sais toujours ce que je fais, donc je ne suis pas fou.

Le mois d'août se passe dans ces alternatives continuelles de calme et d'agitation. Vers la fin du mois, les intervalles de calme deviennent toujours plus longs; il conserve, il est vrai, un peu de mobilité, mais il travaille un peu ; il est doux et plein de politesse surtout avec moi.

Le 15 septembre, il m'écrit une lettre pleine de convenance et de bons sentimens pour s'excuser d'un moment d'emportement pour lequel je lui avais témoigné du mécontentement. Enfin, il est sorti de l'hospice entièrement guéri au commencement de cette année.

Conceptions délirantes avec agitation extrême durant depuis plusieurs années. Traitement purement moral. Guérison.

Au commencement du mois de février 1838, j'entrepris d'étudier un malade relégué depuis plusieurs années dans la section des incurables, et remarquable par une agitation continuelle. C'était un homme robuste, à large poitrine, qui, depuis son entrée à l'hospice, n'avait cessé de crier à tue-tête, si ce n'est pendant la nuit, voulant, par ses cris, faire entendre sa défense. On n'avait pas le moindre renseignement sur ses antécédens, sur les causes de sa folie, ni même sur sa nature intime. On distinguait seulement dans ses cris les mots suivans : meurtres et crimes, cour royale, duchesse de Berry, ma femme, côté gauche, l'autre côté de l'eau. On savait encore que lorsqu'il entrait dans sa loge, il tenait sa gauche étendue derrière lui ; et le matin il l'étendait encore de manière qu'elle sortît la première. Lorsqu'on l'abordait, il était susceptible de quelques minutes d'attention, était assez poli, et présentait toujours la main gauche.

Espérant que chez moi il deviendrait plus attentif et se contraindrait un peu, je lui écrivis pour l'inviter à dîner avec moi. Il refusa, et m'envoya une lettre d'excuse dont le commencement était très convenable, mais dont la fin offrait un assemblage bizarre des idées les plus étranges et les plus incohérentes. Alors, persuadé que la douceur et les prévenances ne feraient rien, je me décidai à agir avec vigueur et à l'attaquer en face. Je le fais enfermer, avant la visite, avec six malades choisis parmi les plus braillards de l'hospice, dans une petite chambre, où on les laissa pendant quelque temps. J'entre, et m'adressant à l'un d'eux, je l'engage à se taire, et comme il continue, je lui ordonne la douche. J'en fais autant pour chacun des autres, et lorsque j'arrive à M. Théodore T.... je m'étonne de le trouver en semblable compagnie, lui qui a du savoir vivre, et vers lequel je me sens porté d'amitié.

Il m'écoute d'abord, mais bientôt il m'interrompt par ses cris, et je me vois forcé de l'envoyer au bain comme les autres. Là, je fais donner une petite douche à chacun d'eux devant M. Théodore, avec lequel je reste bientôt seul. Je cherche encore à lui faire entendre raison, mais en vain ; il continue de crier. Je fais alors ouvrir le robinet : il tient bon pendant une demi-minute, mais enfin il demande grâce et me donne sa parole d'honneur qu'il ne criera plus. On voit sur sa figure qu'il est plus attentif, qu'il s'observe ; il lui arrive bien encore de marmotter quelques paroles à voix basse ; mais en somme le reste du jour se passe assez bien.

Le lendemain, je vais le trouver dans le champ où il travaille, et de loin j'entends sa voix rauque et presque ses cris ordinaires. J'arrive à lui comme un homme irrité, et je lui reproche vivement son manque de parole.

— Mais je n'ai pas crié, dit-il ; je n'ai que parlé pour expliquer la cause de mon silence.

— Eh bien ! je vous défends positivement d'expliquer de cette manière les causes de votre silence, et si vous êtes homme d'honneur, comme vous en avez la prétention, vous vous tairez.

— Mais prenez-vous la responsabilité de mon silence absolu ?

— Oui, je la prends.

— Prenez garde, elle est immense.

— Je la prends, tout immense qu'elle soit.

Il se tait, et je le quitte. Mais le soir après sa rentrée, je l'entends de fort loin expliquant sans doute encore les causes de son silence. Je le fais amener brusquement au bain. Il avait sous le bras un gros paquet enveloppé de chiffons que je fais déposer devant lui sur le couvercle de la baignoire, après avoir ordonné à un garçon de service de se tenir derrière lui, un pot d'eau froide à la main, prêt à la verser sur sa tête au premier signal. J'ouvre le paquet, que je trouve composé d'une énorme quantité de papiers, parmi lesquels se trouvaient des projets de gouvernement adressés à Louis-Philippe, au duc de Chartres, à la duchesse de Berry, sa femme; des nominations de pairs de France, de maréchaux, etc. Je fais apporter du feu, et je brûle tous ces papiers, mais lentement, cahier par cahier, et en motivant chaque fois mon exécution. De temps à autre, un gros soupir me fait connaître quels sont les regrets de M. Théodore, mais il ne profère ni parole, ni murmure. Après cette exécution, je fais renouveler au malade les promesses qu'il m'a faites, et je le laisse sortir du bain. Pour lui faire bien voir que je lui porte un vif intérêt, je le prends par le bras, je porte un parapluie pour nous abriter l'un et l'autre, lui surtout, contre une pluie glaciale ; je fais allumer un grand feu et lui donne la place où l'on peut le mieux se chauffer. Enfin je lui fais donner pour son souper ce que je crois le plus propre à lui plaire.

Dès ce moment, M. Théodore marche rapidement vers la guérison. Désireux de le distraire de ses idées folles, que je ne connais pas encore, par un travail intellectuel, je lui ordonnai d'étudier des vers de Boileau, et j'exigeai qu'il vînt me réciter tous les soirs ceux qu'il avait appris pendant les intervalles de son travail. Bientôt je pus savoir de lui-même en quoi consistait son délire. Il serait trop long d'énumérer ici toutes les conceptions délirantes, toutes les fausses associations d'idées qui s'étaient formées dans sa tête. Il vous suffira de savoir qu'employé au ministère des finances, il avait, dès 1828, négligé ses propres affaires pour s'occuper presque exclusivement de politique. Passionné pour la famille régnante, il la voyait courir à sa ruine, et pour prévenir ce malheur, il avait rédigé un projet de gouvernement dans lequel il chargeait de la direction des affaires les membres de l'opposition. La révolution de 1830 le surprit au milieu de ses préoccupations, et passa presque sans qu'il s'en aperçût. Bientôt il en vint à se croire marié à la duchesse de Berry, et crut comprendre que son projet de gouvernement devait lui valoir une récompense de 500,000 fr. ou 25,000 fr. de rente.

Je n'entrerai pas dans le détail de tout ce qu'il a fallu de temps, de patience, d'adresse, de douceur et de fermeté pour détruire pièce à pièce l'édifice de sa grandeur et de sa fortune imaginaire. La crainte de la douche toujours présente à son esprit a été pour beaucoup dans sa guérison. Pour réveiller et fixer son attention, je lui ai fait sentir la douleur et la crainte. Je voulais qu'il souffrît quand il déraisonnait ; quand il parlait sensément, qu'il fût heureux ; de cette manière, j'attachai la souffrance à la folie, et le bien-être à l'exercice de la raison. Aussi, dès le mois de mai, M. Théodore, presque toujours de bonne humeur, travaillait dans les bureaux de M. le directeur de Bicêtre. Il conversait poliment et avec liberté. Il dînait de temps en temps à ma table, et s'y montrait agréable convive.

Enfin, au commencement de 1839, M. Ferrus, le jugeant capable de vivre en liberté, lui accorda sa sortie de l'hospice dans lequel il était resté sept ans, dont six dans la section des incurables. Depuis lors, il est simple ouvrier et travaille dans un chantier de bois. Sa conduite régulière l'a mis à même de faire des économies ; il vit sans souci de l'avenir, heureux du présent ; mais ce n'est pas sans tristesse qu'il se rappelle son séjour dans notre hospice.

Cette importante observation a déjà été publiée avec beaucoup plus de détails dans le livre que M. le docteur Leuret vient de faire paraître sur le traitement moral de la folie.

E. Lisle.

Pathologie générale. — Cours de M. Andral.

(Suite du n° 61.)

§ VIII. — *Tissu musculaire.*

L'inflammation de ce tissu est rare. Il y a beaucoup de légèreté à croire enflammé tout muscle qui est le siége d'une douleur. D'ailleurs, il faut distinguer les cas où l'inflammation, partie des parties voisines, a gagné le muscle de ceux où la fibre charnue s'est enflammée idiopathiquement. Ce dernier cas est de beaucoup le plus rare.

Quoi qu'il en soit, un muscle enflammé est d'une rougeur vive ; ses fibres sont ramollies et friables. On constate ces caractères surtout dans l'inflammation du tissu charnu du cœur. Quelquefois même on trouve des abcès formés dans l'épaisseur de cet organe, et on a vu ces abcès s'ouvrir dans l'un des ventricules. Mais le pus se forme-t-il dans l'épaisseur des fibres musculaires elles-mêmes ou dans le tissu cellulaire interstitiel? Je ne crois pas qu'on puisse convenablement résoudre cette question.

Assez souvent on rencontre le muscle psoas comme transformé en une vaste poche purulente. On rapporte d'ordinaire cette altération à un psoïtis : mais je crois que dans le plus grand nombre des cas, la maladie commence par une inflammation du périoste vertébral ; du pus se forme, décolle les attaches du muscle, ses aponévroses, et s'infiltre dans son épaisseur.

§ IX. — *Tissu fibreux.*

Le caractère anatomique principal de ce tissu est le ramollissement. Ce ramollissement peut être porté très loin sans qu'on observe la moindre trace d'injection. Déjà nous avons remarqué la même circonstance dans l'inflammation du tissu séreux. Mais elle se montre partout d'une manière tranchée. Dans l'inflammation de la cornée, on voit cette membrane se ramollir, s'opacifier, s'ulcérer, s'infiltrer de pus, sans que la moindre rougeur s'y manifeste.

§ X. — *Tissu osseux.*

C'est la parti vivante des os, c'est-à-dire leur parenchyme vasculaire et gélatineux qui s'enflamme seul. L'inflammation débute tantôt par le périoste, tantôt par la membrane médullaire. Elle peut produire des abcès, souvent aussi elle aboutit à la nécrose.

§ XI. — *Tissus parenchymateux.*

J'indiquerai rapidement les caractères généraux des inflammations des divers parenchymes, en procédant de la tête vers les parties inférieures.

A. *Tête.* Il a déjà été question du cerveau à propos de la partie centrale du système nerveux.

Les glandes salivaires s'enflamment très rarement, du moins dans le tissu glanduleux proprement dit. Les inflammations si fréquentes de la région qu'elles occupent ont leur siége soit dans le tissu cellulaire ambiant, soit dans celui qui se trouve interposé aux grains glanduleux et aux lobules qu'ils forment par leur réunion.

En sacrifiant l'ordre que je me suis prescrit à l'analyse de texture et peut-être de fonctions, je me hâte de vous dire que je ne crois pas qu'on ait jamais constaté une véritable inflammation du pancréas.

B. *Poitrine.* L'inflammation du poumon est, avec le phlegmon, l'inflammation par excellence, le type de toutes les autres. Elle offre dans son développement trois degrés bien tranchés. Le premier degré n'est qu'une hypérémie active fort intense. Son caractère anatomique essentiel consiste dans une accumulation insolite de sang. Dans le second degré, le sang sorti des vaisseaux, remplit les vésicules ; il est intimement combiné avec le tissu pulmonaire qui est devenu friable et imperméable à l'air. Dans le troisième degré, du pus, d'abord rare et liquide, plus tard abondant et épais s'infiltre dans l'organe et quelquefois forme des collections circonscrites, c'est-à-dire de véritables abcès. Il est très rare que la pneumonie produise la gangrène ; celle-ci se montre beaucoup plus souvent dans le cours d'un simple catarrhe pulmonaire.

Toutes les pneumonies sont loin d'être des maladies locales. Souvent le poumon ne s'enflamme qu'en vertu d'un état général qui se traduit par bien d'autres symptômes. C'est ainsi qu'il faut concevoir les pneumonies qui accompagnent le typhus et la fièvre typhoïde ; celles qu'on rencontre dans un certain nombre de fièvres éruptives, dans beaucoup d'empoisonnemens. Ne pourrait-on pas, dans ce dernier cas, considérer le travail morbide porté vers les poumons, comme un effort éliminatoire tenté par la nature médicatrice.

Du pus peut se trouver dans le tissu pulmonaire, sans qu'il y ait eu de pneumonie ; c'est le cas des abcès métastatiques qui s'observent si fréquemment dans la résorption purulente.

Rarement la pneumonie affecte la forme chronique ; quand il en est ainsi, l'organe malade est surtout remarquable par une induration prononcée et par une coloration grise ou noirâtre.

C. Abdomen. 1° *Foie.* Il est assez rare que l'on constate d'une manière incontestable l'existence d'une hépatite. Voilà sans doute pourquoi les caractères anatomiques de cette inflammation sont si mal connus. A mon avis, on se hâte beaucoup trop de diagnostiquer une hépatite, quand le malade accuse simplement une douleur dans la région du foie. Si l'on en croyait les médecins anglais, cette maladie serait beaucoup plus commune dans leur pays. Peut-être n'en parlent-ils si souvent que parce qu'ils l'ont fréquemment observée aux Indes-Orientales. Toutefois, on est loin d'être n'accord sur la cause qui produit l'hépatite dans cette dernière contrée. Quelques auteurs l'attribuent exclusivement à la nourriture stimulante que prennent les Européens à leur arrivée. Mais les indigènes n'ont pas la même nourriture et n'en sont pas plus préservés d'hépatite.

D'ailleurs, que de gens dans notre climat usent et même abusent impunément de la nourriture stimulante. D'autres auteurs n'ont parlé que de l'élévation de la température. Il paraît qu'ordinairement, en arrivant aux Indes, les Européens sont pris de diarrhées bilieuses très abondantes. L'augmentation de travail fonctionnel que ces diarrhées supposent dans le foie, peut-elle être considérée comme une prédisposition inflammatoire? Quoi qu'il en soit, le foie enflammé prend une teinte plus foncée; ses vaisseaux sont injectés; il devient friable. A un degré plus avancé, du pus s'infiltre dans l'épaisseur de l'organe, et quelquefois se rassemble en abcès. L'hépatite chronique présente les mêmes caractères, avec cette différence, que le ramollissement a fait place à l'induration.

2° *Rate.* Existe-t-il une véritable splénite? elle est au moins très rare. Sur environ six mille autopsies que je puis compter, quatre fois seulement j'ai trouvé des traces manifestes de l'inflammation de la rate. Cet organe offre deux élémens, le tissu fibreux et le tissu spongieux. Ce dernier tissu subit un grand nombre d'altérations, surtout dans son volume, que l'on peut presque toujours rapporter à des congestions. Qui voudrait aujourd'hui appeler splénite l'intumescence de la rate dans le typhus, dans les fièvres intermittentes, dans les varioles de mauvais caractères? On peut dire avec raison qu'il n'y a rien de si commun que le nom, et rien de si rare que la chose. Une fois, j'ai trouvé la rate transformée en une poche purulente. Pendant la vie, les signes rationnels avaient indiqué une phthisie pulmonaire : les signes sthétoscopiques étaient négatifs. Le malade éprouvait de la douleur à la partie inférieure du thorax; il y avait de la toux accompagnée de vomissemens; chaque soir revenait un accès de fièvre caractérisé par un frisson léger et des sueurs abondantes. Le volume de la rate n'était pas changé d'une manière appréciable.

3° *Reins.* La néphrite est plus rare qu'on ne le dit généralement. Je suis loin de croire que la maladie de Bright consiste toujours dans une inflammation des reins. En effet, on n'observe jamais, dans cette maladie, le caractère essentiel de l'inflammation, c'est-à-dire la suppuration. Une cause spéciale de néphrite, c'est la présence d'un calcul dans les reins. Ces organes s'enflamment encore à la suite des inflammations de la vessie, causées par des lésions traumatiques, par des manœuvres opératoires, par des essais de lithotripsie.

Le tissu du rein enflammé présente un ramollissement très remarquable, de n'est plus qu'une pulpe rougeâtre qui se déchire avec la plus grande facilité. Du pus s'y infiltre et transforme quelquefois l'organe entier en un vaste abcès.

Marche et terminaison de l'inflammation.

Une fois que l'inflammation est établie, elle a une marche nécessaire et continue. Quand on a parlé d'inflammations intermittentes, on a considéré comme telles de simples congestions sanguines qui, en effet, peuvent affecter la marche intermittente. L'inflammation a nécessairement aussi une certaine durée. Cette maladie, que vous vous vantez d'avoir jugulée, n'était pas une inflammation, mais seulement une hypérémie active. Je l'ai déjà dit, et je le répète encore, l'art ne peut en aucune façon enlever tout à coup une inflammation véritable; toute sa puissance se borne à hâter ou à ralentir le développement de ses différentes périodes, de manière à les diriger dans un sens convenable.

L'inflammation peut se terminer de différentes manières.

Par la guérison; alors les désordres qu'elle a produits se réparent; les globules sanguins se dispersent; les ulcères se cicatrisent; les liquides épanchés se résorbent, s'ils ne sont pas éliminés.

Par le passage à l'état chronique. Souvent alors des tubercules se manifestent; c'est ce que l'on observe surtout dans l'inflammation chronique du péritoine. Aussi la persistance de cette maladie suffit-elle pour permettre de soupçonner l'existence de tubercules dans les poumons.

Par la mort. Chez les individus dont la vitalité offre peu de résistance, les inflammations les plus légères peuvent devenir fatales, moins par elles-mêmes que par les désordres consécutifs dont elles amènent le développement.

Par un certain nombre d'altérations qui persistent ou surviennent dans l'organe qui a été le siége de l'inflammation. Ainsi, l'organe reste induré; il conserve une augmentation de volume. D'autres fois, des produits accidentels variés se développent. J'ai vu un phlegmon de la cuisse suivi du développement d'un kyste hydatique. Certains troubles de sécrétion peuvent survivre à l'inflammation; c'est là l'origine de certains flux muqueux et séreux qu'il est si difficile d'arrêter. Il arrive assez souvent, dans ce cas, que le liquide sécrété abandonne les caractères que lui avait donnés l'inflammation, pour reprendre ses qualités normales. Il ne s'éloigne plus alors de l'état de santé que par la quantité trop considérable.

Par une congestion sanguine passive. On trouve un exemple frappant de cette terminaison dans la conjonctivite, si souvent suivie de l'état variqueux des vaisseaux de la membrane malade.

Enfin, il peut ne rester d'autre trace de l'inflammation qu'un simple trouble fonctionnel qui persiste après que toute altération matérielle est disparue. On observe ce fait à la suite des gastrites. Il n'est pas très rare non plus de rencontrer des conjonctivites qui sont suivies, après leur disparition complète, de quelques troubles dans la vision.

A. le F.

Ligature des polypes de la base du crâne; nouveau procédé. Par le docteur Félix Hatin.

Il y a déjà dix ans environ que le docteur Félix Hatin présenta à l'Académie de médecine et à l'Institut de France, un instrument propre à faciliter la ligature des polypes qui, nés de la base du crâne, descendent plus ou moins bas dans le pharynx. Cet instrument, popularisé dans le monde médical par le suffrage de ces deux corps savans et par celui de Dupuytren, de M. Lisfranc et d'autres chirurgiens célèbres de notre époque, a été tellement approprié à l'usage auquel il est destiné, que l'opération dans les cas simples devient aussi facile qu'elle était jadis hérissée de difficultés. Cependant il ne faut pas croire qu'il soit applicable à tous les polypes indistinctement, et qu'avec lui seul on puisse vaincre les obstacles qui naissent de leurs mille variétés de forme, d'insertion, d'embranchemens, d'adhérences, etc. L'auteur lui-même n'a pas cette prétention, et nous l'avons vu quelquefois, soit l'employer comme simple auxiliaire, soit même l'abandonner pour d'autres instrumens plus appropriés aux exigences des cas. Il faut donc ne pas demander au porte-ligature plus qu'il ne peut faire, et se rappeler qu'un procédé n'a de valeur qu'autant qu'on en sait faire une application judicieuse. Ce que nous disons de l'instrument de M. Hatin, nous le disons de la ligature elle-même; il ne faut pas lui demander l'impossible. Cependant, disons tout de suite qu'ici les limites du possible sont mal définies et peuvent reculer selon la sagacité de l'opérateur. Avant Levret, on ne liait que les polypes qui sortaient de la vulve; c'était le *nec plus ultrà* de son époque. Quand il eut imaginé ses instrumens, on alla les étreindre jusqu'au fond de l'utérus. De nos jours, on estime qu'un polype né de l'apophyse basilaire, faisant une saillie peu considérable dans le pharynx, enfin s'insérant par une large base et présentant la forme d'un cône renversé, ne saurait être attaqué par la constriction, et voilà que M. Hatin imagine de traverser la base d'un tel polype d'un fil qui entraîne la ligature et l'assujétissant tout à la fois, fait rentrer ce cas là même dans le domaine de la méthode qu'il a perfectionnée. Nous avons donc raison de dire qu'ici les limites du possible peuvent reculer selon la sagacité du chirurgien; et nous ajouterons que lorsque la ligature est la seule méthode qu'il puisse tenter pour sauver un malade, il ne doit pas trop vite se laisser décourager par les obstacles qu'il rencontre, ni crier trop tôt à l'impossibilité.

Voici, du reste, le procédé conseillé par M. Hatin :

La ligature étant passée comme d'ordinaire, il porte l'indicateur de la main gauche derrière le polype, saisit un long trois-quart de la main droite et en traverse la base de la tumeur; retire le trois-quart de sa canule, fait passer à travers celle-ci une sonde de gomme élastique dont il ramène une des extrémités par la bouche; fixe à cette extrémité un fil solide, qui lui-même embrasse le milieu de l'anse de la ligature; passe son conducteur dans cette anse, et le fait arriver derrière le polype comme dans les cas ordinaires; enfin, tire simultanément sur l'extrémité de la sonde qui est restée dans le nez et sur les chefs de la ligature qui y ont été placés dans le premier temps de l'opération, et amène ainsi cette ligature jusque sur l'insertion de la tumeur. Cela fait, le conducteur est retiré, les chefs sont engagés dans le serre-nœud par-dessus la canule du trois-quart; et enfin cette canule elle-même est enlevée, et le fil qu'elle laisse dans le centre du polype est fixé au serre-nœud. De cette manière, il soutient la ligature en arrière comme en avant, et ne lui permet plus d'abandonner la tumeur.

B...

CHRONIQUE.

Dans son numéro de samedi dernier, la Gazette des Tribunaux rapporte, sous la rubrique de Figeac (Lot), à la date du 1er juin, « Que le nommé Malbert, boucher, ayant été mordu vers le milieu du mois d'avril par un chien qui fut presque aussitôt assommé, ne prit aucune des précautions nécessaires dans le cas où, comme le bruit en avait couru, cet animal aurait été enragé. Cet individu paraissait donc à peu près sans aucune inquiétude sur sa blessure; toutefois, quelques personnes affirment qu'il avait été en Roussillon consulter quelque empirique qui l'avait complètement rassuré. Quoi qu'il en soit, la plaie était déjà depuis long-temps cicatrisée, et l'événement tout à fait oublié, lorsque hier dimanche, Malbert qui, le matin encore, debout à son état, servait ses pratiques, sentit tout à coup de cruelles et effrayantes atteintes, avec tous les symptômes de l'hydrophobie, qui prirent un développement rapide et épouvantable, auquel *on crut devoir opposer le poison, non certes comme remède*, car la science en connaît elle contre la rage? *mais comme moyen de délivrance pour le malheureux et de sécurité pour les habitans, surtout pour sa famille!* Malbert a laissé une femme toute jeune et deux enfans en bas-âge dont il était le seul appui. »

Il nous est impossible de croire à la réalité de ce fait, ni de concevoir son exactitude, sans d'autres détails plus précis. Nous ne nierons pas, quoique ceux qui le rapportent ne l'aient jamais vu, qu'on n'ait pu, trop souvent, terminer ainsi la vie de malheureux enragés, soit par le poison, soit par l'asphyxie en les étouffant sous un lit; mais nous nous félicitons que depuis bien long-temps ce mode barbare ait disparu de nos mœurs, et nous ne comprendrions pas que qui ce soit, un médecin surtout, vînt, en la renouvelant, méconnaître ainsi les droits sacrés de l'humanité; il est assez pénible déjà de voir la science impuissante à guérir une aussi effroyable maladie; mais pour se soustraire aux dangers que laisseraient à craindre ceux qui en sont atteints, il reste assez de moyens, tels que ceux que l'on emploie contre les fous furieux, et d'autant plus faciles encore que la terminaison fatale ne se fait pas long-temps attendre, et qu'il n'est nullement prouvé que l'homme en proie à cette horrible affection soit porté, comme les animaux, à se ruer sur ses semblables, à les mordre, ainsi qu'on le dit.

Que, dans ce cas, on ait prescrit comme calmant et à forte dose un narcotique quelconque, et que, pendant l'effet du remède, le malheureux ait succombé aux accès de sa cruelle maladie, il est possible que sans autre explication la foule ardente se soit abusée sur la véritable cause de sa mort; mais il ne faut pas laisser se répandre de pareilles erreurs, et nous ne saurions protester trop vivement contre l'interprétation du but supposé à l'administration d'un médicament pouvant empoisonner, mais qui n'a point été donné pour cela, nous osons en répondre. Car si la société s'arroge le droit d'infliger la mort en punition d'un crime, comme un exemple, une expiation morale, hors de là elle ne peut, de prime abord, retrancher de la vie aucun individu, quelque dangereux qu'il soit; or, il n'est pas davantage laissé à l'arbitre d'un médecin d'abréger d'un seul instant les jours qu'une mort inévitable accorde encore à celui pour qui le terme de ses souffrances serait un bienfait, fût-ce même dans l'intérêt des autres. Autrement ce serait en quelque sorte ressusciter cette ancienne loi des Spartiates qui faisait mettre à mort tous les enfans difformes et les vieillards impotens, reconnus inutiles au service de la république. Et quel est l'homme, et le médecin surtout, qui voudrait se faire aujourd'hui l'exécuteur d'un tel mandat.

Luxation traumatique de la seconde vertèbre cervicale, datant de sept mois, réduite par une méthode particulière; par le docteur Jules Guérin.

A Monsieur le Président de l'Académie des Sciences.

Monsieur,

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie un mémoire relatif à un cas de luxation de la seconde vertèbre cervicale, datant de sept mois, réduite, sans aucun accident, par une méthode particulière. Le cas dont il s'agit me paraît offrir de l'intérêt sous plusieurs rapports.

1° Et d'abord, la luxation, quoique le résultat d'une chute sur le menton, ne s'est effectuée que le surlendemain de l'accident, sous l'influence de la contracture musculaire.

2° On sait qu'il n'existe encore, à l'égard des luxations des vertèbres cervicales et de leur curabilité, aucune donnée ni indication précise. Les caractères des différentes variétés de cette luxation n'ayant pas été établis jusqu'ici spécialement, par rapport à chacune d'elles, j'ai cherché à fixer ces caractères pour la variété qui s'est offerte à moi.

J'ai cherché surtout à établir les conditions dans lesquelles la moelle épinière est plus ou moins directement compromise. C'est d'après ces données que j'ai été conduit à déterminer les cas où il y a possibilité ou non, danger ou non, de tenter la réduction de la luxation. Or, cette détermination était d'autant plus difficile, qu'il n'existe sur ce point aucun accord entre les auteurs, les uns conseillant la réduction, les autres la regardant comme presque nécessairement mortelle. Pour donner une idée de l'état de la science et de l'art à l'égard de ce point remarquable de chirurgie, j'ai joint à ce mémoire trois consultations données séparément par trois chirurgiens des plus famés de la capitale. On verra, par ces consultations, que MM. Marjolin, Sanson et Bouvier avaient émis tous les trois une opinion plus ou moins différente sur la nature de la lésion, et que deux d'entre eux, MM. Marjolin et Bouvier, avaient déclaré qu'il y avait danger à tenter la réduction. M. Lisfranc seul, consulté postérieurement, s'était rangé entièrement à mon opinion.

3° Conduit par l'analyse du mécanisme suivant lequel la luxation de la vertèbre s'était effectuée, j'ai employé pour la réduire un mécanisme analogue, mais dirigé en sens opposé; c'est-à-dire qu'arrivé à cette conviction : que le déplacement de la vertèbre s'était opéré consécutivement à la rupture des ligamens, et d'une partie des surfaces articulaires, sous l'influence de l'action de certains muscles, j'ai cherché à mettre en jeu, en sens inverse, les muscles antagonistes, et j'ai pu, au moyen de mouvemens de la tête et du cou dirigés dans cette vue, ramener graduellement la vertèbre luxée à sa place. Cette réduction s'est opérée, en quelques séances, sans aucune espèce d'accident. Tous les caractères de la luxation ont successivement disparu, et la jeune fille, après trois mois de traitement consécutif destiné à consolider la guérison, a le col parfaitement droit et peut exécuter tous les mouvemens de la tête et du col avec la plus grande liberté. J'ai joint à mon mémoire deux dessins représentant la malade avant et après la réduction.

Outre l'intérêt des questions que soulève le cas dont j'ai cru devoir entretenir l'Académie, il m'a paru encore mériter son attention par sa rareté et son authenticité. C'est le premier cas, je pense, de guérison d'une luxation des vertèbres du cou datant de sept mois.

Agréez, etc.

Notice sur une nouvelle substance médicinale, appelée Paullinia; par M. N.-A. Gavrelle, d.-m.-p.

M. le docteur Gavrelle, qui a exercé pendant plusieurs années la médecine au Brésil, y a souvent employé la Paullinia, produit provenant de l'arbuste du même nom (*paullinia sorbilis*), famille des *sapindacées*, dont le fruit ressemble pour la couleur au cacao; odeur *sui generis*, saveur amère, analogue à celle du ratanhia.

On le prépare en séparant les graines des capsules; on les expose au soleil jusqu'à ce que le tégument se sépare par la seule pression; puis on le triture et on le réduit en poudre fine.

M. de Chastetus y a trouvé de la gomme, de l'amidon, une

matière résineuse d'un brun rougeâtre ; une huile grasse, du tannin et une substance cristallisable jouissant des propriétés chimiques de la caféine.

Au Brésil et les pays voisins on le donne en tisane en mêlant sa poudre au cacao, dans les diarrhés et dysenteries et comme tonique. En ayant fait venir en France, M. Gavrelle s'en est servi avec succès dans les chloroses, les convalescences longues, les paralysies dites essentielles, le dévoiement des phthysiques, la migraine, etc.

Mode d'administration.

D'après les expériences nombreuses que nous avons faites avec le plus grand soin, nous avons été porté à conclure qu'on doit donner la préférence à l'extrait hydroalcoolique, comme étant la préparation la plus rationnelle et qui représente le plus exactement les propriétés de la plante.

1° Pastilles du Paullinia.

Pr. Extrait hedroalcoolique, 21 gram. et 3 déc.
Sucre aromatisé à la vanille, 560 gram.
Faites S. A. des pastilles de 6 décigrammes.

2° Sirop.

Pr. Extrait hydroalcoolique, 10 gram.
Sirop de sucre aromatisé, 1000 gram.
On peut porter la dose à 14 grammes par jour.

3° Pilules.

Pr. Extrait hydroalcoolique Q. S.; faites S. A. des pilules d'un décigramme avec quantité suffisante de poudre de réglisse.

4° Poudre.

Pr. Poudre de Paullinia, 4 gram.
Sucre aromatisé, 16 gram.
M. et faites un paquet.

5° Teinture.

Pr. Extrait hydroalcoolique, 32 gram.
Alcool à 22°, 500 gram.

6° Pommade.

Pr. Axonge, 64 gram.
Extrait hydrroalcoolique, 8 gram.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur et honoré confrère,

J'estime infiniment les travaux de M. Adelon, mais je n'en ai pas dit toutefois ce que vous m'en faites dire dans votre compte-rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine et, dans l'intérêt de la vérité, comme dans l'intérêt de votre excellent journal, dont l'exactitude estle premier mérite, je vous prie d'accueillir la rectification que je vous adresse.

J'ai invoqué le Traité de Physiologie de M. Adelon, comme les Dictionnaires académiques, uniquement pour établir le sens généralement adopté du mot *sensibilité*, un des chapitres de cet ouvrage contenant sous le titre : *Fonctions de la sensibilité*, l'histoire des sensations ou perceptions cérébrales. Voilà seulement sous quel rapport j'ai cité ce Traité, qui pourrait d'ailleurs l'être sous beaucoup d'autres.

Veuillez agréer, etc., Dr BOUVIER.

4 juin 1840.

— Le chiffre des docteurs gradués par la Faculté de Paris a, de 1823 à 1838, varié par an de 172 à 481. Ce chiffre, à Montpellier, n'a été, dans ce même intervalle de temps, que de 98 dans l'année où a été fait le moins de réceptions, et de 215 dans celle où on en a fait le plus. A Strasbourg, la différence a été plus grande encore ; le chiffre le plus haut des réceptions a été de 57, et le plus faible de 14.

Dans l'année 1839, la Faculté de Paris a gradué 429 docteurs ; celle de Montpellier, 162 ; celle de Strasbourg 23. Le chiffre moyen des réceptions est, par an, à Montpellier, de 120 à 130 ; à Strasbourg, de 25 à 40.

— Nous apprenons que, dans l'affaire d'Albi (empoisonnement par l'arsenic), la fille Basseguy a été acquittée, et Rigal condamné aux travaux forcés à perpétuité, le jury ayant admis à *l'unanimité*, à son égard, des circonstances atténuantes. L'issue de ce procès nous rappelle l'issue tout à fait semblable de celui de Dijon, et nous ne doutons pas que le mémoire de M. Raspail n'ait fortement contribué à cette décision. Nous reviendrons sur cette grave et importante question dans notre prochain numéro.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 11 JUIN 1840. (13e ANNÉE.) N° 69, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

INTOXICATION ARSENICALE.

Défi porté à M. Raspail par M. Orfila. — Acceptation de M. Raspail. — Faux-fuyant de M. Orfila. — Récusation de cinq médecins par le ministère public.

Voici depuis quelques mois la deuxième affaire grave d'empoisonnement par l'arsenic. A Dijon comme à Albi, le réquisitoire scientifique du doyen ne tendait à rien moins qu'à faire tomber deux têtes. Sur quatre, le jury n'en a octroyé aucune. Les pièces du procès de Dijon, dont le compte-rendu avait été si étrangement défiguré par M. Orfila, dans le Journal des Débats, ont été portées en entier et avec la plus complète loyauté, par nous, devant le public médical. Nous en ferons de même aujourd'hui. Les adhérens intéressés du doyen, s'efforceront sans doute de voir encore dans cette publication de l'*acharnement* contre un homme : nous les renvoyons, pour ce mot, à la lettre ci-jointe de M. Raspail. Le ministère public a cru devoir féliciter l'accusateur scientifique de poursuivre le crime dans ses derniers retranchemens. Nous croyons, nous, que les médecins-légistes et tous nos confrères nous sauront gré d'avoir porté quelque lumière dans une question ardue, et consacré nos efforts à donner quelque sauve-garde à de malheureux accusés, parmi lesquels il pourrait, d'un jour à l'autre, se trouver des innocens. Qu'on suppose une réunion de circonstances fatales qui fassent porter les soupçons sur un homme, et qu'avec le pot-au-feu, n'importe par quelle métamorphose successive de procédés, le doyen soit parvenu à extraire quelques parcelles de cet arsenic que M. Couerbe a démontré exister naturellement dans nos organes, et on pourra prévoir les conséquences de telles doctrines et les remords des âmes honnêtes qui auraient contribué à un *assassinat juridique*.

Mais dans l'entraînement de la représentation scénique d'Albi, M. Orfila a cru devoir jeter un défi à M. Raspail; M. Raspail est homme à relever le gant. Voici sa réponse que nous trouvons dans la Gazette des Tribunaux de mardi :

« Monsieur le rédacteur,

» J'évite en général de répondre, dans les journaux, aux attaques plus ou moins directes qui me concernent, persuadé que je suis de n'en avoir nullement besoin.

» Cependant on ne saurait se dispenser, d'après nos mœurs françaises de répondre à un défi, et quand ce défi est lancé par un homme que M. le président de la Cour d'assises d'Albi a qualifié du titre de *prince de la science*, on doit tenir à honneur de ramasser le gant.

» Avant d'accepter ce jugement de Dieu, il m'importe de relever une expression dont un *prince*, sans doute, n'est pas tenu d'apprécier l'inconvenance, mais dont les légistes ne se dissimuleront pas la culpabilité. M. Orfila se plaint, devant la Cour d'assises, en mon absence, de ce que, depuis un an, je me serais *acharné* contre lui, en contredisant ses expériences devant la loi. Je n'ai eu, Monsieur le rédacteur, depuis un an, que deux fois l'occasion d'être invoqué comme expert par la défense. J'ai rédigé mes rapports de telle sorte, que pas une expression n'a été redressée par l'accusation. Je me serais donc *acharné* contre M. Orfila par cela seul que j'aurais cru devoir réfuter ses assertions. Cette personnalité dénote au moins une certaine ignorance des règles de la procédure.

» Est-ce bien, du reste, à M. Orfila à se plaindre de l'acharnement de M. Raspail contre lui? Le public me dispense de retourner la phrase; mais je ne m'occupe nullement moi-même de l'*acharnement* d'autrui; je m'en amuse dans mes livres, parce que l'*acharnement* de certains hommes ne saurait être fait que pour mes menus plaisirs. Devant la justice, je l'oublie, et je m'isole dans mes souvenirs sur ce point.

» M. Orfila m'offre de me prouver combien j'ai été acharné contre lui; j'accepte, à titre de réciprocité. Mais devant quels juges m'appelle-t-il? Devant une société savante de la capitale? Depuis dix ans, M. Raspail a refusé hautement d'entrer dans les plus célèbres, comme membre; il n'ira pas s'y présenter comme partie, on conçoit bien pourquoi.

» Depuis quinze ans, M. Raspail n'a cessé d'écrire contre la constitution vicieuse de nos sociétés savantes. En vertu de l'art. 378 du Code de procédure civile, ces sociétés seraient forcées de se récuser.

» Serait-ce devant l'Académie de médecine? Mais l'Académie de médecine s'est déjà prononcée dans un rapport public, et dans plusieurs séances, contre la fausseté et le danger des expérimentations de M. Orfila. Je ne pense pas que M. Orfila veuille recommencer cette épreuve.

» Laissons donc là les sociétés savantes, et venons-en à un juge qui est plus savant que toutes les sociétés savantes : ce juge, c'est tout le monde, c'est le public. Or, ce juge m'a donné raison à Dijon, à Albi et dans la capitale. Que demande de plus M. Orfila? A faire réviser ces deux procès? Je le veux bien, et autant de fois que cela pourra lui faire plaisir.

» Voici les conditions du défi :

» M. Orfila se charge, sur les fonds de la Faculté, de faire insérer dans tous les journaux de la capitale l'annonce suivante :

» Le ...... juin 1840, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la Faculté de médecine une discussion scientifique entre MM. Orfila et Raspail. Le public en sera juge.

» Ce public se composera de quiconque se présentera muni d'un diplôme de médecin, pharmacien, chimiste, d'avocat, avoué, notaire, juge et homme de loi, d'une carte d'élève de quelque école publique que ce soit. Les premiers bancs seront réservés aux médecins, pharmaciens et élèves en médecine humaine ou vétérinaire.

» Voici le programme de la discussion :

» 1° Le système d'expertise légale, tant préconisé par M. Orfila depuis un an, a-t-il obtenu une seule sanction d'un corps savant? — Je soutiendrai la négative;

» 2° M. Orfila ne l'a-t-il pas tellement modifié que chaque modification presque en a été la condamnation? — Je soutiendrai l'affirmative;

» 3° Est-il un seul système d'expertise préconisé par M. Orfila, que, sur les réclamations de la presse, M. Orfila n'ait modifié ou condamné dans la suite? — Je soutiendrai la négative;

» 4° Ne peut-on pas considérer chaque édition des livres de médecine légale de M. Orfila comme une condamnation de l'édition précédente? — Je soutiendrai l'affirmative, les éditions successives étant déposées sur le bureau par M. Orfila;

» 5° M. Orfila a-t-il jamais introduit dans la science, en son nom et de son fait, un procédé que la science ait adopté? — Je soutiendrai la négative;

» 6° Le rapport rédigé par M. Orfila, dans l'affaire d'Albi, peut-il être considéré comme document judiciaire? — Je répondrai non, et m'engage à prouver qu'il n'est pas un accusé, si innocent qu'il soit, que je ne puisse faire passer comme coupable à la faveur d'une telle méthode.

» Enfin, si, à la demande de l'assemblée, qui votera au scrutin secret, il devenait nécessaire de procéder à des essais et à des expériences, M. Orfila sera tenu de mettre un laboratoire de la Faculté à la disposition de M. Raspail, un laboratoire complet, dont M. Raspail seul aura l'entrée.

» Le programme ainsi posé, M. Orfila acceptera-t-il? Je suis prêt. Mais il n'acceptera pas; par une bonne raison qui me dispense de dire toutes les autres.

» Quoi qu'il soit, M. le rédacteur, je vous invite, *et au besoin je vous requiers* de donner place à cette réclamation dans votre plus prochain numéro, ainsi qu'à mon rapport d'expertise dont vous avez un exemplaire entre les mains, et vous prie de me croire, etc.

F.-V. RASPAIL. »

Voici maintenant la réponse de M. Orfila :

Paris, ce 9 juin 1840.

Monsieur le Rédacteur,

Personne ne peut se méprendre sur l'esprit qui a dicté la lettre de M. Raspail, insérée dans votre numéro d'hier. M. Raspail aimerait mieux soutenir une controverse devant *tout le monde* que de faire juger ses opinions par l'Institut ou par l'Académie royale de médecine. Les questions qui font le sujet du débat étant des plus ardues, chacun a déjà décidé qu'il est préférable de les soumettre au jugement des hommes éminens qui font partie de ces corps savans, qu'à celui de la foule presque toujours ignorante. Mais, puisque c'est un parti pris, et que je me vois encore condamné à subir l'inconcevable argumentation de M. Raspail en matière médico-légale, je me bornerai à dire qu'il est *faux* que l'Académie se soit jamais prononcée contre le danger de mes expérimentations. Loin de là, cette compagnie s'est empressée de donner à mes travaux une marque non équivoque de son approbation, en ordonnant leur publication dans le volume de ses Mémoires qui paraîtra incessamment.

Agréez, etc.,

ORFILA.

Ainsi, M. Orfila porte un défi; ce défi est accepté, et M. Orfila recule.

Quant au démenti donné à M. Raspail, il roule sur un jeu de mots. L'Académie avait à prononcer sur deux méthodes de traitement de l'empoisonnement par l'arsenic : celle par la saignée préconisée par M. Orfila, et celle par les toniques soutenue par M. Rognetta. Une commission fut nommée, des expériences nombreuses furent faites; presque tous les animaux traités par la saignée succombèrent, presque tous ceux traités par les toniques ont survécu. Voilà le résultat proclamé en pleine académie par les propres amis du Doyen; voilà comment l'Académie a implicitement reconnu le *danger* de ses doctrines.

Ce n'est, du reste, pas la première fois que M. le Doyen combat à reculons. On se souvient qu'après ce rapport académique, une nouvelle commission fut nommée pour continuer les expériences. M. Burdin, président, se présenta chez M. Orfila pour lui demander un local dans les pavillons de l'Ecole; M. le Doyen refusa, comme il refuse aujourd'hui la discussion acceptée par M

FEUILLETON.

RAPPORT D'EXPERTISE LÉGALE

Rédigé à la requête de la défense, relativement à une accusation d'empoisonnement portée devant la Cour d'Assises d'Albi (Tarn), contre les nommés Rigal et Marie-Anne Basseguy;

Par F.-V. RASPAIL.

(Suite du n° 67.)

Sous le rapport chimique, la constitution physique de l'individu ne change en rien les termes de la question. Il ne s'agit, en effet, ici, que d'établir la présence ou l'absence d'une substance vénéneuse et non sa quantité pondérable. Peu importe que telle constitution soit dans le cas d'absorber une plus grande quantité de poison que telle autre. Les procédés que vous employez sont en état de révéler, dites-vous même des traces inoffensives; ils ne doivent pas laisser échapper des quantités mortelles; que la dose ait été plus ou moins faible, que l'individu ait été plus ou moins disposé à l'absorber.

En assurant que l'opinion contraire est une hérésie physiologique, je ne fais que traduire l'opinion de tous les auteurs qui, depuis cinquante ans, ont traité *ex professo* des questions toxicologiques.

Hérésie légale : Vous qualifiez *d'insuccès chimique* le résultat négatif de votre laborieuse analyse. Cette expression est contraire à l'esprit et à la lettre de notre procédure criminelle. La mission qu'on vous a confiée ne consistait pas à trouver, quand même, du poison dans les matières soumises à votre investigation; elle consistait à en faire l'analyse d'après les règles de l'art, et à divulguer vos résultats, sans vous préoccuper de l'intérêt de la défense ou de l'accusation. Tout résultat obtenu est l'élimination d'une inconnue; c'est une solution du problème; c'est un succès pour la cause de la vérité; l'accusation elle-même s'en félicite, que ce résultat soit accusateur ou justificatif; car l'accusation a autant à cœur de poursuivre le coupable que de protéger l'innocent. Elle vous avait consultés comme chimistes, en vous invitant à fermer les yeux comme témoins : elle vous avait invités à dire toute la vérité, mais rien que la vérité, en ce qui est de votre compétence spéciale; vous êtes sortis des limites de votre compétence, en ajoutant quelque chose de plus que la vérité fournie par le résultat de votre analyse. Ce quelque chose de plus a jeté le doute dans la conscience de l'accusation, et l'a déterminée à invoquer le secours d'une nouvelle expertise qui va faire le sujet de notre examen.

Chapitre quatrième. — *Examen du travail critique et analytique de MM. Orfila, Devergie et Lesueur.*

MM. Orfila, Alphonse Devergie et Lesueur ont été chargés en vertu d'une commission rogatoire : 1° de donner leur avis sur les rapports d'expertise de MM. les médecins et pharmaciens d'Albi; 2° de soumettre à l'analyse quelques résidus du cadavre échappés à l'analyse des experts d'Albi.

1° Nous avons déjà émis notre opinion sur la valeur des inductions qu'ils ont cru devoir tirer, sous une forme dubitative, des signes symptomatiques et nécroscopiques observés par MM. les docteurs-médecins d'Albi. Nous n'aurons à nous occuper ici de leur critique que dans sa partie exclusivement chimique.

« L'analyse des experts d'Albi, disent les experts de Paris, nous a paru faite d'après les règles les plus récentes de l'art, et nous n'avons que des éloges à donner sur les procédés qui ont été employés dans presque toutes les opérations qui ont été faites. »

Or, MM, les experts de Paris professent, depuis près d'un an, la doctrine qu'à la faveur de ces procédés, la chimie est en état de recueillir les *traces les plus fugitives* du crime d'empoisonnement. Donc ils auraient dû conclure avec nous, que Thérèse Larroque, femme Rigal, n'a pu être empoisonnée, puisque les procédés de la puissance la plus transcendante ne sont pas parvenus à déceler dans tout le cadavre la moindre trace de poison. Je ne saurais m'expliquer comment MM. les experts de Paris n'ont pas tiré cette conséquence d'une manière explicite, si ce n'est en soupçonnant que MM. les experts sont persuadés qu'en toute sorte de cas, il est de leur devoir d'experts assermentés devant la loi, de ne jamais se montrer tout à fait hostiles aux suspicions du parquet. Les parquets de France n'ont jamais prétendu à de telles déférences. Quand ils consultent des savans, c'est pour s'éclairer au flambeau de leur science, et non pour leur imposer une conviction venue d'ailleurs.

MM. les experts de Paris devaient répondre hardiment : *Non, Thérèse Rigal n'a pas succombé à un empoisonnement par l'arsenic*, car nos procédés que MM. les experts d'Albi ont suivi de tout point, ont été préconisés par nous, comme étant infaillibles sur la présence du poison dans les organes les plus exigus d'un cadavre présumé empoisonné.

Nous nous attendions dès la première phrase de leur rapport à cette conclusion catégorique et nécessaire. A sa place nous rencontrons des restrictions critiques dont nous allons évaluer la portée.

1° Relativement à l'analyse de l'estomac opérée par MM. les experts d'Albi, voici comment s'expriment les experts de Paris.

« Il ne faudrait pas conclure (de ce que, dans l'expérience comparative qui a été faite, en mettant deux grains d'acide arsénieux dans l'appareil de Marsh, on a obtenu des taches arsenicales, et que l'on n'a rien obtenu de semblable avec une petite quantité de liqueur d'ébullition) qu'il ne pouvait pas y avoir une très petite quantité d'arsenic dans cette liqueur d'ébullition; en effet deux grains d'acide arsénieux dans l'appareil de Marsh, fourniraient une quantité d'arsenic capable de noircir complètement la surface de dix assiettes de porcelaine. »

Je n'insisterai pas sur le nombre de dix assiettes, car on pourrait aller même jusqu'à soixante avec deux grains d'arsenic déposés dans le petit appareil de Marsh. Mais je déclare ne pas comprendre et saisir le joint de cette critique. Est-ce la comparaison que vous attaquez? Elle est pourtant indiquée à l'expérience par la logique et les règles de l'art? Voulez-vous soutenir que la quantité d'arsenic renfermée dans un liquide provenant d'organes empoisonnés peut être si faible que l'appareil de Marsh n'ait plus de prise sur elle? Mais vous vous constituez dès-lors en flagrante opposition avec tout ce que vous avez avancé jusqu'à ce jour. N'avez-vous pas soutenu hautement qu'à l'aide de l'appareil de Marsh, l'expertise est en état de surprendre les traces les plus fugitives du crime? Or, MM. les experts d'Albi ont soumis, maintes fois les liquides provenant des organes à l'épreuve de l'appareil de Marsh, dont la réponse a été chaque fois négative, alors que, dans l'hypothèse d'un empoisonnement, elle aurait dû être positive dès la première fois; et, dès la première fois, et sans égard pour toutes les suivantes, vous signalez déjà une anomalie, vous rétractez vos principes, vous révoquez en doute l'infaillibilité de l'appareil toxicologique le plus délicat que vous ayez préconisé! J'avoue que je ne comprends plus rien à votre système d'expertise légale.

Raspail ; il refusa, et fit appeler son adversaire devant M. le préfet de police.

Le nouveau refus de M. Orfila est présenté avec cette *exquise politesse*, ce *ton d'urbanité* et de *convenances* que l'on retrouve dans toutes les paroles et dans tous les écrits du doyen. Il refuse parce qu'il ne veut pas se soumettre au jugement *de la foule presque toujours ignorante*..... Or, cette foule ignorante que proposait M. Raspail, se composait de docteurs en médecine, en pharmacie, en droit, pourvus de leur diplôme !!!! (*V.* la lettre de M. Raspail.)

Nous ajouterons encore un fait qui fera connaître combien est sincère et logique le choix des juges qee désire M. le doyen, et que le ministère public lui réserve.

A Albi, le sort intelligent avait fait sortir les noms de CINQ MÉDECINS. Il semblait que le ministère public aurait dû s'applaudir de ce hasard heureux ; une partie du jury devenait ainsi compétente dans une question scientifique. Eh bien ! le croiriez-vous, les *cinq médecins* ont été impitoyablement récusés par le ministère public, et M. Orfila a été appelé à pérorer devant des hommes sans connaissances spéciales et qui ne pouvaient apprécier la force et la justesse de ses argumentations.

Et pourtant, voyez à quel point les discussions que nous avons soulevées ont jeté du doute et de la réserve dans les esprits. La Gazette des Tribunaux, que l'on n'accusera certainement pas d'hostilité envers M. Orfila, fait suivre le compte-rendu du procès d'Albi, de cette phrase que nous reproduisons textuellement :

« Il paraît certain que plusieurs des jurés qui ont participé au verdict ont déclaré, après l'audience, que la conviction du jury s'était formée de preuves prises en dehors des expériences chimiques. Nous croyons devoir faire connaître cette circonstance à cause de l'extrême importance que la question médico-légale a souvent dans les affaires d'empoisonnement, et à cause même de l'influence que doit exercer en semblable matière le nom de M. Orfila. » (Gazette des Tribunaux, lundi et mardi 8 et 9 juin 1840.)

Comprenez-vous maintenant, intéressés et maladroits apologistes des doctrines soutenues par *l'homme influent* du jour, comprenez-vous le motif de nos discussions polémiques, et la noble et consciencieuse opposition de M. Raspail.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

Erysipèle phlegmoneux. (Suite du n° du 21 mai.) (1)

L'érysipèle, en général, n'est pas une inflammation qu'on puisse provoquer ou produire à volonté. Pour mortifier et anéantir des tissus en aussi peu de temps, comme il le fait, il faut qu'il soit d'une nature spéciale. Nous avons déjà vu, et nous connaîtrons mieux encore plus tard, que ses caractères dépendent de la nature et de la structure des parties qu'il affecte. Etudions aujourd'hui les principales causes sous l'influence desquelles se développe l'érysipèle phlegmoneux dont nous nous occupons.

Toute lésion, toute blessure de la peau ou des parties sous-jacentes, qui comporte ordinairement de l'inflammation peut occasionner le phlegmon diffus par le simple voisinage des tissus altérés. Ainsi, d'abord l'érysipèle ordinaire, puis l'anthrax, le furoncle, etc., donnent souvent lieu à l'érysipèle phlegmoneux consécutif ou par complication. Il résulte souvent aussi de la propagation du travail pathologique, qui n'occupe primitivement que les bords d'une solution de continuité causée par toutes sortes de plaies, incisions du derme ou quelque accident que ce soit. Le phlegmon diffus est particulièrement amené par suite d'opérations d'amputations des membres ; et alors, dans ce dernier cas, il ne se borne pas à occuper la circonférence de la partie attaquée, il s'étend rapidement sur toute sa surface, et pénètre même plus ou moins profondément entre les différentes couches musculaires.

Il est assez ordinaire de voir le phlegmon survenir à raison d'une simple piqûre, soit qu'il succède à l'inflammation franche et à découvert qu'elle a pu produire, soit qu'il ait pour cause une inflammation sourde née par suite de la stagnation du pus que pourra occasionner l'occlusion du point d'ouverture ; supposons, par exemple, la pointe fine d'une épée pénétrant à l'avant-bras, au-delà de l'aponévrose, et la piqûre se refermant. L'inflammation qui tend à se produire dans la partie profonde peut être combattue et repoussée au-dessus de l'aponévrose, par la compression des muscles qui sert en quelque sorte de résolutif ; alors emprisonnée là entre l'aponévrose et la peau, elle attaquera ou la couche folliacée, ou la couche feutrée du tissu cellulaire intermédiaire, d'où résultera un phlegmon simple ou un phlegmon diffus, variables l'un et l'autre, comme nous l'avons dit, pour leur marche et leur terminaison, suivant la nature des portions qu'ils affectent. Car, dans le premier cas, phlegmon simple, ce sont les parties apportées par le sang, qui s'amoncèlent sous forme de lamelles hypertrophiées, s'enflamment et finissent par devenir purulentes et s'éliminer ; tandis que dans le phlegmon diffus, comme il n'y a pas d'inflammation adhésive, les vaisseaux en deviennent le siége, ils s'oblitèrent, se gangrènent et font mourir tous les tissus environnans : c'est dans les intestins, au milieu des vacuoles, que l'inflammation et la mortification se déclarent et se propagent.

Aucune condition d'âge, de sexe, de maigreur ou d'embonpoint ne favorise plus ou moins particulièrement cette affection, en tant qu'on la considère comme un accident simple, isolé, soustrait à l'influence de constitutions vicieuses, de dispositions physiologiques ou pathologiques individuelles qui peuvent l'occasionner ou l'aggravent ; car il est bien certain que chez le vieillard qui en sera atteint, cette maladie altérera plus profondément des tissus qui ont perdu de leur vitalité, qu'alors elle sera plus active, plus intense et plus rapidement gangréneuse. Il est hors de doute que les mêmes effets se feront mieux sentir, pour les conséquences, sur des individus déjà tourmentés par quelque affection viscérale ou autre ; sur des enfans scrofuleux, tuberculeux, etc. : toutes choses qui y prédisposent, outre qu'elles la rendent plus dangereuse.

Il en est de même quand il existe encore quelqu'autre maladie accidentelle qui facilite le développement du phlegmon, tels que boutons, furoncles irrités ou ulcérés ; l'incontinence d'urine et toute lésion des organes génitaux, avec ou sans fistule ; un gonflement œdémateux d'une partie, accompagné ou suivi d'une sorte d'érythème, etc.

Quant aux régions du corps qui sont le plus sujettes à cette affection, il n'y a guère de particularités à faire remarquer, elle les atteint presque toutes indifféremment. Néanmoins, elle est peut-être plus fréquente aux organes génitaux externes, aux grandes lèvres et même au sein, chez les femmes ; également chez l'homme au pénis et au scrotum.

Ce que nous avions déjà dit de la marche et du mécanisme de l'érysipèle phlegmoneux, avant d'avoir jeté ce rapide coup d'œil sus les causes principales auxquelles il est dû, pourrait peut-être nous dispenser de revenir sur ses dangers. Il est bon, cependant, à notre avis, de fixer davantage l'attention sur ce qui, dans sa terminaison, est inévitable, et sur ce qu'il y a de moins désavantageux à espérer dans ses conséquences, après quoi nous indiquerons aussi les principaux moyens qu'il faut mettre en usage pour tâcher de l'obtenir.

L'érysipèle phlegmoneux est, en général, une affection plus grave que la phlébite externe et l'angéioleucite dont nous avons parlé : on peut y succomber, moins rarement. S'il est étendu, il se fait sur le système circulatoire une vive réaction qui compromet bientôt le système nerveux, et sans cela suffit seule pour amener plus ou moins promptement les plus fâcheuses conséquences ; car, à la mortification des tissus qui se fait nécessairement, ne voyons-nous pas succéder une difformité irrémédiable plus ou moins profonde, mais qui ne serait pas le plus grave inconvénient s'il ne survenait pas inévitablement une suppuration quelquefois longue et abondante, au point qu'elle peut finir par occasionner l'infection purulente, la phlébite interne, et par suite, ou même indépendamment de ces complications, une diarrhée, un épuisement progressif et général qui amènent l'extinction de la vie.

Si l'on est assez heureux pour conjurer cette fatale terminaison, il reste au moins quelques traces de la maladie indiquées par une déperdition de substance ou par des cicatrices qui, suivant leur siége, leur étendue et leur profondeur, peuvent entraîner la gêne dans l'exercice des fonctions d'un organe ou un simple désagrément plus ou moins désavantageux.

L'érysipèle phlegmoneux n'est pas encore également grave, relativement aux parties qu'il affecte ; il est bien plus redoutable en effet quand il atteint les organes génitaux externes de l'homme ou de la femme, les paupières, l'aisselle et plusieurs autres régions, partout en un mot où le tissu cellulaire est abondant et lâche, ce qui favorise singulièrement l'expansion du mal en étendue et en profondeur ; c'est au crâne, par exemple, qu'il est le plus à craindre, car siégeant entre l'aponévrose et le péricrâne, dans le tissu cellulaire qui est intermédiaire si peu serré, il ne tarde pas à envahir toute la superficie de la tête, en s'étendant si facilement entre les couches qui sont superposées, et rien n'est tant à redouter que de le voir pénétrer à l'intérieur par la communication des filamens, des

(1) Le mot *sous-aponévrotique* (au lieu de *susa ponévrotique*) qui se trouvait dans nos notes, nous a fait faire plusieurs erreurs graves quant à la définition, à la distinction et au siége des différentes espèces de phlegmons ; pour rétablir d'une manière juste les idées de M. Velpeau à ce sujet, il faut substituer aux deux premiers alinéas le paragraphe suivant :

« *L'érysipèle phlegmoneux*, encore connu sous le nom de *phlegmon diffus*, s'entend ordinairement de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, en supposant que cette inflammation ne soit pas circonscrite, qu'elle soit en nappe. Par conséquent, il diffère essentiellement du *phlegmon*, en ce que celui-ci est un noyau d'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, tandis que l'érysipèle phlegmoneux consiste dans une plaque, dans une nappe d'inflammation.

Dans ces définitions, les mots *inflammation du tissu cellulaire sous-cutané* ne sont pas exacts ; il est mieux de dire que le *phlegmon* est une inflammation *par noyau* du tissu cellulaire *superficiel ou profond*, et que ce *phlegmon diffus* est une inflammation étendue *en nappe* du tissu cellulaire *superficiel ou profond*. Mais surtout il faudrait supprimer le mot *érysipèle* ; car il y a souvent inflammation du centre d'un membre, sans rougeur à la peau. Pris d'une manière générale relativement à la maladie qui nous occupe, le nom d'érysipèle phlegmoneux convient fort peu ; cependant il est des cas particuliers dans lesquels il y a réellement un érysipèle phlegmoneux ; ce sont ceux dans lesquels un érysipèle pur, existant d'abord isolément, se complique ensuite d'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané. »

(*Note du rédacteur des leçons de M. Velpeau.*)

2° MM. les experts de Paris ajoutent :

« Chez la femme Rigal, des vomissemens avaient eu lieu pendant cinq jours ; tout l'arsenic, s'il avait été pris, avait été rejeté, en supposant qu'il se fût trouvé à l'état de dissolution dans la soupe qui a été mangée ; la liqueur d'ébullition de l'estomac pouvait donc ne contenir qu'une proportion très petite de ce métal, proportion telle, qu'il faut une grande habitude de l'appareil de Marsh, pour condenser la manière arsenicale sur la porcelaine. »

Cette assertion est contraire à l'expérience, contraire à tout ce qu'ont assuré jusqu'à ce jour les chimistes les plus renommés, et MM. les experts de Paris eux-mêmes.

D'abord à l'expérience : il est impossible qu'un organe provoqué au vomissement pendant cinq jours par la présence de l'arsenic, n'en ait pas absorbé une forte dose ; je porte le défi le plus formel de nous prouver expérimentalement le contraire.

Secondement : Berzélius, Valentin Rose et Henry Rose son fils, n'ont jamais procédé autrement que par l'analyse des parois stomacales, depuis que Valentin Rose a donné la formule de cette opération.

Troisièmement : elle est contraire à la doctrine professée par MM. les experts de Paris. Car eux qui soutiennent que l'arsenic passe dans le sang, ne sont pas en droit de supposer qu'il en reste si peu dans les parois stomacales. Nous ne nous arrêterons pas à le prétention qui termine la phrase ; elle est à l'adresse de l'amour-propre ; nous ne la détournerons pas de sa destination. Nous nous contenterons d'assurer que l'appareil de Marsh est celui qui se prête le mieux à l'habileté la plus vulgaire, c'est un instrument qui agit tout seul et par lui-même, et se passe de l'habileté du coup de main.

3° MM. les experts de Paris émettent le regret « que MM. les chimistes d'Albi n'aient pas traité les parois de l'estomac par l'acide nitrique et le produit par l'appareil de Marsh ; elles eussent fourni une proportion plus considérable d'arsenic, puisqu'elles contenaient la portion du poison absorbée, et qui n'a dû être cédée à l'eau que dans une faible proportion pendant la durée de l'ébullition. »

Nous sommes portés à croire que c'est par un *lapsus calami* que, dans cette phrase, *l'imparfait* se trouve à la place du temps hypothétique du *conditionnel* ; car nous ne saurions penser qu'en dépit des indications négatives de l'analyse chimique, MM. les experts de Paris regardent comme un fait démontré à tous les yeux, que Thérèse Rigal a succombé à un empoisonnement.

Mais, quant au principe émis dans cette phrase, nous n'hésitons pas à le déclarer contraire à tout ce que nous a appris l'expérience, et à tout ce que professent les chimistes les plus célèbres de l'Europe, ceux surtout qui ne nous ont pas habitués à les voir changer de théories toxicologiques tous les ans.

Les experts d'Albi ont suivi le procédé de Valentin Rose dans l'analyse des parois stomacales de Thérèse Rigal. Ils ont cherché à décomposer ces parois par l'ébullition au moyen de l'alcali, afin d'éliminer et de transformer en arseniate soluble, toute la quantité d'arsenic qui, dans l'hypothèse d'un empoisonnement au moyen de cette substance, se serait immanquablement combinée avec les tissus de cet organe.

Il n'est rien moins que démontré que l'acide nitrique eût donné des indications plus précises que la potasse ; l'opinion de MM. les experts de Paris n'est basée sur aucune expérience capable de faire foi en chimie. En effet, ces messieurs n'ont à citer à l'appui qu'une seule expérience, une seule, faite par l'un d'eux. Or, il en est en chimie comme en jurisprudence : un témoignage isolé est de nulle valeur ; pour introduire un résultat dans la science, il est nécessaire d'en avoir répété plusieurs fois l'expérience, de l'avoir corroboré par de nombreuses contre-épreuves, par de nombreuses réactions. C'est par la méthode contraire qu'on s'expose à changer d'idée tous les ans, et à se contredire à chaque nouvelle mission toxicologique. Mais la chimie exacte s'attache plus religieusement à ne pas doter la science de ces fréquentes contradictions.

Examinons l'expérience sur laquelle MM. les experts de Paris fondent le reproche qu'ils adressent à NM. les experts d'Albi.

« L'un de nous, disent-ils, M. Devergie, a fait l'expérience suivante qui vient appuyer cette assertion, et dont les expériences de M. Orfila pouvaient faire entrevoir les résultats. L'estomac d'un chien empoisonné avec six grains d'acide arsénieux, a été parfaitement lavé, puis il a été soumis à deux ébullitions successives pandant une heure dans l'eau distillée ; les parois stomacales traitées ensuite par l'acide nitrique ont fourni plus d'arsenic à l'appareil de Marsh, que les liqueurs d'ébullition n'en avaient donné. »

Or, cette expérience n'offre aucun caractère de l'exactitude dont la chimie positive ne se départ jamais, alors même qu'il ne s'agit pas d'une question qui intéresse la vie des accusés : ensuite elle n'est nullement comparative avec l'expérience invoquée par MM. les experts d'Albi, et ne saurait être opposée à ces derniers.

Et d'abord elle manque du caractère d'exactitude et de précision que la chimie recherche. M. Devergie assure avoir obtenu *plus* d'arsenic de l'une que de l'autre liqueur d'essai. Ce *plus* n'a pas été constaté à la balance, mais par la simple appréciation des yeux ; cette appréciation est de nulle valeur en chimie, parce qu'elle ne saurait être susceptible de vérification, et ne peut se traduire en formule. Pesez les quantités respectives, ne les évaluez pas par une simple approximation. La balance, qui n'est qu'une métaphore en justice criminelle, est une inexorable réalité en chimie analytique.

Cette expérience n'a aucun rapport d'opposition avec l'expérience des experts d'Albi ; car les experts d'Albi ont procédé à l'ébullition au moyen d'une eau alcaline, et non pas seulement au moyen d'une certaine quantité d'eau pure et distillée. Votre comparaison devait tomber, non pas sur les produits de l'ébullition par l'eau distillée et sur ceux de l'ébullition par l'acide nitrique, mais sur les produits de l'ébullition par une eau alcaline et sur ceux de l'ébullition par l'acide. Or, il est probable que vous auriez obtenu, en procédant de la sorte, une quantité d'arsenic moindre, approximativement, par le procédé au moyen de l'acide, que par celui de l'alcalinité, ou qu'au moins vous auriez constaté que les résultats sont, à la simple vue, trop variables et trop voisins les uns des autres, pour n'avoir pas recours à la balance, dont l'aiguille seule peut faire foi.

Ce que j'ose certifier, sans crainte d'être démenti par l'expérience directe, c'est que l'arsenic n'aurait pas pu échapper à l'expérience, telle qu'elle a été exécutée par MM. les experts d'Albi, si Thérèse Rigal avait été victime d'un empoisonnement au moyen de cette substance.

La cour pourrait ordonner que l'expérience soit refaite en sa présence, en faisant administrer à un animal six grains d'arsenic, en soumettant à l'appareil de Marsh, les produits de l'ébullition des parois stomacales traitées, une portion par l'eau alcaline, et l'autre par l'eau acidulée. Elle se convaincrait qu'il est impossible que les traces d'un empoisonnement puissent échapper à l'un, comme à l'autre procédé, et que le regret émis par MM. les experts de Paris est fondé, plutôt sur une considération personnelle, que sur un principe avéré.

8° MM. les experts de Paris appliquent les mêmes expressions de leurs regrets à l'analyse faite, par MM. les experts d'Albi, des intestins et des raclures de la langue du cadavre de Thérèse Rigal, se fondant, disent-ils, sur ce que cette analyse n'a pas porté sur les parois du tube intestinal.

petits vaisseaux qui traversent les os. Au tronc, où il est moins dangereux qu'au scrotum et au crâne, il est cependant plus grave qu'aux membres, à cause de la proximité des viscères qu'il peut intéresser s'il est un peu profondément situé ; enfin aux membres, il doit inspirer moins d'inquiétude, parce qu'il est plus facile de l'y borner quand il ne s'y arrête pas lui-même, et parce que les traces qu'il y laisse sont en général moins désavantageuses.

La gravité de l'érysipèle phlegmoneux varie encore suivant la cause qui l'a occasionnée ou qui l'entretient, en raison de sa nature qui est quelquefois virulente. C'est ainsi que survenant en quelque point des organes génito-urinaires, l'uretère, par exemple, à la suite d'une lésion provenant d'une maladie syphilitique, il gagnera rapidement tout le périnée, le scrotum, les cuisses, souvent remontera aux régions iliaques et jusqu'au ventre. Alors on conçoit qu'en général, sous de pareilles influences, il soit plus dangereux que sous l'action d'une cause extérieure du traumatique.

Au résumé, l'érysipèle phlegmoneux est une affection grave; on doit le voir par cet aperçu succinct des causes qui le produisent et du pronostic qu'elles entraînent, quand même on n'en jugerait pas ainsi par l'activité et l'énergie des moyens curatifs qu'il faut lui apporter, tels que l'emploi de larges incisions, du fer rouge, des sangsues en grande quantité, etc., différens moyens de le guérir dont nous allons nous occuper quand nous aurons préalablement dit un mot d'un premier traitement à lui opposer pour tenter de l'amortir dès le début, et d'arrêter son invasion ; nous voulons parler de la compression.

Ce sera le sujet d'un prochain article. X...

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Calcul d'oxalate de chaux. Homme de 67 ans. Lithotritie, par M. Leroy d'Etiolles. Guérison.

Le 9 mars, est entré à la Maison de médecine opératoire un ancien chef d'escadron âgé de soixante-sept ans, d'un tempérament sanguin-lymphatique. Ce malade nous dit qu'en 1833 il a fait une maladie très grave dont il ne peut indiquer la nature ; il prétend seulement avoir été saigné largement et à plusieurs reprises. Nous serions tentés de croire que cette affection siégeait dans les centres nerveux. La physionomie présente un peu de stupeur ; les mouvemens sont lents ; le pouls, qui est plein, ne donne que quarante et quelques pulsations par minute ; la constipation est habituelle, et ne peut être vaincue que par des lavemens ; l'organisme est sous l'influence d'une asthénie très prononcée, bien qu'il existe de l'embonpoint. C'est à l'époque dont nous parlons que M. B. fait remonter l'origine de sa pierre.

Il y a un an environ que, s'étant livré avec ardeur à la chasse, il rendit du sang en assez grande quantité : cette hématurie ne s'est reproduite qu'une fois dans les mêmes circonstances. Des graviers ont été rendus à de rares intervalles.

Etat actuel des organes urinaires. Aucune douleur dans la région des reins ni dans l'intérieur de la vessie. Les envies d'uriner ne sont pas plus fréquentes que d'ordinaire; pesanteur sur le fondement coïncidant avec l'existence des hémorrhoïdes ; léger dépôt albumineux ; enfin démangeaison au bout de la verge.

Le 12 mars, M. Leroy d'Etiolles, après avoir constaté la présence d'un calcul de la grosseur d'une petite noix, ainsi qu'un état fongueux du col et un engorgement de la prostate, procède à un premier broiement. La pierre est saisie et brisée à l'instant même. Il est probable qu'une seule séance aurait suffi, mais les fragmens ne sont pas expulsés ; ils s'engagent dans la portion membraneuse de l'urètre, où ils séjournent : nous les repoussons à l'aide de la manœuvre que nous avons déjà décrite.

Le 17 mars, une deuxième séance a lieu avec un lithotribe à cuiller, afin d'amener au dehors les débris qui ne sortent pas. Le lendemain, après l'introduction d'une sonde en gomme, le malade rend du sang et est pris d'un accès complet de fièvre intermittente avec des vomissemens bilieux assez abondans.

Le 20 mars, troisième séance, pendant laquelle on introduit trois fois les instrumens, qui ramènent une assez grande quantité de détritus pulvérulent.

Le 23 et le 26 mars, M. Leroy d'Etiolles ne trouve plus rien, et il annonce au malade qu'il est complètement débarrassé. En effet, la vessie de M. B. remplit parfaitement ses fonctions, les douleurs au bout de la verge ont cessé, et la pression des instrumens, ainsi que l'introduction répétée de la sonde pour évacuer les dernières portions d'urine, ont fait passer la prostate à l'état naturel, phénomène que nous avons vu survenir dans plusieurs circonstances.

Le malade dont nous venons de rapporter l'histoire, présente un cas intéressant sous le rapport pratique. Nous allons entrer dans quelques considérations à ce sujet.

1° Quelle est la cause présumée de l'affection calculeuse? Ici l'étiologie de la maladie paraît assez évidente. Il est probable que sous l'influence de l'atonie vésicale que nous avons signalée, les matériaux solidifiables de l'urine se seront déposés ; de là, l'origine du catarrhe et de la pierre. A quoi tient ce défaut de réaction du réservoir urinaire? A plusieurs causes : ou bien à une atteinte profonde portée au système nerveux lors de la première maladie, ou bien à l'état fongueux du col de la vessie et à l'engorgement de la prostate, phénomènes pathologiques qui expliquent dans beaucoup de circonstances ces prétendues paralysies qui ne sont que l'effet des causes dont nous venons de parler.

2° M. B. doit s'estimer très heureux d'avoir reçu dans son pays les soins d'un praticien éclairé, car il eût pu demeurer dans cet état fort long-temps ; les symptômes de l'affection calculeuse étant, pour ainsi dire, masqués chez lui par la paresse de la vessie. Il y a bien eu, il est vrai, hématurie à deux reprises différentes ; mais ce symptôme ne s'étant pas reproduit, on l'a considéré comme une simple exhalation sanguine. Sans l'existence de douleurs au bout de la verge, l'attention du médecin n'aurait peut-être pas été éveillée et la vie de ce malade eût été gravement compromise, car le calcul eût grossi sans détériorer probablement la constitution. C'est dans des cas semblables, en effet, que l'on voit les pierreux jouir en apparence de la plus belle santé ; mais des accidens apparaissent tout à coup, et alors la lithotritie ainsi que la taille deviennent d'une application très difficile, parce que le nombre des séances doit être fort considérable, la vessie ne se débarrassant qu'avec peine des fragmens que l'on est obligé d'aller chercher avec un lithotribe à cuiller. Pendant ce ce temps la constitution peut fléchir et le malade être emporté; mais si le broiement présente des dangers, la lithotomie ne doit guère rassurer, car toutes les fois qu'à la suite de cette opération le calculeux tombe dans l'affaissement, qu'il n'y a pas de réaction, le pronostic doit être fort grave. L'expérience nous confirme tous les jours la vérité de ces principes que nous avons puisés auprès des hommes qui opèrent avec tant de succès dans la Maison de Médecine opératoire. Y.

Académie de Médecine. — Séance du 9 juin.

Le prochain fascicule des mémoires de l'Académie contiendra :

1° L'éloge de Biett par M. Ferrus ;

2° Le travail de M. Sédillot sur la variole et la vaccine;

3° Le mémoire de M. Jobert sur la cystocèle vaginale.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Bouillaud, relatif aux fonctions du cerveau et du cervelet.

M. Castel combat la valeur des expériences de M. Bouillaud. Il dit, à propos des pigeons présentés à la dernière séance, que M. Bouillaud était venu défendre son opinion *unguibus et rostro!*

M. Rochoux attaque quelques passages du discours de M. Gerdy, surtout ceux relatifs aux propriétés vitales et à la méthode expérimentale.

M. Bouillaud monte à la tribune, et défend avec une grande force de logique et des faits ses propres opinions relatives aux fonctions du cervelet et la méthode expérimentale que M. Gerdy avait si vigoureusement attaquée. Il reproduit les observations les plus remarquables qu'il a faites sur des animaux qui avaient servi à ses expériences, et fait sur leur état des remarques physiologiques et pathologiques intéressantes.

M. Gerdy fait une réplique pleine de saillies piquantes qui ont excité tantôt l'hilarité à son avantage, tantôt des murmures. Il s'excuse sur le reproche qu'on lui a fait de s'être laissé aller à sa vivacité dans l'improvisation de la dernière séance ; il préfère, dit-il, la colère, qui n'est chez lui qu'un acte de franchise, d'expansion du cœur, à l'hypocrisie de certains hommes qui, en vous traitant avec des formes mielleuses, éprouvent dans le cœur une tempête affreuse qui les dévore !

M. Orfila regarde avec étonnement M. Gerdy.

Clôture. Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport sur la nomination des membres correspondans.

— L'inauguration du monument de Gutenberg, inventeur de l'imprimerie, aura lieu à Strasbourg, le 21 de ce mois. La fête durera trois jours : les 24, 25 et 26 juin 1840.

De la Tympanite, de ses complications et de son traitement

Par le docteur Josat de Romagnat, membre de plusieurs établissemens de charité, etc.

Paris, librairie de Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Médecine légale théorique et pratique ; par Alph. Devergie, professeur-agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine-légale ; revue et annotée par J.-B.-F. Dehaussy de Robécourt, conseiller à la cour de cassation. Deuxième édition, entièrement refondue. Tome III, in-8°, 1840.

A Paris, chez Germer-Baillière ; à Londres, chez H. Baillière.

Prix des trois volumes : 21 francs.

Il nous semble que MM. les experts de Paris n'ont pas bien relu la phrase dont se servent MM. les experts d'Albi ; car ceux-ci déclarent (§ 15) avoir traité les parois des intestins coupés par morceaux, comme ils avaient traité l'estomac ; et n'avoir pas obtenu une réaction plus positive d'un empoisonnement arsenical. Il serait bon, quand on critique devant la loi, de se donner préalablement la peine de lire.

Au reste, les résultats négatifs de l'analyse des parois stomacales auraient suffi, à eux seuls, pour réfuter toute supposition d'empoisonnement arsenical; car il est impossible que dans un cas d'empoisonnement, les tissus de l'estomac ne s'imprégnant pas d'arsenic.

4° La seule réaction, dans le cours de la laborieuse analyse de MM. les experts d'Albi, qui offre quelque peu d'analogie avec les réactions arsenicales, est l'une de celles qu'ils ont obtenues dans l'examen de deux ou trois taches qui se trouvaient sur les draps de la défunte, vers le bord du lit. MM. les experts d'Albi ayant essayé le liquide provenu de la solution de ces taches dans quatre onces d'eau distillée, par le sulfate de cuivre ammoniacal, le liquide a verdi instantanément, et donné un précipité vert-pomme ainsi que le font les arséniates. Le nitrate d'argent ammoniacal a donné un précipité blanc (§ 18).

Mais déjà la réaction du nitrate d'argent contredit celle du sulfate de cuivre ; car le nitrate d'argent doit précipiter en jaune l'acide arsénieux et les arséniates ; et en rouge-brique, l'acide arsénique et les arsenites. Deux réactions contradictoires se détruisent réciproquement. D'un autre côté, il suffit que ces taches aient renfermé une certaine quantité, soit de jus de café, soit même d'un sel de fer, pour produire au contact du sulfate de cuivre ammoniacal, le précipité vert-pomme le plus analogue avec l'arseniate de cuivre.

Enfin que signifierait l'indication de trois petites taches, venues on ne sait d'où, sur un drap de lit, en présence de l'indication contraire de l'analyse détaillée d'un cadavre tout entier? Aussi MM. les experts d'Albi n'en ont tiré aucune conséquence ; car, disent-ils dans leur conclusion (§ 20), nous ne pouvons tirer aucune conclusion sérieuse du fait isolé (le précipité vert-pomme, § 18).

MM. les chimistes de Paris ont été plus exigeans dans leur critique : « Ici, disent-ils, nous nous demandons pourquoi, ayant obtenu un précipité vert-pomme assez prononcé, en tout semblable à celui qu'a donné une dissolution arsenicale préparée comme liqueur de comparaison, on n'a pas cherché à réduire ce précipité, pour en extraire l'arsenic, dans la supposition où il aurait été arsenical ; pourquoi surtout une portion de la liqueur d'ébullition n'a pas été traitée par l'acide sulfurique (sans doute hydrosulfurique.) »

Nous ferons remarquer que les mots *assez prononcé* sont ajoutés par MM. les experts de Paris ; ensuite, qu'on ne fait pas l'analyse de deux ou trois taches, avec la latitude que laisse l'analyse d'un cadavre entier. Comment chercher à réduire le précipité de deux ou trois taches impondérables? Ce serait un de ces tours de force qu'on rêve en écrivant, mais qu'on se garde bien de tenter en opérant ; car ce serait presque tenter l'impossible, et consacrer un temps bien long à d'infiniment petites et grandement équivoques réactions.

Cependant il nous semble que l'exigeance de MM. les experts de Paris a été prévue par MM. les experts d'Albi, car ils ont soin de faire observer (§ 18), qu'ils n'ont pu réduire le métal par l'appareil de Marsh ; expressions que MM. les experts de Paris auront probablement négligé de lire.

Quant au traitement par l'acide hydro-sulfurique, que MM. les experts de Paris reprochent à MM. les experts d'Albi d'avoir négligé, le reproche est évidemment trop isolé; et nous ne voyons pas pourquoi on ne leur adresserait pas le reproche de n'avoir pas essayé le produit liquide d'une quantité impondérable, par l'appareil de réduction de Valentin Rose, par le sulfate ammoniacal de cuivre, par l'acide nitrique, par l'odorat et par tous les autres réactifs indicateurs d'une préparation arsenicale. Il paraît pourtant que, même aux yeux de MM. les experts de Paris, cette multiplicité de réactions en petit doit être d'une difficulté extrême ; car ces messieurs ont eu à leur disposition jusqu'à 180, et puis 80 et 30 grammes de substance à examiner, quantités très pondérables, et ils n'ont pu soumettre ces quantités qu'à une ou deux réactions.

4° A l'occasion de l'analyse du cadavre tout entier par l'ébullition, MM. les experts de Paris s'expriment de la manière suivante :

« Cette analyse a porté sur la totalité des organes, et les experts se sont servis du premier procédé proposé par M. Orfila, procédé d'une exécution plus délicate et moins sûre dans ses résultats, que celui dont M. Orfila a conseillé l'emploi à une époque un peu moins éloignée, c'est-à-dire le procédé qui consiste à traiter le bouillon évaporé, par l'acide nitrique. »

Ainsi, MM. les experts d'Albi ont eu tort de préférer un procédé d'abord préconisé par M. Orfila, à un autre procédé que M. Orfila préconisé ensuite. Ce tort évidemment est celui de M. Orfila, ou plutôt de Valentin Rose, l'auteur unique du procédé suivi par MM. les experts d'Albi. Nous ne pensons pas qu'il y ait au monde un chimiste qui voulût leur en faire un reproche ; et MM. les experts d'Albi sont en droit d'attendre pour savoir si M. Orfila n'aura pas bientôt un troisième procédé meilleur que les deux autres, à préconiser encore, avant d'adopter le second de préférence au premier.

En chimie, comme en toute autre profession intellectuelle, il n'y a que l'invariabilité qui fasse autorité ; on s'y méfie de tout ce qui varie trop vite et dans un trop court espace de temps.

Est-il permis de croire que par le procédé employé dans l'analyse du cadavre de la femme Rigal, l'arsenic de l'empoisonnement se fût soustrait à l'investigation chimique?

Non, et mille fois non.

Que demandent de plus les experts de la capitale? Ce qui n'est pas, ce qui n'a pas pu être?

5° Encore un regret terminal de MM. les experts de Paris ! « Nous regrettons beaucoup que MM. les experts d'Albi, disent-ils, n'aient pas agi isolément sur le foie et sur les membres. »

En vérité, il n'y a plus moyen de s'arrêter dans le cours des reproches, une fois qu'on en a pris ainsi le chemin. Mais les chimistes d'Albi ont suivi votre procédé monstrueux. Ils ont fait bouillir tout un cadavre, le foie et les membres compris. Ce procédé est, d'après vous, infaillible, et enlève au crime tout espoir d'échapper à la loi. Ce grand tout n'a rien donné à l'analyse, rien d'accusateur, rien même de suspect ; et vous croyez qu'une minime partie aurait été plus accusatrice? Pourquoi? Parce que, dans une ou deux de vos expériences, vous avez trouvé de l'arsenic dans le foie d'un être empoisonné? Mais le poison du foie et des membres de la femme Rigal se serait-il montré rebelle à la dissolution par cela seul qu'il aurait été traité de compagnie avec tout le reste du cedavre? Nous n'insisterons pas davantage ; la cour appréciera sans doute, à leur juste valeur, des reproches de cette nature ; à nos yeux, et nous ne craignons pas d'être démentis par aucun chimiste, ils n'ont pas le moindre fondement.

6° Mais MM. les experts de Paris ont été mis par l'accusation en demeure de se livrer à la contre-vérification du travail analytique de MM. les experts d'Albi.

80 grammes du liquide trouvé dans l'estomac de la femme Rigal,

30 grammes de liquide provenant du traitement par l'eau, du

produit de l'incinération du tube intestinal,

180 grammes de résidu du bouillon de tout le corps ont été livrés à l'examen de MM. les experts de Paris.

Cette quantité est plus que suffisante pour constater un empoisonnement par l'arsenic.

Or, toutes les réactions auxquelles on a soumis ces substances, ont donné des résultats entièrement négatifs, toutes, à l'exception d'une seule, qui est encore trop équivoque, pour que MM. les experts de Paris osent s'y arrêter, et dont nous allons examiner en détail l'expression. « Une partie des 80 grammes du liquide renfermé dans l'estomac, ayant été soumise à l'appareil de Marsh, a fourni sur la porcelaine, une quinzaine de petites taches jaunes, légèrement ardoisées à leur centre, très miroitantes, et semblables, quant à l'aspect, aux taches jaunes arsenicales. »

En supposant que ces taches fussent de l'arsenic, l'expérience de ces Messieurs offre-t-elle des conditions d'exactitude et de précaution qui permettent de l'accepter comme une preuve ou même une probabilité d'empoisonnement?

Non.

Car ces Messieurs n'ont pas pris soin de nous dire si préalablement ils se sont assurés de la pureté de leurs vases et de leurs réactifs; et les vases et les réactifs renferment souvent de l'arsenic. Nous ne savons rien sur les moyens de transport et les imprévoyances du voyage. Il faut enfin que l'instruction judiciaire renonce à l'usage de ces analyses d'emballage qui sont dans le cas de faire dépendre l'innocence et la vie d'un accusé des accidens et procédés de transport et des imprécautions d'un simple conducteur de roulage.

Ensuite, comment se ferait-il que le liquide de l'estomac qui n'avait pas donné une seule tache à Albi, sur des quantités considérables, en ait donné quinze sur 80 grammes à Paris? L'appareil de Marsh fonctionne partout d'une manière uniforme; il fonctionne indépendamment du plus ou moins d'habileté réelle ou présumée du manipulateur. Dans le cas d'un empoisonnement par l'arsenic, l'appareil de Marsh doit couvrir plusieurs assiettes de taches arsenicales, si le liquide qui est soumis à ses indications provient du liquide de l'estomac.

D'un autre côté, quinze petites taches d'arsenic ne représentent peut-être pas un millionième de grain d'arsenic. Or, il n'est peut-être pas de cadavre qui, sur un point ou un autre de sa capacité, ne puisse donner un égal nombre de taches et même un nombre supérieur, alors même qu'on ne saurait pas élever le moindre soupçon d'un empoisonnement par l'arsenic.

Mais ces taches sont-elles de l'arsenic? Les réactions démontrent le contraire, même d'après les principes professés par MM. les experts de Paris. En effet, elles se sont facilement volatilisées par la chaleur; mais ce caractère convient à bien d'autres substances non vénéneuses; elles se sont dissoutes à froid et très rapidement dans l'acide nitrique; caractère qui convient également à mille substances qui ne sont point de l'arsenic.

Mais le résidu traité par le nitrate d'argent n'a pas permis *d'obtenir la moindre coloration rouge de brique*: ce que, d'après MM. les experts de Paris, l'arsenic ne manque jamais de produire. Donc ces taches n'étaient pas douées du caractère de l'arsenic, et de simples taches de *crasse*, ainsi qu'en ont obtenu déjà MM. les experts de Paris, de l'appareil de Marsh, se seraient comportées, avec les réactifs ci-dessus, exactement comme les quinze petites taches recueillies par eux de leurs 80 grammes de liquide.

Considérer donc ces taches comme arsenicales, alors qu'elles refusent de fournir la principale réaction de l'arsenic, c'est se constituer en contradiction formelle avec tout ce qu'on a écrit; c'est se jeter dans l'arbitraire des déterminations; c'est secouer la règle invariable, et ne vouloir plus juger que d'après le bon plaisir.

Le témoin qui se contredit devant la loi ne mérite plus confiance; son témoignage doit être non avenu.

Je résume ce chapitre.

1° Si le précipité *vert pomme* obtenu par MM. les experts d'Albi (§ 18) de la réaction de trois petites taches du drap de lit, provenait de la présence de l'arsenic dans la substance de ces taches, il est de toute impossibilité que le reste de l'analyse n'ait fourni en tout que des réactions négatives d'un empoisonnement par l'arsenic ou autres substances métalliques.

2° Si les quinze petites taches obtenues par MM. les experts de Paris, de 80 grammes du liquide de l'estomac, étaient des taches d'arsenic, il est de toute impossibilité que MM. les experts de Paris en eusent obtenu un aussi petit nombre, et que MM. les experts d'Albi n'en eussent pas obtenu du tout, dans le cas où la femme Rigal aurait succombé à un empoisonnement par une substance arsenicale.

3° Mais les principaux caractères de ces taches et de ce précipité demontrent que ces taches et ce précipité n'étaient rien moins que de nature arsenicale.

Conclusion de notre rapport.

1° Les symptômes de la maladie ne sont pas tellement caractéristiques d'un empoisonnement, qu'ils ne conviennent à une foule de cas de maladie spontanée.

2° Les lésions nécroscopiques peuvent être en partie des effets cadavériques. Mais ni les unes ni les autres ne caractérisent un empoisonnement, plutôt qu'une maladie inflammatoire de l'organe digestif.

3° La brusque invasion du mal, sa marche rapide et sa terminaison funeste peuvent éveiller les soupçons, mais n'autorisent point une accusation formelle. On a vu et on voit tous les jours des maladies spontanées se déclarer d'une manière aussi prompte et se terminer aussi vite par la mort.

4° Tout empoisonnement se démontre par l'analyse chimique; les résultats positifs de l'analyse, simplement qualitative, ne sont pas toujours des preuves immédiates; mais ses résultats négatifs sont toujours une irréfragable réfutation, alors qu'il s'agit de poisons présumés métalliques.

5° Or, l'analyse n'ayant pas même rencontré des traces appréciables d'une substance métallique vénéneuse dans le résidu de tout le cadavre de Thérèse Rigal,

Il ne saurait être permis d'émettre même le soupçon que Thérèse Rigal ait succombé à un empoisonnement par une substance métallique, et encore moins par l'arsenic.

6° Thérèse Larroque femme Rigal a pu puiser le germe de la maladie qui l'a conduite au tombeau dans une foule de circonstances qui accompagnent un déplacement, un voyage, les contrariétés des affaires, le changement d'habitude, de nourriture et de boissons. Il nous serait facile d'assigner plus d'une cause pour ainsi dire mécanique capable de porter dans le tube digestif le désordre et la désorganisation, avec tous les caractères d'invasion brusque et instantanée, de marche rapide et de terminaison prompte, qu'a offerts la courte maladie de Thérèse Rigal; et nous devons ajouter que dans le cas que nous avons en vue, les médicamens employés pour soulager Thérèse Rigal, n'auraient été propres qu'à exaspérer le mal et à en favoriser les progrès d'une manière funeste, quoique cependant ils soient indiqués par les auteurs les plus en crédit.

7° Je m'explique donc très bien la maladie de Thérèse Larroque femme Rigal, sans avoir recours à l'hypothèse d'un empoisonnement. Il me serait impossible d'expliquer le cas d'un empoisonnement par l'arsenic, ou autre substance métallique, en présence de l'analyse chimique faite sur les lieux et même à Paris.

Le corps du délit manque donc absolument.

L'accusation ne saurait persister davantage.

Telle est mon opinion; elle résulte de l'examen consciencieux des divers rapports d'experts, et des principes les plus généralement avoués en chimie et en expertise légale.

En foi de quoi j'ai signé, ce douze mai mil huit cent quarante.

F.-V. RASPAIL.

Monsieur le Rédacteur,

Veuillez accueillir avec votre impartialité ordinaire la réclamation que j'ai l'honneur de vous adresser.

J'ai appris par votre journal, et par d'autres voies aussi, qu'on cherche à vendre un portrait de mon père peint par Mérimée. Ce portrait est en effet le double du grand portrait de famille que j'ai dans mon salon. Il a long-temps appartenu à la seconde femme de mon père: lorsqu'elle est décédée il y a deux ans, tout son avoir échut, malgré mes vives démarches, à ses héritiers normands, qu'elle ne connaissait même pas, et qui firent tout vendre.

On ne trouva chez elle aucune disposition testamentaire en ma faveur, bien qu'il fût de notoriété publique que ce qu'elle possédait provenait entièrement de mon père. Telle est l'explication que j'ai cru de mon devoir de faire connaître, en vous priant d'agréer les sentimens distingués avec lesquels j'ai l'honneur d'être votre dévoué confrère,

Scipion PINEL.

Nouvelles recherches sur la membrane hymen et les caroncules hyménales, avec figures peintes d'après nature ou tirées des iconographies anciennes et modernes; par C. DEVILLIERS fils, médecin du bureau de bienfaisance, etc. — Paris, 1840. In-8°, de 54 pages. — Béchet jeune et Labé.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 13 JUIN 1840. (13e ANNÉE.) N° 70, TOME 2. — 2e.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5[illegible]

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Thérapeutique de l'affection typhoïde. (Suite du n° du 28 mai.)

Expectation, ou méthode expectante. M. Rostan rappelle à son auditoire que lorsque l'Académie de médecine se fut saisie de la question qui nous occupe en ce moment, et eut chargé plusieurs médecins des hôpitaux de se livrer à certaines épreuves thérapeutiques, lorsque chacun vint exposer au sein de cette assemblée le résultat de ses observations, il se trouva parmi les expérimentateurs des praticiens qui, ayant traité leurs malades par l'expectation, ou pour mieux dire, ne les ayant soumis à aucune sorte de traitement actif, avaient néanmoins obtenu les mêmes résultats, et partant le même nombre de guérisons que ceux qui avaient employé une thérapeutique active. Ainsi, au sein des dissidences de ce corps médical, occasionnées par la préférence que quelques-uns de ses membres accordaient à la saignée, et d'autres aux purgatifs, on vit surgir une nouvelle méthode de traitement aussi favorable dans ses résultats que les deux méthodes actives qui préoccupaient principalement les esprits.

M. Rostan reconnaît avec réserve l'efficacité de la méthode expectante. Je suis loin de contester, dit-il, les succès proclamés par certains praticiens : je me plais à les reconnaître véridiques ; mais aussi, je pense qu'ils représentent des guérisons obtenues dans des cas d'affection typhoïde légère. L'expectation restera assurément dans la thérapeutique de l'affection qui nous occupe ; mais elle restera comme méthode exceptionnelle, applicable aux cas de peu d'intensité. Il serait dangereux d'adopter cette méthode de traitement si la fièvre typhoïde présentant une forme franchement inflammatoire, sévissait chez un sujet fort. La saignée, chez eux, est aussi hautement indiquée que les topiques pour ceux qui présentent la forme adynamique ; et, dans un cas comme dans l'autre se condamner à l'inaction et faire de la médecine expectante serait une chose excessivement dangereuse pour les malades.

Enfin, presque chaque cas de fièvre typhoïde arrivée à une certaine période repousse l'emploi de toute sorte de médication active, et l'expectation devient alors nécessaire. C'est au moment où chaque forme de l'affection typhoïde ayant reçu l'application des agens thérapeutiques qu'elle réclame, il convient enfin d'en suspendre l'emploi. Bien entendu que ce ne sont pas les cas de cette nature qu'il faut invoquer pour proclamer les merveilles de la méthode expectante, car elle n'est arrivée qu'en second ou en troisième lieu.

Méthode révulsive : révulsifs cutanés. Quand les émissions sanguines ne sauraient plus être employées sans crainte de voir les malades tomber dans la prostration adynamique, les révulsifs cutanés deviennent alors d'un grand secours et agissent d'une manière très favrable.

M. Louis les blâme même jusqu'à les proscrire. Ce praticien leur adresse le reproche d'augmenter la fièvre et l'irritation ; ensuite, dit-il, souvent ils produisent localement la gangrène ; il y a sphacèle du point sur lequel on les applique, et le concours de ces circonstances tue les malades. Nous pouvons vous certifier que ces craintes sont mal fondées, et pour vous convaincre, nous en appellerons au n° 12 de la salle Sainte-Jeanne, qui jusqu'à présent a eu cinq vésicatoires, et chez lequel nous avons vu du jour au lendemain le pouls descendre de 103 à 96 lorsqu'on a appliqué le dernier. Chez tous les autres malades qui ont eu des vésicatoires, l'état du pouls a été également étudié avec soin, et dans presque tous les cas on a constaté un ralentissement plus ou moins sensible du cours du sang ; dans ceux où la sédation de la circulation n'a pas eu lieu, des circonstances particulières ont rendu constamment compte de ce fait.

Pour ce qui concerne la gangrène, nous sommes loin de partager à son égard les craintes de M. Louis, lorsqu'elle vient à se manifester. Loin d'être un inconvénient, elle doit être considérée comme une crise favorable ; la révulsion énergique qui en résulte occasionne à la vérité une douleur intense, et la convalescence est alors de longue durée, mais aussi on doit la regarder comme étant plus assurée ; ce qui ne peut aucunement être mis en ligne de compte avec la douleur qu'occasionne l'emploi de cet agent thérapeutique, et la crainte de voir la maladie se terminer d'une manière funeste.

Vous voyez, Messieurs, que j'émets aujourd'hui les mêmes principes que je vous ai exposés en parlant du traitement de la pneumonie ; mais j'ai cru devoir y revenir aujourd'hui pour vous démontrer que l'efficacité des mêmes moyens se rencontre également dans une affection qui, loin d'être le résultat d'une simple inflammation, réclame le concours d'une cause spécifique pour se déclarer; il était donc nécessaire d'y revenir.

Je pense donc qu'à une certaine période du typhus, lorsque les émissions sanguines ne peuvent plus être employées sans inconvénient, et que d'autre part la nécessité d'agir ne permet pas au praticien de se renfermer dans le système de l'expectation, je pense, dis-je que les révulsifs cutanés deviennent alors d'un grand secours. Il est vrai qu'ils réussissent moins souvent que les émissions sanguines ; mais il faut songer aussi que leur emploi arrivant après celles-ci, c'est-à-dire lorsque les seules saignées n'ont pas amené assez d'amélioration pour que la maladie puisse être abandonnée sans crainte à son cours, que les conditions au milieu desquelles on les applique sont plus défavorables.

Méthode purgative. Existe-t-il des indications d'après lesquelles il faut se décider à employer cette méthode; ou bien les purgatifs doivent-ils être employés dans tous les cas indistinctement ?

Voyant le peu de succès qu'on obtenait dans le traitement de la fièvre typhoïde par les méthodes jusqu'alors employées, M. Larroque eut la pensée d'employer les purgatifs dans tous les cas. Considérant l'affection qui nous occupe non comme une simple inflammation, mais comme le résultat d'une intoxication générale, cet auteur songea qu'il fallait détruire attaquer la cause à part, cette cause essentielle, particulière qui y avait donné lieu. C'est par suite de ce raisonnement que M. Larroque est arrivé à administrer les purgatifs dans tous les cas; méthode de traitement au moyen de laquelle il est réellement parvenu à obtenir un grand nombre de succès.

Depuis, M. Larroque a eu des imitateurs qui ont essayé sa méthode, et qui ont obtenu des résultats divers. J'ai dû aussi essayer la méthode purgative afin de pouvoir la juger d'après ma propre expérience ; et pour que l'épreuve n'impliquât pas le moindre doute, nous avons employé les purgatifs dans des cas d'affection typhoïde bien caractérisés. Tous les malades qui y ont été soumis avaient présenté des pétéchies, plusieurs même avaient des eschares au sacrum. Cela doit déjà vous faire pressentir que les purgatifs ont été employés par nous dans des conditions on ne peut plus défavorables. En bien ! malgré ces circonstances fâcheuses, les treize premiers malades qui nous y ont été soumis sont tous guéris, quel que fût d'ailleurs le degré de gravité que la question présentait. Mais nous n'avons pas toujours été aussi heureux, et dans l'emploi ultérieur de la méthode de M. Larroque, nous avons même perdu un plus grand nombre de malades que par les autres méthodes.

Je pense donc qu'il faut attendre encore avant de porter un jugement définitif sur la méthode purgative. Au demeurant, je crois qu'il faut administrer les purgatifs sans se conformer à la méthode de M. Larroque. Tous les praticiens, en outre, ne sont point encore d'accord sur l'époque de la maladie à laquelle il convient de les administrer. M. Guersant les emploie à la dernière période, d'autres les administrent au début ; en un mot, rien n'est encore fixé à cet égard, l'expérience n'ayant point encore suffisamment sanctionné la pratique, soit de M. Guersant, soit des autres praticiens qui agissent autrement que ce médecin habile. Sans rien adopter d'invariable à cet égard, nous avons recours actuellement à la méthode de M. Larroque, lorsque l'indication de purger se présente, quelle que soit d'ailleurs la période à laquelle la maladie soit arrivée.

Méthode par les toniques. Les toniques ont été en butte aux reproches les plus acharnés. En effet, ils n'ont pas donné de grands résultats ; et cela se conçoit, puisqu'étant employés dans les cas désespérés, on n'y a pour ainsi dire recours que pour acquit de conscience : c'est l'extrême-

FEUILLETON.

REVUE DES JOURNAUX.

Cancer encéphaloïde de la vésicule biliaire. — M. Durand-Fardel a recueilli une observation dont voici les points les plus importans. Une femme de soixante-douze ans est entrée le 3 mai 1838 à l'infirmerie de la Salpêtrière ; coliques légères, un peu de diarrhée, pas de fièvre, embonpoint assez considérable. Deux jours après son entrée, elle se laisse tomber de son lit ; la chute a lieu sur le côté droit. Dès-lors teinte ictérique répandue sur toute la surface du corps ; ventre volumineux, souple, sonore partout, un peu douloureux à la pression. Le foie descend un peu au-dessous des fausses côtes droites, hypochondre droit douloureux ; langue sèche ; mains légèrement bouffies ; pouls peu fréquent, un peu dur, dévoiement.

Le lendemain, prostration profonde, l'ictère a un peu diminué. La malade meurt le 8 mai, sans agonie et sans souffrances apparentes.

Autopsie. Vésicule biliaire volumineuse, dure, un peu bosselée ; incisée, il en sort plusieurs masses encéphaloïdes, grisâtres, et une vingtaine de calculs variant de la grosseur d'un pois à celle d'une petite noix. Ils sont friables, taillés à facettes, et varient du jaune au noir ; les parois de la vésicule sont blanches et très épaisses ; de sa face interne on voit s'élever un champignon encéphaloïde, arrondi, assez mou, adhérent, du volume d'un œuf de pigeon. Le canal cystique a disparu, le reste des canaux biliaires ne présente rien à remarquer. Le foie est sain. Le reste de l'autopsie n'offre rien de remarquable, si ce n'est une certaine quantité de sérosité légèrement trouble dans le péritoine, et une tumeur du volume et de la forme d'une petite orange, qui était située au devant du pancréas ; cette tumeur était formée par un sac fibreux, rempli de caillots d'un sang noirâtre mêlés d'une matière molle, pulpeuse et blanchâtre, qui ressemblait à de la matière encéphaloïde ramolli.

M. Durand Fardel a rapporté cette observation comme un exemple de cancer de la vésicule borné à cette poche, sans lésion organique du foie lui-même. Il la fait suivre d'une autre observation où l'on trouva la vésicule pleine de matière colloïde, et s'ouvrant par une large ulcération dans le colon transverse. La femme qui fait le sujet de cette observation avait soixante-douze ans; elle éprouvait des vomissemens, de la diarrhée et des douleurs abominales, surtout du côté droit ; il y avait teinte ictérique prononcée de toute la surface du corps et des conjonctives. L'hypochondre droit était tuméfié et très douloureux au toucher. On sentait au-dessous du rebord des fausses côtes droites une tumeur grosse comme un œuf de poule. Vers le dernier temps de sa vie, le dévoiement était devenu excessif. La teinte jaune de la peau persista jusqu'à la mort.

(*Arch. gén. de méd.*, juin 1840.)

Dentition tardive. — Une femme âgée de quarante-trois ans, souffrait depuis quatre semaines de douleurs dans la tête et dans la mâchoire supérieure ; les gencives étaient enflées ; elle avait la diarrhée. Au bout de ce temps, quatre incisives parurent derrière les quatre dents anciennes. Un an plus tard, les mêmes attaques se sont renouvelées, et au bout de quatre semaines se montrèrent les quatre molaires, qui jusqu'alors avaient complètement manqué. Les parens de cette femme disaient qu'elle avait encore ses dents de lait. (*Idem.*)

Absence complète de la menstruation. — Le docteur Kruger-Hansen cite l'observation d'une femme qui n'a jamais éprouvé le moindre écoulement de sang par les parties génitales. Cette femme, âgée actuellement de cinquante-trois ans, a toujours joui d'une bonne santé ; elle est pleine de force et paraît beaucoup plus jeune qu'elle n'est réellement. Le désir du coït n'a jamais manqué. Il n'y a jamais eu chez elle aucun signe de conception. Aucune perte périodique n'a remplacé chez elle le flux menstruel. (*Idem.*)

Du sulfate de zinc considéré comme vomitif. — Le docteur Toulmouche publie des experiences cliniques sur cette substance. Voici les conclusions qu'il en tire :

1° Le sulfate de zinc, à la dose de 10 centigrammes (2 grains) ne produit presque jamais l'effet vomitif.

2° A celle de 20 centigrammes, il provoque dans un peu plus de la moitié des cas, des vomissemens au nombre d'un à deux, et, dans les deux tiers, des selles liquides.

3° A celle de 30 centigrammes, il fait presque constamment vomir et ne purge que dans la moitié des cas.

4° A celle de 40 centig. (8 grains), il détermine, dans les quatre cinquièmes des cas, la médication vomitive, et, dans le cinquième seulement, celle purgative.

5° A la dose de 50 centigrammes, le même sel provoque dans les deux tiers des cas, l'effet vomitif, et dans un peu plus de la moitié seulement, celui purgatif ; la moyenne des évacuations étant dans l'un et l'autre de trois à quatre.

6° A celle de 60 centigrammes, il détermine toujours des vomissemens.

7° A celle de 75 centig. (15 grains), il ne les provoque que dans le tiers des cas, tandis qu'il provoque des évacuations alvines dans les deux tiers.

8° Enfin, dans un peu plus du tiers des cas, cet agent thérapeutique a produit des coliques en général peu fortes.

Traitement de la goutte militaire. — D'après le docteur Scharlow, dans la blennorrhagie consécutive, le siége de la sécrétion morbide existe non-seulement dans la fosse naviculaire, mais encore sur toute la surface de la muqueuse génito-urinaire, et principalement dans cette partie où viennent s'ouvrir les conduits excréteurs des glandes de Cooper ; il ajoute que ces glandes sont elles-mêmes fréquemment malades et le siége d'une inflammation chronique ; il combat cette altération de vitalité par des cautérisations à l'aide du nitrate d'argent porté sur la muqueuse du canal de l'urètre, jusqu'à la profondeur de 13 à 14 centimètres. Selon que les cautérisations produisent ou ne produisent pas une forte réaction, l'auteur emploie des injections calmantes ou stimulantes.

Revaccinations. — Le docteur Riecke s'est livré à des revaccinations dans quelques communes de Wurtemberg, pendant les années 1838 et 1839. D'après ce médecin, les trois cinquièmes des individus revaccinés ont offert de véritables pustules ; il fait remarquer que dans les communes environnant Stuttgart, ce ne sont que les enfans très chétifs qui arrivent à l'âge de trois ans sans être vaccinés.

Il résulte du travail du docteur Riecke, que c'est chez les individus âgés de douze, treize, quatorze, vingt-un, vingt-deux, vingt-neuf, trente, trente un, trente-deux, trente-quatre, trente-cinq, trente-six ans, que la revaccination réussit le mieux et surtout chez ceux de treize, quatorze et vingt-neuf ans. Dix individus, âgés de vingt-six à trente ans, et qui avaient eu la variole dans leur enfance, se firent revacciner. Chez deux d'entre eux seulement, il y eut développement de véritables pustules.

Sur 3185 individus revaccinés, il y eut 1933 fois des pustules plus ou moins prononcées ; 1252 fois le résultat fut nul.

(*Gaz. méd.*, 6 juin.)

onction thérapeutique, au moyen de laquelle on espère encore relever les malades de l'état adynamique profond dans lequel ils sont tombés.

Employés dans des conditions aussi défavorables, les toniques réussissent néanmoins dans quelques cas.

On s'est écrié contre les praticiens qui emploient les toniques ; on les a appelés incendiaires, et on les a accusés de porter les ravages dans le tube intestinal. Je n'ai pas besoin de vous dire tout de que ces ravages ont d'exagéré. A l'époque désastreuse de la retraite de nos armées, l'hospice de la Salpêtrière fut temporairement affecté au service militaire. Pinel en Landré-Beauvais étaient à la tête du service que je dirigeais pour eux à cette époque. Dans l'espace de six mois, le typhus nous envoya dans les salles 18,000 malades. et sur ce nombre nous n'en perdîmes que 1100. Tous ces malades étaient forts au physique comme au moral, puisque le plus grand nombre faisaient partie de la vieille-garde, tous hommes choisis et depuis plusieurs années habitués aux victoires. Mais ces hommes avaient subi des privations et des échecs ; il étaient maintenant battus par les mêmes hommes qu'ils avaient vus toujours fuir devant eux, et leur moral était profondément frappé. Fallait-il songer à traiter par les saignées des malades qui étaient placés dans de telles conditions ? Nous pensâmes qu'une conduite tout à fait opposée était mieux indiquée, et la totalité de nos malades fut soumise à l'usage intérieur du vin, du musc, du camphre, etc. Vous avez vu plus haut qu'eu égard au nombre total des malades et à la nature de la maladie, la mortalité n'a pas été bien grande.

Vous m'objecterez peut-être qu'il s'agissait du typhus nosocomial et non de l'affection typhoïde, et que ce qui l'applique au premier ne peut servir de règle pour la seconde. Ne vous abusez pas sur ce point ; du plus au moins c'est toujours la même maladie : le fond est le même, il n'y a que l'intensité qui est différente.

Contrairement, donc, à l'opinion d'un grand nombre de médecins et du grand Sydenham lui-même, qui disait qu'il faudrait pendre les praticiens qui donnent des toniques à leurs malades dans les fièvres putrides, nous avons ramené de bien loin, par leur emploi, un grand nombre de malades ; et nous devons vous engager à ne pas les rejeter entièrement.

K...

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lenoir, chargé du service par *interim*.

L'observation suivante renferme un exemple curieux de guérison spontanée d'une hernie entéro-épiploïque frappée de gangrène. Les faits de ce genre ne sont pas très rares ; celui-ci est surtout remarquable par la bénignité des accidens qui suivirent la formation de la gangrène et par la rapidité avec laquelle disparus la fistule stercorale qui en résulta.

Hernie crurale entéro-épiploïque chez une vieille femme, datant de cinq ans. Engouement pendant un mois. Irréductibilité complète de l'épiploon. Pincement de l'intestin, qui est en partie réductible. Gangrène de l'épiploon et de l'intestin. Abcès au pli de la cuisse. Fistule stercorale. Guérison complète et spontanée en vingt-cinq jours, à dater de l'établissement de la fistule ; par M. Saussier, interne.

Le 4 avril dernier est entrée à la clinique, salle Saint-Jean, n. 23, la nommée Marianne Cordier, âgée de soixante-quatre ans, marchande des quatre saisons, d'une constitution peu forte, habituellement bien portante. Il y a cinq ans, sans avoir fait d'efforts, sans cause connue, que l'habitude de porter un éventaire, elle vit paraître insensiblement une petite tumeur dans l'aine droite. Cette tumeur depuis lors augmenta peu à peu de volume, et acquit en trois ans celui qu'elle a maintenant. Elle ne s'est jamais réduite. La malade portait un bandage pour la contenir.

Jusqu'à il y a un mois, elle n'avait jamais été cause d'aucun accident ; mais à cette époque elle commença à devenir douloureuse, et pendant dix jours il y eut des nausées, des vomissemens non odorans, toutefois de la constipation et de l'inappétence. Ces accidens disparurent au bout de dix jours, à l'exception de la douleur, dont la tumeur était le siége ; les selles se rétablirent. Vingt jours après le début des premiers phénomènes, réapparition des nausées sans vomissemens et de la constipation ; entrée de la malade à l'hôpital, le trentième, avec persistance de ces derniers.

Il existe dans le pli de l'aine une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, située au-dessous de l'arcade fémorale, dans le trajet du canal crural, et remontant un peu directement en haut sur l'arcade ; les tégumens glissent sur la tumeur et n'ont pas changé d'aspect ; la tumeur est comme granulée, rénitente ; par le taxis on ne peut la faire diminuer que très faiblement de volume, et au moment où la diminution se fait, il se produit un léger gargouillement ; la pression est douloureuse.

On regarde la tumeur comme formée par une hernie crurale entéro-épiploïque, l'épiploon en consituant la plus grande partie, étant irréductible et l'intestin n'étant que pincé. Le ventre est fréquemment tendu ballonné ; renvois assez fréquens de gaz par la bouche ; inappétence ; faiblesse générale prononcée ; pas de fièvre.

Au moyen d'un lavement purgatif, on n'obtient pas de matières fécales proprement dites ; deux onces d'huile de ricin prises à l'intérieur produisent des selles liquides assez abondantes.

Le 5, les selles sont arrêtées ; la malade demande à manger ; l'intestin rentre toujours dans la tumeur et se réduit avec gargouillement. Douleur un peu plus forte. Trois potages.

Le 8, la tumeur devient tendue, empâtée, un peu rouge, et elle est plus douloureuse.

Le 10, on sent de la fluctuation dans la tumeur, qui forme un bourrelet de trois pouces de long sur un de large dans le pli de l'aine. Un peu de fièvre.

Le 11, on ouvre la tumeur obliquement de haut en bas et de dehors en dedans ; il s'écoule par l'incision une quantité assez considérable de pus, qui exhale une odeur gangréneuse bien caractérisée.

Le 12, on croit reconnaître des matières fécales dans celles qui ont continué à couler en assez faible quantité. On retire des lambeaux d'épiploon mortifiés. Appétit. Cataplasme. Quart.

Le 14, il s'écoule bien évidemment des matières fécales et quelques bulles de gaz s'échappent par la plaie. L'état général est satifaisant.

Le 20, la quantité de matières qui s'écoule diminue chaque jour ; les bords de la plaie s'affaissent ; l'état général est satisfaisant.

Le 5 mai, les matières fécales ne passent plus par la plaie.

Le 10, sortie guérie.

Réflexions. — Il s'agit, comme on voit, d'une hernie du volume d'un œuf de pigeon qui était habituellement soutenue par un bandage, mais irréductible. Sans cause connue, cette hernie s'engoue, se gangrène et donne lieu, au bout de quarante jours, à un anus contre nature qui se guérit en vingt-cinq.

Par le taxis on parvenait à faire diminuer le volume de la tumeur, et même à réduire une portion de l'intestin. Il est probable que toute la partie de cet organe, qui était renfermée dans la hernie, ne pouvait pas rentrer dans l'abdomen ; car, dans le cas contraire, on ne concevrait pas qu'il eut été atteint par la gangrène. D'un autre côté, la possibilité de provoquer des selles assez abondantes prouve que l'intestin n'était pincé que dans une assez faible portion de son calibre.

Ce cas nous paraît aussi simple que possible ; bien qu'il en existe un assez grand nombre d'analogues, on en trouve rarement d'aussi légers. La bénignité des accidens de ce genre est surtout remarquable, lorsqu'on les rapproche de ceux qui accompagnent ordinairement l'opération de la hernie étranglée. Ici la nature a tout fait ; là, le plus souvent l'intervention de l'art est impuissante et suivie de la mort du malade.

L'histoire du fait que nous rapportons ressemble entièrement, dans ce qu'il a d'essentiel, à celle que les auteurs ont tracée de faits analogues. Elle est parfaitement résumée par Boyer, lorsqu'il parle de la gangrène qui survient dans les hernies où l'intestin *n'est que pincé* (Traité des Malad. chirurg., tom. VIII, pag. 148).

« La portion d'intestin pincée s'enflamme, dit-il, et elle tombe bientôt en pourriture si le malade n'est pas secouru à temps et convenablement ; l'inflammation et la gangrène gagnent successivement le sac herniaire et les tégumens qui le couvrent : on voit enfin les matières stercorales se faire jour au travers de la peau, dans une étendue proportionnée à l'invasion des matières dans le tissu cellulaire. » Et un peu plus loin : « Ce cas, très grave en apparence, se termine presque toujours d'une manière heureuse.....; la plaie se ferme entièrement, et tout rentre dans l'ordre naturel. » — Lorsqu'on lit ces mots : « Ce cas, très grave en apparence, *se termine presque toujours d'une manière heureuse* » ; lorsqu'on réfléchit d'ailleurs à la gravité de l'opération de la hernie étranglée, telle qu'on la pratique en général, on regrette, pour ainsi dire, d'avoir lu plus haut ces autres mots : « *Si le malade n'est secouru à temps et convenablement.* »

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies ; par M. Malgaigne.

(Treizième leçon.)

Il m'a paru utile, Messieurs, de résumer sous forme de proposition tout ce que nous avons exposé dans les leçons précédentes touchant le choix et l'application raisonnée des bandages.

1° Pour une hernie inguinale simple, le meilleur ressort est le ressort anglais, qui embrasse le corps du côté sain.

2° Si la hernie est oblique et facile à contenir, il faut choisir une pelote mobile. Dans le cas opposé, la pelote doit être fixe.

3° Il doit toujours y avoir un notable intervalle entre le bout du ressort et la face interne de la pelote, soit qu'on

---

Résurrection d'un asphyxié. — Le docteur Alken, de Bergheim, a recueilli l'observation suivante : « Le 25 janvier 1838, vers sept heures du soir, température de 4 degrés au dessus de zéro, un homme de trente ans tomba dans un puits de douze pieds de profondeur, où se trouvait quatre pieds de vase et un pied d'eau claire. Cet homme se tint debout, adossé contre le mur, ayant de l'eau jusqu'au creux de l'aisselle. Il resta treize heures dans cette position ; des passans l'ayant secouru, le docteur Alken constata les particularités suivantes : Le malade ne donne aucun signe de vie ; couleur cadavérique et froid glacial de tout le corps. Chair de poule sur toute la surface de la peau ; pouls et battemens du cœur nuls, anus ouvert, yeux fixes, bouche fermée, pupilles très dilatées, l'iris insensible à l'action de la plus vive lumière. On remarque un léger mouvement d'expiration, sans mouvement du thorax, ni apparence d'inspiration, revenant toutes les cinq minutes. Les membres se laissent mouvoir dans tous les sens, à l'exception du bras gauche, qui est fortement rétracté. L'auteur diagnostique une congestion sanguine des vaisseaux internes avec apoplexie générale et paralysie des organes cérébraux, produite par le froid. En conséquence, il ouvre les veines du pli du bras et charge trois hommes de frictionner la surface du corps avec une infusion très chaude de moutarde. Des fomentations de même nature sont faites aux pieds et aux mains ; on administre des lavemens de vinaigre, des douches froides et l'on fait brûler de l'esprit de vin sur la région du cœur.

Depuis dix heures du matin jusqu'à deux heures de relevée, il n'y a aucune apparence de mieux. Un autre lavement de vinaigre très chaud est administré de nouveau ; on réitère la douche froide, et on continue de brûler de l'alcool sur la surface du thorax. Au bout d'une demi-heure, l'auscultation fait entendre un sourd battement à la région du cœur ; de faibles pulsations se montrent à l'artère radiale ; bientôt surviennent quelques profondes inspirations, et en même temps le sang coule pour la première fois à l'ouverture des veines. Bientôt il survient une forte réaction, caractérisée par des convulsions, le délire furieux, des cris continuels, et une envie de mordre. Alors, le docteur Alken arrête l'écoulement du sang qui avait été abondant. Au bout d'une demi-heure, le trouble s'apaise ; le calme renaît, et la connaissance revient. Le malade est transporté dans un lit chaud, prend des boissons diaphorétiques, et éprouve, le jour suivant, un accès de fièvre qui nécessite une forte saignée et d'autres antiphlogistiques. Au bout de quelques semaines, le malade était parfaitement rétabli.

Traitement de la blennorrhagie par l'emploi combiné de l'alun et du poivre cubèbe. — Le docteur Matthieu a publié plusieurs observations qui démontrent l'efficacité de l'alun combiné au poivre cubèbe dans le traitement de la blennorrhagie ; c'est après avoir vu M. Ricord employer cette médication, qu'il a eu l'idée de l'essayer. L'un de ses malades a été guéri en trois jours ; la blennorrhagie datait de trois semaines. Le deuxième a été guéri en huit jours ; son mal datait de quinze jours. Enfin, d'autres malades ont vu leur mal disparaître après six et sept jours de traitement.

Voici la formule du docteur Matthieu :

Pr.	Poudre de poivre cubèbe,	64 gram. (2 onces).
	Poudre de sulfate d'alumine (alun),	16 gram. (1/2 once).

Mélangez exactement et divisez en neuf doses, trois doses par jour. Quand la guérison est complète, il faut prolonger l'emploi de cette poudre, mais à doses moindres ; il ne faut pas négliger l'emploi d'un suspensoir, et insister sur les préceptes hygiéniques.

Traitement abortif de l'ophthalmie purulente au moyen du nitrate d'argent. — M. Velpeau a multiplié à l'infini l'emploi du nitrate d'argent dans les nombreuses variétés d'ophthalmie, notamment dans l'ophthalmie purulente.

On sait que cette inflammation, selon les chirurgiens de la Charité, débute constamment par la conjonctive palpébrale chez les nouveaux-nés et les jeunes sujets, et par la conjonctive oculaire chez les adultes ; qu'elle marche avec une telle rapidité, que l'œil finit souvent par se perdre dans l'espace de quelques jours, et que presque tous les traitemens qu'on lui a opposés jusqu'ici sont restés inefficaces.

M. Velpeau triomphe constamment de ce mal, quand le remède suivant est employé avant que la cornée ne soit envahie. Le chirurgien de la Charité se sert d'une solution très chargée de nitrate d'argent : 2 grammes (1/2 gros) de nitrate par 30 grammes (1 once) d'eau distillée. Il fait lotionner toute la surface enflammée, toute la conjonctive purulente, deux ou trois fois par jour. La maladie est ordinairement arrêtée en vingt-quatre heures, de manière à ne plus inspirer de crainte. On continue de la combattre les jours suivans avec la même solution un peu affaiblie, ou par les moyens vulgairement employés contre les ophthalmies simples. Le même traitement est très efficace contre les ophthalmies blennorrhagiques.

Grossesse quadruple chez une femme primipare. — Le docteur Bourdois rapporte l'observation d'une femme de trente-quatre ans, enceinte pour la première fois depuis sept mois, et qui accoucha le 21 avril 1831, à six heures du soir, d'un enfant mâle ; le lendemain matin, à six heures, elle accoucha d'un second enfant du sexe féminin ; immédiatement après un troisième enfant se présenta, il était également du sexe féminin ; peu d'instans après, elle expulsa un quatrième enfant du sexe masculin. Il y eut une nouvelle évacuation des eaux après le deuxième accouchement. Trois de ces enfans vécurent quelques heures ; le quatrième, plus faible, ne vécut que quelques secondes. Il y avait deux arrière-faix : l'un, situé à la partie supérieure de la face latérale droite de l'utérus, présentait trois cordons ; l'autre, situé à la partie supérieure de la face latérale gauche, n'en avait qu'un. La mère survécut à différens accidens qui suivirent son accouchement. (*Journ. des Conn. méd. chir.*, 6 juin.)

Fracture de la colonne vertébrale par cause indirecte. — Le docteur Woets publie l'observation suivante :

Un jeune homme de vingt-un ans ayant tenté de soulever une poutre de bois de chêne qui pesait environ deux mille livres, un des tréteaux qui soutenaient cette pièce de bois vint à tomber, le jeune homme ploya sous l'énorme masse qui reposait sur son dos ; en tombant, il fit entendre un craquement très distinct. Le docteur Woets vit le blessé le 21 août 1838, à six heures du soir.

Au premier récit, l'auteur attribua l'état du malade à une chute immédiate de la poutre sur la région dorsale ; cependant la parfaite intégrité des parties tégumentaires dorsales, la distance d'au moins 5 pieds, qui existait entre la place occupée par la poutre et celle où le malade était étendu, et surtout la position du jeune homme, qu'on avait trouvé couché sur le dos, toutes ces considérations prouvèrent que les lésions éprouvées par le blessé étaient dues à une cause indirecte.

Voici quel était l'état du malade : Aucune trace de violence à l'extérieur, seulement le lieu correspondant à celui de la vertèbre fracturée et luxée, offrait une tumeur égale au volume du poing. Il y avait crépitation dans cette tumeur. La vessie, le rectum et les extrémités inférieures, étaient complètement paralysés. Le malade n'éprouvait aucune douleur, si ce n'est quand on le soulevait pour examiner la tumeur. Pas de fièvre ; le pouls était plutôt faible que fort ; la sensibilité des membres inférieurs était complètement abolie. Bientôt les urines et les fèces sortirent involontairement ; le pouls devint irrégulier, une douleur assez

l'obtienne par une tige intermédiaire ou seulement en augmentant l'épaisseur de la pelote.

4° C'est de la forme de la pelote que dépend surtout la contention de la hernie. Pour les hernies obliques, il faut que la pelote couvre tout le canal, en appuyant, selon les circonstances, directement sur le centre du canal, ou un peu plus sur l'anneau interne, ou un peu plus sur l'anneau externe.

5° Les hernies directes demandent de préférence la pelote à bec de corbin.

6° Sur les sujets très maigres, chez qui l'épine du pubis est très saillante et ne peut supporter la pression de la pelote ordinaire, la dernière ressource est la pelote à air.

7° La courroie et le sous-cuisse ne doivent jamais être trop serrés. La hernie doit être essentiellement contenue par le ressort, dont ils ne sont que des auxiliaires.

8° Tout bandage qui laisse échapper la hernie est plus nuisible qu'utile.

9° Tout bandage qui blesse le malade ou qui le gêne est mauvais. Il y a cependant quelques hernies excessivement difficiles à contenir, qui font exception à la règle, et pour lesquelles on ne saurait éviter au malade une gêne notable résultant de l'appareil.

Ces règles ne s'appliquent guère qu'aux hernies des adultes sans complication. Il faut passer maintenant à l'étude de quelques cas particuliers, et principalement sur certaines hernies de l'enfance.

On avait mis d'abord en question si les jeunes enfans devaient être soumis aux bandages à ressort, ou seulement à la ceinture molle; je ne pense pas qu'il soit nécessaire de s'arrêter sur ce point. Le bandage à ressort n'offre ici que des avantages, et je ne lui connais aucun inconvénient réel.

Mais doit-on, par exemple, chez un enfant au maillot préférer toujours le ressort anglais? Ce n'est point mon avis. Les hernies sont alors généralement très faciles à contenir, peu importe qu'il y ait un peu de force de perdue; et j'admets ici le ressort français, parce que, s'appliquant exactement sur le corps, il est moins sujet à se déranger sous les efforts de la mère ou de la nourrice. Notez bien cette différence dans les conditions, pour vous expliquer la différence de conduite. Chez l'adulte ou chez l'enfant qui marche, le bandage n'est guère dérangé que par les efforts du malade même; chez l'enfant au maillot, il a surtout à craindre les efforts extérieurs. Du reste, même alors, je ne donne pas au ressort français les inflexions vulgairement admises; il doit se comporter comme le ressort anglais, aboutir au centre de la pelote, et cette pelote doit recouvrir tout le canal; seulement il n'y a pas de pelote de derrière, et le ressort, bien rembourré, doit s'appliquer contre la surface du corps. Il importe beaucoup de s'abstenir des sous-cuisses.

Si la hernie était très forte, il faudrait recourir au ressort anglais, et dès que l'enfant marche seul, ce dernier mérite toujours la préférence.

Lorsque dans une hernie vaginale, le testicule est sorti de l'anneau externe, on place la pelote sur le canal, comme à l'ordinaire. Mais si le testicule est encore à l'anneau, ou bien si, étant sorti, il remonte dans le canal dans certains efforts, quelle devra être la conduite du chirurgien? Dans le premier cas, on peut placer sur le testicule même une pelote assez creuse pour ne pas le comprimer et pour lui permettre encore un peu de descendre; le malade sera ainsi soulagé sans aucun inconvénient pour l'avenir. Dans le deuxième cas, la difficulté est quelquefois insurmontable. J'ai vu appliquer des pelotes creuses sur l'anneau, le testicule étant refoulé au-dessus; il venait appuyer contre ces pelotes et s'y froisser douloureusement. J'ai essayé de mettre la pelote au-dessus, vis-à-vis seulement de l'anneau abdominal; le testicule, en remontant, vient également s'y heurter avec douleur. Si la hernie n'incommodait pas trop le malade, le parti le plus rationnel serait assurément de l'abandonner à elle-même jusqu'à ce que le testicule eût opéré sa descente définitive; dans le cas contraire, on peut essayer l'un des deux moyens indiqués, ou encore un troisième, qui m'a fort bien réussi une fois, la pelote à air.

Au reste, Messieurs, en vous donnant ces conclusions comme les résultats de mes recherches et de mon expérience, je me garderai bien de dire qu'elles doivent suffire pour tous les cas. Il est certaines conformations du bassin qui réclament des formes de ressort spéciales; il est des hernies tellement difficiles à contenir, qu'il est nécessaire de varier les essais et de chercher même de nouveaux moyens. Il reste encore beaucoup à faire pour les hernies, comme pour toutes les autres infirmités; mais ce qu'il fallait faire avant tout, c'était d'établir leur traitement sur des bases scientifiques: c'est là l'œuvre que j'ai commencée, que je poursuis depuis quatre années, et que je n'ai nullement la prétention d'achever ni de voir achever.

J'ajouterai quelques mots à l'égard des hernies inguinales doubles: c'est encore le ressort anglais que je préfère, par les raisons déjà invoquées; mais cette fois il est besoin de deux ressorts, et chacun d'eux n'embrasse que le côté du corps correspondant à la hernie. Aussi agissent-ils moins bien, et ont-ils besoin d'être maintenus dans tous les cas par une courroie simple, double ou triple qui s'étend en avant d'une pelote à l'autre. Du reste, tout ce qui a été dit sur les bandages simples convient aux bandages doubles, cette circonstance exceptée.

Maintenant, le choix du bandage étant fait, il faut réduire la hernie et appliquer l'appareil; deux choses assez simples; mais qu'il n'est cependant pas indifférent d'étudier, car rien de plus facile de reconnaître ici une main experte d'une main expérimentée.

1° *Du Taxis.*

En général, on peut très bien réduire les hernies inguinales sur le sujet debout. C'est donc d'abord cette position que nous prendrons pour type; après quoi nous dirons ce qu'il faut faire dans les cas difficiles.

Le malade se tient donc debout devant le chirurgien; celui-ci demeure assis ou pose un genou à terre, selon qu'il le juge convenable. Il faut que le scrotum soit parfaitement à nu, et conséquemment que le malade ait ses pantalons tombant en arrière aussi bien qu'en avant. Beaucoup de sujets se contentent d'ouvrir le pantalon en avant; dans les cas de hernies interstitielles ou de bubončèles, cela suffit sans doute. Mais comme on n'essaie guère alors le taxis que pour appliquer le bandage; comme ensuite, pour peu que la hernie descende dans les bourses, il se peut rencontrer des difficultés, il faut appliquer la règle d'une manière générale.

Supposons maintenant que nous avons affaire à une hernie interstitielle petite: en appuyant le pouce dessus on la fait disparaître; toute autre manœuvre serait superflue. Si elle est volumineuse, cela ne suffit plus: il faut la ramasser entre les cinq doigts de la main droite, que l'on rapproche ensuite en la poussant en-dedans, et pour la maintenir réduite, on applique le pouce, ou l'on fait appliquer le pouce du malade sur l'anneau abdominal.

Pour un bubonocèle du volume d'un œuf de pigeon, sans dilatation du canal, il suffit d'appuyer le pouce à l'anneau externe; la hernie fuit dans l'abdomen.

Si la tumeur est volumineuse, on l'embrasse avec les cinq doigts de la main droite, et en les rapprochant on la chasse directement en arrière.

A ce propos, j'ai une observation critique à faire touchant les descriptions classiques du taxis. On vous recommande, et je ne sais trop si je n'ai pas écrit moi-même quelque chose de semblable, de varier l'impulsion selon la direction des canaux que la hernie doit parcourir. Ainsi pour un bubonocèle, il faudrait chasser d'abord la hernie directement en arrière, puis après qu'elle aurait franchi l'anneau, la refouler de dedans en dehors et un peu de bas en haut; puis arrivée au niveau de l'anneau abdominal, la repousser encore d'avant en arrière. Tout cela paraît très spécieux et très rationnel dans le cabinet; tout cela n'est plus qu'une vaine imagination quand on l'applique sur les malades. Je le répète, quand le canal n'est pas dilaté, il suffit de pousser le bubonocèle d'avant en arrière pour qu'il rentre complètement. C'est ainsi que dans les petites hernies interstitielles, vous n'apercevez la tumeur que quand le malade tousse ou fait un effort; autrement le seul ressort des parois du canal suffit pour la refouler dans le ventre. Quand le canal est dilaté, c'est une autre affaire; mais pourvu que l'anneau externe demeure exactement fermé, vous n'avez qu'à pousser la tumeur du canal comme vous le voudrez, de dedans en dehors ou d'avant en arrière, elle rentrera de même et sans vous donner la peine de suivre le zig-zag imaginaire des auteurs. Il va sans dire, toutefois, que l'impulsion la plus rationnelle est celle qui se fait à la fois d'avant en arrière et de dedans en dehors.

Voici enfin la hernie scrotale, et la manœuvre diffère selon qu'elle est petite ou volumineuse. Dans l'un et l'autre cas cependant, il est important de mettre le testicule à l'abri de toute pression, et, en conséquence, voici comment il faut s'y prendre. On reconnaît, soit à l'œil soit au toucher la limite qui sépare la hernie du testicule; on applique le pouce et l'indicateur droits sur cette limite; la paume de la main tournée en bas, comme si l'on voulait embrasser le testicule à pleine main; la hernie repose donc sur la face dorsale du pouce et de l'index, rapprochés l'un de l'autre. Alors, si la hernie est petite, on la soulève en masse en rapprochant la main de l'anneau: cela suffit pour la faire rentrer. Si elle est volumineuse, on commence par placer le pouce et l'index gauches autour de l'anneau, l'index en haut, le pouce en bas, pour rétrécir la voie, et faire en quelque sorte l'entonnoir par lequel doit passer la hernie. Ces deux doigts appliqués, on refoule la hernie en haut, comme il a été dit; et le plus souvent on réussit en une seule fois. Si la hernie n'est rentrée qu'en partie, on réitère le mouvement d'ascension à plusieurs reprises. Il peut arriver qu'alors une portion de la hernie rentre, tandis qu'une autre glisse par-dessus les doigts de la main droite, ce qui rend la manœuvre inutile. Quelquefois c'est par la faute du chirurgien, qui n'a pas suffisamment isolé le testicule et serré les doigts au-dessus; d'autres fois cela tient au volume de la hernie même que l'on ne peut soulever en masse; alors on se borne à en faire rentrer une portion d'abord, puis une autre: le tout finit par rentrer successivement.

Voilà pour les cas faciles; mais il n'est pas rare de trouver des hernies anciennes et volumineuses qui résistent à tous ces efforts. Souvent alors le malade sait une manière spéciale de réduire sa hernie; le plus ordinairement cela consiste à incliner légèrement le tronc sur les cuisses, à écarter un peu celles-ci, et, ramassant la hernie avec les deux mains, à la comprimer sur l'anneau sans autre précaution; d'autres fois les malades rapprochent exactement les cuisses.

Enfin, il est des cas où, quoique la hernie soit simple et parfaitement réductible, ni le chirurgien ni le malade ne réussissent à la faire rentrer dans la position debout; il faut coucher les hernieux sur un lit, sur un canapé, ou tout simplement par terre. Si on les laisse agir, on les voit tantôt rester les jambes étendues, les cuisses écartées ou rapprochées; tantôt fléchir les cuisses sur le bassin, les jambes sur les cuisses, et à divers degrés; d'autres fois enfin élever les membres inférieurs en les appuyant contre le pied du lit ou contre la muraille, et c'est sans doute cette position, prise d'instinct par quelques malades, qui a fait adopter à beaucoup de chirurgiens une position analogue.

Vous comprenez, d'ailleurs, que ces procédés si divers ne sauraient trouver leur raison d'être dans une disposition anatomique toujours la même; et là revient encore cette opinion déjà émise devant vous, que les difficultés de la réduction viennent du collet du sac herniaire bien plutôt que des anneaux.

De l'application des Bandages.

Quand la hernie est rentrée, cette application est fort simple, du moins dans les cas ordinaires. Ainsi, on fait placer un ou plusieurs doigts du malade sur l'anneau inguinal ou abdominal; on dispose le bandage autour du corps de telle sorte que la pelote de derrière soit à la hauteur convenable, et ramenant la pelote antérieure au-dessus des doigts du malade, l'opérateur y substitue les siens, et applique la pelote dans la position convenable. S'il y a deux hernies, il faut que la première pelote soit maintenue d'abord par les doigts du malade jusqu'à ce que la seconde soit placée et réunie à l'autre par la courroie.

Dans les hernies faciles, il y a un autre procédé plus simple encore. On dispose le bandage autour du corps, la pelote antérieure appuyée d'abord soit sur l'épine iliaque,

---

vive se montra dans l'endroit qu'occupait la fracture; la fièvre s'alluma; la face devint rouge, de pâle qu'elle était. Enfin, le 3 septembre le malade succomba, après avoir présenté une respiration laborieuse, une fièvre violente et du délire.

Autopsie, 24 heures après la mort. La peau qui couvrait la proéminence vertébrale était mortifiée dans quelques points; les parties molles qui occupent les gouttières vertébrales ayant été divisées, on trouva une grande quantité de sang extravasé dans le tissu cellulaire et entre les fibres des muscles; il était facile de voir que quelques-unes de ces dernières avaient subi une rupture complète. La douzième vertèbre dorsale, par une disjonction violente de la onzième vertèbre de la même région, laissait voir, par une ouverture large et béante, les extrémités inférieure et supérieure de la moelle nettement divisées, comme si on l'eût fait à l'aide d'un instrument tranchant. L'apophyse épineuse de la douzième vertèbre était fracturée et totalement séparée du corps, auquel elle ne tenait que par quelques brides ligamenteuses. La partie du corps de la vertèbre, qui offre sur ses côtés deux demi-facettes qui s'articulent avec la tête des côtes, était rompue, et restée unie à la onzième vertèbre. Les apophyses transverses étaient également séparées du corps vertébral, et étaient attachées à la onzième vertèbre. Le fibro cartilage inter-vertébral avait subi une triple division, dont deux portions étaient restées adhérentes à la surface inférieure de la onzième vertèbre, et une à la surface supérieure de la douzième. Tous les ligamens étaient rompus, à l'exception du ligament vertébral antérieur, et des fibres ligamenteuses irrégulières qui concourent à fortifier en dehors l'articulation des apophyses articulaires.

Traitement des plaies d'armes à feu par les queues de mouton. — Le docteur Jarotzki, chirurgien russe, eut occasion de saigner un homme qui avait été blessé dans un combat. La blessure était située à la partie supérieure du bras, il y avait une hémorrhagie considérable.

Le chirurgien n'ayant pas à sa disposition les moyens ordinaires de pansement, eut l'idée d'introduire provisoirement dans la plaie une queue de mouton grasse, et fit entourer le membre d'une peau fraîchement dépouillée. Le blessé dormit bien, n'éprouva aucune douleur, et bientôt une suppuration louable s'empara des parties blessées. Le docteur Jarotzki répéta plusieurs fois la même expérience avec un égal succès; il cite, entr'autres, l'exemple d'un officier qui, blessé un peu au-dessus de l'ombilic, ne lui fut amené que le lendemain matin: les symptômes d'une entéro-péritonite commençaient déjà à se manifester; une queue de mouton préparée fut introduite dans la plaie, et le corps fut enveloppé dans une peau toute fraîche. Déjà, vers midi, le ventre était devenu plus souple; le vomissement et les autres accidens s'étaient amendés. Quelque temps après, le malade était guéri. D'après l'auteur, la queue de mouton aurait la propriété d'arrêter les hémorrhagies, dans des cas semblables, en agissant mécaniquement; et, en outre, la graisse qui la recouvre étant fort délicate, agirait d'une manière douce et calmante sur les tissus avec lesquels on la met en contact.

(*Archiv. de la méd. belge*, mars 1840.)

Quelques journaux ayant mal saisi les résultats de l'analyse chimique des eaux minérales de *Crausac* (Aveyron) présentés à l'Académie de médecine dans une de ses dernières séances, par MM. *O. Heures* et *Poumarède*, ces deux chimistes, pour éviter tout malentendu, nous ont à ce sujet communiqué les détails suivans:

Crausac possède deux classes d'eaux minérales bien distincts, qui ne peuvent être et qui n'ont jamais été confondues.

1° Des eaux *médicinales* prises à de très fortes doses sans accidens; 2° et d'autres qui, sans importance jusqu'à ce jour sous le rapport médical, sont signalées dans la contrée comme ayant occasionné quelques effets toniques.

Dans les premières, MM. O. Heures et Poumarède ont constaté, entr'autres produits et en assez forte proportion, un sel qu'on avait admis tout formé dans la nature, et qui paraît jouer un rôle important dans leurs propriétés, *le sulfate de manganèse*.

Dans les secondes, et en particulier dans une, ils ont trouvé une si grande quantité de *sulfate de sesqui-oxyde de fer* (9,0 pour 1000,0 d'eau), qu'ils n'ont point hésité à la désigner en effet comme toxique.

Enfin, toutes ces eaux, qui se trouvent dans des conditions géologiques assez analogues à celles de *Rio Vinagre*, rougissent comme ces dernières le papier de tournesol; mais, d'après MM. O. Heures et Poumarède, cette action ne peut être attribuée qu'aux *per-sulfates* qu'elles renferment.

(*Voir*, pour plus de détails, le mémoire qui paraîtra en juillet, *Journal de Chimie médicale*.)

soit sur le ventre au-dessus de l'anneau ; alors seulement le chirurgien réduit la hernie, et la maintenant réduite avec une main, de l'autre il attire et place la pelote sans avoir besoin de l'aide du malade.

Le bandage appliqué et bien assujéti, c'est une grande affaire que de juger si la hernie en est suffisamment maintenue. Les bandagistes ont leurs épreuves à cet égard, épreuves qui semblent plutôt faites pour déguiser que pour découvrir la vérité. Il font tousser le malade debout ou couché, et si rien ne sort, ils sont satisfaits ; le bandage est vendu, et le malade s'en va convaincu de son efficacité. Il n'y a rien de plus illusoire qu'une pareille expérience. Si vous voulez savoir à l'instant même jusqu'à quel point on peut se fier à un bandage, faites mettre le sujet à croupion, les cuisses écartées, le corps penché en avant, et faites-lui faire dans cette position de grands efforts de toux. Cette épreuve peut dispenser des autres. Cependant chez les sujets jeunes, actifs, adonnés à de violens exercices, vous pourrez essayer le saut, l'abduction brusque de la cuisse du même côté ; et chez les hommes qui exercent des professions exigeant un grand déploiement de forces, la plus terrible épreuve pour le bandage est celle-ci : faites écarter les jambes au malade, et faites-lui relever de terre à bras tendus un objet très lourd ; si, au milieu de l'effort, il jette un éclat de toux et que le bandage résiste, on peut affirmer qu'il tient bien pour le moment.

Quelques bandagistes échappent encore à ces épreuves au moyen d'une petite ressource secrète qu'il est bon d'éventer. Ils feront faire volontiers tous ces exercices ; mais en pinçant avec le pouce et l'index la racine du scrotum, et fermant ainsi le passage à la hernie, quand même le bandage serait trop faible. Il faut se méfier de cette ruse que j'ai vu mettre en usage plus d'une fois.

J'ai dit cependant que l'on était assuré seulement de l'efficacité instantanée du bandage. C'est que quelques soins d'usage peuvent affaisser la pelote ou même aussi affaisser le tissu adipeux sous-cutané ; c'est que certains efforts naturels imprévus ont plus de puissance que nos épreuves pour chasser la hernie ; en un mot, on ne peut répondre d'un bandage que quand le sujet l'a porté quelques jours, en reprenant les habitudes de sa vie ordinaire. Ce retard, pour prononcer en définitive, est d'ailleurs commandé par cette autre raison, *qu'il ne suffit pas qu'un bandage maintienne la hernie, il faut encore qu'il ne blesse pas le malade.*

J'ai vu nombre de fois un bandage tenir pendant une demi-heure, une heure, un jour, deux jours, et puis laisser passer la hernie.

En général, méfiez-vous d'un bandage qui, placé par un bandagiste, a laissé échapper la hernie ; puis, replacé d'une autre façon, l'a maintenue. On vous dira bien : Mais c'est que la première fois il était mal placé ; d'accord, mais si le bandagiste, homme expert, s'est trompé en le plaçant, en d'autres termes, s'il a fallu un déplacement tellement léger qu'il a été commis par des mains expérimentées, pour laisser couler la hernie, comment espérer que les malades, qui sont loin d'avoir les connaissances nécessaires, éviteront toujours ce léger déplacement ? Il faut donc que le bandage tienne du premier coup ; il faut qu'un déplacement de 2 ou 3 lignes ne nuise point à son efficacité, bien entendu cependant que cette limite ne doit point trop être élargie, car alors il faudrait des pelotes monstrueuses. En un mot, le bandage doit être assez bien fait pour contenir malgré une légère déviation de position. Mais l'homme de l'art n'est pas tenu de garantir le succès de l'appareil placé avec une excessive ignorance ou une excessive négligence.

Et toutes ces conditions remplies, répondrez-vous enfin de tous les événemens ? Non, certes. Il peut se trouver une paille dans le ressort le mieux fait en apparence, et le bandage casse inopinément. Ceci est rare quand on a bien choisi les ressorts ; mais cela doit être prévu ; aussi est-il bon que le malade ait deux bandages, et j'insiste toujours sur cette précaution quand la bourse des cliens n'y oppose point d'obstacle. Il faut savoir aussi que les bandages les plus solides ne résistent pas à certains accès d'asthme, et que dans ces cas les sujets doivent rester couchés lors de l'accès, et appuyer de la main sur la pelote, que l'impulsion des viscères refoulerait trop loin.

J'arrêterai ici tout ce que je voulais dire de l'application des bandages. Dans la prochaine séance, nous ferons l'histoire des hernies inguinales chez la femme.

Note sur quelques recherches expérimentales au sujet des fonctions du cervelet, communiquées à l'Académie de médecine par M. Bouillaud.

A l'occasion d'un rapport qu'il fut chargé de faire à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Nonat, relatif aux fonctions de l'encéphale, M. Bouillaud fut conduit à reproduire les idées particulières qu'il avait émises pour la première fois en 1827, et tendant à prouver que le cervelet préside, non à l'instinct de la propagation, mais aux actes de la station, de la progression et de l'*équilibration*.

Dans le but de rendre plus frappante la démonstration de ces idées, M. Bouillaud présenta à l'Académie de médecine, dans sa séance du 2 juin dernier, trois pigeons et un lapin, soumis préalablement à des mutilations plus ou moins profondes de l'encéphale, et chez lesquels, selon les lésions matérielles, parurent des lésions fonctionnelles différentes.

1° Chez un jeune pigeon, le cervelet ayant été mis a nu, fut fortement et profondément cautérisé ; immédiatement après, l'animal, posé à terre, tombe, soit en avant, soit en arrière, soit latéralement, fait d'inutiles efforts pour se relever, agite ses ailes convulsivement et présente tout-à-fait des convulsions *épileptiformes*. Le fer rouge, ayant été très profondément porté dans la substance cérébelleuse, les phénomènes se montrèrent avec une intensité telle que l'animal succomba huit ou dix heures après l'expérience.

2° Chez le lapin, une portion de l'occipital ayant été enlevé à l'aide d'une vrille et d'une pince, le cervelet fut soumis à l'action du fer rouge ; aussitôt l'animal se coucha sur le côté ; à peu près immobile, puis bientôt il chercha à faire quelques mouvemens, mais désordonnés, et sans pouvoir se replacer sur ses pattes. Il conservait du reste parfaitement ses sens et son intelligence, se débattant quand on l'approchait, et témoignant de la douleur quand on le pinçait.

3° et 4° Les deux expériences les plus convaincantes sont celles dont nous allons rendre compte. Je dis qu'elles furent les plus convaincantes, parce que les animaux ayant été conservés et vivant encore aujourd'hui 12 juin, dix jours après l'opération, il est impossible de mettre sur le compte des diverses complications, suites inévitables de l'opération, les lésions qu'ils ont présentées.

Chez l'un, le cervelet fut mis à nu par l'ablation d'une portion de l'occipital, puis touché à diverses reprises avec un fer rouge. Examiné plusieurs fois par jour avec attention pendant l'espace de temps qui s'écoula du 2 juin, jour de l'expérience, jusqu'au 9 juin, où M. Bouillaud le présenta à l'Académie pour la seconde fois, voici les phénomènes qu'il a présentés.

Les fonctions de *station*, de *progression* et d'*équilibration*, ne se sont pas rétablies dans leur état normal. Lorsqu'il marche, le pigeon trébuche, chancelle comme dans un état d'ivresse, étend et agite ses ailes pour rétablir l'équilibre, de même qu'un individu qui marche sur un plan fort étroit, une corde tendue, par exemple, étend ses bras, les agite, pour prévenir une chute imminente. Dans la station, les pattes sont fortement écartées pour agrandir la base de sustentation ; cet écartement instinctif est très bien marqué, et si l'on rapproche les pattes, l'animal, en qui l'instinct remplace la connaissance des lois de l'équilibre, les écarte aussitôt. Il s'appuie en même temps sur ses jambes fléchies sous lui, quelquefois sur sa queue et ses ailes un peu écartées et abaissées. Lorsqu'il veut se reposer sans chanceler, il s'appuie sur le ventre. Tourmenté du besoin de s'éplucher, il y cède quelquefois, mais aussitôt qu'il fait un mouvement de tête en arrière ou sur le côté, il tombe aussitôt dans le sens où il est sollicité par la pesanteur ; il est obligé, pour satisfaire à ce besoin, de s'étendre sur le ventre. Placé sur le bord ou sur l'anse du panier qui le renferme, il ne peut s'y tenir perché, comme se tiennent habituellement les animaux de son espèce ; il chancelle et tombe.

Du reste, il coordonne bien les mouvemens de sa tête, de ses yeux et des agens de la déglutition. Quand on place de l'eau près de lui il parvient à boire, mais précipitamment et perd aussitôt l'équilibre. Dans ces derniers jours, il a pris le parti de s'appuyer complètement sur le ventre, afin de boire d'une manière plus facile, et sans être constamment menacé d'une chute prochaine.

Chez le second de ces deux pigeons, on cautérisa la partie supérieure des lobes cérébraux. Depuis le moment où l'expérience a été faite, l'animal, qui auparavant ne se laissait pas approcher et s'enfuyait rapidement, semble avoir perdu la connaissance des objets qui l'environnent ; il se laisse prendre facilement, sans opposer de résistance ni chercher à fuir. Si on le met sur le bord ou sur l'anse du panier où il est enfermé, il s'y tient parfaitement en équilibre, et l'on ne peut le faire tomber, même en communiquant au panier quelques légers mouvemens. Il reste plongé dans l'*idiotie* la plus complète. Placé à plusieurs reprises dans l'allée d'un jardin, il s'y promène lentement, en conservant un air, une attitude et une démarche hébétés.

Ces faits, qui ne sont pas imaginaires, et que l'on a pu vérifier à loisir à l'Académie, dans sa séance dernière, viennent à l'appui de l'assertion de M. Bouillaud, assertion fondée, du reste, sur un assez grand nombre de faits.

Les phénomènes décrits ci-dessus ont été beaucoup plus marqués dans la séance du 9 juin que dans la précédente, et la raison en est bien simple : c'est que huit jours après l'expérience, la santé générale des pigeons, si je puis m'exprimer ainsi, avait eu le temps de se rétablir ; les lésions locales seules persistaient et pouvaient se trahir aux yeux par des lésions fonctionnelles particulières, indépendamment de toute complication ; chose fort importante, car on avait mis sur le compte du trouble causé dans l'organisme par l'expérience elle-même les phénomènes qui se rapportaient aux lésions locales de l'encéphale.

Ces faits sont évidens et faciles à constater sur le premier des deux pigeons que M. Bouillaud a mis sous les yeux de l'Académie mardi dernier.

Quand au second, à *l'idiot*, on a voulu faire croire que son état n'était qu'un assoupissement causé par la lésion profonde qu'on lui a fait subir ; mais voilà plus de huit jours déjà qu'il marche, mange et boit quand on lui met des alimens dans le bec. Est-ce là, je le demande, le fait d'un animal plongé dans l'assoupissement ? Depuis quand voit-on un animal assoupi se promener, manger et boire ? C'est une assertion que l'on ne peut, ce nous semble, raisonnablement admettre.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 16 JUIN 1840. (13e ANNÉE.) N° 71, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5[illegible].

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LUGOL.

Conférences cliniques sur les maladies scrofuleuses.

DE LA SCROFULE TUBERCULEUSE. (Quatrième leçon.)

Du tubercule dans les organes en particulier.

La tuberculisation des organes intérieurs offre dans son développement les mêmes phénomènes que le tubercule extérieur : pas de douleur et de dérangemens mécaniques.

Tubercules du cerveau. Nous n'en avons rencontré que quatre cas ; et dans deux seulement où les tubercules étaient pisiformes, nous n'avons eu, relativement à leur existence, que quelques signes présomptifs dans les semaines qui ont précédé la mort. Dans les deux autres cas, les désordres étaient autrement graves, et néanmoins ils ne se sont traduits par aucun signe extérieur : dans l'un de ces deux cas, l'hémisphère gauche était entièrement détruit, et transformé en un vaste kyste rempli de matière tuberculeuse. En 1820, salle Sainte Marthe, une femme mourut d'une perforation de l'estomac que j'avais diagnostiqué pendant la vie. A l'autopsie, nous retrouvâmes un gros tubercule longitudinalement logé dans le lobe antérieur droit du cerveau, ce tubercule, sur l'existence duquel on n'avait eu aucun soupçon pendant la vie, avait la grosseur d'un œuf de pigeon.

Malgré l'assurance acquise par suite de l'observation de ces quatre cas de tubercules du cerveau, que cette affection ne se traduit extérieurement par aucun signe, il m'est arrivé une fois de diagnostiquer cet état pathologique et de me trouver démenti par l'autopsie ; et notez que le sujet présentait, comme signes extérieurs de la scrofule, des tubercules au cou et aux aînes. En un mot, le diagnostic des tubercules du cerveau est entouré de la plus grande obscurité.

Tubercules du cervelet. Ici le diagnostic est plus obscur encore. Trois fois j'ai rencontré des tubercules du cervelet du volume d'une noix, et même d'un marron d'Inde : les sujets ont succombé à des lésions tuberculeuses nombreuses ; mais celle du cervelet n'a jamais été soupçonnée pendant la vie. Une fois nous les avons diagnostiqué chez une jeune fille de dix-sept ans qui, à cet âge, présentait une absence complète des signes de la nubilité, un embonpoint analogue à celui des castrats, et qui portait la tête renversée en arrière.

Tubercules de la moelle épinière. Une fois nous avons rencontré un tubercule dans la protubérance annulaire, deux fois dans la moelle épinière qui était comprimée, et aucune de ces lésions ne s'est traduite pendant la vie par des signes capables d'en faire soupçonner l'existence.

Tubercules du poumon. L'existence de tubercules dans le poumon est tellement fréquente, que j'admets qu'il en existe chez tous les scrofuleux. Vous savez que tous ou presque tous les sujets qui ont des tubercules pulmonaires ont eu ou ont encore des tubercules cervicaux ; le plus grand nombre ont présenté pendant l'enfance ce signe extérieur de la scrofule ; d'autres le présentent à l'âge adulte. Je crois que les tubercules pulmonaires existent fréquemment pendant le jeune âge ; mais je suis forcé de reconnaître que c'est principalement à l'époque de la puberté que les tubercules se présentent dans le poumon. La puberté, en en effet, paraît jouir d'une influence spéciale fâcheuse qui favorise leur développement ; et voici un fait qui semble venir à l'appui de cette opinion. Nous avons vu mourir au n° 45 de notre salle un jeune scrofuleux âgé de vingt-deux ans, qui ne présentait aucun des caractères de la nubilité ; à l'autopsie on ne trouva point de tubercules pulmonaires.

Quelquefois cependant l'époque de la puberté se passe sans que les sujets scrofuleux présentent les signes de la tuberculisation pulmonaire ; bien mieux, dans quelques cas, cet état existant déjà paraît se dissiper, disparaît même apparemment pendant un temps variable ; mais c'est pour se montrer de nouveau plus tard à l'âge de quarante, cinquante ou soixante ans.

Du reste, le développement des tubercules se fait dans le poumon comme au col : une génération de tubercules se forme d'abord, bientôt suivie d'autres qui se réunissant aux premiers, donnent naissance à des tumeurs tuberculeuses ; ce sont ces tumeurs dont la fonte constitue les vomiques d'abord et les cavernes ensuite. Certaines guérisons prétendues de tubercules pulmonaires ne sont autre chose que de ces arrêts qui surviennent temporairement dans le développement des tubercules ou bien la cicatrisation des cavernes quand elles sont vidées entièrement ; la phthisie n'est pas guérie pour cela et n'est que retardée jusqu'à ce qu'une nouvelle génération tuberculeuse vienne à s'effectuer.

Quelquefois les tubercules restent disséminés, et alors les foyers sont multiples. M. Lugol établit, ici l'analogie entre les abcès par congestion et l'expectoration des phthisiques ; passant ensuite à l'examen de la pâleur et de l'amaigrissement qui accompagnent l'étisie, il lui semble que ces phénomènes ne sont pas bien expliqués par les auteurs. Quant à l'envahissement du poumon par les tubercules, dit-il, il est parfois porté excessivement loin ; de plus, les parties de l'organe qui restent intactes sont elles-mêmes mécaniquement altérées par la pression qu'exercent sur elles les tubercules, pression qui détermine leur induration et les rend inaptes à la respiration, l'air n'arrivant plus dans les les cellules pulmonaires ; ces désordres sont portés tellement loin dans certains cas qu'il est difficile de s'expliquer comment certains malades ont pu respirer.

On trouve souvent dans le poumon des tubercules disséminés, cet organe étant d'autre part parfaitement sain, aussi sain que le tissu cellulaire du médiastin quand il y a des tubercules dans cette région. Cet organe n'est peut-être même jamais malade dans la phthisie ; il est simplement absorbé. Cependant quelquefois, lorsque avec les tubercules pulmonaires il existe en même temps des tubercules du tissu cellulaire, le poumon peut être affecté ; mais ordinairement il est sain, et seulement soumis à une absorption passive, semblable à celle du tissu cellulaire du mésentère lorsque cet organe est le siége de tubercules.

Je ne vous parle ici de tubercules pulmonaires que comme d'une maladie qui est du ressort de la scrofule ; je ne dois pas doner plus de développement à ce sujet.

Tubercules du foie. La présence de tubercules dans le foie ne se traduit par aucun signe extérieur positif, et dans le diagnostic de cet état morbide n'a pas d'autre guide que l'induction. Ainsi la douleur à l'hypochondre droit peut à la vérité exciter quelques soupçons ; mais ces soupçons auront plus de valeur encore si des tubercules existent ailleurs. Le foie est rarement tuberculeux, et pour mon compte, je ne connais que quatre exemples de tubercules développés dans son parenchyme ; je fais abstraction ici de ceux qui se développent dans les grandes scissures et en dehors de son enveloppe. Une fois, j'ai rencontré un tubercule dans le canal cystique, la vésicule biliaire ne contenait qu'un peu de matière tuberculeuse purulente.

Tubercules de la rate. Ils sont peut-être un peu plus communs que ceux du foie. Une fois j'en ai rencontré dans cet organe autant que l'on peut en trouver dans le poumon. Je possède six exemples de tubercules de la rate. Dans le sixième, la rate était remplie de tubercules ayant bien conservé leur forme fluide. Je fais abstraction ici des tubercules qui peuvent se développer dans la scissure de cet organe, qui appartiennent au péritoine.

Tubercules du pancréas. Je n'ai jamais trouvé de tubercules dans cet organe ; mais il s'était fait dans son voisinage un tel développement de ces productions que tout l'organe en était enveloppé et était rendu méconnaissable. La compression lui avait fait perdre sa configuration ordinaire et diminuer de volume. Une autre fois j'ai vu le pancréas revêtu d'une véritable coque tuberculeuse.

Tubercules des reins. Ils sont plus fréquens que ceux du foie et de la rate, et six fois sur sept ils existent à droite, loi, du reste, qui s'applique également à toutes les autres parties de l'appareil urinaire. J'amais nous n'en avons rencontré de plus gros qu'une noix dans les substances corticale et tubuleuse, et nous n'en avons vu que trois ou quatre fois dans ces substances. Une fois nous avons rencontré les deux reins, ainsi que les capsules surrénales, à l'état d'induration squirrheuse chez un tuberculeux. Cet état avait une grande analogie avec la tuberculisation.

On trouve des tubercules dans d'autres parties de l'appareil urinaire ; ainsi au bassinet, que j'ai vu renfermé dans une coque tuberculeuse. Une fois j'ai trouvé de la matière tuberculeuse dans un uretère, où celle-ci, ainsi que les tubercules peuvent impunément séjourner sans occasionner le moindre dérangement dans les fonctions urinaires.

(Cinquième leçon.)

Tubercules de l'oreille. Une seule fois nous avons vu des tubercules dans l'oreille, chez une jeune fille de dix-huit ans, qui en avait en même temps dans le poumon et dans le cerveau.

Trompes de Fallope. Jamais nous n'avons trouvé de tubercules dans ces conduits, mais une fois nous avons observé des filamens auxquels tenaient des hydatides : c'était chez une jeune fille de dix-huit ans phthysique, et cette grappe d'hydatides était un état morbide auquel aurait succédé plus tard la tuberculisation.

Tubercules des muscles. Le muscle psoas est le seul que j'aie vu contenir des tubercules dans son épaisseur ; il importe de ne point confondre ici les désordres que peuvent occasionner dans ce muscle les abcès par congestion. Chez un scrophuleux, nous avons observé dans chacun des muscles psoas, une caverne tapissée d'une fausse membrane muqueuse, résultant de la fonte d'un ou de plusieurs tubercules.

Tubercules contigus au tissu osseux. Il est des tubercules contigus aux os, mais qui ne leur appartiennent pas plus que ceux qui sont contigus à l'œsophage et aux médiastins n'appartiennent à ceux-ci. J'en ai vu souvent exister le long de la colonne vertébrale, sans déterminer l'usure des vertèbres. Leur contiguité cependant détermine quelquefois l'usure et la perforation même des os ; c'est ce que j'ai observé dans un cas où la base du crâne avait été perforée par une tumeur tuberculeuse de la fosse zygomatique. La perforation du sternum, je l'ai observée un grand nombre de fois.

Tubercules du tissu osseux. A part les tubercules contigus aux os, et qui peuvent déterminer l'usure de ceux-ci ; il en est qui naissent dans le tissu spongieux même. Néanmoins les faits de ce genre sont rares ; et dans les os cariés on rencontre rarement des tubercules. Une fois j'ai vu de la matière tuberculeuse dans la première phalange du pouce gauche. Une fois dans les trois phalanges du doigt médius ; une fois dans la portion pierreuse de l'os temporal ; une fois dans l'extrémité supérieure du tibia ; deux fois dans les vertèbres. Dans un de ces deux cas, j'ai vu un chapelet de tubercules logé le long de la face antérieure de la colonne vertébrale, entre le ligament vertébral antérieur et le corps des vertèbres, dans le tissu desquelles les tubercules s'étaient creusé une sorte de gouttière. Une fois j'ai observé des tubercules gros comme des petits pois : c'était chez le même sujet. Chez le second individu, il y avait des tubercules dans le corps des six dernières vertèbres dorsales et dans les deux premières lombaires. Ces deux malades avaient en même temps des tubercules dans toutes les autres régions du corps.

Un fait qui mérite d'être noté, c'est que les tubercules du tissu osseux ne présentent pas cette forme arrondie qu'on leur observe dans les autres tissus ; ils sont plus irréguliers, ce qu'il faut peut-être attribuer à la résistance que les parois des cellules osseuses opposent à leur développement. Cependant la nature de la matière qui les compose est la même que partout ailleurs. Le tissu compacte des os ne présente jamais de tubercules.

Tubercules sur le trajet des gros vaisseaux. Dans leurs rapports avec les vaisseaux, les tubercules présentent des phénomènes importans à connaître. Vous savez ce que l'on a dit des hydropisies occasionnées par la compression des vaisseaux. Cependant, bien souvent nous avons constaté la compression de gros troncs vasculaires par des tubercules, sans qu'il en fût résulté des hydropisies. Trois fois la veine cave inférieure était comprimée et entrelacée par des tubercules ; une fois la veine porte, à son confluent dans la grande scissure du foie ; une fois l'aorte était également comprimée par une masse tuberculeuse ; et dans aucun de ces cas il n'y avait hydropisie. Je possède plusieurs faits de ce genre ; comme vous voyez, la compression des vaisseaux ne se lie pas toujours à l'hydropisie. Par contre, dans deux cas, j'ai observé l'hydropisie chez des tuberculeux, sans qu'il y eût chez eux aucune compression vasculaire.

Néanmoins l'hydropisie existe quelquefois au milieu de semblables conditions pathologiques, et l'on remarque alors en même temps qu'il n'existe aucune modification dans le vaisseau, à l'exception de la compression à laquelle il est soumis ; et d'autres fois avec celle-ci existe au-dessous ou au-dessus du point qu'elle occupe suivant qu'elle porte sur une veine ou sur une artère, une dilatation anévrismatique, qui atteste de la gêne de la circulation. La leuco-phlegmasie se lie donc souvent à la compression des vaisseaux par les tubercules ; mais souvent aussi elle manque : c'est ce que nous avons eu occasion d'observer en particulier pour des tubercules qui existaient à l'aisselle. La compression des gros vaisseaux thoraciques peut exister sans être accompagnée de leuco-phlegmasie ; mais une fois nous avons vu celle-ci coincider avec l'aplatissement de l'aorte ; elle était générale ; les bourses particulièrement étaient distendues, mais il n'y avait pas de suffusion séreuse dans les cavités naturelles. Dans un cas où la compression de la veine cave inferieure était portée tellement loin, qu'elle était presqu'entièrement oblitérée, il y avait ascite ; et l'absence de tout caractère anatomo-pathologique, ne permettait pas d'attribuer l'hydropisie à un état phlegmasique du péritoine.

Quelquefois, avons-nous dit, avec la compression du vaisseau, celui-ci se trouve dilaté à différens degrés ; c'est ce que nous avons observé une fois pour la veine iliaque primitive gauche. Dans ce cas il y avait deux livres de sérosité dans le bassin, sans inflammation.

Chez un nommé Lacroix nous trouvâmes la compression et la dilatation de la veine cave inférieure ainsi que de tout le système veineux abdominal. Nous trouvâmes à l'autopsie beaucoup de mauvaise graisse dans l'épiploon ; pendant la vie nous n'avions observé que de l'œdème des membres inférieurs. Dans un cas d'hydro-péricarde, la veine cave inférieure était comprimée et dilatée. Ce sujet mourut apoplectique, et l'on trouva également de la sérosité dans la cavité arachnoïdienne.

Il résulte de tous les faits qui précèdent, qu'il n'existe

pas un rapport constant entre la compression des vaisseaux par des masses tuberculeuses et l'existence des hydropisies : celles-ci, qui existent quelquefois avec la compression, peuvent se rencontrer sans elle. Mais lorsque la compression n'est pas évidente, ne serait-il néanmoins pas possible d'expliquer également les épanchemens séreux par une gêne apportée à la circulation ? Il ne faut pas oublier, en effet, qu'ordinairement alors il existe des tubercules sur tous les points de l'économie, et que la présence de ces tumeurs doit gêner la circulation capillaire et donner lieu consécutivement aux épanchemens séreux partiels qui quelquefois même s'effectuent au loin et hors de la dépendance d'un gros tronc vasculaire qui peut se trouver comprimé.

Tubercules des vaisseaux. Comme nous avons vu des tubercules naître en contiguité avec les voies aériennes et digestives, biliaires, etc., et les pénétrer de dehors en dedans, de même il s'en peut développer dans les vaisseaux, perforer leur tunique de dehors en dedans, et se trouver en contact avec la masse du sang. Une fois nous avons vu les deux tuniques externes de l'artère axillaire détruites, sans néanmoins que le tubercule eût tout à fait pénétré dans l'intérieur du vaisseau. Une fois nous avons trouvé dix tubercules dans la veine cave inférieure, qu'ils avaient détruit toutes les tuniques et baignaient dans le sang.

Comment les tubercules se forment-ils; comment arrivent-ils dans l'économie? Quelques auteurs en ont attribué la formation à l'inflammation, dont ils seraient les résultats ; d'autres les considèrent comme une altération des vaisseaux. Pour moi, les tubercules sont des organes parasites qui se développent dans l'économie avec les moyens ordinaires, et je crois que leur développement se fait par intussusception. Si les tubercules étaient des organes dégénérés, comme le pensent quelques auteurs, on devrait pouvoir encore distinguer ces tissus dans les tubercules qui sont encore à leur début. Loin de là, nous trouvons que le tubercule est toujours le même, et que les organes ne lui impriment aucune modification, sauf le volume, et la forme pour ce qui concerne ceux du tissu spongieux des os.

L'inflammation est certainement un état particulier qui se traduit par des signes généraux ; mais ceux-ci ne sont pas les mêmes pour tous les organes ; et l'inflammation se trouve différemment réfléchie suivant les tissus et les organes sur lesquels elle sévit. Comme vous voyez, ceci s'accorde peu avec le résultat toujours constant et invariable de la création tuberculeuse. D'ailleurs, si la pneumonie pouvait donner naissance aux tubercules, cette affection, toute fréquente qu'elle est, le serait encore bien davantage. Bayle a traité à fond cette question, il a fait l'ouverture d'un grand nombre de sujets qui avaient succombé à des pneumonies chroniques, occultes, latentes ; il a souvent trouvé le poumon carnifié, hépatisé, mais jamais il n'a rencontré de tubercules dans le poumon ; en même temps, il n'en a jamais constaté ailleurs. Bien plus, si la pneumonie était capable d'engendrer les tubercules lorsqu'elle règne épidémiquement, l'on devrait voir à la suite des villages entiers être affectés de phthisie.

Mais si l'inflammation n'est pas capable de donner lieu à la formation des tubercules, elle peut par contre en favoriser le développement. Tout ce que nous venons de dire relativement à la pneumonie s'applique également à l'inflammation de tous les autres organes.

On a encore considéré les tubercules comme étant produits par une altération de sécrétion. On les a comparés à des incrustations déterminées par une matière sécrétée, se développant par juxtà-position. Mais toutes les productions qui se développent dans l'organisme selon les lois de la juxtà-position, telles que les calculs urinaires, les tumeurs anévrismales, présentent des couches concentriques distinctes. Or rien de cela ne s'observe dans les tubercules ; et ensuite quelle serait la cause de cette altération de sécrétion, quel organe en serait le siége ou y présiderait? Comment expliquer des cas où il existe des tubercules dans toutes les parties de l'organisme ? Je ne vois pas la possibilité d'expliquer par cette théorie la formation des tubercules, à moins d'admettre que toutes les créations et la génération humaine elle-même est le résultat d'une sécrétion ; en ce sens la sécrétion tuberculeuse est facile à comprendre.

En commençant nos conférences, nous avons insisté sur tous les points concernant l'histoire du tubercule, et je vous en ai donné l'épigénèse : je n'y reviendrai pas aujourd'hui. Mais, pour me résumer, je dois dire qu'il est impossible de voir autre chose dans la tuberculisation, qu'une sorte de fonction parasite qui s'établit à côté des fonctions normales et s'accomplit à leur détriment. C'est cette fonction qui préside à la formation des tubercules. Cette épigénèse n'est pas plus difficile à comprendre que celles des poux, des hydatides et des vers intestinaux, avec lesquelles elle a une grande affinité, et qui se trouvent réunies assez souvent chez les enfans tuberculeux.

Une grande analogie, je le répète, existe entre la création des poux, l'helmentiase et les tubercules. Les unes et les autres sont en outre sujettes à des péripéties qui paraissent être en rapport avec certaines conditions individuelles, atmosphériques, etc. J'ai fréquemment vu de ces générations spontanées et abondantes de poux s'effectuer chez des sujets qui, plus tard, sont morts tuberculeux.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Ricord.

Leçons sur les maladies vénériennes.

(Sixième article. — Suite du n° 45.)

Troisième variété. Chancre phagédénique pultacé ou diphthéritique. Dans cette variété, l'induration caractéristique que nous avons indiquée manque complètement, et s'il existe quelquefois un engorgement de la base et des bords, ce n'est plus qu'un œdème de mauvaise nature.

Les ulcères qui se rapportent à cette variété, et qui constituent les chancres phagédéniques par excellence (chancres rongeurs ou rongeans), s'étendent plus facilement en surface qu'en profondeur. Il semble que la peau, les muqueuses et le tissu cellulaire sous-muqueux ou sous-cutané leur résistent beaucoup moins que les plans aponévrotiques et les couches musculaires. La forme de ces chancres peut rester arrondie ; mais, le plus souvent, labourant les tissus d'une manière irrégulière, ils deviennent serpigineux. Dans ce cas, bien qu'ils puissent en même temps irradier de divers points de leur circonférence, ils s'étendent plutôt vers les régions qui, plus déclives, favorisent la filtration du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux.

Ces chancres offrent, du reste, dans bien des circonstances, une analogie frappante avec les diverses variétés de la pourriture d'hôpital. Leur fond, ordinairement inégal, est le plus souvent couvert d'une couche grisâtre, espèce de fausse membrane qu'on prendrait volontiers pour une eschare gangréneuse, mais qui n'est en réalité que le résultat d'une sécrétion diphthéritique particulière. Dans quelques cas, il existe seulement une matière pultacée, irrégulièrement répartie à leur surface, et qui laisse échapper çà et là des bourgeons charnus que des ecchymoses, des hémorrhagies ou la gangrène détruisent bien des fois avant qu'ils amènent la cicatrisation.

Les bords de ces ulcères sont ordinairement très minces, irrégulièrement découpés, et perforés dans les endroits surtout où il y a le plus de décollement. Privés de leur tissu cellulaire, de doublure, ils sont renversés ou tout au moins affaissés sur les portions de l'ulcère qu'ils couvrent encore, bien qu'ils puissent être quelquefois épaissis par l'œdème. Leur couleur est généralement brune violacée, comme celle de l'aréole plus ou moins diffuse qui les circonscrit.

Dans presque tous les cas, les chancres dont nous traitons ici sont très irritables, et sont, le plus souvent, accompagnés de douleurs très vives et d'inflammation.

La durée de cette forme de l'ulcération spécifique est très difficile à bien limiter, elle varie plus que celle de tout autre ulcère ; nous sommes tous les jours à même de vérifier ce fait, et vous pouvez interroger quelques malades encore à l'hôpital, chez lesquels l'ulcère dure depuis plusieurs années, et notez encore que pendant toute cette longue période, l'état de progrès ulcéreux est en permanence, et par conséquent le pus toujours susceptible de donner lieu à la pustule d'inoculation.

Il est un fait des plus importans à noter dans l'histoire de cette variété, c'est l'absence de toute espèce d'induration pendant tout le temps que persiste cette forme. L'absence d'induration est la condition *sine quâ non* de son existence ; aussitôt que celle-ci commence à se produire l'ulcération commence à se limiter.

Les âges paraissent avoir peu d'influence sur le développement de cette variété ; disons qu'on la rencontre ordinairement à l'âge adulte, rarement les gens un peu avancés en âge en sont atteints, en revanche il n'est pas rare de la voir se produire chez les très jeunes enfans, mal soignés ou abandonnés à eux-mêmes.

Le tempérament lymphatique, la constitution scrofuleuse, et par dessus tout la prédisposition scorbutique ou les antécédens de maladies cutanées, sont les conditions qui semblent le plus disposer les malades à cette déviation du chancre : nous croyons voir sa source dans le défaut de plasticité du sang.

Signalons encore parmi les causes une mauvaise alimentation, le séjour dans des lieux humides, sombres, mal aérés ; les voyages sur mer dans des latitudes froides, l'épuisement, etc.

Nous avons souvent remarqué que le traitement mercuriel mal administré, continué d'une manière empirique et aveugle dans toutes les circonstances et sans tenir compte des contre indications, faisait passer à cette déviation des ulcérations simples dès le principe, et qui eussent sans cela marché rapidement vers la guérison. Cela tient sans doute aux propriétés antiplastiques bien connues du mercure.

Quatrième variété. Chancre phagédénique gangréneux proprement dit. Dans quelques circonstances, les chancres deviennent la cause ou se compliquent d'une inflammation sur-aiguë dont la gangrène est la conséquence. Ici l'ulcère spécifique est ordinairement détruit par les progrès rapides de la mortification ; et à la chute des eschares ou du sphacèle, il ne reste plus qu'un ulcère simple, siégeant sur des tissus que l'œdème ou une inflammation phlegmoneuse peut encore tenir engorgés, mais qui n'offre aucun des caractères de l'induration appartenant à la première variété.

Les variétés que nous venons de signaler existent souvent seules, ou se combinent diversement entre elles ; mais si le chancre, à la période de progrès spécifique, peut offrir ces différences, ainsi que de nombreuses nuances intermédiaires, la période de réparation présente aussi ses irrégularités. Souvent elle n'est que partielle, soit sur un point de la circonférence, soit sur un point du fond. Un tiers, une moitié de l'ulcère se cicatrise, tandis que le reste est encore à la période de progrès, cas dans lequel il n'est pas rare de voir arriver une recrudescence, et l'ulcération regagner les parties qui commençaient à se guérir, comme dans les cas de chancres serpigineux. Mais il est d'autres variétés de cette période dont quelques observateurs ont voulu faire des espèces distinctes d'ulcérations. C'est ainsi que quelquefois le fond de l'ulcère s'élève au dessus du niveau de ses bords, en présentant une surface plus ou moins granulée et convexe, comme on en voit si souvent sur le col utérin, et qu'on rapporte ailleurs encore à une variété de l'*ulcus elevatum*. D'autres fois, de véritables végétations, plus ou moins bien organisées, succèdent aux bourgeons charnus qu'on n'a pas su réprimer à propos, et donnent lieu à ce qu'on a appelé le *chancre fongueux* ou *végétant*. Enfin le chancre peut être cicatrisé et l'induration persister encore, où bien il peut subir une transformation *in situ*, passer à l'état de symptôme secondaire, et revêtir le caractère des ulcères de cette période de la syphylis, et plus particulièrement celui des pustules plates humides, ou des tubercules muqueux.

Les diverses déviations du chancre présentent-elles des particularités relativement à l'inoculation artificielle? Nous avons vu que tous les chancres, à quelque variété qu'ils appartinssent, fournissaient le pus inoculable à leur période de progrès ou d'ulcération spécifique, et que ce pus inoculé donnait lieu à une pustule et à une ulcération toujours les mêmes au début, qu'il ait été formé par un chancre régulier, par un chancre induré ou par un chancre phagédénique diphthérique. Ce n'est qu'après coup que l'une des déviations de la forme type peut se montrer. Ces variations ne se produisent dans le chancre inoculé comme dans les autres, que sous l'influence des idiosyncrasies des malades, des conditions hygiéniques dans lesquelles ils sont placés, des maladies antérieures ou concomitantes qui peuvent exister, et des résultats nuisibles de quelques agens thérapeutiques mal administrés.

Il est difficile de préciser rigoureusement l'époque à laquelle ces déviations arrivent ; cependant on peut, approximativement, indiquer les termes dans lesquelles elles se rencontrent : ainsi elles ont rarement lieu pendant le premier septenaire.

L'inoculation, que nous regardons comme la base et la clef nécessaire des doctrines que nous avons posées, employée sans discernement et sans tenir compte des circonstances dans lesquelles on agit, peut avoir réellement de très graves inconvéniens.

Ainsi, pour ne parler que de l'ulcération phagédénique diphthéritique, si on allait inoculer le pus d'un chancre de cette espèce, on produirait inévitablement un autre ulcère serpigineux qui commencerait ses ravages bientôt après le premier septenaire. Si donc on voulait avoir recours à l'inoculation du chancre comme moyen de diagnostic, on pourrait le faire dans tous les cas, mais il faudrait se hâter, une fois la pustule obtenue, de cautériser vers le troisième ou le quatrième jour ; on est toujours certain de cette manière de pouvoir prévenir l'accident qui sans cela surviendrait inévitablement un peu plus tard. Nous donnerons à propos du traitement l'indication des moyens par l'emploi desquels on arrive à anéantir la pustule une fois qu'elle est développée.

Pendant la période de réparation, le chancre peut offrir quelques déviations. Ainsi par exemple, les bourgeons charnus peuvent combler la cavité de l'ulcère, et cependant la surface rester stationnaire, et présenter l'aspect d'une surface de vésicatoire; jamais dans cette condition l'inoculation n'a pu avoir de résultats. On voit arriver ce petit accident dans les régions où les parties frottent les unes contre les autres, où l'on ne peut empêcher le séjour et l'humidité du pus. Fréquemment il survient dans les ulcères du col de l'utérus.

Dans d'autres circonstances, l'ulcère présente des bourgeons luxurieux qui débordent la surface, s'élèvent et prennent l'aspect fongueux (c'est ce qu'on a appelé chancre fongueux). Cette hypertrophie pour ainsi dire des moyens de cicatrisation peut donner lieu à une surface qui présente l'aspect d'une végétation : c'est ce qui arrive dans les points où il est difficile de faire des pansemens réguliers. Beaucoup de médecins, méconnaissant l'origine et la nature des faits de ce genre, ont cru voir dans ces cas des végétations succédant au chancre.

Les modifications dont nous venons de parler surviennent ordinairement lors de la cicatrisation du chancre type; celles que l'on observe dans le cas de chancre induré consistent surtout en un soulèvement plus considérable de la base et la persistance de l'induration ; la surface peut dans quelques cas prendre tout-à-fait la physionomie du tubercule muqueux, et il est alors difficile pour ne pas dire impossible de les distinguer si l'on ne sait pas quelle a été la marche de la maladie. De là une autre source d'erreur. On a fait de la pustule muqueuse un accident que l'on a rangé dans deux catégories : les uns l'ont regardé comme un accident primitif pouvant se transmettre par l'inoculation, tandis qu'elle est pour les autres un accident secondaire. Citons encore un autre accident, la persistance de l'ulcération.

Le chancre gangreneux n'offre rien de particulier dans sa cicatrisation. Quand la gangrène a été bien nette, qu'elle a emporté toute la surface malade, le pus n'est plus inoculable, et la terminaison est rapide. Il n'en est pas de même pour le chancre serpigineux ; chez celui-ci, rien de plus irrégulier, de plus tardif ; c'est, comme le disait Hunter, le phénix renaissant de ses cendres.

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

Conférences cliniques de 1839.

(Suite du n° 65.)

Nous allons donner l'analyse des faits qui nous ont paru les plus importans dans cette période de six mois, heureusement stérile en maladies aiguës.

Apoplexie pulmonaire ; conséquence probable d'une hypertrophie du cœur.

Un jeune homme de vingt ans, d'une constitution athlétique, qui toussait et respirait difficilement depuis longtemps, entra à l'hôpital le 26 octobre. Il crachait du sang avec abondance depuis deux jours, ce qui l'avait considérablement affaibli ; le pouls était petit, concentré, faible ; la respiration précipitée, avec menace de suffocation : le malade expectorait à chaque effort de toux une assez grande quantité de sang mêlé de mucosités. Ce malade avait la figure pâle, infiltrée ; de l'œdème aux membres, du râle muqueux dans la poitrine. La parole était si difficile qu'on dut renoncer à connaître le commémoratif. Une saignée avait été pratiquée la veille. Des vésicatoires, des sinapismes furent appliqués dans la journée ; ils ne produisirent aucun effet, et le malade mourut le lendemain.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes les deux poumons fortement congestionnés et comme splénisés dans toutes leurs parties. Sur presque toute la surface pleurale, on apercevait des points rosés et ecchymosés qui résistaient au lavage. Le tissu pulmonaire se laissait couper par tranches sans s'affaisser, et néanmoins surnageait dans l'eau ; il ressemblait parfaitement au parenchyme de la rate distendue par du sang. Une dissection minutieuse ne fit découvrir ni tubercules, ni foyers sanguins d'aucune dimension. La texture normale de l'organe pulmonaire avait fait place à une sorte d'infiltration diffuse et uniforme, dans laquelle le sang semblait intimement confondu avec le parenchyme organique. Il y avait un peu d'œdème à la partie inférieure et sur les bords des poumons. Le cœur était d'un volume considérable ; la partie gauche était hypertrophiée ; les piliers ou faisceaux musculaires avaient acquis un grand développement ; les bronches étaient saines, et il y avait à peine un peu de mucosité sanguinolente. Les organes abdominaux se trouvaient à l'état normal. La tête ne fut point ouverte.

M. Bricheteau insista beaucoup sur ce fait ; il considéra l'hypertrophie du cœur comme la principale cause de l'apoplexie pulmonaire, et comme très propre à fortifier l'opinion qu'il a émise, il y a quelques années, dans un mémoire destiné à prouver que les congestions rapides de sang dans les poumons étaient le plus souvent dues à des lésions organiques du cœur. Il rappelle que dans son travail, inséré dans les Archives générales de Médecine de 1837, il passe en revue tous les faits qu'il avait pu découvrir, et que cette revue lui avait démontré que les cinq sixièmes de ces faits offraient de notables lésions organiques du cœur.

A cette occasion, il revient à son système favori d'influence physique réciproque et un peu mécanique des organes les uns sur les autres pour expliquer le mécanisme d'une foule de maladies. Ainsi, dans son opinion, l'occlusion des intestins serait presque la seule cause des tympanites ; les hémorrhagies gastriques seraient dues souvent à la désorganisation et à une sorte d'obstruction ou de compression exercée par la rate, le foie, et l'hypertrophie du ventricule droit du cœur, causerait l'hémoptysie ; celle du ventricule gauche, l'apoplexie, etc. On sait d'ailleurs que ces matières ont été traitées par l'auteur avec soin et des développemens particuliers, admis par beaucoup de médecins et rejetés par quelques autres (1) ; naguères encore ce journal (n° 42) renfermait une discussion à cet égard.

Cancer du grand cul-de-sac de l'estomac, le pylore étant sain. Péritoine avec épanchement et perforation de l'estomac. Cicatrices pulmonaires remarquables.

Un homme de soixante ans (qui m'avait été recommandé par mon confrère et ami, M. Gasnault), ancien carrier, maintenant portier à Vaugirard, d'une constitution affaiblie et portant sur la figure les ravages d'une maladie chronique de l'abdomen, entra à l'hôpital à la fin d'août. Il était pâle et infiltré, digérait difficilement les alimens les plus légers, vomissait souvent. En palpant l'abdomen, on sentait une notable résistance dans la région épigastrique, et comme une sorte de planche inégal ; le ventre était le siége d'un peu de gonflement et comme empâté, pour nous servir d'une expression vulgaire. Pendant les deux mois que cet homme resta dans la salle Saint-Ferdinand, on eut recours à un traitement purement palliatif ; il dépérissait chaque jour en s'acheminant vers une fin prochaine, lorsque le 2 novembre ses traits parurent très altérés et l'infiltration des pieds considérablement augmentée. Le malade mourut dans la nuit suivante, sans manifester beaucoup de souffrance.

Autopsie cadavérique. Le grand cul-de-sac de l'estomac était le siége d'un énorme cancer ulcéré, assis sur une tumeur squirrheuse adhérente et confondue avec la rate et le pancréas. Supérieurement on remarquait une perforation de la grandeur d'une lentille, qui établissait une communication entre l'estomac et l'abdomen ; le reste du ventricule était d'ailleurs sain, et l'ouverture pylorique fort dilatée sans désorganisation. La surface de l'ulcération était recouverte d'une sanie et de lambeaux fétides, déchiquetés et noirâtres. Les intestins étaient agglutinés par de fausses membranes assez récentes en bas, mais anciennes en haut ; il y avait beaucoup de sérosité lactescente dans l'abdomen.

Au premier aspect les poumons paraissaient sains ; toutefois, il y avait au sommet des tubercules en petit nombre, les uns infiltrés, les autres enkystés et séparés par un tissu pulmonaire sain. Le sommet du poumon gauche était en outre remarquable par une cicatrice blanchâtre sous-pleurale, communiquant avec une petite masse tuberculeuse ; infiltrée dans le tissu pulmonaire. Plus bas on remarquait encore un kyste rempli de matière tuberculeuse ; les sommets seuls du poumon étaient affectés ; le reste était dans l'état normal.

Evidemment le sujet avait été phthisique ; les tubercules peu nombreux et éloignés les uns des autres, qu'il portait au sommet des deux poumons, avaient passé à l'état d'infiltration enkystée et non enkystée ; quelques-uns s'étaient vidés, et une cicatrice s'était organisée au-dessus de l'excavation. Pour démontrer qu'il y a eu cicatrisation, ou plutôt pour l'expliquer, nous dirons que la matière tuberculeuse infiltrée, circonscrite et fortement adhérente au tissu pulmonaire, et la matière tuberculeuse enkystée sous la forme de grumeaux, renfermés dans de petites poches, étaient une preuve qu'il y avait eu un travail d'élimination et de recollement ; que, de plus, la matière animale tuberculeuse avait été absorbée, et n'avait laissé qu'une substance calcaire desséchée, devenue corps étranger sans action sur l'organe pulmonaire ; n'était-ce pas là une guérison radicale ?

D'un autre côté, il y avait certainement chez cet homme une péritonite chronique, mais ce n'était pas cette péritonite qui avait causé l'épanchement abdominal ; il était le résultat de la péritonite aiguë partielle, sur-ajoutée à l'ancienne ; c'était à la même lésion qu'était due la perforation de l'estomac, le péritoine existant seul dans un point où les autres membranes avaient été détruites par le cancer, cette membrane s'était ramollie et rompue ; la perforation, peu considérable et située à la partie antérieure et supérieure de l'estomac, n'avait donné passage à aucun liquide ; du reste il devait y en avoir peu dans le viscère, à raison de la distension du pylore, qui laissait passer les alimens avant qu'ils fussent réduits en pâte chimeuse, quand ils n'étaient pas rejetés par le vomissement. Cette circonstance explique d'ailleurs comment la communication de l'estomac avec le ventre n'a produit aucun accident.

Dès lors, ce sont les lésions réunies des organes qui ont produit la mort plutôt que cet accident.

Anévrisme du cœur ; pneumonie chronique ; apoplexie pulmonaire consécutive ; cicatrices au sommet du poumon avec tubercules cretacés.

Un ancien militaire, âgé de cinquante-sept ans, atteint d'une maladie du cœur, et qui venait souvent à la consultation de l'hôpital, vint y mourir.

Le 18 novembre, à l'ouverture du cadavre, on trouva une hypertrophie considérable du ventricule gauche du cœur avec une ossification des valvules sygmoïdes de l'aorte et de la crosse de cette artère, qui était en outre très dilatée. Le poumon gauche était sain, à l'exception de quelques tubercules crétacés qui étaient au sommet, et dont l'un était manifestement enchassé dans une cicatrice parfaitement disséquée par un élève très habile (M. Sapey). Il était de la grosseur d'une lentille, inégal, anguleux, et ayant l'aspect d'un fragment de plâtre. Quelques autres tubercules semblables existaient dans les lobes moyen et inférieur, et à la superficie du poumon. On n'en trouva point sous d'autres formes, ce qui prouve qu'ils étaient d'une même éruption. Le poumon droit était le siége d'une altération fort rare aujourd'hui, et qui était probablement de la pneumonie chronique ; elle occupait tout le lobe supérieur, et même le sommet, tandis que le lobe inférieur était très peu affecté. C'était une véritable hépatisation sèche, grise ; il ne s'écoulait aucun liquide des incisions qu'on y pratiquait. Dans les deux lobes (supérieur et inférieur), existait une espèce d'infiltration sanguine véritablement apoplectique. Le sang y était épanché dans des lames celluleuses et réunies en foyer, en sorte qu'on pouvait couper le poumon par tranche. Cette infiltration avait environ trois centimètres de largeur ; elle était parfaitement circonscrite. L'infiltration était séparée du tissu pulmonaire, par une ligne blanchâtre formée sans doute par les lames, rapprochées du tissu pulmonaire

Comme le précédent, cet homme avait été phthisique, et il avait guéri ; il n'y avait eu chez lui qu'une éruption de tubercules, ce qui est assez rare, et ce qui prouve en même temps que la maladie n'avait été qu'accidentelle. La cicatrice fut disséquée avec le plus grand soin par un élève qui s'occupe spécialement d'anatomie, et parfaitement constatée par les assistans.

Quant à l'épanchement apoplectique dans le poumon droit, nous avons eu raison, dit M. Bricheteau, de l'appeler consécutif, car il me paraît évidemment avoir été produit par la lésion grave du cœur. Sous ce rapport, il faut rapprocher ce fait de l'avant-dernière observation.

Tubercule et cicatrices pulmonaires. Tubercules des vertèbres des articulations costo-vertébrale, de la dure-mère rachidienne, etc.

Une femme de cinquante-cinq ans fut apportée mourante le 8 novembre, elle succombait à une attaque d'apoplexie.

A l'ouverture du corps, on trouva un petit foyer de la largeur de deux lignes environ dans le corps strié du côté gauche. Ce foyer était déjà ancien et contenait une bouillie jaunâtre dont l'aspect était bien celui des foyers apoplectiques. Le sommet du poumon droit présentait plusieurs cicatrices manifestes, et dans la partie correspondante du poumon adhérente à chaque cicatrice on rencontra plusieurs tubercules enkystés réduits à une matière plâtreuse ou crétacée. Quelques autres tubercules moins avancés occupaient d'autres points du poumon ; aucun n'était en suppuration.

Une mulâtresse, âgée de quinze ans, amenée de Cayenne par madame Boisseau-d'Affreville, était vive, active, et semblait jouir de la meilleure santé, lorsqu'elle se plaignit tout à coup de douleurs vagues dans la poitrine, les côtés, les membres, etc. Admise à l'hôpital, elle continua à se plaindre des mêmes douleurs. En examinant la poitrine, on fut surpris d'y découvrir une tumeur considérable, située au-dessous de l'omoplate du côté gauche, et attenant à la colonne vertébrale ; cette tumeur était dure, peu sensible à la pression. Bientôt après, la malade se plaignit d'engourdissemens, d'un refroidissement singulier et d'une grande faiblesse des jambes, symptômes qui ont précédé de très peu de temps une paraplégie : deux cautères avaient été appliqués dans le voisinage de la tumeur dont nous avons parlé ; deux autres furent posés un peu au-dessous, à l'apparition de la paraplégie.

Ces moyens n'eurent aucun succès ; la jeune malade dépérit rapidement ; des eschares se formèrent aux tubérosités ischiatiques ; il survint de la toux qu'on n'avait point encore observée ; puis des crachats purulens succédèrent assez promptement à cette toux récente. Enfin la malade succomba le 3 décembre après avoir été en proie aux plus vives souffrances.

A l'autopsie, on trouva dans la tumeur un énorme kyste rempli de matière tuberculeuse jaunâtre grenue ; la tuberculisation avait envahi l'extrémité articulaire des côtes, une portion des vertèbres, les ligamens et les cartilages vertébraux correspondans à la tumeur qui avait été constatée pendant la vie. La moelle épinière, comprimée par cette masse de tissus désorganisés, était pourtant saine dans le point correspondant à la tumeur ; mais plus bas, elle était ramollie ; on remarquait en outre dans le canal rachidien des portions de vertèbres tuberculeuses qui faisaient saillie de distance en distance. Les poumons contenaient un petit nombre de tubercules ramollis.

L'origine de cette maladie remontait sans doute fort loin, mais le temps qui s'écoula depuis l'apparition de ses symptômes caractéristiques jusqu'à la mort est d'une brièveté insolite (trois mois environ). L'aspect de la matière tuberculeuse, sèche et grumeleuse indiquait qu'elle s'était développée d'abord dans la portion osseuse du canal rachidien, qu'elle avait envahi les ligamens et les cartilages, déterminé enfin la compression de la moelle épinière. Probablement que la compression avait produit la congestion et l'inflammation de la portion inférieure de la moelle épinière ; de là le ramollissement consécutif dont il a été question, et qui fut probablement la cause déterminante de la mort.

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 3 juin. — Présidence de M. Mojon.

Anatomie transcendante. — *M. Mandl* lit un mémoire sur les rapports qui existent entre le sang, le pus et l'épithélium.

Voici les con lusions de ce travail :

1° Les globules fibrineux du sang, les globules du mucus et et ceux du pus sont identiques. 2° Tous les globules sont des produits de la coagulation de la fibrine dans le sérum sanguin, qui a transudé à travers les parois des vaisseaux sanguins. 3° La partie liquide dans laquelle nagent ces globules constitue la différence entre le pus et le mucus. 4° Si les globules fibrineux restent fixés à la surface de la membrane où ils sont sécrétés, ils deviennent les noyaux des cellules épidermoïdes qui constituent les élémens de l'épiderme. 5° Si au contraire les globules fibrineux restent libres à la surface de la membrane, ils sont expulsés de l'organisme et entrent comme élémens dans le pus et le mucus. 6° Ces deux liquides ne sont donc que du sang filtré, c'est-à-dire ils contiennent tous les élémens du sang, moins les globules sanguins, le sérum subissant en même temps des altérations chimiques.

M. Mandl lit quelques observations sur la formation probable des poils ; on admet généralement qu'ils se développent par la superpositions de produits cornés. Telle n'est pas l'opinion de l'honorable membre. Il se fonde et sur la présence d'un canal intérieur que révèle le microscope, canal qui lui paraît destiné à porter la matière formatrice de la base vers le sommet, et sur quelques expériences. Si on vient à couper un cil sur sa partie moyenne qui est renflée, on voit la portion coupée se reproduire avec une pointe dont on ne peut attribuer la formation au frottement. Cette reproduction par un mouvement de circulation se fait beaucoup plus promptement dans les poils courts que dens les longs ; mais il a paru déjà l'observer sur les moustaches d'un chien. Il compte du reste répéter les expériences sur plusieurs animaux.

M. Mojon partage l'opinion de M. Mandl. Cette hypothèse seule lui paraît expliquer la canitie qui apparaît presque subitement.

Rapport de MM. Velpeau et Thierry sur une pièce d'anatomie pathologique, relative à une fausse articulation du fémur, présentée par M. N. Manzini.

Messieurs, dans la séance du 6 mai, M. Manzini vous a présenté une pièce d'anatomie pathologique, accompagnée de l'histoire du malade. Vous avez bien voulu charger M. Velpeau et moi de vous faire un rapport à ce sujet ; voici l'énoncé du fait, et nos réflexions à son égard.

Un officier invalide, hémiplégique du côté gauche, était sujet depuis quelques années à des douleurs arthritiques ; des mouvemens légers imprimés à ses articulations les soulageaient. En exerçant l'articulation coxo-fémorale gauche, il se trouva tout à coup dans l'impossibilité de pouvoir remuer le membre et de se livrer à la marche. Il soupçonna qu'un désordre grave venait de s'accomplir.

La science possède plusieurs cas de fracture qui ont eu lieu pour ainsi dire spontanément ; outre la vieillesse, l'affection can-

(1) Bibliothèque médicale. — Clinique de l'hôpital Necker. — Journal complémentaire des Sciences médicales.

céreuse, l'affection vénérienne qui sont le plus souvent les causes de ces fractures. Il en est que l'on ne peut expliquer, et dont la consolidation ne se fait pas moins.

Transporté à l'infirmerie de l'hôtel des Invalides, le chirurgien en chef diagnostiqua une fracture siégeant immédiatement au-dessous des trochanters; un appareil inamovible fut appliqué, et au bout de soixante jours cet appareil fut retiré : le malade était en état de se livrer à la marche. Depuis que nous voyons exercer la chirurgie et que nous l'exerçons nous-mêmes, nous avons été appelés à observer un grand nombre de fractures du col du fémur, et nous n'avons jamais vu marcher les malades au bout de ce temps.

Le membre était raccourci de deux pouces ; on avait eu lieu de craindre que cette fracture ne se consoliderait pas, ce que l'âge du sujet et les circonstances au milieu desquelles la fracture s'ét it effectuée ne faisaient que trop redouter.

Trois ans après cette fracture, ce même officier entra à l'infirmerie avec des désordres graves à l'épaule gauche, dont M. Manzini se propose de vous entretenir plus tard. Ces désordres avaient-ils une grande ressemblance avec ceux de l'articulation coxo-fémorale? tenaient-ils à la même prédisposition organique et accidentelle? C'est ce que M. Manzini se propose de rechercher.

De l'examen de la pièce anatomique, il résulte que la fracture du fémur siége à la base du col de cet os, qu'elle est extrà-capsulaire, que la consolidation des fragmens n'a pas eu lieu, que le fragment inférieur a donné naissance à une quantité énorme de productions osseuses de forme variée, et semblables à des stalactites qui, s'appuyant sur le bassin et sur le reste du col du fémur, suffisaient pour assurer la station et permettre quelques mouvemens.

L'effort et l'art admirable que la nature a déployés dans cette circonstance, pour éluder le déplacement des fragmens osseux et conserver autant que possible l'intégrité des moyens de sustentation du bassin, paraissent, selon M. Manzini, annoncer une loi que la nature doit suivre invariablement pour remédier aux désordres de cette espèce, et constituer une pseudarthrose qui remplace le cal définitif.

Pour établir des lois, il faut avoir un grand nombre de faits, et malgré des faits très nombreux, souvent une observation nouvelle vient détruire toutes les lois et tous les systèmes, parce que l'homme ne peut pas tout embrasser, et que l'exception se trouve toujours ou presque toujours à côté de la généralité. Toutefois nous devons vous dire que, d'après deux pièces appartenant à notre ami Paul Tessier, héritier de la collection de Dupuytren, et qui offrent la plus grande analogie avec celle qui vous a été présentée, les formations de stalactites osseuses viennent à l'appui de l'opinion de M. Manzini ; mais cet état de développement énorme de sucs osseux autour des fragmens non consolidés, dans les fractures extrà-capsulaires, ne tiendrait-il pas à l'état morbide qui s'opposerait à la consolidation des os des personnes affectées d'arthritisme ? La première des deux pièces de M. Tessier, est la reproduction exacte de celle de M. Manzini : c'est une fracture extrà-capsulaire du col fémoral, terminée par fausse articulation. La coque osseuse qui constitue la cavité de cette articulation accidentelle offre la même configuration. L'analogie en est portée tellement loin que, dans la pièce de M. Tessier, comme dans celle de M. Manzini, on remarque à la partie antérieure, supérieure et interne de la coque osseuse, une stalactite qui se dirige en haut vers la branche horizontale du pubis, enveloppant le tendon des muscles psoas et iliaque. Dans la seconde pièce de M. Tessier, on observe une fracture extrà-capsulaire du col du fémur, suivie de fausse articulation. Voilà ce que l'on peut juger d'après l'apparrence de cette pièce, mais comme le col est presque entièrement absorbé, il est très facile de déterminer si la fracture a été extrà ou intrà-capsulaire. M. Chassagnac a déposé dans le Musée Dupuytren des pièces celles sinon semblables, du moins ayant une grande analogie avec celles dont nous venons de vous entretenir.

Vos rapporteurs pensent, Messieurs, que d'après des faits aussi peu nombreux, ils ne peuvent pas apprécier une loi immuable et sans exception ; ils pensent seulement que ces données, fournies par M. Manzini, et que les pièces de M. Tessier, dont nous ne connaissons pas l'opinion à cet égard, peuvent conduire à des résultats importans qui excitent tout votre intérêt. Ils vous proposent de nommer M. Manzini membre de la Société médicale d'émulation de Paris. Nous sommes sûrs, Messieurs, qu'il fera tous ses efforts pour vérifier l'opinion qu'il a émise dans son mémoire, et que surtout il fera de nombreuses recherches et qu'il réunira un grand nombre d'observations pour fournir des preuves.

M. Manzini appartient à cette généreuse jeunesse italienne qui se réveilla au cri de liberté poussé par la France en 1830, et qui se rappela que Bologne, Rome et Florence avaient été florissantes et libres, et qu'elles avaient vu briller à côté de Michel-Ange, du Titien, de l'Arioste et du Tasse, Vésale, Fallope, Eustache et Colombo.

Messieurs, la France a tendu une main amie aux enfans de sa sœur aînée en savoir et en civilisation, et nous, médecins, nous suivrons les exemples de la patrie en les traitant en frères.

Signé : A. Thierry, Velpeau.

— Le concours pour trois places de chirurgiens vacantes au Bureau central des hôpitaux était en train d'activité; deux épreuves déjà avaient été subies ; la troisième commençait, et, malgré la retraite de deux juges, tout semblait annoncer que ce concours se terminerait sans obstacle, lorsqu'une circonstance imprévue, puérile, nous oserions dire ridicule, est venue tout entraver, tout mettre en question, et faire perdre peut-être aux honorables compétiteurs de ce concours le bénéfice de deux épreuves subies, aux juges le temps consacré à ces épreuves.

Un juge, sans motif plausible, sans d'autre raison que celle que nous ne voulons pas qualifier, s'est retiré brusquement, laissant le jury dans des conditions de nombre telles que d'après les réglemens le concours doit être annihilé.

La question a été portée devant le conseil, et là, nous l'espérons, la justice et les convenances trouveront de dignes interprètes. Nous ne voulons pas aller plus loin sur ce sujet, bien convaincu que le juge qui a cédé à un mouvement dont nous ne pouvons nous rendre compte, comprendra lui-même combien sa conduite, en cette circonstance, peut être préjudiciable à de jeunes confrères, qui, dans tous les cas, méritaient plus d'égards.

Nous apprenons à l'instant que, malgré la persistance, nous pourrions dire, l'obstination, de ce juge, qui est M. Breschet, le conseil des hôpitaux a passé outre, et que le concours ne sera pas interrompu.

Cette décision du conseil des hôpitaux est empreinte d'une haute convenance, et nous l'approuvons sans réserve. Pourquoi se fait-il que le lendemain il en ait rendu une autre qui ne paraît plus porter ce caractère de justice et de libéralité? Voici les faits : Un concours s'est ouvert hier au bureau Central pour quatre places de médecins-adjoints dans le service des aliénés. Parmi les concurrens, il s'en trouvait quelques uns qui dirigent des établissemens privés spécialement consacrés à l'aliénation mentale.

Or, ces concurrens ont été éloignés du concours par décision du conseil, c'est à dire que ceux-là même qui par leur position sociale, par la direction de leurs études que cette position suppose, et par l'expérience qu'elle leur a nécessairement donnée, sont précisément ceux que le conseil éloigne de la lutte! Et sur quel motif? Parce que, dit-il, un chef d'établissement privé ne peut pas donner *tout* son temps au service dont l'administration le charge. Cette décision nous paraît tellement arbitraire et illégale, que nous n'hésitons pas à engager les honorables concurrens qu'elle frappe à en appeler à une autorité supérieure. — Comme cette question nous paraît très grave, et qu'elle intéresse vivement des confrères dont la position est attachée à sa solution, nous lui donnerons, dans un de nos prochains numéros, un développement que le défaut d'espace nous empêche de donner aujourd'hui. (*Gaz. des Méd.-Prat.*)

— Le ministre de la guerre vient d'ordonner, pour la première fois, une inspection sérieuse du service de santé militaire de toute la France.

Cette mesure importante, réclamée depuis long-temps au nom des intérêts de l'armée et de ceux des officiers de santé, est en ce moment en voie d'exécution.

Nous espérons qu'elle contribuera à nous révéler la cause de la mortalité déplorable qui frappe les jeunes soldats.

— Dans notre numéro du 2 juin, après avoir indiqué la formule donnée par M. Cap, pour la préparation des tablettes de lactate de fer, nous l'avons fait suivre de courtes réflexions sur les pastilles de lactate qu'on vendait dans certaines officines. M. Louradour, se croyant désigné, s'est hâté de publier une longue réfutation dans la Gazette des médecins praticiens, et là, il s'étend avec plaisir sur ces vérités banales de chimie que n'ignore même pas un élève de première année. En vérité, la susceptibilité de M. Louradour nous étonne ; il s'agit, disons-le encore, de pastilles *au lactate de fer* ; en quoi cela concerne-t-il ce pharmacien? N'a-t-il pas été démontré par MM. Baudrimont, Conté, Gélin, etc., que les pastilles vendues par M. Louradour, au prix de 3 fr. la boîte, contenaient une quantité considérable de *sulfate de fer* ? (Voir *Gazette des Hôpitaux*, n. 14 et 16, 1840.) Faut-il donc lui répéter encore une fois qu'il n'était pas, qu'il ne pouvait pas être question de lui.

Après avoir publié les observations faites dans les hôpitaux, par MM. Andral, C. Broussais, Barthélemy, Emery, Fouquier, Marjolin, Serres, Trousseau, nous devons faire connaître que, par suite des rapports du comité d'examen, le sirop de M. Johnson, pharmacien à Paris, a été brévetéé par ordonnance royale, et que cette préparation a été annexée au codex. C'est donc sur la foi des plus solides garanties que le sirop de Johnson est entré dans la matière médicale comme sédatif et comme diurétique.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 18 JUIN 1840. (13e ANNÉE.) N° 72, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger. 1 an, 5..

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Considérations relatives à la levée du premier appareil ; méthode adoptée par M. Blandin.

La levée du premier appareil, à la suite des grandes opérations chirurgicales, se fait généralement dans les hôpitaux de Paris à une époque qui varie entre le quatrième et le cinquième jour, terme moyen. Depuis bon nombre d'années nous avons vu M. Lisfranc, à la Pitié, s'éloigner d'une semblable pratique et lever le premier appareil le lendemain de l'opération. La conduite de M. Lisfranc avait pour but d'éviter aux opérés les douleurs qu'occasionne trop fréquemment la levée de l'appareil au bout du temps classique, lorsque, ainsi que cela arrive bien souvent, les pièces de l'appareil adhèrent à la plaie et n'en ont pas été entièrement détachées par la suppuration. Telle est, du moins, la raison que M. Lisfranc donnait de sa manière d'agir en 1833. Nous ignorons s'il professe encore aujourd'hui la même doctrine à cet égard. Au reste, M. Lisfranc n'avait concilié cette réforme avec aucun des moyens qui peuvent favoriser la réunion des plaies récentes, par première intention, et c'est en cela principalement, exclusivement même, que sa méthode diffère de celle de M. Blandin.

Depuis près d'un an, M. Blandin ôte le premier appareil des plaies le lendemain des opérations, et tente dans tous les cas d'obtenir la réunion immédiate. Cette pratique qui, suivant M. Blandin, opère des merveilles, et suivant d'autres est remplie d'inconvéniens, est, du reste, simple et facile dans son application. Ainsi, s'agit-il d'une amputation de la cuisse : l'agglutination des bandelettes ne porte que sur les lèvres de la plaie ; dans le reste, étant adhérentes à une bande que l'on a eu soin de rouler autour du moignon. Ensuite tout ce dernier est recouvert par un linge troué, enduit de cérat, et au-dessus la charpie mollette, les compresses longuettes que l'on maintient à l'aide de quelques tours de bande.

Dans une de ses leçons cliniques, M. Blandin a exposé les avantages de sa méthode, et signalé, ainsi que réfuté, les inconvéniens qu'on lui reproche. Nous allons tâcher de résumer les idées et opinions de ce chirurgien.

Les principaux avantages, dit M. Blandin, que l'on retire de la levée du premier appareil le lendemain de l'opération, combinée à la réunion par première intention, sont ceux qui peuvent résulter de la substitution de linges à pansement frais à ceux que le sang, la sérosité, le cérat, etc., ont sali, détérioré ; de s'opposer à l'accumulation des fluides dans l'intérieur de la plaie, qui en distendent les lambeaux et en éloignent conséquemment les bords, cause qui s'oppose fréquemment à la réunion par première intention ; de surveiller l'état du moignon, même de l'inspecter directement et de maintenir son inflammation dans des limites modérées, etc.

On a reproché aux anciens d'avoir ôté l'appareil pour la première fois le lendemain de l'opération ou de son application sur une plaie accidentelle, et par suite on nous a fait le même reproche. Je dois vous dire d'abord que jamais les anciens n'ont enlevé le premier appareil le lendemain de son application. A. Paré, conseille de l'ôter le quatrième jour, et un peu plus tôt en été ; Dionis veut qu'on l'ôte le troisième jour ; J.-L. Petit, au bout de vingt-quatre heures. Personne n'a donné le conseil d'enlever le premier appareil à une époque plus rapprochée de son application que le dernier de ces chirurgiens célèbres : aucun n'a indiqué comme précepte de l'enlever le lendemain.

Le reproche adressé aux anciens chirurgiens, était principalement motivé par la douleur vive qu'occasionnait la levée du premier appareil, qui aurait été d'autant plus forte, que les anciens ne sachant pas tirer profit de l'agglutination des plaies par première intention, ils appliquaient à celle-ci le pansement des plaies qui doivent suppurer. Mais pour prouver combien ce reproche porte à faux, il nous suffira peut-être de rappeler que A. Paré donne formellement le précepte ne point détacher les parties qui adhèrent trop fortement et d'en abandonner la séparation aux progrès de la suppuration. D'ailleurs, nous avons démontré précédemment qu'aucun d'entre eux n'avait levé ni conseillé de lever le premier appareil à aussi bonne heure que nous le pratiquons, puisque J.-L. Petit, qui est celui qui se rapproche le plus de nous, ne conseille de l'ôter que quarante-huit heures après son application, et par conséquent, quand même le reproche qui leur est adressé serait fondé, il ne saurait retomber sur nous, car notre pratique n'a rien de commun avec la leur.

La facilité de surveiller le moignon est aussi un des grands avantages de notre méthode ; et cette inspection est d'autant plus facile que la plaie principalement n'est plus dérobée que partiellement par les bandelettes agglutinatives. Alors si on la trouve en bon état, on renouvelle le pansement, pratique avantageuse en ce que l'on substitue de la charpie molle à de la charpie dure, par suite de la dessication des fluides émanés de la plaie, des compresses fraîches à des compresses qui ont été différemment détériorées et salies, etc. Que si, au contraire, la plaie est douloureuse, boursoufflée, nous coupons la bande roulée autour du moignon destinée à recevoir l'agglutination des bandelettes ; car par suite du gonflement survenu dans le membre, elle exerce alors une constriction douloureuse et nuisible. Nous agissons ensuite à l'égard de l'inflammation du moignon conformément à la nature des indications et à l'exigence du cas en particulier.

Mais un des avantages immenses de notre méthode, c'est de mettre le chirurgien à même d'empêcher l'accumulation des liquides qui sortent de la plaie, et déterminent par leur stagnation l'éloignement des bords et des surfaces traumatiques dont on veut obtenir l'agglutination immédiate. Si en effet nous trouvons le lendemain de l'opération qu'il y ait tendance ou même commencement de stase, ou d'infiltration séreuse ou sanguine dans la plaie, nous favorisons l'écoulement de la quantité qui s'y trouverait déjà accumulée, au moyen d'une pince à pansement que nous introduisons sur le point le plus déclive de ses lèvres, et rétablissant ainsi le contact des surfaces dont on désire le recollement immédiat, on se ménage un plus grand nombre de chances pour arriver à ce résultat.

Lorsque l'on réfléchit à l'importance de surveiller une plaie dont on veut obtenir la réunion par première intention, et d'éloigner toutes les causes capables de s'opposer à son accomplissement, on a réellement peine à comprendre comment les chirurgiens peuvent consentir à s'interdire son inspection directe pendant quatre jours, c'est-à-dire pendant un laps de temps plus que suffisant pour que la réunion immédiate arrive, si cela est conforme aux vœux de la nature, et beaucoup trop long pour permettre l'éloignement de tout ce qui pourrait entraver cette réunion. Combien de fois, en effet, ne trouve-t-on pas au bout de quatre jours une inflammation trop vive du moignon qui s'est opposée à l'agglutination des parties ? et dans combien d'autres cas différentes causes n'ont-elles point entraîné le même inconvénient ?

Les praticiens qui combattent notre méthode nous ont encore objecté de suivre une marche routinière, et d'agir comme des garde-malades. A cela nous répondrons que ceux qui suivent le sentier battu et marchent sur les traces de nos prédécesseurs font réellement de la routine, et que par conséquent ce reproche ne peut nous atteindre, puisque avant nous personne n'a agi comme nous le faisons aujourd'hui. J'ose même vous dire à cet égard qu'en général vous n'obtiendrez l'agglutination des plaies ou leur réunion par première intention qu'autant que, procédant selon les principes que nous exposons, vous inspecterez de bonne heure l'état des parties ; car après trois ou quatre jours, je le répète, tout est accompli, la réunion immédiate a eu lieu ou elle a manqué sans ressource.

On nous a reproché enfin de nous être injustement attribué d'éviter par notre méthode l'érysipèle, les fusées purulentes, etc., parce que le premier ne survient pas en général avant la levée du premier appareil, au bout de trois ou quatre jours, et qu'avant ce même temps, la suppuration n'étant point encore établie, les fusées purulentes ne peuvent s'effectuer. Ces reproches sont aussi peu fondés l'un que l'autre : en effet, les bandelettes agglutinatives, qui sont très irritantes, peuvent occasionner avant l'expiration des quatre jours des accidens inflammatoires de la peau ; et pour ce qui concerne la suppuration, nous sommes à même d'affirmer qu'elle commence à s'établir dès le second jour ; alors, à la vérité, le pus presque séreux ne présente pas cette consistance crémeuse qu'il acquerra plus tard ; mais il existe néanmoins en quantité assez notable pour s'opposer par sa présence et son accumulation dans les interstices de la plaie à l'agglutination des parties, et occasionner des fusées pour peu que l'état de ces mêmes parties se prête à leur formation.

Pour nous résumer, nous dirons donc :

1° Que notre méthode n'est point douloureuse, et cela à la faveur d'un pansement convenable qui empêche les tiraillemens ;

2° Qu'elle offre l'avantage immense de ne point laisser le chirurgien spectateur inactif pendant le laps de temps durant lequel la réunion par première intention doit s'effectuer et peut être entravée par plusieurs causes ;

3° Qu'elle offre enfin l'avantage d'obtenir la réunion immédiate dans les cas où les autres chirurgiens ne l'obtiennent point.

Plaie grave de la tête avec dénudation des os ; accidens inflammatoires encéphaliques ; crainte d'infection purulente.

Je dois appeler un instant votre attention sur le malade couché au n° 35 de la salle Sainte-Agnès, qui porte une plaie très grave de la tête, accompagnée de dénudation osseuse, siégeant au niveau d'une suture. Des accidens inflammatoires graves que nous n'avions que trop prévus sont survenus, qui sont d'autant plus de nature à nous inspirer des craintes, que, par suite du siége de la plaie au niveau d'une suture, il y a tout lieu de redouter que l'inflammation externe ne se soit propagée à l'intérieur du crâne par l'intermédiaire des filamens cellulaires qui traversent les sutures crâniennes, et qui ont été décrits par Bichat.

Mais malheureusement, là ne se bornent pas encore toutes nos craintes. Ce malade, en effet, a eu avant hier du frisson, ce que nous croyons d'abord devoir attribuer à l'inflammation des os, nécessaire pour amener l'élimination des parties frappées de contusion et en même temps dénudées ; mais le caractère sérieux qu'a pris depuis la marche des symptômes, nous a fait comprendre qu'il s'agissait de l'existence de conditions pathologiques plus graves, et nous avons soupçonné l'inflammation des veines diploïques des parois osseuses crâniennes, des veines extra-crâniennes elles-mêmes, et sa propagation aux sinus de la dure-mère. En un mot, nous avons soupçonné l'existence d'une phlébite et un commencement de transport du pus dans la circulation ; cause fréquente de ces abcès métastatiques des organes intérieurs, et principalement du foie, que l'on trouve à l'ouverture des sujets qui ont succombé à l'infection purulente.

Mais à ces symptômes, déjà si redoutables, sont venus s'en joindre ce matin d'autres non moins graves : ainsi, le malade a eu des vomissemens, et l'on remarque un état de contracture du membre supérieur et du membre inférieur du côté opposé à celui qui est le siége de la plaie de la tête. A toutes les craintes que nous avons eues jusqu'à ces jour, viennent donc se joindre celles d'une contusion cérébrale, à l'égard de laquelle il n'est même pas permis de conserver aujourd'hui le moindre doute.

Le cas ne saurait être plus grave : phlébite et commencement d'infection purulente marqué par le frisson d'avant-hier, auquel indice vient s'ajouter aujourd'hui le gonflement du foie qui dépasse inférieurement le rebord des côtes, et qui est probablement déjà le siége de plusieurs abcès auxquels il doit son augmentation de volume, ce qui est un des phénomènes plus constans de l'infection purulente ; inflammation des méninges, contusion et inflammation du cerveau, marquées par le délire bruyant que le malade a eu cette nuit, et la contracture des membres opposés ou non au côté sur lequel siége la plaie de la tête ; symptômes qui démontrent, d'autre part, qu'il n'existe pas de compression cérbrale et qui viennent en confirmation des travaux de MM. Rostan et Lallemand.

La paralysie est très peu prononcée et le malade peut soulever le bras gauche presque autant que le droit ; il n'y a donc que demi-paralysie. Croirons-nous, avec MM. Foville et Pinel-Grandchamp, que la couche optique est principalemen affectée ; nous pensons que ce fait viendra confirmer la doctrine de ces Messieurs.

Double hydrocèle vaginale chronique. Diagnostic douteux. Ponction exploratrice. Incision. Excision partielle de la tunique vaginale passée à l'état cartilagineux.

Chez ce malade la transparence de la tumeur n'existait que d'un seul côté ; de l'autre côté, il y avait absence de ce signe pathognomonique de l'hydrocèle, mais on avait d'autre part tous les signes rationnels de cette maladie. Le défaut de transparence nous laissait néanmoins dans le doute, doute qui était également accru par le défaut d'une fluctuation bien manifeste.

Nous nous proposions donc, dans cet état de choses, de pratiquer une ponction d'exploration à la tumeur, quitte à procéder ensuite à la castration si nous avions reconnu affaire à un sarcocèle. Nous pensions d'ailleurs que la transparence pouvait être empêchée par le mélange d'une certaine quanité de sang à la sérosité, ou par l'épaississement morbide de la tunique vaginale.

La ponction a procuré l'issue d'une certaine quantité de sérosité sanguinolente, ce qui venait confirmer notre diagnostic ; mais après l'évacuation du liquide la tumeur restait volumineuse, ce qui nous permit de reconnaître que la tunique avait subi un certain degré d'épaississement. De sorte que notre diagnostic se trouva confirmé dans toutes ses parties.

Il était bien démontré que le testicule n'ayant subi aucune dégénérescence cancéreuse, son extirpation ne devait pas être pratiquée : mais nous reconnûmes la nécessité d'inciser la tumeur, afin de bien nous assurer de l'état de la tunique, de l'exciser en totalité ou en partie seulement, s'il y avait lieu, et évacuer tout ce qui serait contenu dans sa cavité et n'avait pu en sortir par la ponction.

L'incision de la tumeur dans toute sa longueur nous fit réconnaître que la tunique renfermait plusieurs caillots sanguins, dont quelques-uns étaient organisés, et que la tunique, qui était considérablement épaissie, avait subi en grande partie la dégénérescence cartilagineuse.

C'est en considération de cet état pathologique de la séreuse testiculaire, que nous nous sommes déterminé à e.

exciser les trois quarts ; c'est-à-dire le côté antérieur, les côtés latéraux et le côté inférieur. Un pansement cératé a ensuite été appliqué sur la plaie, et le testicule a été maintenu élevé au moyen d'un suspensoir.

Consécutivement à cette opération, le malade a eu la fièvre traumatique avec peu d'intensité, et pendant laquelle on s'est borné à l'application de cataplasmes. Aujourd'hui il y a absence de réaction fébrile, et la suppuration commence à s'établir. L'inflammation est modérée, et, eu égard à la gravité du cas, il est permis de considérer ce malade comme étant dans un état satisfaisant.

Carie du premier métatarsien et de la première phalange du gros orteil. Amputation dans l'articulation tarso-métatarsienne.

Nous opérerons aujourd'hui devant vous ce jeune malade, qui est couché dans la salle Sainte-Agnès, et qui est affecté d'une carie du premier os metatarsien et de la première phalange du gros orteil. Les deux os seront enlevés en totalité ; c'est-à-dire qu'au lieu d'amputer dans la continuité de l'os métatarsien, qui n'est malade qu'à son extrémité antérieure, nous ferons la désarticulation tarso-métatarsienne. Je sais qu'en agissant de la sorte, nous avons l'inconvénient de nous rapprocher du tronc ; mais, selon nous, les amputations dans la contiguité sont moins graves que celles qui se pratiquent dans la continuité des os ; et, sous ce rapport, ce même inconvénient se trouve compensé. D'ailleurs, le résultat de l'amputation dans la contiguité est plus sûr.

Il y aurait lieu de faire une objection à la conduite que nous allons suivre. Ainsi, quelques praticiens ont dit : en amputant dans l'articulation tarso-métatarsienne, vous arrivez sur la gaîne du tendon du muscle grand péronier latéral, qui restera béante, prête à recevoir la suppuration, ce qui pourrait avoir de graves inconvéniens. Cette objection tombe d'elle-même, quand on réfléchit qu'un plus grand nombre de gaînes tendineuses sont ouvertes lorsqu'on procède à la désarticulation du pouce, et que nonobstant il n'en résulte pas d'ordinaire les accidens que l'introduction du pus dans ces mêmes gaînes peut occasionner. D'ailleurs, on peut facilement éviter cet inconvénient au moyen d'une compression ménagée.

Pour nous convaincre de la supériorité de l'amputation dans la contiguité sur celle qui se pratique dans la continuité, vous n'aurez qu'à suivre ce malade, et comparer son histoire à celle du malade qui est couché au n° 7 de la même salle, qui a subi la même amputation dans la continuité et qui, j'en suis certain, ne se trouvera pas guéri avant celui que nous allons opérer aujourd'hui. En effet, les plaies qui résultent des amputations dans les articles se cicatrisent beaucoup plus vite que celles qui correspondent à la continuité des os ; car, dans le premier cas, non seulement les os n'ont été lésés en rien; mais, de plus les surfaces cartilagineuses ne sont pas réfractaires à la cicatrisation, comme le pensent quelques praticiens ; dans le second cas au contraire, l'action de la scie, malgré toutes les précautions que l'on prend, exercera sur des parcelles une action contondante nécessairement suivie de leur nécrose, circonstance qui retarde l'entier accomplissement de la cicatrice jusqu'au moment où l'élimination des portions nécrosées est effectuée. C'est là, entre autres exemples, ce qui est arrivé chez le malade n° 7, chez lequel un petit sequestre est déjà sorti qui sera suivi de plusieurs autres sans aucun doute, ce qui retardera indéfiniment la cicatrisation entière de la plaie.

Nous croyons devoir donner la préférence à la méthode à lambeaux, car la méthode ovalaire, qui ne laisse qu'une plaie linéaire, présente toujours le grave inconvénient de favoriser la stagnation du pus, circonstance qui pourrait amener son introduction dans la gaine du tendon du muscle grand péronier latéral. Notre lambeau, qui aura une forme allongée, étant appliquée à la surface de la plaie, nous ménagera deux voies de dérivation pour le pus. K.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Leçons sur les maladies vénériennes.

(Septième article. — Suite du n° 71.)

Diganostic des chancres. Il peut exister dans certaines régions des organes génitaux soit de l'homme, soit de la femme, des chancres difficiles à apercevoir, et qu'il est cependant de la dernière importance de reconnaître. Essayons d'arriver à les diagnostiquer.

A. *Chancres du col utérin.* On observe de temps en temps dans le vagin des chancres primitifs, qui sont situés soit sur la membrane muqueuse qui tapisse le vagin, soit sur le museau de tanche lui-même. Ces ulcères sont néanmoins rares sur les parties profondes, bien qu'elles soient très exposées au contact du virus vénérien pendant le coït. Dans beaucoup de cas, si les ulcérations sont peu étendues et non compliquées de vaginite ou de catarrhe utérin; la suppuration qu'elles produisent peut être en assez petite quantité pour qu'on ne puisse en rencontrer des traces extérieurement. Ajoutons à cela que dans l'immense majorité des cas, ces ulcérations sont parfaitement indolores.

Le plus souvent cependant des écoulemens divers s'observent en même temps qu'il existe des chancres sur le col utérin. Quand on rencontrera un écoulement de cette nature, il deviendra indispensable, si l'on veut arriver à un diagnostic exact, d'explorer profondément les parties, ce qu'on négligeait encore pendant ces dernières années. C'est dans ce but que nous avons généralisé et pour ainsi dire forcé l'emploi du spéculum, dont on ne se servait pas même auparavant pour les filles publiques.

Emploi du spéculum; règles pour son application. Le spéculum à deux valves est l'instrument qu'on doit préférer ; il peut à lui seul remplacer tous les autres. Il a l'avantage d'être peu volumineux quand il est fermé, par suite de la disposition qui permet aux deux lames de s'emboîter ; il en résulte que l'extrémité qui pénètre la vulve est très facile à introduire et n'occasionne pas la distension des parties. Dans le vagin, en avant et en arrière de l'arcade pubienne, on peut arriver à une distension assez considérable des parties; mais il n'en est pas ainsi au niveau de cette arcade. Il y avait donc une indication pressante à remplir : il fallait éviter de contondre les parties molles contre le pubis par suite du volume de l'instrument; et d'ailleurs dans ce point la dilatation était inutile. C'est dans ce but que, dans le spéculum bivalve, on a donné au point de l'instrument qui répond à l'articulation des deux valves des dimensions invariables. Cette idée appartient à M. Jobert (de Lamballe) qui, le premier, l'a réalisée en faisant fabriquer son spéculum à bascule ; le mien ne diffère de celui-ci que parce que j'ai rapproché le point fixe de l'extrémité postérieure du spéculum, dans le but de mettre l'instrument dans un rapport plus parfait avec les circonstances anatomiques. Une autre modification fort importante, c'est l'addition d'un manche qui permette à la femme de maintenir l'instrument ; on peut, de cette manière faire toutes les recherches convenables sans être assisté d'un aide, ce qui est d'un avantage immense pour la pratique civile. Entre les branches nous avons fait placer une échelle graduée qui, suivant l'écartement de ces branches, en mesure l'étendue, et sert ainsi à l'apprécier le volume du prolongement de l'utérus. Achevons en disant que pour rendre l'instrument plus portatif, les branches en ont été brisées.

Pour appliquer le spéculum, on fait placer la femme comme pour l'opération de la taille, les fesses bien au niveau du bord du lit. Il est important d'agir avec dignité et une espèce de brusquerie grave qui sauve la pudeur des femmes des préludes et des pourparlers. Une fois la position bien assurée, on pratique le toucher en se plaçant entre les cuisses de la malade. Il est important, en effet, de s'assurer de la situation du col, qui peut être dévié ou offrir quelques autres particularités nécessaires à connaître pour ne pas se fourvoyer.

L'instrument ayant été huilé, on le saisit de la main droite en faisant chevaucher les valves qui sont saisies à pleine main, en avant du point fixe de l'instrument. Le doigt médius de la main gauche appuie sur la fosse naviculaire ; tandis que l'indicateur et l'annulaire écartent latéralement les poils et les lèvres, le bout de l'instrument est présenté parallèlement au grand diamètre de la vulve ; en même temps on l'appuie sur le médius gauche; on abaisse alors la main droite en faisant basculer l'instrument qui pénètre sans la moindre douleur, au-dessous du méat urinaire. Ceci fait, on l'introduit alors, en faisant éprouver au spéculum un léger mouvement de rotation sur son axe.

Il faut avoir la précaution de ne pas pousser l'instrument trop loin, dans la crainte d'aller arc-bouter contre le col de l'utérus, ou bien dans l'un des culs-de-sacs qui existent en avant et en arrière du prolongement utérin ; il faut, au contraire, faire éprouver à l'instrument quelques mouvemens de va et vient, et quelques déviations latérales. Une fois que le col est saisi, on tourne le spéculum de manière que les manches soient dirigés du côté de la femme qui peut les maintenir ; dans cette position, les valves sont en rapport avec les parois antérieures et postérieures du vagin, et la muqueuse de cet organe ne peut en aucune façon s'introduire dans l'espace qui existe entre ces deux lames, attendu que le vagin ne peut éprouver de déplacement dans le sens latéral.

Une fois le spéculum bien introduit, l'exploration et le diagnostic sont faciles et sûrs.

B. *Chancres de l'urètre de l'homme* (chancres larvés). Assez fréquemment il peut exister des chancres dans l'urètre de l'homme ; on peut les soupçonner d'après les signes ou les moyens d'exploration qui suivent ; mais quelle est la valeur de chacun d'eux?

1° La nature de l'écoulement. Celui-ci est sânieux, d'une couleur roussâtre, assez souvent sanguinolent, soit de lui-même, soit après de légères pressions exercées sur le trajet du canal.

2° Une sensibilité particulière fixée dans un point déterminé du canal. Ce signe est loin d'être infaillible. Il est une foule de chaudepisses dans lequelles ces douleurs locales dans l'urètre sont des plus violentes, surtout vers le gland et la racine de la verge.

3° Le cathétérisme. Il est certain que la douleur augmente pendant le cathétérisme dans les points ulcérés que touche l'instrument ; mais cependant cette exagération de la sensibilité ne peut être un signe absolu.

4° Par empreinte. Ce moyen n'a aucune valeur ; il faut y renoncer.

5° Le spéculum de l'urètre. On a proposé un instrument de ce genre, qui ne peut être d'aucune utilité.

6° Si les ulcérations sont rapprochées de l'orifice de l'urètre, peut-être en écartant avec des pinces les lèvres du méat, arrivera-t-on à découvrir les chancres.

7° L'existence de nodosités, d'indurations dans la longueur du canal, ne sont aussi que des signes rationnels, mais nullement certains.

Sans doute, si l'on arrivait à réunir tous ces signes, il y aurait de grandes probabilités pour permettre de conclure à la présence du chancre dans l'urètre, mais on n'en aura pas la certitude absolue ; aussi, dans ce cas, le diagnostic est peu certain.

C. *Chancres de l'anus et de la bouche*, etc. Dans la bouche l'exploration est facile ; il en est de même pour l'anus et le rectum, grâce au *speculum ani* ; il faudra donc avoir recours à cet instrument.

Dans ce cas, comme on le voit, le diagnostic est sûr.

— Peut-on, dans tous les cas, distinguer un ulcère virulent d'un ulcère bénin simple, dépendant d'une cause étrangère à la vérole ?

Ceux des médecins qui ont beaucoup vu, reconnaîtront que, dans quelques circonstances, le diagnostic est extrêmement difficile, si l'on n'emploie que les moyens ordinaires pour arriver à la découverte de la vérité.

Passons successivement en revue la valeur des sources ordinaires du diagnostic.

1° *L'antécédent.* On pense bien que, dans quelques circonstances, ce signe rationnel puisse être de quelque utilité, mais aussi combien est-il insuffisant dans beaucoup de conditions. Que signifient ces mots : rapports avec une femme gâtée ou suspecte? Est-il possible d'arriver le plus souvent à autre chose qu'à une simple suspicion ?

2° *Le siége de l'ulcération.* Du moment que l'ulcération a pour siége les organes génitaux, il est des gens qui n'élèvent plus le moindre doute sur son origine et sa nature; ce n'est cependant encore qu'une simple probabilité ; car, mille causes autres que l'affection vénérienne peuvent donner naissance à des ulcérations de ces organes.

3° Le temps de l'apparition après l'application présumée de la cause virulente, autrement dit, la *prétendue incubation*.

Ce que nous avons dit de ces idées, en étudiant le développement du chancre et l'incubation, nous dispense d'y revenir. Cette considération n'a aucune valeur diagnostique.

4° *La forme de la maladie au début.* Tous ceux qui ont écrit sur ce point, ou du moins presque tous, excepté Cullerier, arrivent en présence d'une ulcération qui a débuté par la forme furonculeuse ou pustuleuse, arrivent, dis-je, à conclure qu'ils n'ont pas affaire à un chancre. A côté de cela, ont-ils à examiner un herpès, une ulcération à pic, à fond grisâtre, ils soupçonneront un chancre. Nous avons vu, en étudiant la forme que la maladie présente au début, ce que ces idées sur le mode d'évolution de la maladie ont d'erroné.

5° *La forme d'état ou de progrès.* Nous nous sommes étendus long-temps sur la forme légitime des chancres et sur les variétés qu'elle peut offrir, mais cette forme peut-elle permettre, d'une manière incontestable de poser le diagnostic? Non. Il n'y a pas dans la forme de l'ulcère à cette époque, de cachet incontestable. La cendre de tabac, appliquée sur la muqueuse des organes génitaux, peut donner naissance à un ulcère en tout semblable au chancre le plus arrondi, le mieux caractérisé, et quelques chirurgiens n'ont pas manqué de s'emparer de ce fait.

Pour les médecins éclairés, il est évident que l'induration du chancre est un signe d'une grande importance, c'est la forme huntérienne, caractéristique par excellence; mais dans l'application pratique de ce principe, comme moyen de juger de la véritable nature d'un ulcère, il faut prendre en considération quelques circonstances qui souvent modifient les apparences et rendent le diagnostic embarrassant.

La véritable induration est « circonscrite, et se termine brusquement », a-t-on dit, mais quand elle est accompagnée de beaucoup d'inflammation, ces caractères ne sont pas appréciables. L'épaississement spécifique se confond avec l'épaississement général causé par l'inflammation, et ne peut se distinguer de celui qui accompagne les ulcères communs. On ne peut constater son existence d'une manière évidente et incontestable, avant que l'inflammation générale soit dissipée et atténuée ; alors, quand la lymphe a été absorbée à l'entour du siége de la maladie, il reste encore dans le point occupé par l'ulcère, une base et une circonférence indurées offrant un bord bien défini et cessant brusquement.

Des ulcères qui se trouvent dans de mauvaises conditions, bien que libres de tout virus spécifique, peuvent s'entourer d'un épaississement de tissu. Si la surface de l'ulcère est gangréneusé, sa base peut être indurée. Dans de tels cas, il est quelquefois impossible de dire, de prime-abord, avec certitude, si l'on doit attribuer l'épaississement à la présence du virus vénérien, ou s'il est la simple conséquence des mauvaises conditions de l'ulcère. En général, on doit suspendre son jugement, et employer les moyens propres à faire disparaître l'état gangréneux. Quand on a obtenu ce résultat, dans les ulcères simples, l'induration qui était produite par l'irritation gangréneuse, disparaît en même temps que cette dernière ; dans les ulcères vénériens, quoique la surface de l'ulcère ait subi la même modification, cependant l'induration persiste et continue à s'étendre ; ensuite l'ulcère prend de nouveau un mauvais aspect, et même peut redevenir gangréneux. Il est donc évident que, pour établir le diagnostic d'un ulcère syphilitique, il faut moins s'appuyer sur l'aspect extérieur de l'ulcère à une époque donnée de son existence, que sur sa marche et sur ses progrès.

D'ailleurs, l'induration peut aussi être simulée. Ainsi, M. Fricke, de Hambourg, est arrivé à produire avec le sublimé une induration qu'il est excessivement difficile, pour ne pas dire impossible de distinguer au toucher du chancre virulent.

6° *Marche des ulcérations.* Les ulcères simples, à moins qu'ils ne soient entretenus volontairement, ou par des erreurs d'hygiène ou de traitement, arrivent rarement au quatrième septenaire sans se cicatriser. L'herpès en im-

pose souvent et rend le diagnostic difficile ; mais il est très rare qu'il aille beaucoup au delà du premier septenaire ; et il est rare, pour ne pas dire presque impossible que le chancre apparaisse et guérisse dans le même espace de temps.

7° *Nature du fluide sécrété.* Ses propriétés chimiques et physiques et son abondance ne peuvent absolument rien pour le diagnostic.

En résumant tout ce que nous venons de dire, nous voyons donc que s'il est quelquefois facile avec les signes qui précèdent d'établir un bon diagnostic, il peut arriver aussi dans un assez grand nombre de cas que ces moyens soient complètement insuffisans.

Il n'existe qu'un seul signe irrécusable univoque, c'est L'INOCULATION.

Le chancre n'est ni dans sa base, ni dans son fond, ni dans ses bords, ni dans ses antécédens, ni dans sa marche; il est tout entier dans la nature intime du pus qu'il sécrète.

Ce pus, il le produit *seul*, et ce *pus seul* le reproduit.

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Rétrécissement urétral. Guérison au bout de deux mois, par M. Tanchou. Persistance momentanée d'un écoulement. Considérations à ce sujet.

Le 17 avril dernier, est sorti de la Maison de santé et de médecine opératoire, un négociant de province traité par M. Tanchou pour un rétrécissement ayant mis plusieurs années à se manifester, et qui, dans ces derniers temps, était arrivé au point d'occasionner à plusieurs reprises des rétentions d'urine. Il y avait une bride valvulaire dads la portion de ce conduit comprise dans le gland, et deux rétrécissemens situés à quatre et à cinq pouces, avec saillie et induration. Le traitement n'a rien présenté de remarquable, si ce n'est la rapidité avec laquelle M. Tanchou est arrivé dans la vessie avec la sonde-Mayor d'un assez gros calibre (trois lignes de diamètre). Depuis cinq ans, M. S. a toujours vu son linge mouillé : c'est pendant cette période de temps que les coarctations se sont formées.

Ce fait méritait d'être signalé sous le rapport de l'écoulement, qui a persisté et même augmenté long-temps après que le canal eut été rendu à son diamètre ordinaire. Cette blennorrhagie bâtarde, comme on le remarque ordinairement, diminuait à mesure que l'urètre était ramené vers son état normal : elle avait même complètement disparu, lorsqu'un jour le malade ayant gardé la sonde davantage que d'habitude, il éprouva de la douleur, et dès le lendemain l'écoulement se montra plus fort que jamais. Il existait encore quinze jours après, quand M. S., content d'ailleurs de la manière dont il urinait, voulut retourner dans son pays; il demande alors à M. Tanchou s'il peut communiquer cette maladie : la réponse de ce chirurgien est affirmative. Les idées dont il nous fait part à ce sujet, nous ayant paru dignes d'intérêt, nous allons les reproduire ici.

M. Tanchou pense que tout écoulement urétral, pour peu qu'il soit aigu, peut être communiqué; il compare cet état à la leucorrhée, qu'il a fréquemment occasion d'observer dans son établissement consacré aux maladies particulières aux femmes, dont il est le médecin. Il prétend que ces deux écoulemens sont absolument de même nature, et peuvent être facilement transmis avec la condition indiquée. Il ajoute qu'ils n'ont pas, en général, d'autre cause, et que leur degré d'acuité est en raison de celui qui en est la source.

Beaucoup de femmes, dit-il, transmettent des écoulemens parce qu'elles sont atteintes de leucorrhée, mais ceux-là sont très légers, et disparaissent souvent par la propreté, sans l'emploi d'aucun agent thérapeutique. De même une gonorrhée, si elle n'est pas tout-à-fait bénigne, limpide et indolente, est capable de produire une leucorrhée. Les blennorrhagies aiguës sont communiquées par une vaginite à l'état d'acuité, si fréquente et si facile chez un grand nombre de femmes. On ne doit donc pas toujours accuser d'inconduite celle qui donne la maladie dont il s'agit, à celui qui a cohabité avec elle.

M. Tanchou croit également que le pus d'un chancre, à moins qu'il soit en grande quantité, peut déterminer un écoulement sans qu'il devienne nécessaire de supposer, l'existence d'une ulcération chancreuse dans l'urètre, ce qui est incontestable, ni sur le col de la matrice, organe où l'on en rencontre rarement. Il pense, en conséquence, que c'est là la cause des affections vénériennes qui succèdent à certaines gonorrhées. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que M. Tanchou ne croit pas qu'une blennorrhagie, lorsqu'elle vient d'une leucorrhée non accompagnée de chancre, et *vice versâ*, puisse donner naissance à une syphilis constitutionnelle. Tous les écoulemens muqueux, pour peu que la partie qui les sécrète soit irritée, peuvent donc être communiqués par les deux sexes. Leur degré, nous le répétons, dépend de celui de la source où ils ont été contractés, à moins d'une susceptibilité particulière aux différens individus.

Quant à la thérapeutique de l'écoulement de M. S., on sent qu'elle a dû être nulle, cette maladie devant se dissiper à mesure que le canal s'accoutumera au contact de la sonde, et qu'on éloignera l'introduction de celle-ci; ce qui est arrivé, le malade nous l'a écrit. Quant aux gonorrhées, dont on a lieu de suspecter la nature, il est prudent de soumettre les malades à un traitement antisyphilitique, comme on le faisait autrefois, sans quoi on s'expose à voir arriver des accidens consécutifs. M. Tanchou nous cite à cette occasion, entr'autres exemples, celui d'une dame qu'il traite en ce moment, laquelle n'a jamais eu, à ce qu'elle assure, qu'un écoulement, regardé par le médecin qui l'a visitée dans le principe, comme le simple produit d'une vaginite. Cette malade est actuellement affectée d'ulcères dans le nez ainsi que dans la gorge, et le premier organe commence à s'affaisser. Y...

HOPITAUX DE DUBLIN.

Cas d'altération remarquable de la substance du fémur ; par M. Hargrave, médecin à l'hôpital de Dublin.

Thomas Robinson, âgé de neuf ans, avait été toujours bien portant jusqu'à l'âge de six ans, lorsqu'il a été saisi subitement de douleur intense au genou, laquelle s'est continuée pendant une année, augmentant par la marche. Les muscles se sont tellement contractés que la marche n'a pu avoir lieu depuis qu'à l'aide de béquilles. Six mois après il fit une chute, puis une autre, ce qui l'obligea à garder le lit. Le genou s'est gonflé, s'est couvert de fistules, etc. L'amputation de la cuisse a paru indispensable ; elle a été pratiquée en février 1840.

Une simple incision circulaire a divisé les parties molles jusqu'à l'os ; celles-ci ont été disséquées et relevées convenablement ; l'os a été scié. Sa substance est extrêmement vascularisée et sa partie compacte réduite à une simple coquille. L'hémorrhagie étant abondante, on a dû lier six vaisseaux durant l'opération ; le sang émane en grande partie de la substance osseuse ; on a beaucoup de peine à l'arrêter ; enfin on y parvient à l'aide d'une éponge appliquée sur la section de l'os et qu'on a laissée en permanence. On n'a pu, en conséquence, réunir par première intention.

Quatre heures après, nouvelle hémorrhagie venant en partie de l'os ; on ôte l'appareil, on lie six vaisseaux sous-cutanés ; le nerf sciatique fait saillie à la surface de la plaie ; un gros vaisseau donnant du sang existe dans ce nerf. On excise le nerf au niveau des chairs ; l'hémorrhagie continue. On applique le nitrate d'argent sur sa substance, le sang s'arrête. Néanmoins, il s'en écoule toujours de la surface du moignon ; on y applique une solution saturée d'alun sans avantage. On expose la plaie à l'action de l'air, et le sang s'arrête complètement. On n'a pas cru devoir faire usage du tourniquet.

On dissèque le membre amputé ; le fémur est scié verticalement, ainsi que la rotule, de manière à mettre la cavité articulaire à découvert. Cette cavité contient du pus. Le tibia et le péronée sont luxés en haut et en dehors, le fémur a roulé sur son axe, son condyle externe est devenu antérieur, l'interne postérieur. Toute la structure lamellaire de cet os a disparu, et à sa place on ne trouve qu'une substance homogène de couleur rouge brique, de consistance semi-fluide.

La portion épiphysaire du condyle est convertie en substance analogue à cette dernière, mais le cartilage épiphysaire est sain et limite la dégénérescence ; le cartilage d'incrustation est détruit. La portion compacte de l'os est extrêmement amincie et à peine plus résistante que du parchemin. Le canal médullaire est considérablement élargi et rempli de matière rougeâtre semi-fluide. Cet état explique la grande tendance à l'hémorrhagie de l'intérieur des l'os scié. Les parties molles environnantes de l'articulation sont épaissies et brunâtres. (*The Dublin med. Press.*)

Amputation du pénis ; nouveau procédé ; par M. Smyly.

M. Smyly a présenté à la Société chirurgicale d'Irlande (séance du 14 mars 1840), un pénis squirrheux qu'il venait d'amputer. Le mal s'était déclaré au prépuce et s'était ensuite communiqué au gland ; il datait de cinq ans. Pour prévenir l'occlusion de l'ouverture urétrale du moignon, l'auteur a suivi une idée qui lui avait été communiquée par M. Porter, et qui consiste à tirer le canal muqueux en avant, à le diviser, et à faire adhérer ses deux lambeaux à la portion fibreuse ou à la peau du pénis par quatre points de suture. Ce procédé a parfaitement réussi ; le canal muqueux s'est trouvé de la sorte réfléchi en avant sur la surface de la cicatrice et le méat d'un beau rouge et parfaitement conformé. Le malade était âgé de soixante-huit ans. La Société l'a observé guéri dans les conditions qui viennent d'être indiquées. (*Ibid.*)

Altération particulière de l'articulation de l'épaule causée par une affection rhumatismale ; par M. Smith.

M. Smith a présenté à la même Société deux épaules d'un cadavre dont l'une est normale et l'autre offre une altération singulière. La tête de l'humérus est placée un peu au-dessus du niveau des apophyses coracoïde et acromion. Au premier aspect on croirait avoir affaire à une variété extraordinaire de luxation ou à une mauvaise conformation congénitale. L'examen attentif cependant fait aisément comprendre que c'est là le résultat d'une affection rhumatismale ou goutteuse chronique de l'articulation. M. Smith cependant n'aurait pas présenté la pièce si elle ne lui eût pas offert quelque chose digne d'attention. Il avait été frappé de la saillie de la tête de l'os, laquelle dans ce cas était réellement très prononcée. Voici ce qu'apprend la dissection minutieuse de ces sortes de cas.

La partie supérieure du tendon du biceps a disparu, et ce qui reste est attaché à la partie supérieure de la gouttière bicipitale. Dans le cas en question, cependant, le tendon du biceps est resté tout à fait intact.

La cause de l'élévation de la tête de l'os dépend de la capsule ou du ligament capsulaire dont la plus grande partie est détruite. Ce qui reste se réduit à une simple bride, et la portion qui répond au col de l'os est composée simplement de la membrane synoviale. La seule partie qui conserve les apparences naturelles est celle qui réside à la partie interne de la face inférieure de la tête de l'os. Le cartilage d'incrustation de ce dernier manquait en plusieurs endroits, et présentait les mêmes apparences que dans la maladie semblable de l'articulation de la hanche ou d'autres articulations.

La surface inférieure de l'acromion est complètement dénudée, et le ligament deltoïde ou triangulaire très relâché. L'extrémité de l'acromion est en même temps fracturée ; un demi-pouce environ de cette apophyse est séparé du reste, et retenu par un simple ligament.

Le sujet qui a fourni cette pièce était une femme âgée de soixante ans, qui avait offert pendant long-temps les symptômes d'une affection rhumatismale. L'articulation présentait un degré remarquable de motilité ; la tête de l'os pouvait être poussée un demi-pouce au-dessus du niveau de l'autre.

M. Smith fait observer que cette préparation présente à un degré très remarquable la destruction ou l'absorption du ligament capsulaire, circonstance qu'il n'avait observée pour la première fois que dans une préparation de M. Labatt, et qu'il avait alors attribuée à l'action de quelque cause traumatique. La seconde circonstance remarquable dans cette pièce est l'intégrité du tendon du muscle biceps. (*Ibid.*)

— L'espèce de lésion dont on vient de lire les détails n'avait point encore été bien décrite et étudiée, à ce que nous sachions. Il s'agit, comme on le voit, d'une destruction spontanée de l'appareil ligamenteux par une véritable absorption, sous l'influence d'un rhumatisme chronique. Rien cependant n'indique une suppuration préalable. Il s'agit donc d'une véritable atrophie destructive de la capsule fibreuse, d'une véritable démolition lente ; ce qui suppose que le travail de désassimilation a dû être supérieur à celui de la nutrition habituelle des tissus. Ce résultat paraît peu conforme à l'idée d'une phlogose qu'on attache communément à la présence d'un rhumatisme. L'effet le plus ordinaire des phlogoses non suppurantes est l'épaississement des tissus ou l'infiltration de liquides de nature variable. Il y a probablement dans la production de la singulière altération en question d'autres conditions ou d'autres causes dont la nature nous échappe jusqu'à ce jour. On conçoit, du reste, aisément comment une articulation ainsi disposée peut se luxer aisément par simple action musculaire, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 16 juin.

Dans la dernière séance de l'Académie, M. le docteur Hubert Rodrigues, professeur-agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, a présenté un volumineux manuscrit ayant pour titre : *Traité de la paralysie générale chronique.* Nous savons que l'auteur s'est trouvé dans une position heureuse pour observer les différentes formes de cette affection, ayant été long-temps interne dans une maison d'aliénés et dans un hospice de vieillards et d'incurables. Ce travail est le fruit d'une longue observation sur une grande échelle. Des faits nouveaux recueillis avec tous les détails désirables établissent des idées et des doctrines nouvelles relativement à la paralysie générale. Jusqu'ici on avait vu dans la paralysie incomplète des aliénés une maladie à part, ayant des caractères propres qui la distinguent essentiellement des autres espèces de paralysie. Désormais ce sera une erreur reconnue, et les lésions du mouvement et de la sensibilité chez les fous se confondront dans la paralysie en général. La paralysie en général sera le résultat d'altérations, conduisant toutes à la même fin, c'est-à-dire, à la compression ou à la désorganisation cérébrale. Le chapitre relatif aux altérations cadavériques est traité avec une minutieuse exactitude; celui qui est relatif au traitement est complètement neuf, les ouvrages sur la matière l'ayant exigé parce qu'on regardait la maladie comme incurable. Il se trouve encore d'autres parties d'un grand intérêt sur la mobilité et la sensibilité, sur la localisation de ces fonctions de la mémoire, de la mémoire, de l'intelligence, etc. Ces questions sont examinées au point de vue de l'observation pathologique chez l'homme. Nous reviendrons sur ce travail lorsqu'un rapport en sera fait à l'Académie. (Commissaires : MM. Ollivier (d'Angers), Récamier et Ferrus.)

— A l'occasion du procès-verbal, M. Ferrus prend la parole, et renouvelle une proposition de M. Gerdy, qui consiste à nommer une commission pour suivre les expériences physiologiques de M. Bouillaud.

Plusieurs membres appuient cette proposition.

L'Académie adopte.

M. Bouillaud regrette que cette commission n'ait point été nommée plus tôt, elle aurait assisté à l'autopsie des animaux présentés à l'Académie, et qui a été faite aujourd'hui. Le cervelet seul a été trouvé lésé chez les animaux qui avaient offert une altération dans les mouvemens.

— *M. Rochoux* revient en peu de mots sur les idées de Bichat relatives à la vitalité et qu'il regarde comme tout à fait absurdes. Pour M. Rochoux, les fonctions de l'organisme s'exécutent d'après les mêmes lois qui régissent la matière inorganique.

— *M. Henry* monte à la tribune et donne quelques détails sur la source des eaux minérales toxiques dont nous avons parlé dans le dernier compte-rendu. Il ne présente cependant aucune expérience directe ni chez les animaux, ni chez l'homme.

— *M. Orfila* lit un mémoire sur l'empoisonnement par les sels de cuivre. L'auteur a eu pour but de prouver une chose qu'il s'imagine être neuve, l'absorption des sels de cuivre. Il a discuté différentes questions de médecine légale relatives à cette absorption et à celle de l'acide arsénieux, ainsi qu'à l'imbibition cadavérique de ces poisons. Il a parlé de quelques expériences qu'il dit avoir faites. Selon lui, ces expériences résolvent ces questions

re i[illegible]; de sorte qu'on peut dorénavant, à l'aide des propositions tranchantes de M. Orfila, et surtout de son pot-au-feu, inventé par Valentin Rose, de Berlin, et de l'appareil de Marsh, découvert par M. le Doyen, décider sur-le-champ si un accusé d'empoisonnement est coupable ou innocent! Selon nous cependant, aucune des expériences cadavériques mentionnées par M. Orfila n'est concluante.

M. Orfila a voulu, en outre, faire un parallèle entre l'absorption et l'imbibition cadavérique, il a voulu entrer dans des détails de haute physiologie qui malheureusement ne sont ni au niveau de la science ni à la portée de ses études. Tout le travail, du reste, n'a été écouté qu'avec une extrême indifférence par l'Académie (1).

M. le Président, sans consulter l'Académie, déclare que l'*important* mémoire de M. Orfila sera inséré dans le Bulletin et dans les mémoires de l'Académie (1).

M. Orfila présente son manuscrit à M. Bousquet, pour être inséré comme une suite de celui sur l'émétique.

— *M. Sédillot* demande la parole pour un fait personnel. Je vois, dit-il, que M. Orfila vient de remettre son manuscrit à M. Bousquet pour être inséré comme une suite à son mémoire sur l'émétique qui doit paraître dans le volume qui s'imprime en ce moment. Si cela était réellement exécuté, ce serait une injustice commise à mon détriment et une violation flagrante aux règlemens de l'Académie. Votre règlement est positif; le voici : toute insertion dans les publications sera faite au nom et d'après une décision de l'Académie. Or, lorsqu'il y a décision de l'assemblée pour l'insertion d'un travail, ce travail doit de toute justice passer avant tout autre qui n'aurait pas reçu la même décision. Tel est précisément le cas de mon mémoire sur la vaccine, par rapport à celui que vient de lire M. Orfila. L'Académie a décidé que le mien serait inséré dans le prochain volume; elle n'a rien décidé pour celui de M. Orfila. En conséquence, le travail de M. Orfila ne peut être inséré à la place du mien; cela est impossible: ce serait une injustice que le comité commettrait à mes dépens pour favoriser M. Orfila! (1)

(1) Un membre de l'Académie, qui occupe un des premiers rangs de la science, et qui était présent à la lecture de M. Orfila, nous adresse la note suivante :

« Etablir un parallèle entre l'imbibition et l'absorption, c'est introduire dans la physiologie une erreur ou un préjugé.

» Lorsque l'imbibition a lieu à la suite du contact d'une liqueur sur un intestin ou un autre tissu privé de la vie depuis plusieurs heures, elle n'est qu'un phénomène physique : ainsi, un fourreau de toile ou de peau s'imbibera par le contact ou par la juxta-position, d'un corps perméable, quel qu'il soit, contenant une liqueur.

» Lorsque l'imbibition a lieu sur un intestin ou un autre tissu, pendant la vie, elle n'est autre chose que l'absorption.

» Lorsque l'imbibition a lieu par le contact, par l'introduction d'une liqueur, peu de temps après la mort de l'animal, elle n'est qu'une modification de l'absorption.

» Au total, comme l'irritabilité et la vie restent étrangères à l'imbibition, tandis qu'elles exercent une influence puissante sur l'absorption, il ne saurait exister aucune connexité entre l'une et l'autre. »

(1) C'est là ce que M. Orfila appelle dans les journaux politiques *la haute approbation que l'Académie donne à ses travaux.* Cependant l'insertion d'un travail dans les Mémoires ou dans le Bulletin de l'Académie ne constitue point une approbation; souvent c'est une affaire de faveur des deux ou trois membres qui forment le comité de publication. L'Académie a déjà eu à se plaindre de ce mode d'interprétation, des charlatans, vendeurs de remèdes secrets, ayant interprété pour une approbation une simple lettre de remerciemens de M. le secrétaire, ou une mention, ou bien une insertion dans le Bulletin.

(1) Les paroles de ce respectable vieillard, prononcées avec émotion, ont produit une profonde impression dans l'assemblée. On sait que les recherches profondes et consciencieuses de M. Sédillot sur la variole et la vaccine offrent un très haut intérêt, surtout dans un moment où la question des revaccinations est à l'ordre du jour.

— *M. Robert* lit un travail sur une nouvelle manière de traiter le prolapsus du rectum. L'auteur s'attache d'abord à démontrer qu'il est une espèce de prolapsus rectal, contre lequel les médications ordinaires (excision du bourrelet muqueux, excision rayonnante de la peau, dans le but de rétrécir l'ouverture anale) sont insuffisantes. Cette espèce est celle qui s'accompagne d'un grand relâchement du sphyncter. M. Robert a eu la pensée de fendre, dans ce cas, l'anus à l'aide de deux incisions en forme de V dont le sommet répond au coccyx; enlever ainsi une partie du sphyncter, raccourcir ce muscle et réunir ensuite la brèche à l'aide de la suture enchevillée, comme s'il s'agissait d'une rupture du périnée. Une femme, âgée de trente neuf ans, blanchisseuse, mère de quatre enfans, était atteinte depuis long temps d'un prolapsus rectal grave; elle souffrait considérablement, rendait les matières fécales involontairement; le sphyncter était tellement relâché qu'on introduisait aisément la main entière dans le rectum. Elle avait été opérée d'abord par l'excision du bourrelet muqueux sans résultat avantageux; ensuite par M. Blandin, à l'aide du procédé de Dupuytren; le mal s'était également reproduit. Enfin, M. Robert l'a opérée à l'aide du procédé que nous venons de décrire, et la guérison radicale a eu lieu.

—*M. Gimelle* présente une vessie urinaire bilobulée. Un homme âgé de soixante douze ans souffrait de rétention d'urine et d'envies fréquentes d'uriner. Il urinait goutte à goutte. La sonde n'avait pu découvrir aucune altération; elle ne donnait issue qu'à une petite quantité de liquide, et pourtant après le cathétérisme, le malade rendait encore de l'urine goutte à goutte. Etant mort d'autre maladie, on a trouvé à l'autopsie la vessie énormément hypertrophiée; ses parois offrent quatre lignes d'épaisseur. La membrane musculaire s'était éraillée sur un point et avait permis à la muqueuse de s'y insinuer et de se laisser distendre comme un véritable sac herniaire dont la capacité peut contenir un citron. La vessie présente donc deux poches : la cavité commune ordinaire, et une cavité latérale formée par la muqueuse et la séreuse et communiquant avec la première moyennant une ouverture de la largeur d'une pièce de vingt sous. C'est, en d'autres termes, une véritable hernie de la muqueuse telle qu'elle a été décrite par les auteurs, et dans laquelle était détournée une partie des urines, ce qui rendait parfaitement compte des phénomènes que l'individu avait présentés pendant la vie. Cette pièce est surtout remarquable par la poche surnuméraire dans laquelle une ou plusieurs pierres auraient pu se former.

— *M. Laugier* présente une pièce pathologique relative à une espèce particulière d'étranglement herniaire dans la tunique vaginale testiculaire. Il s'agit d'une bride accidentelle du péritoine.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

La lettre de M. Orfila exigeait de ma part une prompte réponse. Je l'ai adressée le 11 même (jeudi passé) à M. le rédacteur de la *Gazette des Tribunaux*, me fiant à l'impartialité dont ce journal m'avait fait l'offre, et retranchant par conséquent cette fois-ci la formule judiciaire : *Je vous requiers*. Il paraît que j'ai été pris au trébuchet du *quoique* et du *parce que* de cette feuille; car le samedi 13, j'ai aperçu dans un coin assez obscur de ce journal, un tout petit bout de démenti, donné, au nom du soi-disant conseil d'administration, par le rédacteur obligé des procès-verbaux de l'Académie et des éloges funèbres des Académiciens. J'adresse par le même courrier, aujourd'hui dimanche, à la feuille des annonces judiciaires, l'invitation d'insérer ma lettre du 11, et de l'accompagner de ma brève réponse à M. Pariset. Il est possible que cette feuille ne s'exécute pas. Dès-lors, dans l'intérêt de la cause que je défends, plutôt que dans mon intérêt propre, je serai forcé d'invoquer la loi du monopole de la presse contre un journal qui en abuse aussi étrangement.

Il me faut, je vous l'assure, une dose de courage nouvelle pour lutter corps à corps avec toutes ces intrigailleries de gens qui n'ont jamais su attaquer leurs adversaires scientifiques qu'avec des armes qui ne sont pas françaises, et qu'on cache ainsi sous le manteau. Ce courage, je l'aurai dans toute sa plénitude; et si on m'y oblige par de pareils procédés, je mettrai les trois coupables en cause; quelle que soit l'issue du procès, le public n'en sera pas moins le véritable juge.

Agréez, monsieur le rédacteur, mes remerciemens pour la loyauté avec laquelle vous ouvrez vos colonnes aux justes réclamations, et croyez-moi

Votre serviteur.

Dimanche 14 juin 1840. F.-V. RASPAIL.

Coup-d'œil sur les eaux principales des Pyrénées; par le docteur Félix ANDRY.

M. Andry est un de ces touristes qui voyagent pour voir, observer et s'instruire; mais cela ne lui suffit pas : il veut encore instruire les autres, et c'est dans ce but qu'il a publié les impressions médicales qu'il a recueillies dans une excursion aux Pyrénées. Plein de cette idée que la science est pauvre en fait d'observations exactes sur l'action des eaux minérales, il a cru devoir apporter son contingent de travail dans une question d'un si haut intérêt. Félicitons-le d'avoir su réunir ces deux conditions si rares chez les écrivains : plaire et instruire; car dans un livre, tout est à considérer, la forme et le fond.

L'auteur a visité successivement Bonnes, Cauterets, St Sauveur, Baréges, Bagnères de Bigorres et Bagnères de Luchon. Il n'a pas la prétention d'avoir publié un traité complet sur la matière; c'est tout simplement un coup-d'œil jeté en passant, une simple promenade aux eaux minérales des Pyrénées. Mais tel qu'il est, ce livre peut être de la plus grande utilité non-seulement pour les praticiens, mais encore pour les malades, qui trouveront des renseignemens suffisans sur la vertu thérapeutique des eaux des Pyrénées, sur la topographie des localités et sur le prix des objets de consommation, considération qui n'est point à dédaigner pour certains malades. M. DE L.

M. CHEVÉ, D.-M.-P., a ouvert, dans son amphithéâtre, rue de la Harpe, 90, deux cours d'anatomie, le vendredi 12 juin : l'un, à deux heures, sera commencé par l'ostéologie; l'autre, à quatre heures, par la splanchnologie. Deux leçons devant être faites chaque jour, permettront de voir toute l'anatomie en deux mois et demi.

Le 15 juin, à onze heures, il ouvrira un cours de physiologie, et le même jour, à une heure, un cours de pathologie.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40.
Etranger, 1 an, 5.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Des altérations anatomiques dans la fièvre typhoïde, et de leur valeur.

Au n° 17 de la salle Sainte-Jeanne, était couché un jeune homme âgé de dix-huit ans, atteint de fièvre typhoïde; ce malade a succombé hier, et nous allons vous présenter aujourd'hui les pièces d'anatomie pathologique. Vous savez que c'est le premier sujet affecté de cette maladie qui meurt cette année à la clinique; et, à l'occasion de l'examen des altérations anatomiques que l'inspection de ses organes va nous présenter, nous croyons devoir entrer dans quelques généralités sur la nature et la valeur des lésions qui peuvent se rencontrer à l'ouverture des corps des individus qui ont succombé à l'affection typhoïde.

Voici, en abrégé, l'histoire de ce malade. Il était d'une constitution apparemment bonne, et était doué d'un embonpoint assez modéré; son organisation était forte; il avait le visage coloré et était un peu lymphatique. Il était malade depuis huit jours au moment de son entrée, et ne présentait alors que les symptômes d'une gastro-entérite, si l'on en excepte pourtant quelques épistaxis.

Quand nous l'avons vu et examiné pour la première fois, il était plongé dans un état d'hébétude très prononcé; la stupeur n'était pas ce que l'on peut appeler profonde, mais le malade paraissait conserver la plus grande indifférence à l'égard de tout ce qui se passait d'un peu animé autour de lui. Les dents étaient sèches; la langue rouge à son pourtour et à ses bords, recouverte d'un enduit légèrement jaunâtre à son limbe; l'appétit était aboli et la soif vivement accrue; l'épigastre était douloureux, et à côté de ce symptôme existaient des nausées et quelques vomissemens; le reste du ventre n'était pas sensiblement douloureux, si l'on en excepte la région cœcale, qui était le siége d'une douleur qui se faisait sentir par la pression, et s'accompagnait de quelques borborigmes. Une circonstance assez rare de cette affection, c'est qu'il y avait constipation au lieu de dévoiement. Le pouls a toujours présenté peu de fréquence; la peau était chaude.

Tels sont les premiers symptômes que ce malade présentait en entrant à la clinique, mais qui ne tardèrent pas à s'accompagner d'autres phénomènes plus graves et à s'aggraver eux-mêmes. Ainsi, bientôt il survint du délire et des soubresauts de tendons: symptômes d'une très grande gravité, qui, comme vous savez, ont apparu coup sur coup chez notre malade. Dans les derniers jours, les traits du visage étaient profondément altérés; les tempes étaient creuses, ainsi que les joues et les yeux caves, les pommettes, au contraire, très saillantes: la soif devint excessivement intense, et il y eut à plusieurs reprises émission involontaire des urines. La respiration était très activée, et nous avons compté jusqu'à 58 inspirations par minute; cette précipitation de la respiration existait avec une sonoréité claire, un peu plus prononcée que dans l'état normal. L'auscultation nous révéla sur quelques points la suppression du bruit vésiculaire; et des râles sonores et muqueux auxquels, comme vous savez, on a consacré la dénomination de râles typhoïdes, existaient sur plusieurs points de la poitrine.

Cette affection a marché avec une très grande rapidité; de sorte que notre thérapeutique, dans ce cas, a été très bornée. Quelques saignées modérées ont été pratiquées au début du séjour du malade à la clinique; mais la tendance extrême que l'organisme avait à la prostration, nous ont engagé à être très parcimonieux à cet égard. Nous avons fait succéder aux émissions sanguines les révulsifs, et à ceux-ci nous voulions à leur tour faire succéder les toniques; mais les symptômes graves sont survenus, et se sont succédés avec une telle rapidité que ces derniers n'ont pu être employés.

Quelles sont les lésions que nous rencontrerons à l'examen nécroscopique? Presqu'indubitablement il y aura une altération de plaques de Peyer, et des follicules isolés de Brunner; mais trouverons-nous des ganglions mésentériques engorgés? L'existence simultanée de l'altération des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques, est loin d'être un des phénomènes anatomo-pathologiques constant de l'affection typhoïde. Quelques considérations pratiques résultent de ce défaut de simultanéité d'altération morbide, savoir qu'il est impossible suivant l'âge de la maladie à quelle période de leur évolution sont arrivés les plaques de Peyer, ainsi que les follicules isolés et conséquemment les ganglions mésentériques; et que de même il est impossible de déterminer par l'inspection directe de ces altérations anatomiques à quel âge de la maladie la mort était survenue. C'est là pourtant une doctrine que des auteurs distingués d'ailleurs ont voulu établir et professent dans leurs cours; mais il est bon que vous soyez instruits de sa valeur, car vous serez moins exposés aux déceptions lorsque vous serez appelés à agir par vous-mêmes. Or, je puis vous assurer qu'à côté de la règle, si tant est qu'elle en soit une, ce que nous ne pouvons point admettre, existent de nombreuses exceptions, et tellement nombreuses, que la règle elle-même s'efface entièrement. Je le répète, d'après l'état des altérations anatomiques, il est impossible de déterminer l'âge de la maladie, ainsi que l'on a tenté de l'établir, comme il est impossible d'après l'âge connu de l'affection typhoïde de proclamer d'une manière indubitable l'existence de certaines altérations qui ne sont rien moins que constantes et à plus forte raison de déterminer la période d'évolution à laquelle ces mêmes altérations sont arrivées.

Chez notre sujet, il est probable aussi que nous trouverons un certain degré d'injection sanguine de la muqueuse intestinale; une augmentation du foie et de la rate; une congestion passive des poumons, sorte d'*hypostase postérieure*; phénomène presqu'exclusivement physique, qui s'effectue presqu'en dehors de l'action vitale, sous l'influence du décubitus dorsal prolongé et de l'état adynamique. Eu égard au degré très prononcé de dyspnée qui a existé, nous ne serions aucunement surpris de rencontrer un certain degré d'emphysème pulmonaire. L'augmentation de la sonoréité du thorax et l'abolition du bruit vésiculaire sur quelques points nous paraît venir à l'appui de cette supposition.

Nous avons dit que le trouble des centres nerveux s'était traduit par du délire, et cette manifestation symptômatique doit coïncider avec une modification matérielle de l'encéphale. Cette modification organique matérielle sera-t-elle patente ou assez prononcée pour pouvoir être appréciée par nos sens? C'est ce que nous ignorons; mais nier son existence, ainsi que le font certains praticiens, par cela même qu'elle ne se trahit pas par aucun signe appréciable, ce serait admettre un effet sans cause, principe que nous ne saurions adopter.

Telle est notre manière de voir à cet égard. Défigurant, involontairement ou à dessein notre opinion sur ce point, on nous a fait dire que cette altération matérielle doit être et est appréciable dans tous les cas. C'est une erreur que nous devons rectifier devant vous. Nous admettons comme principe que cette altération matérielle doit exister, sans prétendre pour cela que, dans tous les cas, elle doit être sensible à nos sens. D'ailleurs, parmi les caractères anatomiques constans de certaines affections, il en est qui sont parfois tellement fugaces et passagers, qu'ils disparaissent entièrement sur le cadavre.

Avant de sortir de ce que je vous dis ici par anticipation, concernant les altérations de l'encéphale dans l'affection typhoïde, je ne dois point omettre de vous dire que l'année dernière, dans un cas d'affection typhoïde qui avait présenté la forme encéphalique, nous trouvâmes, à l'autopsie, de la suppuration dans les enveloppes du cerveau. M. Louis assure avoir vu des injections sanguines chez des sujets non atteints de fièvre typhoïde qui avaient succombé sans présenter d'accidens cérébraux; mais il est permis de répondre à ce praticien habile, qu'une altération matérielle qui se traduit suivant un mode donné chez les sujets affectés de typhus, peut, par cela même, manquer de toute sorte de manifestation chez les sujets atteints d'autres maladies.

On a dit que les désordres qui, dans le typhus, se remarquent du côté de l'intelligence sont sympathiques, et nous l'admettons volontiers, mais ceci n'exclut pas l'existence simultanée d'une altération matérielle.

Enfin, je dois vous dire, que nous trouverons encore chez notre sujet un altération du sang.

FEUILLETON.

TRAITÉ COMPLET DE L'ANATOMIE DE L'HOMME,

COMPRENANT LA MÉDECINE OPÉRATOIRE;

Par le docteur Bourgery.

Avec planches lithographiées d'après nature par M. Jacob. (Tome sixième. *Médecine opératoire.*) — Chez M. Delaunay, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

Nos lecteurs connaissent déjà les premiers volumes du grand ouvrage de MM. Bourgery et Jacob par l'analyse que nous avons donnée à mesure de leur publication. Nous arrivons aujourd'hui au sixième volume qui vient de paraître, et qui touche à une matière plus intéressante encore, puisqu'il comprend et l'anatomie d'application aux opérations chirurgicales et les opérations elles-mêmes. Quatre-vingt-dix planches magnifiques, sorties du crayon de M. Jacob, décorent les belles préparations et les hautes vues pratiques de M. Bourgery consignées dans ce volume. Jamais, il faut le dire, la médecine opératoire et l'anatomie d'application n'avaient reçu tant de relief et de détails.

Dans une introduction pleine de faits et de remarques judicieuses, M. Bourgery discute différentes questions fort importantes. Celle de l'action mécanique des instrumens tranchans devait naturellement se présenter en première ligne. L'auteur a soumis à l'inspection microscopique les lames les plus parfaites sorties des ateliers de M. Charrière, et a fait des observations curieuses dont la connaissance n'est pas sans utilité pour les chirurgiens. Laissons parler M. Bourgery:

« Le tranchant proprement dit, se compose, dit-il, de deux biseaux faisant suite chacun à angle très obtus, aux surfaces planes des côtes, dont ils rapprochent le sommet de convergence. La hauteur des biseaux varie de cinq à dix centièmes de millimètre au centimillimètre. Ils sont rayés de sillons et d'arêtes parallèles, obliques en arrière, du sommet vers le talon de la lame. Ces arêtes fines, d'un demi-centième de millimètre, sont l'image en petit de celles qu'on observe sur toute la lame après un repassage grossier à la meule de grès. Interrompus de chaque côté par les profils du tranchant, elles s'y terminent par de petites dentelures arrondies. Le sommet des biseaux n'est pas aigu, comme on serait induit à le supposer, et comme il le paraît au premier aspect, sous le microscope. Sa forme réelle est une courbe demi-ovalaire, dont la corde a 1,33 centimillimètre de largeur sur la lancette la plus fine, le cinquième environ de l'épaisseur d'un cheveu brun. Le tranchant du meilleur bistouri est de 1,75 centimillimètre de largeur ou un tiers en sus d'une lancette. En travers le plan courbe du tranchant est hérissé par des séries de denticules longitudinales et parallèles, disposées en étages, deux ou trois de chaque côté. La série médiane est le véritable sommet de la courbe.

En considérant le tranchant sur son profil, on voit que les denticules, comme les arêtes des biseaux qu'elles continuent, n'ont que un demi ou un quart de centimillimètre de saillie; en sorte que le plan courbe de section, dont la largeur, de quatre à six fois plus considérable, paraît sensiblement uni. Du reste, il est régulièrement continu dans sa forme rectiligne ou courbiligne. Enfin la pointe, soit du bistouri, soit de la lancette, par la rencontre des biseaux du tranchant avec le dos de la lame, forme réellement un angle presque aussi parfait au microscope qu'à l'œil nu. Sur un bistouri grossier, le tranchant est plus épais; la saillie triple ou quadruple des dentelures forme ce qu'on nomme un *morfil* très mince, qui apparaît perforé de petits trous sur le profil..... Ainsi, tout instrument de section, depuis la lancette la plus fine jusqu'aux scies les plus grandes que l'on emploie en chirurgie ou même dans les arts, ne divise que par le frottement d'une succession de dents ou saillies sur un plan, ce qui revient à dire que tout instrument de section n'est en réalité qu'une scie ou une lime plus ou moins fine ou grossière. Le fait le plus nouveau qui ressort de nos observations est l'épaisseur si considérable du tranchant relativement au relief des denticules, d'où il résulterait qu'aucun instrument, même le plus acéré, ne coupe réellement pas, etc. »

Entrant en matière dans l'examen général du corps de l'homme sous le rapport des liaisons organiques des différentes régions, M. Bourgery pose en fait cette idée remarquable:

« Le corps humain, suivant notre aperçu, se compose, dit-il, d'une agglomération de cavités, de loges ou de sacs juxta-posés, suspendus au squelette renfermant les organes, et environnés par l'enveloppe commune tégumentaire. »

L'auteur développe cette proposition en faisant passer le lecteur de région en région, *à capite ad calcem*, et à travers des détails anatomiques du plus haut intérêt. Il explique par là une foule de faits importans, dont il est facile de prévoir la portée pratique.

La question de l'introduction de l'air dans les veines se présente aussi dans ces généralités. On se rappelle les débats animés auxquels elle a donné lieu à l'Académie. M. Bourgery fait la part des opinions contradictoires, et arrive à une conclusion positive.

« On sait, dit-il, à quel point Dupuytren, redoutait ce terrible accident, auquel il attribuait, d'après les symptômes vérifiés par l'autopsie, la mort subite d'une belle et robuste fille, dont il a consigné dans Sabatier la déplorable histoire. Des faits de même nature survenus dans des lieux différens, à Berlin, à Edimbourg, et encore à Paris, ont rendu, pour tous ceux qui en ont été témoins, cette cause de mort irrécusable. Pourtant ce sujet ayant été porté naguère à l'Académie de médecine, on est étonné de voir que des praticiens distingués en aient nié l'existence. Après une longue controverse sur la réalité de l'accident, ses fréquences, et les moyens de le combattre les plus efficaces ou plutôt les moins insignifians, après avoir discuté le pour et le contre, il est arrivé ce qui arrive presque toujours des opinions agitées au milieu d'une grande assemblée entre des personnes d'ailleurs du plus haut mérite, mais placées à des points de vue différens et témoins de faits contradictoires: c'est que l'on n'a pu s'entendre. La question, restée indécise, est seulement un peu plus obscure qu'auparavant pour le public avide de s'inspirer aux débats. S'il est permis d'évaluer les résultats des expériences tentées comparativement sur les animaux par MM. Barthélemy et Amussat, on peut, empruntant à chacun d'eux, établir les quatre propositions suivantes:

» 1° L'introduction de l'air se fait assez facilement par une veine lésée, à peu de distance des troncs brachio-céphaliques;

» 2° Une petite quantité d'air mélangé avec le sang entraîne d'abord un grand trouble circulatoire, mais après un certain temps, la circulation reprend peu à peu son type régulier;

» 3° L'introduction d'une grande quantité d'air est mortelle; mais quelque vagues que soient ces expressions relatives, grande et petite, on ne peut rien dire de plus positif, car on ignore quel est le volume cubique de gaz qui doit ou non chez l'homme entraîner la mort;

» 4° Les effets de l'introduction de l'air sont d'autant plus à craindre que le sujet aurait été préalablement plus affaibli, surtout par des émissions sanguines. »

Vient ensuite la question de la compression de l'aorte que M. Bourgery examine sous le double point de vue de ses indications

Appréciation des altérations anatomiques de l'affection typhoïde. Evolution des glandes de Peyer. L'altération des glandes de Peyer se borne, en général, à la moitié inférieure de l'intestin grêle, surtout vers la fin de l'iléon ; elle peut néanmoins s'étendre, dans quelques cas rares, au jéjunum, ce qui ne s'observe jamais à l'égard du duodénum et de l'estomac. Parfois enfin on observe quelques ulcérations dans le gros intestin. Un fait bien constant, c'est que les ulcérations, siégent sur le point de l'intestin opposé à l'insertion ou racine du mésentère, particularité qui a été prise particulièrement en considération par un médecin distingué, il y a vingt ans environ, et attribuées par lui à la stagnation sur ce point déclive du tube digestif des matières fécales altérées par la cause spéciale de l'altération typhoïde. Il faut avouer que cette manière d'interprêter l'altération des glandes de Peyer offre quelque chose de spécieux ; mais elle n'est pas conforme à l'opinion de MM. Petit, Serres et Bretonneau, qui ont prouvé qu'elle dépend d'une autre cause.

Au niveau des plaques de Peyer, on observe d'abord une saillie de la membrane muqueuse, qui est rouge, caractère qu'elle doit à une sorte d'injection sanguine. Mais cet état est très passager, et à la simple saillie de la membrane muqueuse succède bientôt une surface mamelonnée, chagrinée. La plaque devient de plus en plus saillante, blanchâtre à sa surface, qui est entourée d'une aurée d'une auréole rouge qui offre un aspect pointillé que l'on a avec raison comparé à une barbe brune récemment rasée. La disposition mamelonnée de la surface de la glande devient plus prononcée, et les plaques sont alors gauffrées, comme on dit généralement : disposition qui paraît coïncider avec un épaississement de la membrane muqueuse. Au déclin de cette période de leur évolution, les plaques paraissent se ramollir. Au demeurant, une perte de substance s'effectue, et dès lors l'ulcération s'établit. Celle-ci présente des bords perpendiculaires, et son fond, qui est cellulaire, repose sur les tuniques musculaire et séreuse de l'intestin. En même temps l'éruption intestinale augmente ; on croirait reconnaître au fond des ulcérations des plaques gangreneuses ; les ulcérations deviennent confluentes; elles envahissent les plaques voisines, la destruction s'étend aux plans musculaires, arrive sur la limite du péritoine ; et dans quelques cas rares fort heureusement, comprend celui-ci dans sa destruction ; accident qui est suivi du passage des matières fécales et des fluides intestinaux dans la cavité péritonéale, et bientôt d'une péritonite ordinairement mortelle.

Voilà comment s'effectue l'évolution des glandes de Peyer ; mais est-il vrai qu'il existe un rapport constant entre ses différentes périodes et l'âge de la maladie? C'est ce que nos observations ne nous permettent point d'admettre. Nous avons fait l'ouverture d'individus qui avaient succombé à la fin du troisième et même du quatrième septénaire, et nous avons trouvé l'évolution des plaques existant encore à la période la plus élémentaire ; d'autres sujets au contraire, qui étaient morts au deuxième, troisième ou quatrième jour de la maladie, nous ont présenté des ulcérations énormes.

Je me résume à cet égard, et je dis qu'il est impossible de déterminer, d'après l'âge de la maladie, à quelle période doit être arrivée l'évolution des glandes de Peyer ou de tout autre organe. Que penser alors de ce que l'on a dit de la taciturnité, par exemple, correspondant à tel degré d'altération de telle partie, des soubresauts de tendons correspondant à un degré plus avancé, des ulcérations correspondantes à l'adynamie, etc. ? On est forcé de reconnaître que ces systèmes n'ont rien de réel. Les hémorrhagies intestinales seulement font exception à ce sujet, car elles sont suffisantes pour faire soupçonner l'existence des ulcérations intestinales.

Maintenant, l'évolution des glandes de Peyer est-elle inévitable dans l'affection typhoïde et nécessaire pour caractériser la maladie? Il faut convenir que dans l'immense majorité des cas, ces glandes sont affectées à différens degrés ; mais il est incontestable aussi que le typhus peut exister parfois sans leur altération. Je dois même dire que les glandes de Peyer ne sont pas non plus altérées dans les maladies qui présentent avec le typhus la plus grande analogie, telles que la phlébite, la résorption purulente qui en ont tous les caractères. Dans les fièvres ataxiques de Pinel, les caractères du typhus se rencontrent également sans lésions anatomiques.

Loin de nous, toutefois, la pensée de révoquer en doute l'existence du typhus ; nous voulons prouver seulement que des causes diverses peuvent occasionner des empoisonnemens analogues à celui du typhus, sans qu'il en résulte une altération des plaques de Peyer semblable à celle qui appartient généralement à ce dernier.

Etat des ganglions mésentériques. Les ganglions mésentériques dans le cours de l'affection typhoïde, s'engorgent, deviennent rouges et durs, pour se ramollir ensuite quand les glandes sont passées à l'état d'ulcération.

Le foie, la rate et quelques autres organes, le poumon en particulier, augmentent de volume par suite de la quantité de sang noir qui les pénètre et leur communique sa couleur.

Pneumonie hypostatique. La pneumonie hypostatique ne se trahit d'abord par aucun caractères physiques ; puis le murmure vésiculaire cesse de se faire entendre, et enfin surviennent des râles sibilants, sonores et muqueux, que l'on a qualifiés du titre de *râle typhoïde*. Cette pneumonie est occasionnée principalement par la position long-temps prolongées dans le d cubitus dorsal. Cette pneumonie typhoïde consiste d'abord, à l'instar de la pneumonie légitime, franchement inflammatoire, dans un état d'engouement pulmonaire auquel succède la splénisation et parfois aussi l'hépatisation.

Le cœur est ordinairement flasque chez les sujets qui ont succombé à l'affection typhoïde, et contient une quantité variable d'un sang fluide et noirâtre.

L'encéphale présente fréquemment les caractères d'une méningo-céphalite. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit plus haut.

Le sang se présente avec des caractères spéciaux qui méritent le plus grand intérêt. Les pathologistes qui ne voient dans l'affection typhoïde qu'une inflammation grave de l'intestin, prétendent que le sang possède d'abord toutes propriétés normales, s'altère par le fait même de la maladie, et devient alors diffluent. Il est vrai de dire qu'au début de l'affection typhoïde, le sang qui se présente avec tous ses caractères physiques normaux, et paraît devoir jouir de toutes ses propriétés physiologiques. Il ressemble en cela au sang des individus qui sont soumis à l'action du vaccin ; chez eux, ce fluide conserve apparemment toutes ses propriétés, nous ne pouvons y reconnaître aucun changement, y constater aucune modification ; et cependant il ne doit pas en être ainsi, puisque ce sang, qui acquerra la propriété de résister à la variole, doit nécessairement avoir subi une modification qui se traduit actuellement par les phénomènes qui accompagnent la vaccine. Il y a d'ailleurs quelque chose d'analogue dans ces deux affections, la vaccine et l'affection typhoïde, comme dans toutes celles du reste qui naissent sous l'influence d'une cause sceptique. Ainsi, les effets spéciaux de la vaccine ne se font pas sentir pendant les trois premiers jours sur la masse du sang, qui ne possède point encore alors les propriétés nécessaires pour réagir contre la cause de la variole, et cela malgré que le vaccin ait occasionné la fièvre ; de même que dans l'affection typhoïde le sang conserve dans les premiers temps son aspect normal, quoique déjà modifié par la cause spéciale du typhus il ait donné naissance à celui-ci. Ces faits prouvent seulement que l'action du sang modifié ne se gagne que de proche en proche, et que ceci s'effectue avec plus ou moins de promptitude, selon que la cause toxique agit faiblement ou avec beaucoup d'intensité.

Je pense, en définitive, que la fluidité et la couleur violacée que présente le sang dans l'affection typhoïde n'est pas le résultat de la maladie, n'arrive pas, en d'autres termes, par le progrès de celle-ci ; je crois, au contraire, que ces propriétés du sang sont le résultat immédiat de la cause spéciale du typhus.

L'observation nous démontre d'ailleurs que le sang n'est jamais ainsi modifié dans aucune autre maladie inflammatoire ; ce qui ne devrait pas être si les modifications qu'il subit dans l'affection typhoïde étaient réellement ou, pour mieux dire, pouvaient être le résultat d'une inflammation franche ou légitime prolongée, comme le pensent de nombreux praticiens. K.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

Service des Vénériens de M. Detruelles.

Emploi avantageux des bandages herniaires franc-comtois, de M. Pernet, pour la compression des adénites indolentes (bubons); par M. A. Morel, chirurgien aide-major du Val-de-Grâce, chef de clinique de M. Desruelles.

La compression des adénites indolentes a été essayés un très grand nombre de fois par le praticien distingué qui depuis quinze ans dirige le service des vénériens au Val-de Grâce. M. Desruelles a mis en usage diverses méthodes et une foule de moyens variés, sans obtenir des résultats toujours satisfaisans. C'est ainsi que des lames de plomb, des disques d'agaric, des rondelles de papier Joseph appliqués à sec et mouillés ensuite ; des pyramides, des compresses, des plaques en bois et en caoutchouc, ont été maintenus plusieurs jours de suite et renouvelés à plusieurs reprises, sans qu'il puisse attribuer à aucun de ces moyens des succès constans et durables. Ayant presque échoué dans ses tentatives, M. Desruelles ne croyait pas qu'on dût renoncer à cette méthode externe de traitement (la compression) dans les cas surtout où l'on aurait affaire à des adénites indolentes et volumineuses, contre lesquelles, du reste, il n'est point de résolutifs connus. Il lui semblait que si l'on pouvait obtenir une compression qui fût constante, et qui pût être graduée à volonté, on obtiendrait dans beaucoup de cas un résultat favorable.

Au mois de février dernier, et toujours occupé à chercher ce moyen, M. Desruelles eut l'idée d'employer le brayer pour faire compression, mais ce bandage ne pouvait convenir, en raison de son application gênante et de l'impossibilité de le faire garder pendant la nuit au ma-

---

et de son exécution. Un instrument de son invention, auquel il a consacré plusieurs figures, facilite aujourd'hui singulièrement l'application de ce secours héroïque, même entre les mains d'hommes peu versés en anatomie.

« Les muscles étant mis dans le relâchement par la flexion mutuelle du tronc et des cuisses, l'aorte peut, dit M. Bourgery, être comprimée sur la région lombaire ou par le dos de la main en travers, ou par une large pelote à manche. M. Tréhan, M. Baudelocque, et depuis plusieurs chirurgiens, ont employé avec succès ce moyen pour arrêter des hémorrhagies utérines après l'accouchement. Six à huit minutes de compression suffisent pour permettre la rétraction de l'utérus, qui deviendra l'obstacle naturel à toute hémorrhagie ultérieure. Nous avons représenté ce mode de ce compression comme moyen préventif dans la ligature des artères iliaque, primitive externe et interne (Pl. 48). Dans cet objet, nous avons fait confectionner par M. Charrière une large pelote rectangulaire à manche, et nous nous sommes assurés, sur plusieurs sujets vivans, de la facilité et de la promptitude avec lesquelles, par une pression très modérée, on interrompt tout battement dans les artères iliaques externes. Cette pression même peut être maintenue quelques minutes chez un sujet en bonne santé, avant de donner lieu à des signes de pléthore sanguine vers la tête et les extrémités supérieures. Pour bien comprimer du premier coup, la pelote doit être présentée dans son plus grand diamètre, en travers de la ligne blanche, à deux pouces au-dessus de l'ombilic, un peu inclinee sur son bord inférieur, en bas et à droite, déviation nécessitée au-dessus par le bord libre du foie. »

Dans l'étude de chaque opération, M. Bourgery ne se contente pas de l'exposition en masse de la maladie qui la réclame, des détails d'anatomie normale et des différentes manœuvres nécessaires à son accomplissement : il fait aussi connaître, avec le scalpel à la main, la structure pathologique de la partie, toujours cependant sous le point de vue des applications thérapeutiques, ce qui est d'un immense secours pour le praticien. Prenons pour exemple l'infirmité la plus vulgaire, et en même temps la moins importante, scientifiquement parlant : les corps aux pieds. Voici comment M. Bourgery s'exprime, en face des magnifiques planches qui en représentent les différens procédés opératoires.

« Excroissance en forme de clou, à base superficielle, large et aplatie, avec une pointe mousse ou sommet qui s'enfonce en profondeur dans le corps de la peau, et souvent au-delà jusqu'au périoste et aux enveloppes fibreuses articulaires. Dur, proéminent, hygrométrique, il se compose d'épiderme épaissi, peu adhérent avec l'épiderme voisin dont il se détache par arrachement, même à l'état sec, en procédant avec lenteur, ou mieux encore gonflé par l'eau dont il s'imbibe après un bain. En apparence inorganique, et formé seulement de couches de mucus concret superposé à la longue par la pression, dans les frottemens, il donne lieu au dessous de lui, à la formation d'une petite bourse synoviale souscutanée analogue à celles qui se rencontrent sur toutes les saillies osseuses et tendineuses. C'est là proprement le kyste séreux, et, en cas d'attrition, l'ampoule sanguine signalée par Laforest. »

L'auteur divise les opérations chirurgicales en trois catégories, savoir : 1° opérations élémentaires (section, divisions, réunions, hémostatique, compression, etc. ; 2° opérations générales (autoplastie, cicatrices vicieuses, ténotomie, varices, ligatures, etc.) ; 3° opérations spéciales. Douze planches originales, sont destinées à l'exposition de l'anatomie chirurgicale des différentes régions sur lesquelles portent la plupart de ces opérations. Le cou, l'aisselle, l'aine, le périnée, se présentent surtout avec des détails dignes du plus haut intérêt. L'application du tourniquet dans les trois premières régions a reçu d'heureuses modifications par les études de M. Bourgery. Ce praticien a imaginé un mécanisme très ingénieux et efficace pour comprimer sans danger les artères carotide primitive et sous-claviere.

L'art du dentiste, la pyrotechnie et les ligatures des artères se trouvent exposés avec de grands développemens jusqu'à la planche 33. Viennent les opérations qui se pratiquent sur les os : résections, amputations, désarticulations, trépan, extraction des sequestres, des balles, jusqu'à la planche 67. Chaque méthode, chaque procédé en vigueur, a trouvé sa représentation fidèle par l'heureux crayon de M. Jacob. La saignée, les différens exutoires, la vaccination, l'opération de la transfusion, les ventouses de toutes les dimensions, la division des aponévroses rétractées et de certains nerfs, l'opération de l'hydrocéphale, du torticolis, tout s'y trouve reproduit avec une étonnante exactitude. On s'imagine à peine, avant d'avoir vu et médité le travail de MM. Bourgery et Jacob, les immenses difficultés que les auteurs ont eues à surmonter et les services véritables qu'ils ont rendus aux élèves et à la pratique par leur ouvrage monumental. Il fallait non seulement du courage, du savoir et une habileté du plus haut degré pour exécuter une entreprise qui honore à la fois l'art de guérir et le pays, mais encore de grands appuis comme ceux de M. Delaunay pour la continuer avec tant de bonheur et de succès.

Une seconde édition a déjà dû être faite des quatre premiers volumes avant que l'ouvrage entier ne fût terminé.

Nous aurons sous peu l'occassion de rendre compte d'un autre volume que les auteurs publient en ce moment, et qui complète la partie pratique de l'ouvrage. Rognetta.

— Notre compatriote M. Bruno-Taron, qui était parti pour Téhéran, en qualité de médecin en chef de l'armée persanne, a cru devoir renoncer à son voyage, à cause de la lenteur que S. Exc. Hussein Khan apporte dans l'exécution de ses traités. M. Taron s'est arrêté à Constantinople, où il a été nommé, par le gouvernement de S. H., directeur général du service de santé dans la province de Silistrie.

---

lade sans interrompre son sommeil et sans le blesser.

A défaut du brayer, que M. Malgaigne a récemment employé pour la compression d'une adénite, M. Desruelles mit en usage le bandage herniaire franc-comtois de M. Pernet. Ces bandages herniaires, conseillés déjà avec avantage par M. Desruelles, à des personnes atteintes de hernies très difficiles à maintenir par les bandages ordinaires, lui paraissaient devoir parfaitement convenir; en effet, la ceinture du bandage franc-comtois, dépourvue de ressort en acier, rend son usage sans inconvéniens. Il peut être porté le jour et la nuit sans meurtrir le bassin.

La pelote de ces appareils, élastique et compressive, et dont la force de pression peut être graduée de un à douze kilogrammes, s'accommode facilement à la sensibilité de la partie malade, avantages que n'offre pas le brayer, qui blesse par le fer de la ceinture et ne comprime qu'en meurtrissant les ganglions engorgés.

M. Pernet fabrique des pelotes concaves, et appropriées aux cas qui lui furent présentés dans le service des vénériens du Val-de-Grâce, il posa ses appareils à plusieurs malades, qui les gardèrent nuit et jour. Sur la recommandation des médecins, ils firent de longues promenades dans l'hôpital.

Huit jours après, des tumeurs extrêmement volumineuses, dures, et qui avaient résisté à tous les fondans, avaient diminué de moitié; la masse des ganglions s'était partagée en petites tumeurs arrondies, sans que la partie eût éprouvé ni gêne, ni douleur, ni qu'elle se fût échauffée comme on le dit.

Ces premières expériences, suivies d'un plein succès, engagèrent M. Desruelles à traiter de cette manière les adénites engorgées.

Les exemples de cette sorte d'affection ne manquèrent pas dans un service aussi considérable que celui du Val-de-Grâce, et dans la saison d'hiver si favorable à l'engorgement indolent des ganglions lymphatiques.

Du 15 février au 30 avril, plus de vingt malades furent débarrassés en peu de temps d'une affection qui demande des mois entiers pour disparaître, alors même que toutes les circonstances les plus favorables concourent à sa guérison.

Nous avons pensé que la relation de ce fait intéresserait les praticiens, et que l'appareil encore peu connu dont nous parlons sera pour eux un moyen précieux dans le cas qui nous occupe.

Depuis ses essais au Val-de-Grâce, M. Desruelles a eu l'occasion de constater, dans sa pratique en ville, les bons effets du bandage franc-comtois; notamment chez un jeune homme qui, depuis près de dix-huit mois, portait dans l'aîne une masse énorme de ganglions agglomérés, qui avaient résisté aux plus énergiques résolutifs et aux soins consciencieux d'habiles médecins.

HOPITAUX DE DUBLIN.

Abcès rétro-pharyngien; par M. Fleming.

Premier fait. Trois enfans d'une même famille sont saisis subitement de vomissemens et de fièvre. L'un meurt de convulsions trente-neuf heures après l'attaque.

Le lundi, un quatrième enfant de la même famille est atteint précisément des mêmes symptômes. Il est âgé de trois ans et demi, et paraît bien constitué. Les premiers symptômes ont été légers; mais trente-six heures après ils ont acquis une grande intensité; fièvre intense, symptômes cérébraux. Traitement énergique.

Le quatrième jour, la convalescence paraît établie, mais de jour en jour la tête prend une position particulière, le cou est raide; la tête est portée en arrière. Les muscles, d'abord tendus, ont acquis ensuite une contraction permanente; les mouvemens de la tête sont douloureux et remarquablement bornés. L'enfant se plaint de mal à la gorge, de dysphagie intense; la déglutition ne pouvant s'accomplir que par de violens efforts spasmodiques. Pas de toux ni d'altération du timbre de la voix; la parole cependant ne peut être prononcée qu'avec difficulté et douleur; elle est quelquefois inintelligible.

L'examen attentif de la gorge et du cou ne découvre aucune lésion. Les symptômes cependant vont en augmentant; trouble, constipation et faiblesse alarmans.

Le dixième jour, les symptômes sont à leur summum; l'enfant est émacié et faible; il n'a aucune envie d'alimens, et ne paraît boire que pour apaiser sa soif. Chaque gorgée qu'il avale produit des mouvemens convulsifs douloureux. Etat de somnolence complet; indifférence pour les objets environnans; stupeur; décubitus dorsal analogue au coma. Dans la station assis, sensibilité exquise. Respiration lente, laborieuse stertoreuse et bruyante durant le décubitus; tranquille, au contraire, dans la position opposée; pouls à 40 dans le premier cas, presque naturel dans le second. Les liquides qu'il essaie de boire sont fréquemment rejetés convulsivement par les narines et la bouche, quelquefois rendus par vomissement. Les symptômes cérébraux reparaissent aussitôt que l'enfant est couché.

Cet ensemble de symptômes a fait présumer l'existence d'un obstacle mécanique dans le pharynx, bien que l'examen répété de cette région n'avait pu rien faire découvrir. Les mâchoires d'ailleurs ne pouvaient s'ouvrir librement pour explorer soigneusement le fond de la gorge; cependant, plus tard, ces parties ayant été forcées, on a pu constater un gonflement à la base de la langue, donnant une sensation de fluctuation au doigt. On distinguait bien le voile du palais, mais ayant essayé d'abaisser la langue pour explorer l'arrière-gorge, le petit malade a accusé beaucoup de douleur, de sorte qu'on n'a pu aller plus loin.

M. Fleming a néanmoins soupçonné l'existence d'un abcès derrière le pharynx, et il a attribué les symptômes à son action mécanique. Une consultation a lieu; on propose le cathétérisme; M. Fleming l'exécute, mais avec beaucoup de difficulté. Aussitôt un flot de matière purulente lui annonce qu'il venait de percer un abcès.

L'état du malade a changé sur-le-champ; la somnolence a disparu, la déglutition est devenue facile, l'enfant a commencé à manger. Petites doses répétées de quinine.

Le soir cependant les symptômes stertoreux ont reparu, ainsi que la somnolence et la dysphagie. On examine la gorge de nouveau, la mâchoire s'ouvre facilement, le foyer purulent s'est de nouveau rempli de pus, l'ouverture primitive s'étant fermée. On l'ouvre à l'aide d'un bistouri porté avec précaution: soulagement instantané. Le petit malade est placé avec le tronc élevé et la tête fléchie. La nuit a été bonne, écoulement abondant de pus sur l'oreiller. Le lendemain l'enfant est bien et joue avec ses frères. Guérison.

Deuxième fait. Un enfant âgé de sept mois, appartenant à une famille dont plusieurs enfans avaient été hydrocéphales, venait d'essuyer une affection gastro-entérique lorsqu'il a essuyé une recrudescence subite des symptômes de cette affection. Il avait passé une nuit fort agitée, avait eu des vomissemens incessans; visage enflammé, respiration laborieuse et irrégulière; tête tirée fortement en arrière, menton très saillant en avant. Si l'on essaie d'ouvrir les mâchoires, l'enfant crie; la région du cou est très sensible, surtout au-dessus des glandes de cette région. Les tégumens n'offrent aucune coloration, mais la tuméfaction augmente; le moindre mouvement de la tête produit une grande douleur.

Le lendemain, nuit mauvaise; pas d'augmentation des symptômes, à l'exception de ceux inhérens à l'inflammation des glandes. Bruit de gargouillement dans la gorge, comme si du mucus y était accumulé, ainsi que dans les bronches. Déglutition difficile et douloureuse, accompagnée de paroxysmes effrayans de dyspnée, revenant par intervalles irréguliers; visage pourpre et presque convulsé; impossibilité de sucer, bien que l'enfant prenne le sein avec avidité. Au moment de la visite l'enfant est menacé de convulsions et de suffocation. M. Fleming porte le doigt dans l'arrière-bouche, sent une grosseur, la comprime, et les convulsions augmentent, mais un flot de matière purulente s'échappe des narines, et l'enfant est soulagé. Une heure après, la respiration est plus libre, la déglutition peut s'exécuter un peu; les narines sont remplies de pus qui coule sur sa lèvre. On essaie de coucher l'enfant sur le dos, ce qui est suivi d'un accès effrayant de dyspnée. L'arrière-bouche est gonflée; le pharynx ne peut être exploré.

Le lendemain, pas de changement; l'écoulement par la narine s'est arrêté, ce qui fait présumer que le foyer s'est fermé. La respiration est difficile dans toutes les positions, excepté dans la position droite du tronc. L'exploration fait découvrir une tumeur sur la face postérieure du pharynx, tendue, dure, non fluctuante; elle est placée au-dessous du niveau de la langue et un peu à gauche de la ligne médiane. Un trois-quarts courbé est enfoncé, portant un stylet pointu dans la canule au lieu d'un poinçon; ce qui a donné issue à un flot de matière purulente. Soulagement instantané. Guérison. (*The Dublin med. Press*, avril, 1840.)

— On observe rarement des faits de cette nature; cependant la science en possède un certain nombre. Dupuytren en citait dans ses cours; et nous en avons observé nous-même un à la clinique de ce grand maître; c'était sur un homme d'une trentaine d'années. Aucun symptôme général ne l'avait accompagné; l'ouverture en a procuré promptement la guérison. Les abcès de cette région ont été observés, non-seulement à l'état aigu, mais encore à l'état chronique, soit froids, soit par congestion. On conçoit combien la gravité est variable selon que la tumeur appartient à l'une ou l'autre de ces variétés. Les faits de M. Fleming, au reste, intéressent à un très haut point sous plusieurs rapports.

OBSERVATION ET REMARQUES

Sur une fausse articulation consécutive à une fracture extra-capsulaire du col du fémur,

Lues à la Société médicale d'Emulation le 6 mai dernier, par M. Manzini.

Le sous-lieutenant invalide M. Olin (Pierre-Jacques), frappé d'une hémiplégie gauche incomplète, consécutive à une attaque d'apoplexie, sujet à des douleurs arthritiques qui se trouvaient allégées par l'exercice passif des articulations et des mouvemens portés fort loin, se fractura la cuisse dans son lit le matin du 18 juin 1837, au moment où, en se livrant à l'exercice accoutumé des jointures, il s'efforçait de faire craquer celle de la hanche gauche.

M. Olin, qui était âgé de cinquante-sept ans, à part le reliquat fâcheux de l'hémorrhagie cérébrale qui, pour lors néanmoins, n'avait rien d'alarmant, jouissait habituellement d'une bonne santé, n'était point goutteux et était doué d'une bonne constitution non altérée par des antécédens syphilitiques. L'intelligence était conservée, les sens intacts; la sensibilité et la myotilité n'étaient que partiellement supprimées du côté frappé de paralysie.

Transporté à l'infirmerie de l'hôtel royal des Invalides, le sous-aide de garde crut reconnaître une fracture de la diaphyse fémorale siégeant immédiatement au-dessous des trochanters. Le membre fut laissé pendant soixante jours dans un appareil inamovible, et au bout de ce temps l'existence d'une tumeur osseuse au niveau de la fracture permit de croire que la consolidation était effectuée, malgré les craintes que l'on avait conservées, eu égard au mode suivant lequel la fracture était arrivée. Le résultat paraissait d'autant plus favorable que le malade put dès-lors remuer son membre et bientôt se livrer à la marche. M. Olin quitta l'infirmerie avec un raccourcissement du membre, de deux pouces environ, et une claudication assez marquée.

Cet officier n'avait plus reparu depuis à l'infirmerie. Cependant, de l'année 1839 à l'année 1840, l'état du cerveau empira d'une manière alarmante, la marche devint presque totalement impossible, au point que M. Olin ne pouvait plus faire que de très courts trajets dans sa chambre en se transportant avec les bras qu'il appuyait sur les meubles voisins. L'intelligence était profondément lésée, et l'amnésie en particulier était portée tellement loin, que M. Olin aurait oublié même sa nourriture, si quelqu'un n'avait été chargé de lui faire prendre régulièrement ses repas. Néanmoins, au milieu de cette insensibilité générale, cet officier se plaignit, vers les premiers jours de janvier, d'une douleur vive à l'épaule gauche, que l'on crut être de nature arthritique comme d'ordinaire, et par suite de laquelle on se décida à le faire transférer dans le service des fiévreux.

Au bout de huit jours, l'infirmier, en changeant le gilet de flanelle du malade, aperçut une vaste ecchymose à l'épaule gauche qui, en outre, était gonflée; il fit part de ce qu'il venait d'observer au chirurgien sous-aide-major de service, M. Demaguy, lequel ayant constaté de la crépitation à l'épaule, fit transporter M. Olin à la salle des officiers blessés, où il succomba le 15 mars, après trois jours de coma.

Examen de la cuisse gauche. L'inspection la plus superficielle suffit pour faire reconnaître qu'il s'agit d'une fracture extra-capsulaire du col du fémur: la capsule fibreuse articulaire, qui reste presque intacte et qui n'a rien perdu de ses rapports normaux avec le col et le pourtour cotyloïdien, puisque la fracture s'est opérée à la base du col même, parallèlement aux lignes obliques antérieure et postérieure qui se rendent du grand au petit trochanter, ne laisse aucun doute à cet égard. Aussi la circulation du col fémoral n'a-t-elle point été troublée, circonstance qui est mise hors de doute par sa conservation parfaite, qui démontre que sa nutrition, ainsi que celle de la tête n'ont point été altérées. Le tissu spongieux seulement en est raréfié; mais on est forcé de reconnaître dans cette disposition un résultat de la résorption interstitielle du tissu osseux, qui est si commune chez les vieillards, et qui, chez le lieutenant Olim, portait sur tous les os spongieux en général.

Jusqu'à présent nous voyons que la tête fémorale, le col, la cavité cotyloïde et la capsule fibreuse, non seulement ont échappé à toute sorte d'altérations; mais conservent aussi leurs rapports respectifs.

Il n'en est pas de même du fragment fémoral. Celui-ci, sollicité par l'action des muscles fessiers, a exécuté un mouvement d'ascension, de telle sorte que le grand trochanter; tout en se rapprochant de la crête iliaque est allé se mettre en rapport avec la partie supérieure et postérieure du rebord de la cavité cotyloïde. En même temps la diaphyse a subi un léger mouvement de rotation en dehors, sur un axe capable, dans ce cas au moins, d'expliquer la rotation également du pied dans le même sens. Ce mouvement d'ascension a entraîné un raccourcissement du membre de 7 centimètres (ou deux pouces et demi).

Toute espèce de rapport avait donc cessé d'exister entre les extrémités des deux fragmens osseux, et c'est dans de telles conditions que le membre fracturé avait été emboîté dans un appareil inamovible.

Un premier fait qui frappe, en examinant cette pièce, c'est l'énorme production osseuse accidentelle qui existe et qui s'est accomplie exclusivement aux dépens du fragment fémoral ou inférieur: l'état dans lequel se présente le col, ne permettant point d'admettre qu'il y ait contribué en aucune façon. Cette circonstance est d'autant plus remarquable, qu'il faut apparemment attribuer cette fracture et celles qui se sont effectuées par la suite, à une faiblesse universelle du système osseux, suffisamment démontrée par la grande raréfaction des cellules du tissu spongieux et le peu d'épaisseur des tables diploïques.

Mais c'est la disposition même de cette production éburnée qui rend cette pièce pathologique digne du plus grand intérêt.

J'ai dit qu'il n'existe pas de consolidation entre les deux fragmens, et qu'il s'est établi une fausse articulation qui représente approximativement une énarthrose renversée, dont la tête immobile est formée par la tête fémorale et son col ainsi que le rebord de la cavité cotyloïde; et la cavité mobile sur la tête, par la production osseuse accidentelle qui emboîte toutes ces parties et qui s'unit au pourtour cotyloïdien au moyen d'un épaississement de la capsule normale de l'articulation coxo-fémorale. Il résulte de cette disposition anatomo-pathologique, que c'est la partie qui représente la tête qui est immobile, tandis que la cavité remue en tous sens sur celle-ci, disposition analogue à celle des articulations des premières phalanges sur les os métacarpiens.

En effet, le prodigieux travail accidentel qui s'est formé aux dépens du fragment fémoral, adhère à toute la circonférence de celui-ci, au-delà même, et s'élève ensuite sous la forme d'une coque osseuse qui ressemble à un nid

d'oiseau, pour embrasser dans sa vaste cavité le col et la tête humérale, ainsi que la cavité cotyloïde y compris son rebord. La fausse articulation est close, ou complétée par une capsule fibreuse qui, de ce même rebord, va s'insérer à la grande circonférence de la coque osseuse ; capsule qui est le résultat d'un épaississement du sac fibreux normal de l'articulation coxo-fémorale.

De la surface extérieure de la coque osseuse s'élèvent des stalactites, dont l'une, supérieure, comprend dans son épaisseur le tendon des muscles psoas et iliaque, et se dirige vers le rebord du bassin.

Cette surface extérieure est criblée par une multitude de trous vasculaires, dont quelques-uns ont le calibre d'une grosse plume de corbeau. Les trous existent presque exclusivement à sa partie inférieure interne ; j'ai pensé que les vaisseaux pénétrant par ces trous dans la coque osseuse émanaient de ceux des parties molles voisines, et avaient concouru à la formation de ce cal osseux. J'avais émis confidentiellement cette idée avec M. Rognetta ; car je savais qu'elle était contraire aux théories généralement reçues sur la formation du cal osseux, lorsque M. Rognetta m'apprit qu'un chirurgien anglais a reconnu, dans des expériences récentes sur la formation du cal, que celui-ci est sécrété autant aux dépens des vaisseaux du système osseux que de ceux des parties qui entourent la fracture : ce qui venait en confirmation de mon idée (1).

La surface interne de la coque osseuse est rugueuse et dépourvue de cartilage articulaire, dans l'étendue au moins accessible à l'œil.

Les mouvemens que cette fausse articulation peut exécuter sont très étendus ; elle jouit en effet des quatre mouvemens vagues de Bichat, ainsi que de la rotation et de la circumduction qui en résultent.

Quelle a été la cause de la fausse articulation, ou, en d'autres termes, de la non-consolidation des fragmens ? L'insuffisance de leur nutrition ne saurait être invoquée, malgré la pauvreté apparente du système osseux, puisque l'inférieur a pu suffire à lui seul aux frais d'un travail osseux plus que suffisant pour procurer la consolidation ; et que le supérieur se présentait actuellement encore, c'est-à-dire trois ans environ après l'accident, dans les mêmes conditions qu'il devait affecter au moment de la fracture, et partant très favorables. Les mêmes considérations s'appliquent à l'atrophie sénile du tissu osseux. Resteraient donc le défaut de rapport des fragmens avant l'application de l'appareil inamovible, ou encore le trouble mécanique apporté à la consolidation. Ces deux dernières causes, qui sont les plus probables, réuniraient beaucoup plus de probabilités en leur faveur, s'il était bien démontré que lors de la levée de l'appareil au bout des soixante jours, le membre n'offrait que très peu de raccourcissement, et n'était point déformé. Car, alors, le raccourcissement actuel resterait expliqué par le déplacement consécutif et l'ascension du fragment inférieur, arrivés à une époque où le cal n'offrait pas encore une solidité suffisante : circonstance capable d'expliquer la diffusion et la production de la pseudo-articulation.

L'histoire des pseudarthroses présente de vastes lacunes à remplir. La science ne possède, quant à présent, qu'un petit nombre de faits insuffisamment détaillés, et d'après lesquels on s'est trop hâté, je crois, d'établir des lois générales. La pièce que je présente en fait foi, pour ce qui concerne les fausses articulations du col fémoral, puisqu'on n'en trouve la description nulle part.

Il ne faut point désespérer que ces lois ne prennent plus de stabilité, lorsqu'un plus grand nombre de faits bien étudiés aura permis de mieux établir les types principaux des pseudarthroses que chaque fracture en particulier peut présenter.

Les efforts et l'art admirable que la nature avait déployés pour éluder le déplacement des fragmens, et assurer autant que possible l'intégrité des moyens de sustentation du bassin ; l'harmonie qui existait au milieu même de cette création pathologique ; la précision avec laquelle cette dernière s'était substituée dans ses effets à la création première et normale de l'organisme : le concours de toutes ces circonstances me paraissaient annoncer une loi que la nature devait suivre invariablement pour remédier aux désordres osseux de cette espèce.

Mes prévisions se trouvèrent bientôt confirmées par deux pièces qui m'ont été communiquées par M. le docteur Thierry, elles appartenant à M. Tessier, et faisaient partie de la collection de Dupuytren. Ces pièces offrent la plus grande analogie avec la mienne.

La première des deux pièces de M. Tessier, qui est la reproduction de la mienne, représente une fracture extrà-capsulaire du col fémoral terminée par fausse articulation. La coque osseuse qui constitue la cavité de cette articulation accidentelle offre la même configuration ; l'analogie en est portée tellement loin, que dans la pièce de M. Tessier, comme dans la mienne, on remarque à la partie antérieure, supérieure et interne de la coque osseuse une stalactite qui s'en détache et se dirige en haut vers la branche horizontale du pubis, enveloppant le tendon des muscles psoas et iliaque.

Les trous vasculaires, au nombre de 20 à 30, offrent la même disposition de dimensions et de siége, ainsi que la capsule articulaire accidentelle qui s'est sur-ajoutée à la normale.

Un commencement de travail osseux paraît s'être effectué à l'extrémité du fragment supérieur (du col), dont la surface offre une texture très serrée, quoique chagrinée. Le col présente à peine la trace d'un canal médullaire.

Dans la seconde pièce de M. Tessier, qui représente également une fracture extrà-capsulaire du col du fémur, suivie de fausse articulation, la coque osseuse offre la même disposition que dans les deux cas précédens, sauf la stalactite du tendon des muscles psoas et iliaque qui est à l'état rudimentaire. De plus, tout semble attester qu'ici la réparation osseuse ne s'est pas effectuée avec autant d'abondance que dans les cas précédens, peut-être par suite d'une faiblesse générale du sujet ; la résorption totale du col ne permettant pas d'admettre que ce travail ait été interrompu par la mort. J'attribue, dans ce cas, la résorption du col à l'existence simultanée d'une fracture extrà- et d'une fracture intrà-capsulaire du col.

En effet, la fracture intrà-capsulaire ayant donné lieu à la formation d'un fragment moyen, reste démontrée par l'absorption complète du col ; tandis que la fracture extrà-capsulaire est mise hors de doute par l'existence de la coque osseuse.

Une conséquence immédiate des faits qui précèdent, c'est que dans tous les cas où au moment de l'accident on sera parvenu à constater une *fracture du col fémoral* au terme du traitement, on pourra affirmer que la fracture *était extrà-capsulaire, et qu'elle s'est terminée par pseudarthrose.* On arrivera à reconnaître l'existence de la tumeur osseuse représentée par la coque accidentelle, ainsi que cela était possible chez le lieutenant Olin ; puisqu'il n'est pas possible, avec le grand éloignement des fragmens qui existe alors et l'impossibilité de rendre immobile le supérieur, que la consolidation s'effectue.

Malheureusement, ici, le diagnostic différentiel de la fracture du col n'a aucune utilité pratique ; car il n'arrive que tardivement, et dans des cas exceptionnels. Aussi je ne le signale que comme un fait nouveau, que je tâcherai de confirmer par d'autres observations.

(1) Howship. (Medico-chirurgical Transaction. — London.)

Paris, imprimerie de BETHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 23 JUIN 1840. (13e ANNÉE.) N° 74, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5[illegible]

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Résection d'une portion du corps du premier métatarsien. Procédé nouveau; utilité de la scie à chaînons.

Le nommé Lalande, maçon, âgé de vingt-huit ans, couché au n° 45 de la salle Sainte-Vierge, reçut, il y a sept mois environ, un coup de pied de cheval sur le dos du pied gauche. Cet accident donna lieu aussitôt à un gonflement total de l'extrémité inférieure du membre, et à une vive inflammation autour d'une plaie primitivement assez large, mais réduite aujourd'hui à l'état d'un petit ulcère fistuleux. Sous l'influence de cataplasmes émolliens et de divers topiques appliqués pendant long-temps, la rougeur et la tuméfaction du pied disparurent. Mais la plaie, en perdant de son étendue, sembla gagner en profondeur de manière à laisser craindre qu'elle n'allât attaquer la portion d'os qui se trouvait au-dessous, c'est-à-dire le corps du premier os métatarsien. Le malade, ennuyé de ne retirer aucun avantage des soins que lui donnaient les médecins de la ville où il demeurait, et désirant recouvrer au plus tôt l'usage de son membre, dont l'affection le faisait d'ailleurs beaucoup souffrir, résolut de venir à Paris chercher un remède plus prompte, plus efficace contre la lésion profonde que l'on soupçonnait. Elle devait être, en effet, indiquée par l'état de la suppuration qui n'a jamais cessé d'être fourmé; mais on pouvait, de plus, s'en convaincre, comme on l'a fait, en introduisant par l'ouverture assez rétrécie de la plaie un stylet dont la pointe est venue tomber directement dans la cavité médullaire, à travers un trou intéressant toute la paroi supérieure du cylindre osseux. Il n'était plus possible alors de douter d'une grave altération de l'os; pour en guérir le malade et l'empêcher de s'étendre dans le reste des tissus encore sains, il n'y avait pas d'autre indication que de l'isoler en faisant l'extraction soit de la totalité de l'os, soit seulement de la partie affectée.

L'ablation totale ou partielle du premier os métatarsien n'est pas une opération aussi nouvelle qu'on a pu le croire. M. Blandin s'est trompé en pensant la pratiquer un des premiers, il y a une douzaine d'années; M. Barbier, au rapport de Beaufils, l'a faite avec succès en 1795. M. Petrequin dit même que Monro l'a aussi pratiquée; puis encore M. Bell, M. Aubey, etc. Enfin, depuis M. Blandin et à la même époque, plusieurs cas de ces extirpations ont été offerts par MM. M'Farlan, Fricke, Kramer, Champion, Bubottin, Heister, Grœfe, Jossé, Jobert, Roux et Lisfranc. M. Velpeau l'a aussi pratiquée plusieurs fois à l'hôpital St-Antoine, à la Pitié et à la Charité. Mais parmi tant d'exemples fournis par la pratique de ces chirurgiens, aucun ne s'applique à l'excision seulement d'une portion du corps de cet os; les uns, en effet, ont enlevé l'os tout entier par désarticulation; les autres ont simplement réséqué l'une ou l'autre de ses extrémités, avec une plus ou moins grande partie du corps qui y adhérait. C'est donc la première fois, suivant l'avis de M. Velpeau, qu'il va tenter l'extirpation d'une portion du corps de l'os sans attaquer aucune de ses extrémités. Il convient donc de dire un mot des avantages que présente ce mode opératoire.

Il est un fait constant et à peine utile même à rappeler, c'est que ce premier os métatarsien enlevé tout entier ne se reproduit nécessairement pas, et laisse au membre une difformité irrémédiable, qui devient encore un très grand obstacle aux usages du pied. L'orteil, retiré en arrière par sa cicatrice, soutenu par de simples parties molles, est exposé à se tourner en dedans, à changer de position, flottant qu'il est à la manière d'un doigt inerte et incapable de servir à la station. Si l'on n'a extirpé que l'une ou l'autre des épiphyses avec une plus ou moins grande portion du corps, on sait également que la reproduction n'est pas à espérer pour les extrémités cartilagineuses articulaires qui ont été détruites. Toutefois on peut s'attendre à voir à la fin, soit le restant du corps de l'os, soit la première phalange du gros orteil retrouver en arrière un point d'appui, et dans ce cas cette amputation partielle serait encore préférable à l'enlèvement total du premier os du métatarse. Mais si le corps se l'os, étant seul altéré, il est possible de n'extraire que la partie malade, ce moyen sera incomparablement le plus précieux, attendu qu'on a chance de voir renaître la portion de diaphyse emportée, comme cela s'observe dans la même partie des autres os longs, et de conserver au pied l'intégrité de sa forme et de ses usages.

Voilà donc déjà un immense avantage dans cette dernière opération quant au résultat consécutif; reste à voir si le procédé opératoire permet de l'obtenir, sans trop de difficultés; or, rien ne paraît si aisé que la manière dont M. Velpeau s'y est pris dans le cas actuel. Voici comme: Les tégumens furent incisés au moyen d'une ligne courbe partant de la face supérieure de l'extrémité phalangienne du second os métatarsien, formant sa demi-ellipse sur le bord interne du pied et retournant gagner l'autre extrémité tarsienne du même os; circonscrivant ainsi un lambeau semi-lunaire à base externe parallèle à l'axe du second métatarsien et qui, relevé de dedans en dehors, laissa à découvert les tendons des muscles extenseurs qui furent mis de côté pour détacher de l'os malade les parties charnues qui y adhéraient encore; après quoi, avec une aiguille courbe contournant exactement l'os sur ses faces latérales et profondes, la scie à chaînons fut introduite pour faire la première section antérieure et verticale, comprenant toute l'épaisseur du corps de l'os; cette séparation étant achevée, la scie fut repassée en sens inverse dans la ligne qu'elle venait de parcourir, puis attirée par l'opérateur placé du côté du genou, quelques lignes en arrière pour faire la seconde section qui, pour emporter la portion d'os malade n'avait pas besoin de commencer en dessous au niveau de la lésion existant à la face supérieure; en effet, la scie fut ramenée au dehors, suivant une ligne oblique d'avant en arrière et de bas en haut, qui fit ressembler la partie osseuse extraite à une portion de cylindre ayant, au bout antérieur, une coupe verticale, et par l'autre bout, taillée en bec de flûte, de manière à présenter supérieurement sur sa surface longitudinale la plus étendue toute la partie altérée de l'os qui devait être enlevée.

Aucune ligature de vaisseaux ne fut nécessaire. La plaie abstergée, laissait voir au fond le bec de flûte correspondant de la partie postérieure de l'os laissée en place et parfaitement saine. Le lambeau fut rabaissé au-dessus de quelques boulettes de charpie que l'on mit pour remplir cette cavité, M. Velpeau ne voulant pas réunir par première intention, ce qui lui eût été bien facile et se serait fait tout seul, s'il n'y eût pas eu contre-indication.

Depuis quelques jours que cette opération est faite, l'ulcère fistuleux, qui avait été compris dans le lambeau semi-lunaire s'est complètement tari et déjà cicatrisé. Nous attendrons maintenant pour savoir si la partie du corps de l'os extirpée se reproduira, comme il y a lieu de l'espérer.

Tel est le nouveau procédé opératoire dont nous voulions rendre compte, et qui, pour ces cas et tous autres analogues, est offert par M. Velpeau à l'attention des praticiens, auxquels il croit encore assez utile de recommander l'usage plus fréquent de l'instrument dont il s'est servi; voici, en effet, les avantages que cette manière d'opérer présente:

Pour ce qui regarde les parties molles, il n'y a pas de comparaison à établir pour la préférence qui doit être donnée à une incision courbe, unique, et par conséquent d'une cicatrisation plus facile et plus prompte, contre les différentes sortes d'incisions à lambeaux en battans de fenêtre, en T ou quadrilatères à base différemment posée, qui ne laissent pas plus de liberté et d'aisance pour découvrir les parties profondes. Et quant aux parties osseuses qu'il faut retrancher avec les procédés ordinaires, soit qu'on veuille attaquer toute l'épaisseur de l'os, soit qu'on se borne à extraire seulement la portion superficielle altérée, comme dans le cas présent, il faut toujours se servir de scies mal commodes pour le maniement, de la gouge et du maillet, ce qui rend l'opération plus longue, plus difficile et surtout beaucoup plus douloureuse; tous inconvéniens que fait éviter l'emploi de la scie à chaînons, qui dans beaucoup d'autres cas offre les mêmes avantages. C'est bien à tort, suivant M. Velpeau, que l'on en a négligé l'usage; lui-même, habitué à entendre dire qu'il

FEUILLETON.

Du traitement préservatif et curatif de la phthisie pulmonaire; par le docteur Amédée LATOUR.

Cet ouvrage, comme le dit l'auteur, n'est point un traité complet de la phthisie pulmonaire: c'est tout simplement l'exposé de ses vues sur le traitement de cette terrible affection. L'auteur n'a voulu, dit il, envisager ici la tuberculisation pulmonaire que sous le point de vue thérapeutique, réservant pour d'autres circonstances l'exposition de ses idées sur le diagnostic et l'anatomie pathologique de cette affection. Que M. Amédée Latour se hâte donc de publier ses recherches, car la manière satisfaisante dont il a traité le sujet que nous avons sous les yeux, doit inspirer aux amis des progrès de l'art le désir de voir un travailleur aussi consciencieux se mettre à l'œuvre. Depuis long-temps l'arène est ouverte, Laënnec a ouvert la voie, d'habiles observateurs l'ont suivi dans cette route si difficile. M. Fournet a récemment publié des travaux de la plus haute importance sur cette matière. M. Amédée Latour vient enfin augmenter cette laborieuse phalange; puissent ses observations être confirmées par une expérimentation souvent répétée: alors il aura la gloire d'avoir doté la thérapeutique d'un agent aussi puissant qu'efficace. L'ouvrage dont nous rendons compte à nos lecteurs est composé de deux chapitres, dont le premier est consacré au traitement hygiénique, et le second au traitement curatif de la phthisie. L'auteur résume lui même la première partie de son travail dans les propositions suivantes:

1° Le phthisique doit habiter un lieu bien sec, bien aéré, soumis aux influences de la lumière solaire, non loin d'un fleuve et près des bois. L'habitation dans les grandes villes prédispose à la phthisie.

2° L'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de fixer d'une manière précise le climat que le phthisique doit habiter. Le conseil le plus utile qui puisse lui être donné, c'est de choisir un climat tempéré, et où les variations dans la température ne soient ni brusques ni fréquentes. Les voyages par terre, et surtout les voyages maritimes, présentent des avantages incontestables dans les premières périodes de la maladie.

3° Le phthisique doit être chaudement vêtu et couvert de flanelle de la tête aux pieds.

4° Il doit se livrer à quelque exercice physique modéré, tel que la promenade, l'équitation, etc. Le grand air et l'insolation lui sont nécessaires.

5° Les exercices intellectuels doivent être modérés; il doit éviter toutes les émotions morales fortes et prolongées.

6° Il doit abandonner les professions qui exigent un grand déploiement de forces musculaires, des efforts, la position courbée du corps, le séjour dans les lieux froids et humides.

7° Son alimentation doit être riche et abondante en principes réparateurs.

Abordons maintenant le second chapitre. C'est la partie la plus importante de l'ouvrage, en ce sens qu'elle renferme plus d'utilité pratique. L'auteur part de ce principe, que pour notre part nous croyons vrai, que dans l'immense majorité des cas, c'est à des causes générales agissant sur l'organisme tout entier, et qui l'altèrent profondément dans une de ses fonctions les plus importantes, la nutrition, qu'on doit rapporter l'origine de la tuberculisation pulmonaire. Comme corollaire de cette proposition, l'auteur établit que la phthisie est une maladie primitivement générale dont les symptômes locaux ne sont qu'une conséquence. Il fallait donc pour dompter ce désordre local s'adresser aux désordres de nutrition; et c'est alors qu'il méditait cette haute question de pathologie et de thérapeutique, que le hasard vint lui offrir un fait qui pour beaucoup d'observateurs serait passé inaperçu.

Se trouvant par une belle matinée du mois de mai 1837 sur l'avenue qui conduit de Paris à Neuilly, il vit une immense carriole toute remplie de singes, leur conducteur leur faisait prendre le repas du matin. Ayant demandé à cet homme comment il faisait pour conserver ses singes, celui-ci lui répondit qu'il en perdait rarement, attendu qu'il avait un moyen de les guérir dès qu'ils étaient malades. En disant ces paroles, il montra à l'auteur un jeune singe qui toussait depuis quelques jours et, prenant une carotte, il la coupa par le milieu, en trempa les deux fragmens dans une petite tasse remplie d'un liquide incolore et la donna au singe, qui la mangea avec avidité. Ce liquide n'était autre chose que de l'eau fortement salée; c'était là le remède que le cornac administrait à ses singes dès qu'ils toussaient; ce remède, dit il, lui avait été conseillé par un capitaine au long cours à qui il achetait les singes au Hâvre. Ce fait, si simple en apparence, avait une haute portée; l'auteur se rappela que presque tous les singes qui étaient transportés dans nos climats succombaient à la phthisie pulmonaire; il était donc naturel de penser que ce moyen, puisqu'il réussissait chez les animaux, pouvait, dans des circonstances données, être utile à l'homme. Dès-lors l'auteur consulta les sources où il pourrait puiser des notions sur l'action du sel marin administré aux animaux: MM. Barbier (d'Amiens), Carron du Villards et Bourjeot Saint-Hilaire, Fred. Hoffman, Salvadori, Baddois, Fontan et Gilchrist, lui montrèrent l'action puissante de cette substance sur l'organisme. Nous conseillons à M. Am. Latour de consulter le *Voyage du Jeune Anacharsis*, chap. 59, il y trouvera le passage suivant: « J'appris que les brebis s'engraissent d'autant plus qu'elles boivent davantage et que, pour provoquer leur soif, on mêle du sel dans leur nourriture, et, qu'en été surtout, on leur en distribue une certaine quantité; j'appris encore qu'en leur faisant prendre du sel, elles donnaient plus de lait. » Dès-lors il chercha l'occasion d'appliquer cette substance au traitement de la phthisie; elle ne tarda pas à se présenter, et déjà plusieurs fois l'auteur a pu se féliciter d'avoir recouru à ce moyen. Les observations consignées dans son ouvrage, sont au nombre de huit; l'une d'elles a pour sujet un ancien conseiller à la cour royale de Toulouse, demeurant rue de Babylone, 5; ce malade avait environ cinquante ans; il portait des cicatrices strumeuses autour du cou; sa santé était languissante; il s'enrhumait fréquemment; M. Latour le vit pour la première fois le 2 octobre dernier. Voici quel était son état: Constitution appauvrie et ruinée; maigreur extrême, faiblesse profonde; il peut à peine se lever de sa chaise et faire quelques pas. Voix faible et rauque, dyspnée très grande, toux continuelle et augmentant par quintes; expectoration de crachats opaques, grisâtres, mêlés à une abondante quantité de matières muqueuses; le matin, d'après le malade, ces crachats sont striés de sang.

Le malade a craché plusieurs fois du sang en petite quantité. La percussion du thorax est douloureuse, et est abandonnée pour cette raison. A l'auscultation, *râle caverneux à droite* et au sommet du poumon; absence du bruit d'expansion pulmonaire dans une grande étendue du même poumon; on ne le perçoit qu'en arrière et en bas où il est mêlé de râle crépitant à gauche, *pectoriloquie* évidente, même absence du bruit respiratoire. Chaleur de la peau; pouls petit, à 98 pulsations par minute; appétit nul; un peu de diarrhée; sueurs nocturnes abondantes. Le malade n'a fait aucun traitement, n'a suivi aucun régime; depuis long-temps il se nourrit mal et fort irrégulièrement. *Prescription*: 4 grammes (1 gros) de sel marin dans du bon bouillon tous les matins; viande grillée.

fallait en avoir une certaine habitude pour la manœuvrer adroitement, s'en était peu servi ; mais depuis deux ans environ, il a trouvé tant de commodités en l'employant, tant de facilité à la manier, qu'il n'hésite pas à proclamer son usage extrêmement avantageux, non-seulement dans les cas où cet instrument est indispensable à cause des dispositions des parties, mais encore dans ceux où il pourrait simplement remplacer les scies ordinaires qui ne sont ni plus sûres, ni plus commodes. C'est ainsi, qu'outre l'exemple qu'il en a offert pour l'opération que nous venons de rapporter, M. Velpeau avance qu'avec la scie à chaînons, la pince *triquoise* dont nous avons déjà parlé, et au moyen d'une incision semi-elliptique qu'il fait au-dessous du menton d'un angle de la mâchoire à l'autre, il trouve très facile d'opérer et d'extraire toutes les portions malades de l'os maxillaire inférieur, en quelqu'endroit qu'elles soient situées et quelqu'étendues qu'elles soient, sans laisser au visage aucune trace de difformité, à la seule condition que les parties charnues seront saines superficiellement. En effet, s'agit-il de l'altération d'une partie du bord supérieur de l'os ? Sans aucune incision, des lèvres ni de quoi que ce soit, un ou plusieurs coups de triquoise emportent la maladie, comme une dent que l'on arrache. Nous avons cité un cas et rapporté une opération de ce genre dans le n° du 6 de ce mois. L'os est-il attaqué dans son bord inférieur, ou dans toute son épaisseur, même par le plus volumineux ostéo-sarcôme ? Après l'incision que nous avons dite et la dissection de la peau du menton, le lambeau de chair étant relevé au-dessous de la bouche, la triquoise sépare la portion malade du bord attaqué, ou bien avec la scie à chaînons passée en dedans de la mâchoire, tout le corps de l'os est séparé et emporté, s'il le faut ; après quoi, le lambeau étant rabaissé, il ne reste, en effet, sur la figure aucune trace de cicatrice, puisqu'il n'y a pas eu à y faire une seule incision, et la difformité n'est que peu apparente au-dessous du menton, comme nous l'avons vu aussi dernièrement sur la femme opérée de cette manière pour un cancer de la face, et dont l'observation se trouve au même n° de ce Journal.

Ces détails, bien qu'étrangers à la pathologie et à la thérapeutique proprement dites, nous ont cependant paru assez intéressans, à cause de l'utilité que peut en retirer la pratique particulière, dans beaucoup de cas où les opérations seraient ainsi rendues plus simples et moins soucicuses. C'est dans ce but que nous en avons parlé à nos lecteurs. Nous souhaitons que d'autres essais confirment les avantages que nous leur faisons entrevoir.

Affection des organes génito-urinaires ; mort ; autopsie ; production morbide rare dans la vessie.

Un individu, âgé d'environ soixante ans, souffrait horriblement depuis plus de trente-six heures, d'une rétention d'urine causée par un rétrécissement ancien porté alors à son plus haut degré ; des tentatives inutiles de cathétérisme n'avaient abouti qu'à produire un commencement de fausse route, quand il se fit amener à la Charité. Il fut impossible, le premier jour, d'introduire la plus petite sonde ; M. Velpeau n'insista pas à cause de l'irritabilité du canal, et prescrivit une application de sangsues et des bains qui le soulagèrent en lui faisant rendre une petite quantité d'urine. Le lendemain, une bougie de la plus petite dimension put passer, et chaque jour, depuis ce temps, on en introduisit une de plus en plus forte, quand le malade fut pris spontanément, la seconde semaine, d'accidens qui, en quarante-huit heures, le firent succomber. Sans plus de détails, nous voulons constater qu'à son autopsie, on trouva l'intérieur de la vessie tapissé en entier par une fausse membrane épaisse, d'un gris blanchâtre, caractérisant au mieux une *cystite couenneuse*, une inflammation semblable, pour ses produits, à celle qui ne se développe guères que dans les conduits aériens de l'appareil respiratoire.

De plus, pendant la vie, cet individu avait accusé quelques douleurs à la partie supérieure de la cuisse droite et du bras gauche. L'examen de ces régions a fait découvrir entre les muscles, des plaques purulentes, ressemblant tout-à-fait à des abcès métastatiques ; il n'y a cependant eu, avant la mort, aucuns symptômes de phlébite, ni de résorption purulente. Par suite de l'affection de la vessie, les uretères et les reins offraient bien quelques traces d'inflammation ; mais, dans cet endroit ni nulle part ailleurs, les vaisseaux ne portaient aucun signe d'altération quelconque ; en sorte que nous sommes réduits à constater seulement l'existence de ces phénomènes, sans pouvoir rendre compte de leur production, résultat d'un mécanisme et de lois qui nous sont inconnus.

— Un autre fait remarquable, non plus par la rareté de l'affection, qui est au contraire malheureusement très commune, est celui celui d'un homme âgé de quarante-cinq ans environ, qui a succombé aux suites d'une lésion qui, par ses symptômes et ses signes, ceux même que fournit l'exploration, peut être facilement confondue avec une autre ; nous voulons parler de ces tumeurs de la prostate qui simulent un rétrécissement. Cet homme souffrait beaucoup d'une grande difficulté d'uriner qui amenait même quelquefois une ischurie complète. Dans les quelques tentatives de cathétérisme qui ont été faites et que le malade avait très impatiemment supportées, on était tantôt arrivé dans la vessie sans trop d'obstacle, quelquefois avec beaucoup de peine ; on pouvait donc croire à un rétrécissement. Or, voici ce qu'on a trouvé à l'autopsie : le canal dans toute sa longueur était parfaitement régulier dans tous les points de son diamètre normal, mais à son orifice trois énormes bosselures se présentaient ; deux latérales plus grosses et une postéro-supérieure un peu moins volumineuse, qui par l'effet de la distension de la vessie, était renversée en avant et en bas de manière à être accolée et pressée précisément au devant de l'ouverture de l'urètre et à empêcher ainsi l'émission de l'urine, et même, d'autant plus que la vessie était remplie d'une plus grande quantité de liquide. Nous n'examinerons pas ici la nature de ces tumeurs, que les uns regardent comme un engorgement des différens lobes de la prostate, ou une hypertrophie de la luette vésicale, et que M. Velpeau pense plutôt être des tumeurs et des végétations développées autour ou dans l'épaisseur même de ces organes, et analogues aux tumeurs fibreuses que l'on trouve sur l'utérus ou dedans. Sans nous arrêter à cette discussion, toute importante qu'elle soit, disons seulement en quelques mots ce qui peut résulter de l'examen explorateur des parties affectées, des inconvéniens que l'on rencontre et des erreurs de diagnostic auxquelles ils exposent. En songeant à déterminer la cause de la rétention d'urine plus ou moins complète qui existe, la première idée qui vient est celle d'un rétrécissement. On cherche alors à sonder le malade ; mais qu'arrive-t-il si l'on se sert en premier lieu d'une sonde ou d'une bougie de petite dimension ? Le bec de celle-ci, peu résistant sitôt qu'il arrive à l'orifice du canal, s'arcboute sur la base de la tumeur médiane qui en bouche l'ouverture, et la refoulant par dessous, ne fait qu'agrandir l'obstacle et rend l'introduction de l'instrument tout à fait impossible, à moins que par des efforts violens ou multipliés, on ne le fasse passer à travers la tumeur elle-même pour arriver dans la vessie. Mais le plus souvent on n'insiste pas, et sans abandonner l'idée du rétrécissement, justifié d'ailleurs par tous les signes rationnels, on s'imagine qu'il est porté à un très haut degré, et l'on tente l'introduction d'une bougie plus petite que la précédente.

Il est clair que la difficulté devient encore plus grande et toute tentative inutile. Dans ce cas, on y renonce. Mais combien n'est-on pas surpris si dans un cathétérisme pratiqué une autre fois ou par une autre personne, on voit l'instrument pénétrer le plus aisément du monde, quand on se sert d'une bougie de calibre ordinaire, dont le bec est fortement recourbé, ou d'une très grosse bougie même tout-à-fait droite ; et cela se fait très facilement si, arrivé à l'obstacle, on fait tourner un peu d'un côté ou de l'autre le bec de la bougie courbe, qui alors s'insinue sans la moindre difficulté entre l'une des deux tumeurs latérales et la bosselure médiane qu'il écarte de celles-ci en la soulevant ; car elles sont tout-à-fait indépendantes l'une de l'autre. On conçoit de même que le bout d'une grosse sonde ne soit pas arrêté comme celui d'une petite par la base de cette tumeur du milieu ; il la touche sur une assez grande étendue et avec assez de force pour la faire basculer immédiatement en haut et en dedans, et l'on comprend ainsi l'erreur dans laquelle est tombé M. Mayor (de Lausanne), en préconisant contre tous les cas de rétrécissement l'usage de ces grosses sondes auxquelles il a attaché un avantage qu'il n'a pu évidemment trouver que dans les affections du genre de celle qui nous occupe.

Il résulte de tout ceci que quand on soupçonne un rétrécissement, si l'on n'en trouve pas dans la longueur du canal qui soient antérieurs à la portion prostatique, il faut préalablement s'éclairer par toutes les investigations possibles, par exemple, en explorant le col de la vessie par le rectum, etc., afin de ne pas se tromper dans le diagnostic auquel sont subordonnés le pronostic et un traitement différent.

De plus, dans l'intérieur de la vessie de cet homme, existait un kyste renfermant *huit* calculs de grosseur et de poids variables, pesant ensemble 72 grammes, et dont un, du volume d'une noix, pesait 22 grammes à lui tout seul. Il est plus que probable que ces calculs, dont nous ne connaissons pas du reste la nature chimique, étaient formés et amassés là depuis long-temps, quoique le malade n'ait jamais rien dit ni éprouvé qui pût indiquer directement leur présence, et quoique dans les opérations de cathétérisme qui ont été faites on n'ait jamais eu lieu d'en soupçonner l'existence. Ce fait, d'ailleurs, est loin d'être rare, et ne doit pas beaucoup surprendre ; mais il réduit singulièrement, suivant M. Velpeau, la valeur d'un avantage tant prôné contre les partisans de la taille par les lithotriteurs, qui prétendent, avec leurs procédés, être à même d'attaquer l'affection dès son début, et de la guérir avec d'autant plus facilité qu'ils n'attendent pas que la pierre formée devienne grosse pour en faire l'extraction. C'est, comme on le voit, une illusion de penser ainsi que rien ne peut leur échapper ; car, combien d'exemples pareils à celui-ci ne viennent ils pas fréquemment prouver le contraire ?

Le 10 octobre, amélioration évidente, appétit ; la toux, l'expectoration, la chaleur de la peau et la fréquence du pouls ont diminué. Les forces commencent à revenir ; le malade reste levé une grande partie de la journée ; la dyspnée est moins grande, les sueurs nocturnes moins abondantes. Même prescription ; alimentation plus abondante et composée surtout de bouillon, de viande grillée, d'un peu de vin de Bordeaux.

Le 3 novembre, l'amélioration continue sous tous les rapports. L'appétit continue ; la diarrhée a cessé. Même prescription ; alimentation énergique.

Le 30 novembre, exploration attentive de la poitrine. On ne découvre d'autre phénomène qu'un bruit semblable à celui que produit un soufflet au moment où il se remplit d'air ; dans quelques points le bruit d'expansion pulmonaire est exagéré ; de loin en loin, un peu de toux et quelques crachats muqueux ; modification puissante de toute l'économie, avec force et embonpoint.

Le 15 décembre, tous les symptômes locaux et généraux ont presque entièrement disparu. M. de N... est à peu près dans un état de santé normal ; il assure ne s'être jamais mieux porté. L'usage du sel marin est supprimé après soixante-quatorze jours de son emploi. A la fin de février dernier, M. de N... était mieux portant que jamais ; il mêlait beaucoup de sel à ses alimens, comme moyen de précaution. A cette époque, le bruit d'expansion pulmonaire s'entendait partout, excepté sous les deux clavicules où s'entendait le bruit qui a été comparé plus haut à celui d'un soufflet qui s'emplit d'air. Nous avons choisi exprès cette observation parmi celles qui sont consignées dans cet ouvrage, parce que l'on y rencontre tous les symptômes qui indiquent une phthisie pulmonaire bien caractérisée ; sueurs nocturnes, amaigrissement considérable, diarrhée, affaiblissement, gargouillement sous la clavicule, pectoriloquie : toutes ces circonstances ne laissent aucun doute sur la précision du diagnostic, et l'on est forcé d'admirer les résultats qu'a produits le sel marin chez ce malade. A l'aide de 296 grammes de cette substance (9 onces), le malade a éprouvé une amélioration inespérée, et qui doit engager les praticiens à l'employer dans des circonstances analogues.

D'après l'auteur, la phthisie pulmonaire peut se présenter sous trois formes principales qui nécessitent des traitemens divers ; ces formes sont : la scrofuleuse, l'inflammatoire et la nerveuse. C'est contre la première de ces formes que l'emploi du chlorure de sodium est principalement utile ; à quelque époque de la maladie qu'il soit administré, il apporte un amendement notable à tous les symptômes ; mais ses chances de curabilité radicale sont, d'après l'auteur, en raison directe de son emploi à l'époque la plus rapprochée du début de la maladie. Sous son influence, la première modification qui survient est celle des fonctions digestives qui, de languissantes ou de dépravées qu'elles étaient, acquièrent presque subitement une énergie d'activité remarquable. L'appétit devient très actif, et par suite, la nutrition subit une modification favorable. Après avoir indiqué les alimens dont les malades doivent se nourrir (viande de bœuf et de mouton, grillée ou rôtie, bouillons et gelées de viande), l'auteur trace les règles qu'on doit suivre dans l'administration du chlorure de sodium. Il importe, dit-il, de ne pas commencer par une dose plus forte que celle de 2 grammes (un demi-gros), qu'on administre dans une petite tasse de bouillon ; au bout de trois ou quatre jours, on augmente d'un gramme ; quelques jours après, d'un autre gramme ; et on peut arriver ainsi progressivement jusqu'à 6 et 8 grammes (1 gros 1/2 à 2 gros), dose à laquelle il convient de s'arrêter. Le premier effet que produit cette substance, est d'augmenter la soif qu'on peut apaiser à l'aide de la tisane suivante :

Gentiane contuse,	8 grammes.
Ecorces d'oranges,	4 grammes.
Eau,	1000 grammes.
Faites bouillir, passez et ajoutez :	
Sirop de gomme,	64 grammes.

à prendre froid par petites tasses.

Si le malade avait de la diarrhée, il faudrait la combattre d'abord à l'aide de lavemens faits avec du blanc d'œuf ; ce moyen, qui a été conseillé par M. Mondière de Loudun, jouit d'une grande efficacité. La durée de l'emploi du sel marin est variable, et ne peut être indiquée d'une manière absolue. Les premiers effets se font sentir, terme moyen, au bout de cinq à six jours, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard. D'abord, l'appétit augmente d'une manière remarquable, la nutrition s'opère mieux, les forces reviennent ; les sueurs, lorsqu'elles existaient, diminuent ou disparaissent ; en un mot, l'économie tout entière ne tarde pas à ressentir les effets salutaires de cette substance.

En général, deux mois et demi de l'usage du chlorure de sodium à des doses progressives, ont suffi à l'auteur pour obtenir ce résultat ; à ce terme, il en administre des doses décroissantes de manière à en cesser l'usage après trois mois ou trois mois et demi. Habituellement, il conseille aux malades de faire usage du cresson de fontaine, et d'un vin coupé avec un macération de quinquina (16 grammes de quinquina rouge en poudre qu'on a fait macérer dans un litre d'eau pendant douze heures et qu'on filtre) L'ouvrage est terminé par quelques considérations sur les principaux symptômes locaux auxquels donne lieu la phthisie pulmonaire ; telles sont la toux, la dyspnée, les douleurs sternales, etc. Nous n'avons fait qu'esquisser à grands traits ce petit volume qui est rempli de sel, et nous avons dû fixer l'attention sur les faits neufs et pratiques qu'il contient. Nous terminerons en engageant nos confrères à employer la médication que préconise M. A. Latour. La médecine est fille du temps et de l'expérience ; puisse cette dernière confirmer les assertions émises par l'auteur. Encore un mot ; On connaît les effets que produisent sur l'homme les préparations ferrugineuses ; ne serait-il pas possible que le lactate de fer aidât énergiquement l'action du sel marin ? *A priori* cela se peut, nous avons déjà soumis plusieurs phthisiques à cette médication ; nous attendrons pour porter un jugement sur cette question.

MOREAU DE SAINT-LUDGÈRE.

Nous recevons à l'instant la lettre suivante de M. Raspail, avec prière de lui ouvrir nos colonnes. Nous recevons en même temps le n° du 17 juin du journal *l'Esculape*, qui renferme l'article attaqué par M. Raspail. Nous pourrions pour la dernière fois relever les injures grossières que cet article contient contre un de nos rédacteurs, et directement contre la *Gazette des Hôpitaux* ; mais il est des gens qu'il faut abandonner à eux-mêmes. D'ailleurs l'ouverture des débats devant la justice nous fournira l'occasion de tenir nos lecteurs et le public au courant de cette affaire. (*Voir* à la quatrième page.)

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

Errata. — Dans le numéro de samedi dernier, page 292, 3e colonne, ligne 18, lisez : Une conséquence immédiate des faits qui précèdent, c'est que, dans tous les cas où au moment de l'accident, on aura pu constater l'existence d'une *fracture du col fémoral*, au terme du traitement on pourra affirmer que la fracture *était extra-capsulaire et qu'elle s'est terminée par pseudarthrose*, si on arrive à reconnaître l'existence de la tumeur osseuse représentée par la coque accidentelle, ainsi que cela était possible chez le lieutenant Olin.

HOSPICE DE BICÊTRE.

Leçons cliniques sur les Maladies mentales, professées par M. Leuret. (Recueillies et rédigées par M. Lisle, ancien élève des hôpitaux.)

(Quatrième article.)

Dans la dernière leçon, nous avons fait passer devant vous les nombreux idiots que nous avons à Bicêtre. Nous vous avons fait connaître, dans un aperçu rapide, quels sont leurs instincts, leurs facultés dominantes. Nous avons vu jusqu'à quel point leur intelligence s'était développée ; vous avez pu apprécier vous-mêmes leur état physique et moral. Aujourd'hui nous allons vous donner une description générale de l'idiotisme, de ses symptômes, de ses causes et du traitement qu'il serait possible de lui appliquer.

Le professeur, après avoir distingué l'idiotisme sporadique et endémique (crétinisme), passe successivement en revue les symptômes physiques et moraux de cette triste infirmité. Nous ne le suivrons pas dans cette voie, qui nous ramènerait, à peu de chose près, à ce que nous avons déjà dit des idiots de Bicêtre. Nous ne dirons rien non plus de l'étiologie, de [illegible] ni du traitement, qu[illegible] qui formes, dans lesquelles M. Leuret a cherché, et ont été quelques lumières, mais qui demande encore [illegible] nombreuses recherches avant d'arriver à une solution définitive, et nous nous hâterons de passer à l'histoire de la démence.

De la Démence.

La démence consiste dans un affaiblissement plus ou moins prononcé des facultés intellectuelles. Pour M. Esquirol, c'est une affection cérébrale ordinairement sans fièvre et chronique, caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté.

On a divisé la démence en aiguë et chronique. La première est désignée par certains auteurs sous le nom de stupidité. Elle est encore simple ou compliquée de paralysie, continue, rémittente ou intermittente. Le plus souvent son invasion est lente et graduelle ; quelquefois cependant elle est subite, et s'accompagne alors d'agitation et d'une exaltation assez prononcée de la sensibilité et des facultés intellectuelles. Mais cette exaltation n'a que peu de durée, et le malade ne tarde pas à tomber dans l'affaissement.

L'un des symptômes les plus ordinaires de la démence, c'est la perte de la mémoire, surtout des choses et des événemens présens. On verra des malades oublier leurs actions de la veille, les paroles qu'ils viennent de prononcer, et conserver leurs souvenirs d'enfance. Quelquefois cette perte de la mémoire n'est que partielle ; certains oublient les substantifs, les noms propres ; d'autres les verbes, les adjectifs, etc. J'ai vu un malade qui comprenait les mots qu'il entendait prononcer ou qu'il voyait écrits, et qui cependant ne s'en souvenait pas assez pour les prononcer lui-même. Une femme, à la suite d'une perte de sang très abondante, avait oublié qu'elle était mariée.

La perte de la mémoire s'accompagne, chez les insensés, de celle de la faculté de raisonner. Leurs idées sont incohérentes et sans enchaînement. Lorsqu'ils parlent, les mots succèdent à des mots, mais sans liaison, sans idées. Souvent une consonnance amène plusieurs mots se terminant de la même manière. Quelquefois les mots eux-mêmes sont inintelligibles ; ce sont des lettres assemblées de la manière la plus bizarre, et prononcés cependant avec les intonnations, les inflexions de voix de la conversation la plus sensée. Quelques malades écrivent comme les autres parlent. Leurs lettres, commencées raisonnablement et terminées de même, n'offent dans leur ensemble que l'assemblage le plus informe et le plus inintelligible de mots, de syllabes, de lettres revenant quelquefois à de longs intervalles, répétées d'autres fois indéfiniment.

Ce singulier phénomène a été désigné sous le nom de *langage inconnu*, a joué un grand rôle à l'origine de certaines religions, était regardé comme un don de Dieu. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

La cadence, l'harmonie dans le discours et l'expression, se conservent donc plus long-temps que l'intelligence des mots. J'ai vu un jour, à la Salpétrière, deux femmes qui se promenaient ensemble et paraissaient se livrer à une conversation animée ; leurs gestes, leurs attitudes, leurs expressions mimiques, n'offraient rien de déraisonnable. Je m'approchai, et quel fut mon étonnement lorsque je m'aperçus que les paroles qu'elles prononçaient n'appartenaient à aucune langue connue ?

On a encore vu des malades plongés dans la démence la plus complète, travailler cependant avec beaucoup de suite, d'attention et même d'habileté.

Certains conservent, au milieu de cet affaissement complet de l'intelligence, quelques facultés, et surtout quelques habitudes spéciales. Une insensée est frappée par une de ses compagnes, et se met à sa poursuite, son sabot à la main ; mais, arrivée à un endroit de la cour où se trouvait ordinairement une barrière qu'on venait d'enlever, et qu'elle n'avait pas l'habitude de franchir, elle s'arrête, sa fureur se calme, et elle remet tranquillement son sabot. Certains malades répètent presque continuellement les mêmes actions. Les uns marchent toujours, mais au hasard et sans but ; d'autres écrivent sans cesse ; ceux-ci rient, pleurent, chantent, dansent ; ceux-là se balancent comme certains animaux, ramassent des chiffons, se couvrent d'ordures, etc.

Nous avons dit que la démence se compliquait souvent de paralysie. Cette funeste affection, que les auteurs qui l'ont le mieux décrite dans ces derniers temps, MM. Delaye, Esquirol, Calmeil, etc., ont désignée sous le nom de *paralysie générale des aliénés*, est très fréquente dans les maisons d'aliénés, et est dans l'immense majorité des cas, tout à fait incurable. L'agitation et la fureur s'observent encore souvent chez les insensés ; mais elles ne durent que très peu de temps. On a encore regardé le scorbut comme une complication fréquente de la démence. Mais cette circonstance nous paraît tenir au défaut de précautions hygiéniques, qu'on n'observe que trop souvent dans nos asiles. Nous n'avons eu cette année qu'un scorbutique à Bicêtre, probablement à cause des améliorations que nous avons introduites dans le régime des incurables, et que nous vous ferons connaître plus tard.

Les principales causes de la démence sont : l'âge avancé (démence sénile), l'âge critique, et les désordres menstruels chez les femmes. Les autres formes de la folie, et particulièrement la manie, la masturbation, l'abus du coït, les écarts de régime, l'ivrognerie surtout ; l'épilepsie et les autres affections convulsives, les saignées abondantes, et enfin le séjour trop prolongé dans les hospices d'aliénés.

Presque toujours on a trouvé quelqu'altération dans le cerveau des individus morts en démence. Ainsi, on a vu le crâne injecté, éburné, aminci ou épaissi ; les méninges épaissies, opaques, injectées, remplies de sérosité ; la surface des circonvolutions ramollie, adhérente aux méninges ; la substance cérébrale indurée, quelquefois ramollie, décolorée, et d'autres fois fortement injectée, etc. ; mais la démence est rarement mortelle. Les insensés meurent à la suite d'une congestion cérébrale violente, d'une méningite aiguë, etc. Il faut donc tenir compte de l'existence de ces complications dans l'appréciation des altérations pathologiques. Il faut encore bien avoir présente cette vérité, que quelquefois on ne trouve aucune altération appréciable. Lorsque la démence est compliquée de paralysie générale, on trouve presque toujours les mêmes altérations ; à savoir, l'épaississement des méninges infiltrées de sérosité, leur adhérence à la surface des circonvolutions, et une certaine quantité de sérosité épanchée dans les ventricules.

Il est un dernier phénomène qui devrait surtout fixer notre attention : c'est l'atrophie du cerveau. Le cerveau est-il atrophié chez les insensés ? et s'il est atrophié, il doit être moins pesant que dans l'état normal. Nous n'avons pas des observations assez nombreuses pour donner une solution rigoureuse de cette importante question.

La démence est une maladie presque toujours incurable, surtout lorsqu'elle est compliquée de paralysie ; aussi le traitement, tant pharmaceutique que moral, est-il presque nul. Tout ce qu'on peut faire, en général, c'est de prévenir les accidens par des précautions de toute espèce, d'enrayer autant que possible la marche de la maladie par un régime convenable et une hygiène prévoyante. On peut cependant retirer quelques bons effets d'un traitement moral énergique dans quelques cas de démence peu avancée, et surtout dans la démence aiguë, ou stupidité. M. Leuret cite à l'appui de cette opinion quelques faits remarquables de guérison qu'il serait trop long de rapporter ici.

De la manie.

Pinel a défini la manie une excitation nerveuse ou une agitation extrême portée quelquefois jusqu'à la fureur, ordinairement accompagnée d'un délire général plus ou moins marqué. D'après M. Esquirol, la manie est une affection cérébrale chronique, ordinairement sans fièvre, caractérisée par la perturbation et l'exaltation de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. Pour beaucoup de médecins, l'agitation et la fureur sont les symptômes pathognomoniques de cette maladie.

La manie consiste donc dans une perversion plus ou moins complète des facultés intellectuelles avec agitation, et diffère essentiellement de la démence, dans laquelle ces mêmes facultés sont affaissées ou même complètement abolies. La colère peut être regardée comme un premier degré de manie. Certains médecins, et entre autres Wiez, et bien avant lui, Galien, ont considéré cette passion comme une véritable maladie. L'état le plus simple après la colère, c'est l'exaltation des idées, leur énergie, leur lucidité plus grande qu'à l'état normal. Ainsi on a vu souvent des femmes parler latin, quoiqu'elles n'en connussent que quelques mots. Ce phénomène a été observé autrefois chez beaucoup de saints et de possédés du démon. Nous avons eu à Bicêtre un jeune perruquier d'une intelligence fort ordinaire lorsqu'il était en bonne santé, qui, pendant la convalescence d'un accès de manie, avait conservé une grande facilité d'écrire. J'ai vu chez M. Esquirol un mécanicien habile et instruit qui, pendant ses accès, créait des machines nouvelles très ingénieuses et dont il tirait un excellent parti lorsqu'il était guéri.

Quelquefois, au milieu du délire le plus complet, de l'agitation la plus violente, certaines facultés, certains sentimens restent intacts. Ainsi, j'interrogeais un jour Baton, l'un des complices de Lacenaire, sur les causes de sa détention à Bicêtre. Au milieu du délire le plus violent, il conserva assez de prudence pour me répondre : « On ne parle pas de cela. » Les idées des maniaques sont généralement fausses et même incohérentes. Ils sont obsédés par des hallucinations de toute espèce, par des illusions, des erreurs de sensations qui deviennent le point de départ de leurs jugements et de leurs raisonnemens. La crainte du poison se rencontre souvent au début de la manie. Ce symptôme paraît tenir à un état saburral de l'estomac, et cède souvent en même temps que la cause qui l'a produit. Les purgatifs sont très utiles dans des cas semblables.

Les maniaques supportent en général le froid mieux que les autres hommes. Cependant cette tolérance a des bornes, et on a vu dans certains établissemens des malades trop négligés qui ont eu les pieds gelés, et qui même sont morts de froid. Le pouls est généralement fréquent, sans être fébrile ; la soif quelquefois ardente et d'autres fois ordinaire ; quelques malades refusent même toute espèce de boisson. Certains ont perdu l'appétit. Mais il faut se garder avec soin de l'opinion de ceux qui regardant la manie comme une phlegmasie, croient devoir condamner les maniaques à une diète rigoureuse. On s'exposerait à les laisser mourir de faim. Leurs forces usées par leur agitation ont besoin d'être réparées par une nourriture substantielle. Il m'est arrivé souvent de faire cesser une fureur violente avec un morceau de pain. Les forces musculaires acquièrent quelquefois une énergie prodigieuse. Aussi la fureur des maniaques est-elle plus durable et plus dangereuse que celle des insensés. Celle qui succède à un accès d'épilepsie est encore plus à craindre. Elle est plus aveugle et plus féroce. Le malade frappe, déchire, écrase tout ce qui se trouve à sa portée. Il se baigne dans le sang avec une sorte de rage. Il existe dans les annales de la science une infinité d'exemples de cette fureur aveugle et meurtrière.

La manie offre des formes assez variées, qu'il importe de bien distinguer surtout sous le rapport médico-légal. Ainsi, il y a des manies sans délire, caractérisées seulement par une exaltation violente des sentimens et des passions. (*Voir* le nº 68 du mardi 9 juin, 1re observation.) La manie peut être encore continue, ou rémittente, ou intermittente. Il n'est pas rare de voir des malades dont les accès reviennent aussi souvent que la cause qui a produit le premier.

L'invasion de l'affection qui nous occupe est tantôt brusque, tantôt progressive ; sa terminaison est ordinairement semblable à son invasion. Dans le premier cas, on doit presque toujours s'attendre à une rechûte, surtout lorsque la maladie est survenue sans cause bien appréciable.

La connaissance des symptômes que nous venons d'énumérer rend le diagnostic presque toujours facile. Le pronostic doit être très variable. Cependant les auteurs s'accordent à reconnaître que, de toutes les espèces de folie, la manie est celle qui offre le plus de chances de guérison ; cela est vrai, parce que la nature en fait souvent les frais. Mais il serait peut-être possible de guérir un plus grand nombre de monomaniaques, si on adoptait un traitement moral convenable, car ils offrent beaucoup plus de prise au médecin. Les saisons les plus favorables sont l'hiver et l'automne. Les délires gais guérissent mieux et plus vite que les délires tristes. Cette observation avait déjà été faite par Hippocrate.

Les causes de la manie sont souvent ignorées. Il est bien difficile, en effet, de pénétrer dans le secret des familles ; aussi doit-on se garder d'ajouter trop de confiance aux statistiques qui ont été publiées jusqu'ici. Cependant on reconnaît généralement les causes suivantes, que nous rangeons par ordre de fréquence : l'hérédité ; les excès de toute espèce, et particulièrement l'ivrognerie ; les malheurs domestiques ; les événemens et les agitations politiques ; le printemps et les chaleurs de l'été ; la masturbation ; les désordres des menstrues et même l'époque menstruelle ; l'épilepsie, l'hystérie, les convulsions, la mélancolie ; les coups sur la tête, l'insolation ; les maladies éruptives ou les évacuations anciennes supprimées ; enfin la répercussion de la goutte.

La manie est après l'idiotie, et la paralysie générale compliquant la démence, celle des formes de la folie dans laquelle on trouve le plus fréquemment des lésions matérielles appréciables. Cependant, d'après MM. Esquirol et Lélut, on ne trouverait le plus ordinairement aucune altération du cerveau. Gréding, Smith et M. Parchappe professent une opinion tout-à-fait contraire. Ainsi, ce dernier a fait un certain nombre d'autopsies, et a toujours trouvé, un seul cas excepté, quelqu'une des altérations suivantes : hypérémie du cerveau et des méninges ; ecchymoses sous-arachnoïdiennes ; épaississement de l'arachnoïde cérébrale ; dureté de l'encéphale ; injection de la couche grise du cerveau ; injection et épaississement des os du crâne. Cette différence d'opinion entre des observateurs également recommandables, doit nous prémunir contre les idées préconçues dans les recherches ultérieures que nous pourrons faire pour élucider une question encore bien obscure ; et je ne saurais trop vous recommander de bien distinguer les altérations produites par les phlegmasies cérébrales qui compliquent si souvent la manie, de celles qui doivent être exclusivement attribuées à cette affection.

Il est bien difficile de donner des règles générales de traitement. Dire, en effet, tel remède est utile dans la folie, c'est comme si on disait : tel remède est utile dans les maladies de l'abdomen, sans distinguer l'organe malade ni la nature de la maladie. Les règles hygiéniques doivent être à peu près les mêmes pour tous les fous. Le choix d'un local sain et bien aéré est d'une grande importance. On doit s'abstenir à tout prix de chaînes et d'entraves qui puissent faire croire au pauvre malade qu'on l'assimile à un animal. Ce n'est qu'à la dernière extrémité qu'on doit se servir de la camisole de force, et encore doit-on laisser au malade la liberté de marcher au moins de temps en temps. Il faut qu'un maniaque puisse agir, courir, au grand air, user pour ainsi dire son agitation et l'exubérance de vie qui l'anime, dans des jardins et dans des cours

spacieuses. Les loges ou les dortoirs doivent être situés au rez-de-chaussée.

Les bains, long temps prolongés, sont très utiles et doivent être donnés dans des baignoires spacieuses, fixées au sol et pouvant être couvertes par les gardiens. Comme je l'ai déjà dit, il ne faut pas craindre de donner des aliments aux maniaques, surtout lorsque l'estomac paraît sain. Les repas doivent être assez rapprochés. Je n'ai pas besoin de dire que la soif doit être apaisée à l'aide de boissons rafraîchissantes.

Il fut un temps où on saignait tous les maniaques à des époques fixes. On a été jusqu'à recommander de ne leur laisser qu'autant de sang qu'il en faut pour entretenir la vie. Qui ne connaît le fameux traitement de l'Hôtel-Dieu, contre lequel Pinel s'est élevé avec tant d'énergie, et qui avait pour déplorable résultat de précipiter les malades dans la démence? L'agitation des maniaques est un symptôme purement nerveux que les saignées abondantes peuvent quelquefois augmenter. M. Leuret cite un grand nombre d'exemples à l'appui de cette assertion. On a retiré d'assez bons résultats de l'application des ventouses à la nuque. On a recommandé le quinquina dans la manie intermittente; les purgatifs dans la manie suite de couches laborieuses.

Les toniques et les fortifians peuvent être très utiles lorsque la santé est delabrée, lorsque une longue agitation a, pour ainsi dire, usé l'innervation. L'opium a été donné à très haute dose, et presque toujours sans résultat; la digitale paraît plus efficace; les douches sont rarement utiles, surtout lorsque le malade est très agité et incapable d'attention et de raisonnement. J'en dirai autant des bains de surprise, de la machine rotatoire et autres moyens semblables généralement abandonnés aujourd'hui.

Enfin, je ne dirai que peu de mots du traitement moral, qui doit consister surtout à réveiller l'attention des malades et dominer leur intelligence et à gagner leur confiance, mais toujours sans mauvais traitement. La convalescence exige des ménagemens extrêmes et les soins les plus minutieux; elle se prolonge souvent pendant plusieurs mois. (*V.* le nº 68, du mardi 9 juin. Deuxième observation, dans laquelle on trouvera un exemple remarquable de traitement moral.)

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

Conférences cliniques de 1839.

(Suite du nº 71.)

Apoplexie méningienne; hypertrophie du cœur (ventricule gauche).

Un portier de Vaugirard, âgé de soixante-dix ans, entra à l'hôpital le 14 décembre. Il était dans un coma profond, sans parole, et avec une complète résolution de membres; il revint un peu à lui dans la soirée, dit quelques mots à la sœur de la salle, puis retomba dans l'assoupissement. Le lendemain, à la visite, on le trouva dans un assoupissement profond, les paupières closes, les cornées glaireuses, les pupilles largement dilatées, immobiles; les membres supérieurs n'avaient de mouvement que celui qu'on leur imprimait; insensibilité aux plus forts pincemens; nulle différence dans l'état des deux membres, soit supérieur, soit inférieur; par conséquent point d'hémiplégie; le pouls était dur, peu fréquent; il n'y avait aucune lésion de la respiration. Il fut impossible d'avoir des renseignemens sur cet homme, qui ne pouvait parler.

On lui fit une forte saignée du bras, et dans la journée on lui administra une potion avec quatre grains de tartre stibié.

Le 16, nulle amélioration; nouvelle potion avec six grains d'émétique; deux vésicatoires aux jambes dans l'après-midi. Le malade succomba le lendemain.

Ouverture cadavérique. Le crâne examiné n'offrit aucune trace de fracture et de contusion; tout l'intervalle qui sépare l'hémisphère gauche de la région temporale en avant, était rempli de sang noir à demi coagulé; l'épanchement s'était effectué dans la cavité de l'arachnoïde, avait transsudé à travers la dure-mère et l'avait imbibé; le cerveau offrit la même coloration. L'épanchement de sang, d'environ quatre onces, avait occasionné une compression considérable sur la partie antérieure et latérale du cerveau, dont il était résulté une dépression notable sans aucune autre altération. Le feuillet cérébral de l'arachnoïde était très épaissi et confondu avec la pie-mère; il renfermait des veines distendues et comme injectées; on ne trouva aucune autre lésion dans les diverses portions de l'encéphale, si ce n'est une petite veine dilatée dans la couche optique gauche, à l'extrémité de laquelle existait un très petit caillot sanguin de la grosseur d'une tête d'épingle, sans aucune communication d'ailleurs avec le foyer sanguin dont il a été question.

Le cœur était anévrismatique, et le ventricule gauche hypertrophié. Il parut inutile d'ouvrir l'abdomen.

C'est là certainement, dit M. Bricheteau, une apoplexie méningienne qui s'est effectuée par la rupture des vaisseaux appartenant à la pie-mère, et qui rampent sous l'arachnoïde.

Le caillot dont nous avons parlé, ainsi que l'injection des veines, indiquaient sans doute qu'il était survenu pendant la vie une grande gêne et une sorte d'arrêt dans la circulation veineuse, mais n'expliquaient pas le raptus du sang vers la tête, et l'énorme épanchement qui s'était effectué dans la cavité de l'arachnoïde. L'état d'hypertrophie du cœur y était sans doute pour quelque chose; dans tous les cas, il est présumable qu'une veinule de la pie-mère avait été rompue dans un effort quelconque ou par suite d'une impulsion trop forte de sang, et que l'arachnoïde, percée en ce point, a livré passage au sang qui s'est réuni en foyer jusqu'à ce que la veine rompue ait été elle-même comprimée par le propre fluide qu'elle avait fourni. Nous ne voyons pas d'autre explication possible, à moins de recourir à la théorie surannée des exhalations et des imbibitions sans lésion appréciable de tissus, etc.

Nous ferons remarquer que l'épanchement nous a paru, après un mûr examen, intra-arachnoïdien, et non sous-arachnoïdien. Cette variété d'épanchement est très rare; elle n'a pas été mentionnée par les auteurs les plus récens, et notamment par M. Gendrin, dans son Traité de médecine récemment publié, ouvrage qui paraît être le résumé concis d'un grand nombre de faits. L'auteur ne parle que de l'épanchement sous-arachnoïdien. M. Serres, qui le premier peut-être admit une espèce d'apoplexie sous le nom de *méningienne* (1), n'a non pas non plus cette disposition du sang épanché par rapport aux méninges et au cerveau. Sous ce point de vue, le fait que nous venons de rapporter est digne d'intérêt. Le temps ne nous permet pas de rechercher s'il existe des faits semblables dans la science.

(1) Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux de Paris.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

J'ai déposé hier, samedi 20 juin, au parquet de la Seine, une plainte en diffamation, injures graves et calomnieuses contre les sieurs Orfila, doyen de la Faculté de médecine, S. Furnari, rédacteur en chef du journal dévoué au sieur Orfila, et le gérant de la *Gazette des Tribunaux*.

Si je n'avais vu en tout cela que ma position personnelle, je me serais montré indulgent, ainsi que j'ai eu plus d'une occasion de l'être depuis onze ans.

Mais en ma qualité d'expert invoqué par la défense, j'avais un autre intérêt à soutenir que les miens; mon indulgence serait dans le cas de tourner au détriment d'un innocent qui, tôt ou tard, pourrait n'avoir contre lui d'autre charge qu'un rapport erroné d'expertise légale.

De ce point de vue, je n'ai plus hésité: car ce que je prévois en tout ceci, c'est qu'on veut écarter des débats judiciaires tout expert trop importun par l'indépendance et le courage de ses convictions. On voudrait peut-être, par un certain système d'intimidation, condamner au silence les experts de province, et les laisser sans défense à la merci d'une expertise qui devant la loi aurait seule le privilége de se proclamer plus habile que toutes les autres.

Cette prétention serait aussi contraire aux vœux de l'accusation que funeste aux intérêts de la défense. Je crois donc, en sortant de mes habitudes de pardon et d'indulgence, avoir rempli un devoir [illegible] celui d'une p[illegible].

Permettez-moi, par la même [illegible] sur une [illegible] avoir aux avocats et experts qui avaient cru devoir s[illegible] basé[illegible] pour la révision des rapports d'expertise dans lesquels le s[illegible] Orfila se trouvait invoqué,

Que la position judiciaire que je viens de prendre à l'égard de ce dernier exige que je suspende toutes les opérations de ce genre jusqu'après l'issue du procès; dans ces circonstances solennelles où nul ne doit opérer et témoigner que d'après les inspirations de sa conscience, on doit savoir se récuser dès qu'on a à craindre de se trouver sous l'influence d'une mauvaise passion, qui est le souvenir de l'insulte et de la diffamation écrite.

Je vous prie, Monsieur le rédacteur, de donner place à cette lettre dans votre numéro de mardi, et de me croire,

Votre dévoué serviteur,

Dimanche, 21 juin 1840. F. V. Raspail.

Nous avons annoncé dans notre numéro du 10 mars dernier, les NOUVELLES PHARMACIES PORTATIVES, confectionnées par M. Arrault, pharmacien et fabricant de produits chimiques et pharmaceutiques.

Ces Pharmacies, enfermées dans un coffret commode et élégant, et d'un prix très modique, contiennent une quantité innombrable de substances, et sont indispensables aux praticiens qui exercent dans les campagnes; elles conviennent aussi dans les maisons isolées, les fabriques, etc., où de nombreuses personnes sont réunies et où des accidens fréquens ont lieu.

C'est donc là un nouveau et véritable service rendu à nos confrères par ce pharmacien distingué.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 25 JUIN 1840. (13e ANNÉE.) N° 75, TOME 2. — 2e SÉRIE.

(La Lancette Française.)

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5[illegible]

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Résumé général de la clinique pendant le mois de mai 1840.
(*Voir* les nos du 23 et du 25 mai.)

Comme ceux du mois d'avril, les cas observés à la clinique pendant le mois de mai forment deux catégories ; ceux qui sont entrés antérieurement au 1er mai et sont encore dans les salles à cette époque, et ceux qui sont entrés depuis le 1er mai jusqu'au 1er juin.

Première catégorie.

Les malades qui forment cette catégorie sont au nombre de 19, et ont été divisés en deux classes.

Première classe. Maladies chroniques, au nombre de 7 :

Phthisie pulmonaire. Un homme couché au n. 13, et sorti le 28 mai ; et une femme couchée au n. 1 de la salle Sainte-Madeleine, encore à l'hôpital.

Affections organiques du cœur ou de l'aorte. Salle des hommes, n. 12 et 15, encore à l'hôpital ; et 19 et 20, renvoyés pour insubordination.

Fièvre intermittente. Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 17, sorti le 14 juin.

Deuxième classe. Maladies aiguës, au nombre de 12 :

Angine, 2 cas. Salle des hommes, n. 22, et salle des femmes, n. 3 ; ces deux malades sont sortis parfaitement guéris le 4 mai.

Metro-péritonite puerpérale. Salle Sainte-Madelaine, n. 6, sortie le 4 mai.

Myélite rhumatismale. Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 3, sorti le 9 mai.

Pleuro-pneumonie. Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 5, pleuro-pneumonie au deuxième degré, sorti le 9 mai.

Idem. Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 11, sorti le 19 mai.

Idem. Salle Sainte-Madelaine, n. 2, sortie le 22 mai.

Scarlatine. Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 7, sorti le 14 mai.

Entéro-mésentérite typhoïde, 4 cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 1, sorti le 9 mai.
Salle Sainte-Madelaine, n. 10, sortie le 9 mai.
Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 5, sorti le 14 mai.
Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 24, sorti le 29 mai.

Il est inutile de faire observer que nous nous bornons à citer ces malades sans nous y arreter, parce que tous les cas de maladies aiguës entrés avant le premier mai font partie du résumé détaillé du mois précédent ; ils ne sont mentionnés ici que comme report, et pour ne pas laisser de lacunes.

Deuxième catégorie.

Cette seconde catégorie, qui renferme les malades entrés à l'hôptal depuis le premier mai jusqu'au premier juin exclusivement, se compose de 45 cas divisés, comme les précédens, en deux classes ou sections.

Première classe. Cas chroniques ou sub-aigus, au nombre de 29, répartis ainsi qu'il suit :

Affections saturnines,	3	Rhumatisme chronique,	1
Ascites,	2	Péritonite chronique,	1
Pleurésie chronique,	1	Hypochond. et hystérie,	2
Emphysème,	2	Myélite rhumatismale,	1
Bronchite,	1	Prurigo,	1
Chlorose,	6	Douleurs lombaires,	2
Maladies du cœur,	2	Embarras gastrique,	3
Palpitations nerveuses,	1		
			29

On nous pardonnera facilement la sécheresse d'un pareil résumé pour les cas chroniques ou sub aigus, dont quelques-uns ont offert cependant un assez grand intérêt, mais sur lesquels nous ne pourrions nous étendre plus longuement sans dépasser les limites un peu restreintes d'un article de ce genre. Un des cas les plus curieux de cette section, est un malade affecté d'emphysème pulmonaire (salle Saint-Jean-de-Dieu, 2?), et chez lequel existait un déplacement du cœur à droite, la pointe se faisant sentir au-dessous de l'appendice xyphoïde du sternum, sans déplacement appréciable d'aucun autre organe.

Deuxième classe. Maladies aiguës, 15 cas.

Pleuro-pneumonies, 4 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1. Pleuro-pneumonie du sommet du poumon droit au second degré au moins. Cas grave.

Hommes de 44 ans, malade depuis six jours. Cinq saignées générales ; une application de ventouses : en tout 20 palettes (5 livres) de sang. Convalescence le sixième jour.

Durée de la maladie, depuis le début, 11 jours ; depuis l'entrée, 5 jours.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 4. Pleuro-pneumonie au premier degré, occupant les deux tiers externes du poumon droit. Cas léger.

Homme de 20 ans, malade depuis huit jours. Deux saignées, six palettes de sang (une livre et demie). Convalescence le troisième jour.

Durée de la maladie depuis le début, six jours ; depuis l'entré, deux jours.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 7. Bronchite avec congestion péripneumonique naissante ; cas léger.

Homme de 27 ans, malade depuis huit jours. Une saignée de 3 palettes (12 onces.)

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 9. Pleuro-pneumonie du premier au second degré, occupant les deux tiers inférieurs et postérieurs du poumon droit, greffée sur une bronchite datant de cinq semaines. Cas grave.

Homme de 40 ans, malade depuis cinq semaines, surtout depuis deux jours. Cinq saignées, une application de ventouses scarifiées, un vésicatoire. Convalescence le sixième jour.

Durée de la maladie depuis le début, sept jours ; depuis l'entrée, cinq jours. Total du sang retiré, 18 pal. et demie (4 livres 8 onces).

Pleurésie, 2 cas,

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 16. Pleurésie aiguë occupant toute la partie postérieure externe de la poitrine à gauche, avec épanchement médiocre. Cas grave.

Homme de 33 ans, malade depuis neuf jours. Trois saignées générales, deux locales ; un vésicatoire. Convalescence le septième jour. Total du sang retiré, 15 palettes et demie (3 livres 14 onces). Durée de la maladie depuis le début, quinze jours ; depuis l'entrée, six jours.

2° Salle Sainte-Madeleine, 3. Pleurésie avec épanchement. Cas assez grave.

Femme de 40 ans, malade depuis vingt jours. Une saignée ; deux applications de ventouses, 7 palettes et demie (1 livre 14 onces), et un vésicatoire. Convalescence le cinquième jour.

Ces 6 cas sont les seuls cas d'inflammation aiguë des organes respiratoires qui se soient présentés à la clinique pendant le mois de mai ; l'on peut voir, en ajoutant ceux-ci aux faits contenus dans le résumé du mois précédent, avec quelle rapidité et quelle certitude ces inflammations ont été enrayées et complètement enlevées par cette *formule* des saignées contre laquelle on se déchaîne de tous côtés depuis quelques années, avec d'autant plus d'ardeur, que ses résultats, déduits de faits authentiques, ne peuvent être combattus que par des raisonnemens qui ne sont basés sur rien de positif.

Rhumatisme articulaire, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 3. Rhumatisme articulaire aigu généralisé ; rien au cœur ; cas assez grave.

Homme de 33 ans, malade depuis huit jours. Trois saignées générales, deux locales (15 palettes 1/2, 3 livres 14 onces). Convalescence le cinquième jour. Durée de la maladie depuis le début, douze jours ; depuis l'entrée, quatre jours.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 4. Rhumatisme articulaire aigu, généralisé ; cœur à peu près intact. Cas moyen.

Homme de 42 ans, malade depuis trois semaines. Cinq saignées, une application de ventouses ; en tout 22 palettes 1/2 (5 livres 10 onces). Convalescence le sixième jour.

Chez ce malade la formule fut appliquée dans toute sa rigueur, puisqu'en quatre jours il perdit 5 livres 10 onces de sang.

Pour ceux qui n'ont jamais suivi la clinique de la Charité, et qui jugent sur des *ouï-dire*, d'après des récits plus ou moins exacts, il aurait paru plus que probable que, par

FEUILLETON.

TRAITÉ CLINIQUE DU RHUMATISME ARTICULAIRE ;

Par J. BOUILLAUD.

On a tant écrit autrefois et de nos jours, en France et à l'Etranger, sur le rhumatisme, qu'on en croirait la matière entièrement épuisee Aussi les livres qui traitent encore de cette maladie ont de la peine à percer et à réussir dans le à monde médical où ils sont jugés sans aucune rémission. Ne renferment-ils que de vaines théories, des vérités surannées, triviales, connues de tout le monde, on les accueille avec indifférence ; ils passent sans critique et sans éloge ; ils trouvent à peine des lecteurs, et bientôt ils tombent dans l'abyme de l'éternel oubli.

Un livre, au contraire, qui propose une nouvelle doctrine et qui s'appuie sur une imposante masse de faits attentivement observés pendant long-temps, recueillis avec soin, en présence de plusieurs médecins et de beaucoup d'élèves, discutés devant un nombreux auditoire, rédigés en conscience et de bonne foi, catégorisés ou coordonnés suivant la gravité des cas qui se sont présentés ; un livre qui présente ensuite avec ordre les idées générales dont ces faits sont la base, et qui s'en déduisent naturellement par une rigoureuse et irrésistible logique ; un livre enfin qui révolutionne, bouleverse, change et renouvelle presque tout ce qu'on croyait savoir sur une maladie des plus fréquentes et des plus vulgaires, qui substitue des vérités palpables à de grossières erreurs, des règles positives à de pures assertions, de lumineuses et utiles déconvertes à de vieux et absurdes préjugés, des médications promptement salutaires à des pratiques lentement actives et presque toujours inefficaces ; ce livre, nous le répétons, doit nécessairement faire une grande sensation parmi les gens de l'art ; et la passion, le sophisme, la cabale, l'intrigue ont beau se déchaîner, se coaliser, se cabrer pour en arrêter le succès et la vogue, il triomphe en dépit de tout, et marche glorieusement à la postérité.

Tel est le nouveau traité clinique du rhumatisme articulaire par le professeur Bouillaud. Une exacte et simple anrlyse suffit pour en recommander la lecture et pour en faire d'avance apprécier le mérite.

Après une préface où il expose le motif et le plan de son ouvrage ; après quelques mots sur le rhumatisme en général, sur les opinions qu'en avaient les auteurs avant l'ère de la clinique exacte, sur ses formes et ses espèces, sur les ténèbres qui en obscurcissent l'étude, sur les organes tant externes qu'internes qui en sont le siége, sur la nature de la fièvre qui l'accompagne, l'auteur entre en matière.

Avant lui, on n'avait qu'une idée vague et incomplète du rhumatisme articulaire ; on le considérait seulement comme une simple maladie des articulations ; mais on doutait si c'était là une véritable inflammation ; on ne savait même pas quel était l'élément articulaire qui était spécialement affecté ; on savait encore moins comment cette maladie se compliquait en pénétrant et en se disséminant d'une manière simultanée ou successive sur les tissus de certains organes intérieurs, tels que le péricarde et le cœur ; en sorte que l'impossibilité d'expliquer dans quelques cas la persistance de la fièvre entretenue par ces complications après la guérison du rhumatisme articulaire, avait fait admettre *une fièvre rhumatismale sans rhumatisme*, comme on avait admis autrefois une fièvre varioleuse sans variole. Enfin le caractère anatomique, les suites et terminaisons du rhumatisme articulaire étaient fort peu connus, et sa coïncidence avec les affections de l'organe central de la circulation n'était même pas soupçonnée.

Hé bien ! dans le traité que nous analysons, le docteur Bouillaud est venu à bout de répandre la plus vive clarté sur toutes ces questions. A force d'activité, de courage, de persévérance, nous dirons presque d'opiniâtreté, ce laborieux et infatigable professeur a ramassé une si ample moisson de faits pendant huit années, ou depuis son enseignement de la médecine au lit des malades, qu'il a maintenant la plus ferme et la plus inébranlable conviction sur tout ce qu'il avance, et qu'on ne peut s'empêcher de la partager avec lui, quand on a observé et médité ces faits, à moins qu'on ne s'obstine à nier la lumière en plein jour.

Oui, il est incontestable pour tout esprit sans préjugés, impartial et ami de la vérité, que le rhumatisme articulaire a spécialement son siége dans le système séro fibreux des articulations ; qu'il est d'une nature aussi essentiellement inflammatoire que la péritonite et la pleurésie ; qu'il coïncide ou se complique dans le plus grand nombre des cas, avec la phlegmasie du système séro-fibreux du cœur ; enfin que s'il n'est pas traité à temps et d'une manière convenable, énergique, il se termine par suppuration ou passe à l'état chronique, et produit les mêmes suites, les mêmes désordres que toute autre phlegmasie aiguë négligée ou mal soignée. De là, pour les articulations, la lésion de l'appareil séro-fibreux et des cartilages, l'altération de la synovie, la production de fausses membranes, l'hydropisie ou épanchement intrà-articulaire ; de là ensuite, l'ulcération, la destruction des extrémités osseuses et des parties adjacentes, du périoste, du tissu cellulaire, des tendons, des muscles ; de là l'hypertrophie et l'ankylose des articulations, les tumeurs blanches, l'atrophie et l'immobilité des membres, les fistules, les changemens de rapport, de contiguité, de continuité, de volume, de forme, les distorsions, les luxations complètes ou incomplètes, sans compter les souffrances qui en résultent ; de là enfin des concrétions tophacées, calcaires plus ou moins dures, plus ou moins épaisses, concrétions qui par coïncidence s'engendrent aussi dans le système séro-fibreux du cœur, dans les oreillettes, les ventricules, les orifices, les valvules, dans les vaisseaux qui s'y rendent ou qui en partent.

Après avoir ainsi donné un aperçu de sa nouvelle doctrine, et en avoir établi les principes fondamentaux sur de nombreuses séries d'observations, l'auteur passe à la description du rhumatisme bien caractérisé qu'il divise en aigu et en chronique. Il commence par les symptômes locaux du premier, et les range en deux ordres : l'un comprend la douleur, la tumeur, la rougeur et la chaleur des articulations affectées, symptômes déjà signalés par les auteurs, et sur lesquels il présente d'importantes considérations ; mais auparavant, il en assigne quelques autres qui s'y rattachent et semblent avoir échappé à l'observation de ses prédécesseurs : tels sont le gonflement, la tension, la turgescence anormale des veines sous-cutanées, le battement plus fort des artères qui environnent les articulations, et dans certains cas moins rares qu'on ne pense, la phlébite. Les symptômes de l'autre ordre sont la gêne ou l'impossibilité des mouvemens articulaires, la dilatation des capsules et la fluctuation du liquide épanché dans ces membranes, le frottement et le craquement qu'on entend, par exemple dans le genou, en faisant mouvoir ou glisser la rotule d'abord écartée, puis subitement rapprochée des condyles fémoraux.

A ces deux ordres de symptômes locaux, l'auteur ajoute les symptômes généraux, sympathiques, réactionnels, qui varient suivant l'intensité, la dissémination du rhumatisme articulaire, suivant sa coïncidence avec le rhumatisme intérieur, tel que celui du péricarde et de l'endocarde. A la tête de ces symptômes figure la fièvre qui tient à la réaction de la phlegmasie articulaire sur le système de la circulation ; fièvre inflammatoire, si jamais il en fut, accompagnée d'un pouls fort, plein, tendu, large, plus

une soustraction aussi considérable de sang dans un espace de temps si limité, l'individu aurait été plongé dans un état complet d'anémie ; jamais il ne leur serait venu à l'idée que, en cas de rechute, on pût de nouveau tirer du sang à ce sujet. C'est cependant ce qui est arrivé.

Le neuvième jour après l'entrée du malade à l'hôpital, rechute : trois saignées générales, une locale ; un vésicatoire. Le quatrième jour, convalescence (12 palettes de sang en trois jours).

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 22. Rhumatisme articulaire aigu, généralisé ; coïncidence d'endocardite. Cas grave.

Homme de 25 ans, malade depuis dix jours. Cinq saignées, deux applications de ventouses, un vésicatoire. Convalescence le huitième jour. Total du sang, 20 pal. 1/2 (5 livres 2 onces).

Rechute légère, guérie par une saignée et un vésicatoire.

Durée de la maladie depuis le début, dix-sept jours; depuis l'entrée, sept jours.

Entéro-mésentérite typhoïde, 4 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 16. Fièvre typhoïde des auteurs, cas assez léger, douteux.

Homme de 29 ans, malade depuis quatre jours ; une saignée générale : convalescence le quatrième jour.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 5. Fièvre dite typhoïde, de forme bénigne ; cas léger.

Homme de 23 ans, malade depuis dix jours. Deux saignées générales, une locale ; convalescence le troisième jour. Total du sang retiré : 9 palettes (2 liv. 4 onces).

Durée de la maladie : depuis le début, douze jours ; depuis l'entrée, deux jours.

3° Salle Sainte-Madeleine, n. 10. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, à la fin de la première période. Cas moyen.

Femme de 19 ans, malade depuis quatre jours. Trois saignées générales, une locale : 11 pal. 1/2 (2 liv. 14 onces) de sang. Convalescence le quinzième jour.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Entéro-mésentérite typhoïde, bien caractérisée vers la fin de la première période et le commencement de la seconde. Cas grave.

Homme de 19 ans, malade depuis six jours. Quatre saignées, deux applications de ventouses, 18 palettes (4 livres et demie). Convalescence le dixième jour. Durée de la maladie : depuis le début, 15 jours; depuis l'entrée à l'hôpital, neuf jours.

Variole, 1 cas.

Salle Sainte-Madeleine, 6. Variole discrète.

Femme de 25 ans, malade depuis huit jours. Deux saignées, une générale, une locale. Convalescence le sixième jour.

OEdème des parties génitales.

Salle Sainte-Madeleine, 12.

Femme de 23 ans, malade depuis cinq jours. Deux saignées, dont une locale. Convalescence le quatrième jour.

Enfin, le dernier malade fut un homme affecté de *purpura hemorrhagica*, qui succomba deux heures après son entrée à l'hôpital, et ne put être vu ni par M. Bouillaud, ni par le chef de clinique.

— Nous avons donc, en résumé, pour toute la durée du mois de mai, un total de 15 cas de maladies inflammatoires aiguës :

Pleuro-pneumonies, 4 cas.	Cas graves, 2
	Cas légers, 2
Entéro-mésentérites typhoides, 4 cas.	Cas grave, 1
	moyen, 1
	légers, 2
Rhumatisme articulaire aigu, 3 cas.	Cas graves, 2
	moyen, 1
Pleurésie.	2
Variole.	1
OEdème des parties génitales.	1
	15

Nous ne faisons pas entrer dans ce résumé le dernier malade dont nous avons parlé, et qui, entré à l'hôpital dans la journée, a succombé deux heures après, et n'a pas été vu par M. Bouillaud.

Sur ces 15 malades traités par la nouvelle formule des émissions sanguines :

Mortalité *nulle*.

Passage à l'état chronique, *nul*.

Les résultats du mois de mai sont, on le voit, absolument les mêmes que les résultats du mois précédent, et ne font que confirmer de plus en plus la loi portée par le professeur de la Charité, relativement à la mortalité dans les cas de maladies aiguës traitées par la formule des saignées *coup sur coup*. En effet, en ajoutant ces deux résumés l'un à l'autre, nous trouvons :

Entéro-mésentérites typhoïdes.	avril, 11	
	mai, 4	— 15
Pleuro-pneumonies.	avril, 6	
	mai, 4	— 10
Rhumatisme articulaire.	avril, 1	
	mai, 3	— 4
Pleurésie.	mai, 2	— 2
Variole, rougeole, scarlatine.	avril, 4	
	mai, 1	— 5
Méningite cérébrale et rachidienne.	avril, 2	— 2
Péritonite.	avril, 3	— 3
Angine, bronchite, érysip., œdème, etc.	avril, 5	
	mai, 1	— 6
		47

Sur ces 47 cas d'affections aiguës traitées avant que la maladie ne fût arrivée à une période où tout traitement devient impossible, *pas un seul mort!*

Avant de terminer, donnons en peu de mots quelques moyennes obtenues à l'aide des cas précédens.

Fièvres typhoïdes, 15 cas.

Durée moyenne de l'affection depuis l'entrée à l'hôpital, 6 jours 2/3. Maximum, 14 jours ; minimum, 2 jours.

Moyenne de la quantité de sang retiré : 10 pal. (2 liv. 8 onces). Maximum, 20 pal. 1/2 (5 livres 2 onces) ; minimum, 3 pal. (12 onces).

Pleuro-pneumonie, 10 cas.

Durée moyenne depuis l'entrée à l'hôpital jusqu'à la convalescence : 4 jours jours 7/10e ; maximum 11 jours ; minimum 2 jours.

Quantité moyenne du sang retiré, 13 palettes 1/5 (3 livres 5 onces) ; maximum, 22 palettes (5 livres 8 onces); minimum, 3 palettes (12 onces).

Ces moyennes, qui ne sont que des moyennes *brutes*, sans distinction de la gravité des cas, sans *catégorisation*, ne laissent cependant pas de donner déjà des résultats satisfaisans, résultats qui seront bien plus marqués dans le résumé général qui sera fait par M. Bouillaud à la fin de la clinique.

F...

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lugol.

Conférences cliniques sur les maladies scrofuleuses.

DE LA SCROFULE TUBERCULEUSE. (Sixième leçon.)

Marche du tubercule.

Existe-t-il dans l'évolution du tubercule une période antérieure à celle pendant laquelle il nous apparaît à l'état de granulation, et à laquelle corresponde une autre forme ou un état autre que celui-ci ? Jenner, le premier, paraît avoir pu observer que le tubercule est primitivement constitué par une vésicule remplie d'un liquide aqueux. Cette découverte n'eut aucune suite entre les mains de Jenner ; mais John Baron ayant reçu communication directe de ce fait, il entreprit de donner à un fait aussi important tout le développement qu'il méritait. Ses observations, celles enfin de M. Dupuis, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort, se multiplièrent suffisamment pour assurer la base d'une théorie sur l'évolution des tubercules, dont la valeur est appuyée du nom des observateurs distingués qui l'ont établie.

Cette théorie nous paraît assez probante ; cependant, n'ayant aucun fait de par nous qui vienne à l'appui de l'opinion des auteurs que nous venons de citer, nous allons étudier l'évolution des tubercules à partir de la période qui correspond à l'état de granulation.

Jamais donc nous n'avons rencontré les tubercules à l'état de vésicules. Quelquefois cependant, à côté des tubercules, nous avons rencontré des groupes d'hydatides. Les tubercules à l'état de granulation présentent, suivant quelques auteurs, une dureté centrale qui rayonne progressivement vers leur circonférence jusqu'à ce qu'elle ait envahie la totalité du tubercule. Rien n'est vrai concernant cette dureté centrale et sa marche rayonnante excentrique, et ce que l'on a dit à l'égard d'une marche analogue que suivrait le ramollissement, n'est pas mieux fondé. Ordinairement la substance du tubercule est partout homogène, et quand le ramollissement s'effectue, il existe simultanément sur chacun de ses points à la fois. Pour éviter toute sorte d'erreur sur ce point, il importe de ne point confondre les tubercules avec les tumeurs tuberculeuses.

Au demeurant, quel que soit d'ailleurs le mode selon lequel le ramollissement s'effectue, celui-ci joue un grand rôle dans la marche du tubercule. Je passe donc sous silence quelques points qui ne sont, dans ce moment, que d'une importance secondaire pour nous, afin d'arriver immédiatement à la période de suppuration.

L'étude de cette période est très intéressante. En général, une fois le tubercule engendré, elle devient presqu'inévitable, et ce dernier suppure : la suppuration arrive spontanément ; elle s'effectue en vertu d'un mouvement intestin du tubercule, lequel rentre tellement dans l'ordre normal des phénomènes de cette création anormale, qu'il s'accomplit généralement à notre insu et sans occasionner de douleur.

Suppuration des tubercules sous-cutanés ou extérieurs.

Ce qui mérite avant tout d'être remarqué à l'égard de la marche des tubercules extérieurs, c'est l'impuissance de tous les topiques maturatifs que l'on applique sur eux

---

ou moins accéléré, d'une grande chaleur, d'une sueur abondante, visqueuse, fade ou acescente, un peu nauséabonde, de sudamina, d'éruption miliaire, d'urines rares, jumenteuses, de soif vive, d'anorexie, quelquefois de mal de gorge et de gêne dans la déglutition ; rarement de trouble dans les fonctions de l'estomac, de l'intestin et des centres nerveux ; fièvre dont la nature est d'ailleurs assez indiquée par la couenne inflammatoire du sang qu'on tire avec la lancette et les ventouses ; fièvre qui persiste quelquefois après la disparition de l'affection rhumatismale, qui a été qualifiée par quelques auteurs de fièvre rhumatismale sans rhumatisme, et dont d'autres ont voulu faire une espèce de *fièvre essentielle*, parce qu'ils ne connaissaient ni la péricardite, ni l'endocardite, qui coïncident séparément ou ensemble avec le rhumatisme, et qui ne suffisent que trop pour expliquer la persistance des phénomènes fébriles après la cessation des phénomènes articulaires.

Or, la coïncidence de la péricardite, s'il y a épanchement, se reconnaît à la matité et à la voussure anormale de la région précordiale, aux battemens et bruits du cœur peu ou point sensibles, lointains, obscurs ; s'il n'y a que peu ou point d'épanchement, ou s'il est remplacé par une fausse membrane inégale, rugueuse, plus ou moins épaisse, on entend un froissement parcheminé plus ou moins diffus du péricarde sur le cœur pendant la systole et la diastole avec ou sans frémissement vibratoire. Joignez quelquefois à tous ces signes une douleur plus ou moins fixe, des palpitations, des irrégularités, des inégalités, des intermittences dans les battemens du cœur et dans le pouls. La coïncidence de l'endocardite se manifeste par un bruit de soufflet plus ou moins râpeux, bien distinct de celui qui accompagne la chloro-anémie ou qui suit les saignées excessives, puisqu'il les précède ; par la matité, la saillie, la voussure précordiale, par des battemens du cœur qui soulèvent cette région, quelquefois irréguliers, inégaux, intermittens, avec frémissement vibratoire plus ou moins prononcé.

Le rhumatisme articulaire aigu, fébrile, quand on le néglige ou qu'on le soigne mal au début, continue et se prolonge indéfiniment ; de là, des douleurs interminables, diverses lésions organiques des articulations et du cœur, l'atrophie des membres correspondans, la fièvre hectique, la mort, symptômes locaux et généraux qui forment le cortége, la suite et la terminaison du rhumatisme chronique ou dégénéré.

Parmi les causes prédisposantes de cette maladie, les faits ne permettent guère d'admettre que l'âge de douze à quarante ans et l'hérédité, de laquelle résulte une certaine organisation ou constitution qu'on reconnaît au tempérament sanguin ou lymphatico-sanguin, à une peau blanche, lisse, mince, qui transpire facilement et coïncide avec des cheveux blonds ou châtains. Les faits prouvent aussi que le rhumatisme articulaire n'est occasionné ou déterminé que par les vicissitudes de la température, surtout par l'impression forte et brusque du froid sur le corps antérieurement échauffé et couvert de sueur. On dirait alors que les articulations sont spécialement affectées, parce que le vêtement cutané en est trop mince pour les garantir. Cette étiologie est assurément plus positive et mieux démontrée que l'abus de l'excrétion spermatique ou *les prouesses de la lune de miel*, auxquelles on voudrait attribuer la maladie dont il est question chez les jeunes mariés.

Le rhumatisme articulaire est partiel ou général. Dans le premier cas, il semble gagner en profondeur et en gravité ce qu'il perd en étendue. Plus fixe et plus tenace, il ne coïncide alors que rarement, et comme par exception, avec le rhumatisme du cœur. Dans le second cas, il envahit un plus ou moins grand nombre d'articulations, toutes à la fois ou successivement, selon qu'elles sont petites ou à côté les unes des autres, comme celles de la main, du pied ; ou grandes et écartées, comme le genou, la hanche le coude, l'épaule. L'intensité en est variable, forte, moyenne, légère ; depuis celle du phlegmon aigu qui tend à la suppuration, jusqu'à celle de l'érysipèle ambulant qui n'offre qu'une teinte roséolée, une rougeur fugitive.

Que n'a-t-on pas écrit sur les rétrocessions et métastases du rhumatisme articulaire, sur ses terminaisons par d'autres maladies, telles que la pleurésie, les affections du cœur ! Que d'opinions sur ces phénomènes secondaires, consécutifs, qui passaient pour inexplicables, parce qu'ils étaient mal connus, mal interprétés, plutôt le fruit d'une imagination prévenue que d'une expérience réelle. Le professeur Bouillaud a résolu seul et le premier cette question qui est de la plus haute portée, en découvrant la coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec la phlegmasie des articulations. Tantôt il a vu l'affection du cœur, après avoir débuté et marché avec le rhumatisme, persister encore après lui : de là, comme nous l'avons déjà répété, l'idée bizarre, absurde d'une *fièvre rhumatismale sans rhumatisme* ; tantôt l'endocardite et la péricardite apparaissaient pendant le cours du rhumatisme, et au lieu de le faire disparaître l'aggravaient, comme si le cœur jouait alors le rôle d'une articulation secondairement envahie ; tantôt l'affection interne ou cardiaque commençait après l'affection externe ou articulaire, et quand elle se développait, celle-ci diminuait d'intensité, non parce qu'il s'opérait alors une véritable métastase, mais parce que celle-là produisait l'effet d'un vésicatoire. Jamais, suivant l'auteur l'endocardite et la péricardite n'ont succédé à la disparition subite d'un rhumatisme bien caractérisé, ni réciproquement disparu par le retour de l'affection articulaire rétrocédée. Jamais, à plus forte raison, cette dernière ne se déclare brusquement après la disparition subite d'une péricardite ou d'une endocardite bien caractérisée.

Trois phases dans le rhumatisme articulaire aigu, l'accroissement, l'état, le déclin. Point de période d'incubation, de prodrômes ou phénomènes précurseurs ; point de fièvre antérieure à l'apparition des symptômes locaux, comme dans les affections éruptives. La fièvre est ici l'effet de la maladie articulaire qu'elle suit, comme l'ombre suit le corps. L'opinion contraire des auteurs à cet égard n'est pas mieux fondée que le fantôme de la *fièvre rhumatismale sans rhumatisme*, ou de je ne sais quelle *fièvre essentielle* qu'ils ont voulu exhumer.

Par rapport à sa marche le rhumatisme articulaire n'est pas toujours régulier. L'avortement en est quelquefois naturel ou spontané, si les symptômes en sont graves ; traité énergiquement, à propos, dès le début, il est aussi arrêté. Là, c'est une véritable délitescence, ici un avortement artificiel. Livré à lui-même, il est continu ou entrecoupé, surtout le soir ou la nuit, d'exacerbations cruellement douloureuses, qu'il ne faut pas confondre avec des recrudescences ou récidives causées par l'imprudence des malades, à des intervalles hors de tout calcul même approximatif.

Si l'on consulte les auteurs, quelle dissidence entre eux sur la durée du rhumatisme ! ils ne s'accordent que sur un point, sur son excessive longueur en général ; et s'il se termine quelquefois en peu de jours, il s'étend bien plus souvent au delà de deux ou trois mois. On pourrait même dire qu'il est interminable, eu égard à ses suites, aux lésions organiques des articulations et du cœur ; cependant, terme moyen, et par comparaison des cas légers et des cas graves, on évaluait cette durée de quarante à cinquante jours. Mais quelle différence de cette estimation à celle du professeur Bouillaud ! Fort du témoignage de plus de deux centaines de faits, il a établi que la moyenne durée du rhumatisme articulaire n'est que de deux, même d'un seul septenaire : diminution prodigieuse ! succès étonnant, dont la cause n'est due qu'à la méthode de traitement propre à ce professeur,

pour en hâter la suppuration : ils ne réussissent, en général, qu'à augmenter le volume des tumeurs sans avancer leur ramollissement ; en d'autres termes, ils ne jouissent d'aucune propriété spéciale capable de favoriser leur fonte purulente. Celle-ci d'ailleurs s'effectuant sous la dépendance du mouvement intestin des tubercules, ne se manifeste pas simultanément dans tous, et il n'est pas rare de voir un tubercule qui ne suppure pas à côté d'un autre qui est entièrement envahi par la suppuration.

Le diagnostic de la période de suppuration des tubercules sous-cutanés est quelquefois facile, même quand la peau n'est point altérée. Mais à côté des cas faciles, il s'en rencontre également où le diagnostic de la suppuration devient des plus obscur. C'est une affaire d'habitude que la plus ou moins grande habileté avec laquelle on reconnaît les indices plus ou moins fugaces de la suppuratiau existante au sein d'une masse ou tumeur tuberculeuse ; toutefois, cette habitude même est parfois mise en défaut par plusieurs causes, au nombre desquelles nous devons vous indiquer les suivantes. Ainsi, la suppuration est peu avancée, peu abondante, et existe avec plus ou moins de matière tuberculeuse non ramollie ; alors la suppuration est trop profonde pour que la fluctuation puisse être appréciable ; quelquefois, au contraire, on croit percevoir la fluctuation, et l'on se laisse induire en erreur par une fausse sensation qui réveille l'idée d'un état morbide qui n'existe point encore. Cette erreur vient principalement de ce que la tumeur est élastique, rénitente au point de simuler la fluctuation, lors même qu'elle est représentée par de la matière tuberculeuse ramollie, mais existant sans la moindre trace de pus. D'autres fois c'est la mobilité dont peut jouir la tumeur qui en impose pour la fluctuation.

Un point important à connaître concernant le sujet qui nous occupe, c'est que, aujourd'hui, je suppose, la suppuration se traduit d'une manière irrécusable par une fluctuation bien manifeste, et qu'au bout de quelques jours on trouve qu'elle a complètement disparu. Nous avons eu occasion de vérifier ce fait assez souvent ; mais dans presque tous les cas aussi, nous avons vu la fluctuation reparaître plus tard ; cependant d'autres fois les choses se sont passées autrement, et la suppuration ne s'est plus manifestée. Une conséquence qui ressort immédiatement de ce fait, c'est qu'il ne faut jamais différer l'ouverture des abcès tuberculeux, mais en faire la ponction le plus promptement possible.

Le pus qui s'écoule alors est, comme on le dit, tuberculeux et toujours facile à reconnaître dès qu'on la vu une seule fois. Ses caractères principaux sont : une odeur nauséabonde, pénétrante, tenace, qui donne du dégoût. Sa tenacité est si grande, et elle est tellement susceptible de se réveiller par le souvenir, qu'il m'est arrivé d'être plusieurs fois incommodé, dans les heures avancées de la journée, par l'odeur nauséeuse dont j'avais été affecté le matin, en ouvrant des abcès à de mes malades, dont la sensation se renouvelait en moi par la mémoire.

Le pus tuberculeux est plus fluide que le pus phlegmoneux, n'offre pas la même blancheur et la consistance crêmeuse de celui-ci : il tient en suspension des flocons de matière tuberculeuse. Quelquefois il ressemble à du petit-lait renfermant des parcelles de matière caséeuse.

Après l'évacuation du pus tuberculeux, l'on voit, à la place de l'abcès, s'établir un ulcère. Les foyers des abcès phlegmoneux, au contraire, sont promptement suivis du recollement spontané de leurs parois, lorsque le pus est évacué. Il n'en est pas ainsi, je le répète, des abcès tuberculeux, qui, au lieu d'être suivis d'une simple plaie après leur ouverture, donnent alors naissance à un ulcère ; l'ouverture du foyer reste béante, et la cause première qui a produit le tubercule entretiendra dans ce même foyer une suppuration intarissable. Cet ulcère prendra d'abord une forme ronde, ovoïde, et s'agrandira progressivement, et vous verrez son fond recouvert d'une matière grisâtre tombant en déliquium à mesure qu'elle se formera. Ses bords deviendront saillans, rouges et baignés de pus. Quelquefois vous verrez le fond de l'ulcère devenir saillant à son tour, s'élever au-dessus des bords ; et d'autres fois enfin des bourgeons pullulant au fond même de l'ulcère, s'élèveront peu à peu, dépasseront ses bords et viendront champignonner au dehors.

Ce travail se fait avec lenteur ; telle est du moins la règle ; mais dans certains cas les parties molles sont dévorées avec une rapidité effrayante chez des sujets profondément scrofuleux. Je vous dirai à peine qu'il est des malades qui portent plusieurs de ces ulcères qui tous s'effectuent suivant le même mécanisme. On voit des malades qui conservent ces ulcères pendant des années ; il en est dont chaque année est marquée par un ulcère nouveau, et qui comptent le nombre des premières par celui des ulcères suppurans.

Mais cette suppuration dégorge-t-elle le tubercule, comme le pus franchement inflammatoire dégorge le phlegmon ? Non ; et c'est s'écarter du véritable point de vue de la question que de l'envisager ainsi. Cette suppuration n'est autre chose que le tubercule qui continue à parcourir son évolution, et qui, tout en suppurant, conserve son volume après avoir subi une certaine diminution au moment de l'ouverture de l'abcès. Cet état de choses continue jusqu'à ce que la guérison de la scrofule tuberculeuse venant à commencer, le tubercule lui-même se dégorge.

En effet, si, par un phénomène mécanique, la suppuration dégorgeait le tubercule, la quantité serait proportionnée au volume de ce dernier, et la diminution de celui-ci serait en raison directe de l'abondance de la suppuration. Or, il n'en est pas ainsi ; et si de petits ulcères fournissent parfois du pus en grande quantité, il en est de grands, au contraire, qui suppurent peu ; et l'on n'observe jamais que la diminution du tubercule soit en rapport avec la quantité de la suppuration.

La suppuration des ulcères tuberculeux est continue, mais cette marche est en même temps rémittente, et cette rémittence présente des périodes qui s'effectuent sous l'influence de conditions que l'on peut apprécier quelquefois. Ainsi, la suppuration s'active pendant le printemps et l'été, pour s'affaiblir ensuite.

Toutefois, il est des tubercules qui se vident tout-à-coup, et si on injecte alors dans le foyer un liquide spécial, il peut se faire que l'adhérence des parois du kyste s'opère et amène la guérison. A cet égard, je dois vous dire d'abord, que l'on n'obtient pas toujours un semblable résultat lorsqu'on est obligé de répéter à plusieurs reprises cette même opération chez le même sujet ; et que d'ailleurs cette guérison toute locale, n'influant en rien sur la constitution du sujet, celui-ci n'en continue pas moins à être tuberculeux.

Un des caractères spéciaux de la suppuration tuberculeuse, est de ne jamais donner lieu à des incrustations lorsqu'elle est à son apogée ; si quelquefois cela s'observe, alors cela tient à ce que le tissu cellulaire ambiant s'est accidentellement enflammé, suppure et fournit du pus phlegmoneux. Mais quand la suppuration entre dans la période de déclin, on voit alors des croûtes se former, parce que le pus, perdant de ses propriétés primitives, devient susceptible de se concréter : phénomène qui annonce la marche de l'ulcère vers la guérison. Dans ce cas, la suppuration diminue, l'ulcère prend un meilleur aspect, le tubercule disparaît graduellement, et la génération tuberculeuse paraît arrêtée ; la cicatrisation commence, et les progrès entraînent la diminution de la sécrétion du pus ; enfin elle se trouve réduite à si peu de chose, que la formation de quelques croûtes atteste seulement qu'elle n'est pas encore totalement tarie.

Parfois un ulcère est fermé presqu'en entier, et sans que la cicatrice se rompe ; il s'y fait des suppurations abondantes. Il y a plus : jamais la cicatrice ne se fait sans être interrompue ou rétrogradée par des récidives et des recrudescences ; ces alternatives se multiplient en nombre variable avant que la cicatrisation se trouve achevée. Et encore, celle-ci étant accomplie se rouvre parfois, et la suppuration recommence.

Ce serait une erreur que de considérer ces alternatives comme des récidives ; et il ne faut considérer ces nouvelles sécrétions purulentes que comme un travail que l'économie accomplit pour se purifier ; travail qui n'a rien de commun avec la récidive, dans laquelle il y a une nouvelle création tuberculeuse. Ce travail de dépravation ne doit pas être contrarié, et on doit le laisser suivre son cours.

Quelquefois les ulcères tuberculeux se compliquent de suppuration ambiante, celluleuse ou cutanée. Ces deux cas sont faciles à distinguer entre eux ; car dans le premier il y a décollement de la peau. Lorsque la peau est malade par elle-même, il n'est pas rare d'y voir le travail de destruction marcher plus vite qu'au tubercule, et ceci d'ailleurs s'applique également au tissu cellulaire ambiant.

Suppuration des tubercules profonds et intérieurs.

La période de suppuration des tubercules intérieurs s'accomplit comme celle des tubercules sous-cutanés ou extérieurs. Au poumon, elle acquiert une grande importance, à cause du grand nombre de tubercules qui se développent généralement dans cet organe ; tandis que leur génération est toujours dicrète dans le foie, la rate, etc. Au demeurant, ici également elle est sourde et latente jusqu'à ce que la diathèse de suppuration vienne à se manifester. Toutefois, eu égard à l'importance et à la nature de l'organe pulmonaire et de ses fonctions, la suppuration ne peut y être en aussi petite abondance que ce soit, sans qu'elle ne se trahisse par l'appareil fébrile, et cela sans signes physiques, mais avec pâleur, altération de la nutrition, émaciation, etc. Ce sont là, en effet, les premiers phénomènes qui traduisent à l'extérieur l'existence des tubercules du poumon, et lorsque vous aurez à traiter des scrofuleux, le signe le plus louable, celui qui doit vous faire bien augurer des résultats du traitement ; ce sera le retour de l'embonpoint ; le rétablissement de la nutrition vous annoncera généralement une guérison prochaine.

Lorsque l'affection tuberculeuse des poumons est générale, elle fait des progrès très rapides dans la majorité des cas, et alors on voit avoir lieu l'asphyxie, l'absorption du poumon, l'émaciation, la colliquation, etc., qui entraînent promptement les malades au tombeau. Cette issue arrive d'ailleurs d'autant plus rapidement que les malades ont alors simultanément des tubercules en suppuration au cou, au larynx, etc., qui multiplient les surfaces d'absorption du pus et hâtent l'émaciation.

Du reste, les générations tuberculeuses se succèdent au poumon, et lorsque l'évolution d'une génération est arrivée à cette période qui constitue des cavernes, d'autres naissent pour dévorer ce qui reste de tissu pulmonaire.

Maintenant, il est des tubercules qui ne suppurent jamais et qui peuvent éprouver des transformations qui sont en assez grand nombre. Ces tubercules enfin, qui sont partout les mêmes organes parasites, qui partout naissent de la même manière et ont des conditions propres d'existence, peuvent, comme les autres tissus de l'économie, subir des transformations. La première de ces transformations est celle qui consiste dans l'état gélatineux : les tubercules, ainsi métamorphosés, offrent une foule de couleurs excessivement variées, rose, bleue, verte, etc.

Quelquefois on trouve les tubercules transformés en graisse et représentant alors des altérations, des méliceris ; car toutes ces formes appartiennent à la scrofule. Des fois nous avons vu de la craie dans des tubercules, et c'était encore là une transformation tuberculeuse. D'autres fois les tubercules passent successivement aux états cartilagineux et pierreux.

Je connais plusieurs exemples de tubercules squirrheux et un d'un tubercule du volume d'une noix, qui avait subi la transformation osseuse ; le tissu osseux y existait à différens degrés. Chez un scrofuleux, qui portait au cou une loupe énorme ulcérée, les tubercules qui l'avaient primitivement constituée étaient changés en un tissu mou, analogue à la pulpe du radix, et au centre de la tumeur était une concrétion osseuse, fusiforme, de la longueur de quatre pouces environ. Plusieurs hémorrhagies effrayantes se firent chez ce malade à la surface de sa loupe, et malgré cet antécédent, qui parlait si haut en faveur de l'existence de vaisseaux sanguins, on n'en trouva aucun d'appréciable après la mort.

Il existe encore en grand nombre des dégénérescences d'autres espèces, mais nous devons nous en tenir là, et nous contenter de vous dire qu'il n'en est point en pathologie que les tubercules ne puissent affecter. Je ne dois pas

---

mise chaque jour sous les yeux des élèves et de quiconque soit qui la conteste.

Il suit de là, qu'avant la découverte de cette méthode, lorsqu'on n'avait point appliqué la statistique éclairée à la clinique exacte, et qu'on ignorait encore la coïncidence du rhumatisme cardiaque avec le rhumatisme articulaire, on ne pouvait avoir d'idée précise sur le pronostic et la mortalité de ce dernier. Eh ! comment aurait on pu prédire l'issue d'une maladie dont on ne connaissait pas tous les élémens. Jusqu'à ces derniers temps, on disait bien que, malgré sa longue durée, le rhumatisme articulaire se terminait rarement par la mort quand il était simple ou sans complication ; mais quel langage aurait on tenu, si l'on avait eu l'idée de la péricardite et de l'endocardite rhumatismales, si l'on avait contemplé les nombreuses et épouvantables suites du rhumatisme tant externe qu'interne devenu chronique ? Qu'aurait-on pensé du traitement par lequel on peut arrêter maintenant, dès le début ou en quelques jours une maladie qui, livrée à elle-même entraîne infailliblement a leur perte des milliers de victimes à travers les souffrances atroces d'une longue agonie ?

Quels sont la nature et le siége du rhumatisme articulaire ? Question plongée dans les plus épaisses ténèbres avant la médecine exacte. Ici l'on considérait cette maladie comme une affection bilieuse ; là, comme une inflammation particulière qui différait de la vraie ; ailleurs, comme une inflammation vraie et chronique en même temps. Celui-ci la plaçait dans le système fibreux ; celui-là dans le séreux ; l'un dans les muscles, l'autre dans les aponévroses. Eclairé du flambeau de l'observation, le professeur Bouillaud a démontré que le rhumatisme avait son siége dans le système séro-fibreux des articulations, qu'il était aussi inflammatoire que la phlegmasie la plus franche, et qu'il tirait son diagnostic différentiel de sa cause, de ses symptômes et de ses complications ou de ses accompagnemens.

Enfin, voici le traitement, la partie la plus importante et la la preuve la plus décisive de la nouvelle doctrine sur le rhumatisme articulaire. L'auteur expose d'abord en quelques mots les pratiques de quelques médecins qui ont écrit avant lui, la manière dont ils ont employé les saignées soit générales, soit locales, ainsi que l'émétique à hautes doses. Puis il indique sa propre méthode et la formule des émissions sanguines anti-rhumatismales. Il diccute, détaille, analyse, catégorise de nombreuses observations à l'appui des préceptes et des règles qu'il pose, il établit aussi approximativement que possible les moyennes dans le nombre des saignées, pour la quantité de sang tiré et pour l'espace de temps où il en borne l'émission ; il signale les modifications de ce traitement suivant les circonstances individuelles et hygiéniques des malades, les moyens accessoires ou adjuvans qu'il y associe, principalement la diète sévère jusqu'à la convalence, il termine par l'examen de quelques attaques dirigées contre la méthode des émissions, par quelques considérations sur l'influence des constitutions médicales et par le traitement du rhumatisme chronique. Il oppose à ce dernier presque les mêmes moyens, mais avec plus ou moins de réserve, et en y joignant les revulsifs, les opiacés, les bains simples ou de vapeur et sulfureux, suivant que l'arthrite rhumatismale est chronique d'emblée, ou qu'elle succède à un rhumatisme aigu simple, ou compliqué d'altérations externes ou internes.

Là se borne l'analyse du nouveau Traité sur le rhumatisme. Nous avons omis à dessein beaucoup de détails intéressans et de discussions animées, piquantes où l'auteur se prend comme corps à corps avec ses adversaires, les serre, les presse, les accable de faits et de raisons, les refute par eux mêmes, et les fait tomber en flagrante contradiction. Le lecteur aura, pour ainsi dire, le plaisir d'assister à cette savante et utile scène ; et nous serions bien trompés s'il n'y trouvait pas amplement de quoi repaître son esprit, exercer son jugement et satisfaire sa curiosité.

CAPURON.

— M. Leroy-d'Etiolles a présenté à l'Académie des sciences des débris de calcul résultant d'une *rupture spontanée* dans la vessie. C'est la quatrième fois que ce chirurgien observe un tel phénomène déjà signalé par divers auteurs.

Si le malade eut fait usage de remèdes prétendus dissolvans, on n'aurait pas manqué de voir dans cette rupture un effet du traitement. On ignore encore la cause de la séparation des molécules des calculs urinaires.

---

cépendant passer sous silence les deux exemples suivans : Dans le premier, on voit les tubercules dégénérer assez souvent en tissu squirreux et encéphaloïde et en présenter tous les degrés ; il n'est pas rare même de trouver ainsi un ou plusieurs tubercules squirrheux au milieu des tubercules ordinaires. Autrefois il m'est arrivé de prendre ces deux états pour deux maladies distinctes : erreur qui qui m'est bien démontrée aujourd'hui.

Ce qui précède s'applique d'ailleurs également à la matière cérébriforme ; ainsi il peut y avoir quelques tubercules seulement ainsi dégénérés ; ou bien cette dégénérescence peut être universelle et constituer une diathèse. J'ai observé un exemple de cette dernière espèce, mais j'hésitai avant de croire que c'était là une transformation tuberculeuse. Néanmoins, je communiquai ma première pensée à M. Portal, qui avait examiné ces pièces pathologiques, et qui me prédit que je reviendrais à mon premier diagnostic.

La vie médicale des malades, ainsi que leur santé originaire, suffisent ordinairement pour apprendre, dans les cas douteux, quelle est la nature de la maladie. C'est du moins ce qui arrive fréquemment pour les tumeurs squirrheuses de la mamelle chez les femmes. K.

Académie de Médecine. — Séance du 23 juin.

La séance d'aujourd'hui a été des plus insignifiantes sous le rapport scientifique, l'Académie ayant employé une grande partie de son temps à l'élection des membres correspondans régnicoles. Les bruits, les chuchottemens, les conversations à haute voix qui se sont établis dans tous les points de l'assemblée, donnaient plutôt l'air d'un collége au moment de la récréation, que d'une assemblée de savans. Il a été impossible à M. le président de rétablir le silence.

— *M. le Président* annonce que l'Académie s'occupera prochainement de la nomination d'un nouveau membre dans la section de chirurgie. En conséquence, les personnes qui désireraient se porter candidats pourront adresser leur demande et leurs titres.

— On vote au scrutin pour la nomination des correspondans agricoles. Des listes toutes faites sont promenées de banc en banc. Les noms qui ont obtenu la majorité absolue n'ont pu être proclamés dans cette séance, le dépouillement du scrutin n'ayant pu être achevé.

— *M. Bouvier* fait, au milieu des bruits étourdissans, un rapport favorable sur un cas de luxation congénitale de l'humérus réduite après seize ans d'existence, par M. Gaillard, chirurgien dans une ville de province. Le malade se sert aujourd'hui parfaitement de son membre. (Remercîmens, Bulletin.)

— *Un autre Membre* lit des rapports sur des remèdes secrets, dont personne n'a entendu le moindre mot. On relit ces mêmes rapports ; ils ont été tous défavorables aux auteurs des remèdes.

— *M. Piorry* a la parole pour lire un rapport officiel sur les pains ferrugineux de MM. Deroy et Boissière. Il y a quelque temps, ces messieurs avaient présenté à l'Académie plusieurs corbeilles de petits pains qu'ils avaient fait distribuer à tous les membres et aux autres personnes qui assistaient à la séance. Ces pains, qui avaient la forme et le volume des petits pains d'un sou ordinaires, contenaient du peroxyde de fer, à dose variable de 5 à 30 centigrammes (1 à 6 grains). Une commission a été nommée pour apprécier la bonté de cette nouvelle forme du remède anti-chlorotique et anti-anemique. M. Piorry est venu, au nom de cette commission, lire le rapport. Des éloges ont été prodigués à pleines mains, par M. le rapporteur, aux pains ferrugineux : jamais peut être la boulangerie n'avait trouvé un plus ardent apologiste depuis les fameux pains Gricini, et il s'en est peu fallu que M. Piorry ne demandât à l'Académie une colonne pour y installer le nouveau pain à l'instar du fameux veau d'or. Les conclusions cependant ont été un peu moins expansives que le fond du rapport, mais assez favorables pour autoriser l'exploitation par brevet d'invention.

M. Velpeau trouve le rapport trop laudatif ; il voudrait qu'on dît que les pains ferrugineux ne présentent rien de neuf au fond, et que s'ils guérissent la chlorose ou l'anémie, c'est à l'instar des autres préparations de fer.

— *M. Boullay* demande en quoi consiste la nouveauté, le mérite, l'invention dans la forme qu'on vient de donner au fer, et sur quoi reposent les éloges vraiment extraordinaires que vient de lui prodiguer M. le rapporteur. Ces éloges sont sans doute basés sur l'expérience clinique ; mais ils appartiennent moins à la panification des préparations de fer qu'au fer lui-même. L'Académie n'a point été instituée pour favoriser les exploitations mercantiles ; elle aurait tort de donner une pareille importance à des choses qui ne le méritent point. En conséquence, je propose que l'Académie renvoie le rapport à la commission afin qu il soit dépouillé de toutes les phrases laudatives, et qu'elle ne présente pour toute conclusion que cette formule : les pains ferrugineux n'offrent absolument rien de nouveau ni pour la fond, ni pour la forme. L'Académie sent bien que s'il fallait donner des approbations à chaque nouvelle forme qu'on peut imaginer aisément pour tout médicament connu, il n'y aurait pas de raison pour s'arrêter. Il n'y a pas long-temps, vous aviez affaire à un chocolat ; à présent c'est à des pains ; plus tard il s'agira d'échaudés, de brioches, ou d'autres espèces de mets ou de sauces ferrugineuses ! ! Il n'y a pas là invention ; il n'y a pas de mérite digne de fixer l'attention de l'Académie.

M. Husson : Je ne sais si les pains ferrugineux dont M. Piorry est venu vous faire l'éloge sont les mêmes que ceux qu'on a distribués ici l'année dernière : s'ils sont les mêmes, je dois dire que loin d'être d'un goût agréable, ainsi que le prétend M. le rapporteur ; leur goût m'a paru détestable, au point qu'en ayant fait goûter à quelques-uns de mes enfans, ils n'ont pu en avaler. (Hilarité.)

M. Villeneuve : J'ai goûté et fait goûter à ma famille les pains en question. Nous les avons trouvés d'un goût détestable. Cette forme est selon moi plus difficile à prendre que les pilules ordinaires. J'adopte tout à fait la manière de voir de M. Boulay ; le rapport est beaucoup trop laudatif. La chose le mérite d'autant moins qu'on n'a évidemment pour but qu'une spéculation mercantile. L'Académie se déconsidère par de pareilles approbations, elle ne doit point favoriser le charlatanisme. En conséquence, je demande qu'aucun rapport ne soit fait sur cet objet, et qu'on réponde au ministre que l'Académie ne peut donner son assentiment à un objet qui n'offre aucun mérite particulier.

M. Rochoux : Je n'examinerai pas la question de la spéculation mercantile que l'Académie doit toujours se garder de favoriser ; j'envisagerai seulement le sujet sous le point de vue pharmacologique. Il n'est aucun d'entre nous qui ne comprenne de suite combien la nouvelle forme qu'on voudrait donner au fer est inférieure à celle des pilules généralement adoptées. Depuis long-temps on avait proposé de mêler les médicamens aux alimens ; on a dû y renoncer par une foule de raisons. On veut y revenir aujourd'hui : c'est une fort mauvaise inspiration. Je vote contre le pain ferrugineux.

M. Guéneau de Mussy : Comme MM. Husson et Villeneuve, j'ai goûté les pains ferrugineux qu'on a distribués à l'Académie. Je les ai trouvés d'un goût fort désagréable. Je crois que sous cette forme, le fer doit exciter plus de dégoût que sous la forme pilulaire.

M. Roux : Il est évident que le médicament dont on est venu nous faire l'éloge ne pourra pas être préparé par le pharmacien ; sa confection doit donc être confiée au boulanger. Les boulangers se trouveront en conséquence associés à la pharmacie ! Singulière association !!! D'autre part, il est manifeste que le pain ferrugineux se dessèche aisément, devient dur, et son goût doit être fort désagréable quelques jours après sa confection. N'est-ce pas là des raisons suffisantes pour rejeter l'adoption de l'usage du nouveau pain ?

M. Nacquart insiste sur le goût styptique, désagréable, *désobligeant* (on rit) du pain ferrugineux, et sur la circonspection très grande que l'Académie doit mettre dans ces matières, alors surtout que l'industrie du charlatanisme est de toute évidence. L'Académie a-t-elle oublié le rôle qu'on lui a fait jouer il n'y a pas long-temps avec une préparation de *pâtisserie antisyphilitique* qu'une faible majorité a approuvée ? Aujourd'hui, il s'agit d'une panification antichlorotique ! Je demande que le rapport soit rendu à la commission, et que l'Académie réponde au ministre que le pain ferrugineux ne mérite aucune attention.

M. Castel : On dirait en vérité que les spéculateurs ont en vue de convertir l'Académie en tréteaux. (Marques d'approbation.)

Qu'offre de nouveau le médicament qu'on veut exploiter ? Rien ; pas même la forme, car depuis long-temps les médicamens avaient été administrés sous forme d'alimens. Sauvage a fait, je crois, une longue dissertation sur ce sujet. L'experience a prouvé que cette forme était mauvaise même dans la supposition où la préparation de fer ne s'altérerait point par la panification. L'Académie doit donc être très sobre d'éloges sur cette matière, sous peine de compromettre sa dignité.

M. Guersant parle en faveur du pain ferrugineux ; le goût ne lui paraît pas mauvais ; il avoue cependant que la quantité du médicament que chaque pain contient est fort variable, et que quelquefois il n'y en a pas du tout.

M. Pelletier déclare que la panification du fer est la plus mauvaise forme qu'on pourrait choisir pour administrer ce médicament. Le chocolat est selon lui ce qu'il y a de plus commode et de plus convenable pour masquer le goût du fer, tant pour les enfans que pour les adultes.

M. Double regrette vivement que M. Piorry, pour lequel il dit éprouver les plus tendres sentimens, ait consacré son temps précieux, son immense talent et sa haute intelligence à faire un rapport pompeux sur un sujet qui n'en valait pas la peine. (Hilarité.) Il est évident que l'administration du remède sous forme de pain serait irrégulière et ne mérite pas la préférence sur les pilules, puisque la préparation ne pourrait pas être exécutée par le pharmacien, et que nous, médecins, nous ne pourrions nous confier aux manipulations de la boulangerie. Il y aurait à chaque instant des falsifications, et souvent il arriverait qu'on aurait des pains ordinaires pour des pains ferrés. (Hilarité.) Jamais, d'ailleurs, la dose du médicament ne pourrait être bien réglée, puisqu'on vient de voir qu'elle était fort variable dans chaque pain, etc. Je propose, en conséquence, la suppression complète du rapport, et qu'on se contente de répondre au ministre que les pains ferrugineux ne sont pas dignes d'un encouragement quelconque. (Appuyé par un grand nombre de voix.)

M. Piorry paraît très sensible, surtout aux paroles doucereuses de M. Double ; il tient cependant à faire adopter le rapport. Il déclare être le médecin de l'un des auteurs du pain ferrugineux, qu'il dit avoir sauvé dernièrement d'une hémoptysie ; mais il ajoute que ses relations avec son client n'ont aucunement tenté sa complaisance, et que c'est d'après une profonde conviction qu'il est venu faire le rapport qu'il a lu. (Eclats de rire.)

Un tumulte assez prolongé et récréatif a lieu durant ces objections et ses répliques. M. Piorry a défendu son rapport avec beaucoup d'assurance ; il a relu les conclusions.

M. le Président met le rapport aux voix. Rejeté à l'unanimité !

L'assemblée se dissout aussitôt au milieu de l'hilarité générale, avant l'heure ordinaire.

Nous avons déjà parlé avec avantage des produits de M. LEPERDRIEL, Pharmacien à Paris ; nous les recommandons de nouveau d'une manière toute spéciale aux médecins et aux malades. (*Voir* les numéros des 18 et 26 décembre 1838.)

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 27 JUIN 1840. (15e ANNÉE.) N° 76, TOME 2. — 2e SÉRIE.

(La Lancette Française.)

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5[illegible]

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

Enorme ostéosarcome de la mâchoire inférieure. Amputation du maxillaire inférieur, avec désarticulation d'un côté. Guérison.

Dans le cours des deux années qui viennent de s'écouler, de fréquentes occasions se sont présentées à M. Lisfranc d'enlever des portions plus ou moins étendues du maxillaire inférieur, et si nous avons négligé de livrer à la publicité les nombreux succès obtenus par le chirurgien de la Pitié, c'est que nous nous reposions dans la confiance qu'il existe déjà dans la science, sur ce point, une masse de faits assez imposante pour créer une conviction à tous les chirurgiens consciencieux, habitués à calculer les avantages et les désavantages immédiats ou éloignés d'une opération avant de l'entreprendre. Cependant, comme on vient d'observer ailleurs et de publier d'autres faits de nature à jeter des doutes sur ce point de la science, nous choisissons entre toutes les autres l'observation suivante, pour la soumettre à l'examen des esprits impartiaux. Ils retremperont leurs convictions dans cet exemple d'une guérison qui se soutient depuis près d'un an, malgré la gravité peu ordinaire de l'affection à laquelle elle a mis un terme inespéré. Ce fait intéresse d'ailleurs à plus d'un titre les amis de la science.

La femme Marie, âgée de trente-huit ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a toujours joui d'une excellente santé avant la manifestation des premiers symptômes de la maladie qui l'amène à l'hôpital. A vingt-trois ans, sans cause connue, quelques douleurs se firent sentir dans la partie postérieure de la rangée dentaire inférieure gauche. Les quatre dernières molaires, qui en semblaient surtout le point de départ, furent enveloppées de fongosités continues à la gencive; on en fit l'extraction. Depuis cette époque, les végétations s'accrurent d'une manière lente, mais continue, et ce côté de la face resta sujet à des fluxions qui se reproduisaient tous les quatre ou cinq mois. Treize ans plus tard (septembre 1837), l'engorgement s'était étendu aux parties molles voisines du point primitivement affecté. Un abcès se forma dans la joue près de l'angle de la mâchoire; on y fit avec le bistouri une ouverture qui resta fistuleuse. Au mois de mars 1839, un nouvel abcès s'ouvrit à peu de distance du premier, et il en sortit plusieurs petits fragmens osseux. Abstraction faite des accidens locaux, la malade jouissait d'une santé parfaite, et ne se rappelle avoir éprouvé de douleurs lancinantes à aucune époque.

Avril 1839. A son entrée dans nos salles, elle présente l'état suivant: Tumeur hémisphérique du volume d'un fœtus à terme, s'étendant en hauteur depuis le niveau de la pommette gauche jusqu'au larynx, et transversalement depuis l'apophyse mastoïde et les apophyses transverses des premières vertèbres cervicales jusqu'à la symphise du menton, et même à quelques lignes par-delà, car elle cesse seulement vis à vis la seconde incisive de droite.

Cette énorme masse morbide semble faire corps avec l'os maxillaire inférieur; elle adhère partout à la joue et a envahi plus de la moitié du plancher de la bouche. Elle repousse le pharynx en arrière et en bas, et cet organe n'est pas fondu avec elle, au moins doit-il lui être étroitement appliqué; en ce point même sa muqueuse est un peu molle et tomenteuse au toucher. L'adhérence à l'os hyoïde est manifeste. L'articulation temporo-maxillaire est encore libre; il s'en faut tout au plus de quatre lignes qu'elle ne soit envahie. La peau qui recouvre la tumeur sillonnée par de très grosses veines variqueuses, est ulcérée vers son centre, dans une étendue de dix à douze lignes, et une sonde introduite par cette solution de continuité pénètre sans peine dans la cavité buccale en traversant la masse morbide. Celle-ci donne la sensation d'une coque osseuse, interrompue en certains points où l'on trouve une résistance bien moindre et une sensation mal définie de fluctuation. Un pus fétide, assez épais, coule peu abondant par la solution ulcéreuse de la joue.

La langue fortement refoulée à droite, n'a souffert aucune altération organique. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien, appliqué sur la partie postérieure et inférieure de la tumeur, qui le porte fortement en dehors, lui adhère intimement; il est compris dans un pli fortement tendu que forme la peau dans la même direction que le muscle lui-même. On cherche en vain les battemens des carotides au-dessus du niveau de l'os hyoïde. N'omettons pas d'observer que la tumeur s'avance vers l'apophyse mastoïde et les apophyses transverses des deux ou trois vertèbres cervicales, mais n'a pas contracté d'adhérences avec elles. La respiration est peu gênée; la mastication impossible; l'articulation des mots très confuse.

Après cette description, il est inutile de faire ressortir les énormes difficultés que devait offrir cette opération, si même elle était jugée praticable; et quelle que fût la confiance de M. Lisfranc dans des succès récens encore, les hommes consciencieux comprendront les doutes qui lui vinrent en face d'une telle entreprise; ils apprécieront les motifs qui le déterminèrent à faire pour un malade de l'hôpital ce que tous les jours on fait pour les malades de la pratique privée, à s'éclairer des conseils de quelques-uns de ses confrères. MM. Marjolin, Serres et Blandin répondirent à l'appel philantropique du conseil des hôpitaux; M. Lisfranc leur adjoignit MM. Robert et Pinel-Grandchamp. L'opération fut jugée présenter de très grandes difficultés, et on n'y conclut que dans la conviction que la malade était menacée d'une mort très prochaine. « Notre conscience était rassurée, dit le chirurgien de la Pitié; nous n'hésitâmes plus. Nous mîmes cependant quelques jours d'intervalle entre cette consultation et l'opération, et ces jours furent employés à faire des essais sur le cadavre. Ces essais, nous avons pour habitude de nous y livrer toutes les fois que nous sommes prêts d'entreprendre des opérations insolites, et quoiqu'en aient dit certaines personnes, plus d'une fois nous y avons trouvé d'heureuses modifications aux procédés ordinaires; toujours au moins nous en avons rapporté plus de confiance dans notre entreprise. Dans le cas qui nous occupe, nous avions projeté, si la section de l'os maxillaire ne nous donnait pas assez d'écartement pour disséquer la tumeur en dedans jusqu'à ses dernières limites, nous avions projeté, dis-je, d'enlever le menton par un second trait de scie. Dans la prévision qu'arrivés sous la base de la langue, la tumeur gênerait nos manœuvres, nous avions aussi formé le projet d'y faire une section transversale, à un demi-pouce au-devant du pharynx, et d'enlever d'abord la mâchoire avec tout ce qui lui resterait adhérent; enfin nous avions trouvé un procédé très simple pour faire la section du crotaphite, sans nous exposer à ouvrir les artères temporales. »

C'est encore dans ses recherches sur le cadavre que M. Lisfranc a déterminé d'une manière plus précise les rapports de la carotide externe avec l'os maxillaire inférieur, au lieu de s'appliquer immédiatement contre le bord postérieur de la branche de cet os, l'artère marche à une distance de plusieurs lignes, et ne lui devient contigu qu'à un travers de doigt au-dessous du lobule de l'oreille. Fait important, dont il est inutile de déduire les conséquences chirurgicales.

L'opération fut faite le 24 juillet 1839, en présence et avec l'aide de MM. Robert, Pinel-Grandchamp et Chassaignac. Je ne crois pouvoir mieux faire que de rapporter les termes dans lesquels elle a été décrite par le chirurgien lui-même:

1° Incision à la peau. Le lambeau est disséqué de bas en haut, avec beaucoup de peine, à cause de son peu d'épaisseur et des adhérences fibreuses qu'il a contractées en certains points, ceux surtout où existent d'anciennes cicatrices. Quand ce premier temps a été terminé, on avait déjà tordu quinze artères sous-cutanées, considérablement développées. Jugez de l'impatience, des craintes, qu'un tel début devait nous inspirer pour le moment où nous porterions l'instrument tranchant sur les parties profondes; mais nous étions rassurés parce que des mains exercées tordaient les vaisseaux à proportion qu'ils étaient ouverts, sans qu'il nous fût besoin d'interrompre nos manœuvres. Après nous être bien assurés par la vue, et surtout par le toucher, du point où l'os finissait d'être malade, nous fîmes l'extraction de la canine droite qui en marquait la limite, et aussitôt nous divisâmes l'os en ce point, à l'aide d'une scie. Notre doigt put alors être porté dans le pharynx, et nous sentîmes avec bonheur que cet organe ne se déplaçait que peu quand on tirait en dehors la mâchoire et avec elle la tumeur. Dissection du plancher de la bouche, faite à peu de distance en deçà de la ligne médiane à gauche. Ligature de l'artère linguale. Une érigne implantée dans la langue servait à la maintenir et à l'empêcher de se renverser en arrière sur le larynx, comme on en a plusieurs exemples. Négliger cette précaution, serait s'exposer à voir le malade s'asphyxier, d'autant plus que nous n'avons jamais vu la petite plaie qui en résulte entraîner le plus petit inconvénient.

Arrivés sur le pharynx, nous le trouvâmes très aminci, collé contre la face interne de la tumeur; cependant, grâce à la précaution que nous prîmes d'en faire la dissection avec des ciseaux, lentement et en quelque sorte coupant lame par lame le tissu cellulaire, nous terminâmes cette partie difficile de notre opération, sans faire subir au pharynx aucune perte de substance.

Section des muscles ptérygoïdiens à leurs insertions maxillaires. Ici nous avions à redouter la lésion des carotides; nous avons éludé la difficulté en faisant porter la tumeur fortement en avant et en dehors, pendant que, d'autre part, les doigts de M. Robert, appliqués largement sur le trajet de ces vaisseaux, que nous avions mis à découvert en disséquant la partie inférieure de la tumeur, les maintenaient en place, en même temps qu'ils les indiquaient à l'opérateur. Le moment était venu de couper le crotaphyte à son insertion maxillaire et de désarticuler l'os afin de pouvoir attirer plus facilement en avant et en bas la partie supérieure de la tumeur. Au lieu de diviser les fibres musculaires avec le bistouri, des superficielles aux profondes, nous procédâmes de manière à éviter sûrement la section des artères temporales, qui n'échappent guère au tranchant quand on suit le premier procédé; nous employâmes les ciseaux et nous divisâmes le muscle le plus près possible de son insertion à l'apophyse coronoïde, que nous avions fortement basculé en bas au-dessous de l'arcade zygomatique. Nous recommandons aux chirurgiens ce procédé, que nous avons employé ici pour la première fois, et que nous avons trouvé dans nos essais sur le cadavre. Nous reprîmes alors le bistouri, et, rasant l'os d'avant en arrière, nous arrivâmes à son condyle. A la première traction que nous exerçâmes sur lui, il se détacha de son col, complètement vermoulu; nous le laissâmes là provisoirement pour continuer l'isolement de la tumeur. Celle-ci fut attirée fortement en avant, les gros vaisseaux étant toujours maintenus immobiles, et, par surcroît de prudence, au lieu de l'instrument tranchant, nous glissâmes derrière elle nos doigts et, déchirant lame par lame les adhérences cellulo-fibreuses qui la retenaient encore contre la partie antérieure et latérale de la colonne, contre la portion mastoïdienne du du temporal, etc., etc., nous la sentîmes tomber brusquement dans nos mains. Nous avions détruit lentement, et en explorant avec attention tous les points où devait agir l'instrument, les adhérences avec le sterno-cléïdo-mastoïdien et le larynx.

Nous revînmes au condyle: tout le monde sait les difficultés que présente son extraction dans les cas où une balle a brisé le col qui le soutient. Avec des connaissances anatomiques certaines, on y parvient cependant très méthodiquement et sans hésitations. Nous le saisîmes par son court pédicule, et, le tirant fortement à nous, nous fîmes d'un seul coup pénétrer notre bistouri dans l'articulation d'avant en arrière, et derrière lui sont presque immédiatement accolées la maxillaire interne, la temporale et la terminaison de la carotide externe. Saisissant donc le condyle lui-même avec le pouce et l'index, nous l'en éloignâmes par un mouvement de bascule, et il nous devint facile d'en achever sans encombre l'isolement. »

Pansement. La malade, rapportée à son lit, fut laissée sans pansement trois quarts d'heure environ, pour donner au spasme des petits vaisseaux le temps de cesser et permettre de manifester leur présence dans la plaie. Après nous être ainsi prémunis, le plus complètement possible contre toute crainte d'hémorrhagie, nous procédâmes au rapprochement des bords de cette immense solution de continuité. La plaie centrale du lambeau, car M. Lisfranc avait enlevé toute la portion ulcérée, fut réunie par douze points de suture entrecoupée. Le même genre de suture fut employé depuis l'extrémité supérieure de la plaie jusqu'au dessous du menton; enfin, pour obtenir une cicatrice le plus linéaire possible, on se servit d'épingles pour l'extrémité droite de la plaie dans toute la hauteur de la lèvre, de son bord libre à la base de la mâchoire. Sur l'une d'elles est fixé un fil qui embrasse dans son anse les tissus placés sous la langue, et a pour destination de maintenir cet organe en place. Afin d'épargner toute compression au lambeau, si mince que nous avions à redouter le sphacèle, pour tout appareil nous laissâmes pendre au-devant un un linge fin, fixé au bonnet de la malade, et on lui recommanda d'incliner sa tête à gauche pour éviter les tiraillemens.

Anatomie pathologique. La tumeur, considérée en masse, a la forme d'un ovale, ayant aux deux extrémités de son plus grand diamètre, d'une part le col et le condyle, séparés comme on le sait; de l'autre, la portion saine du corps de l'os sur laquelle a porté la section. Pour n'avoir plus à m'occuper de ces deux objets, ajoutés à la tumeur comme des espèces d'appendices, je dirai du premier qu'il se dégage de la masse ostéo-sarcomateuse brusquement, sans transition. Long de trois à quatre lignes, il supporte le condyle atrophié comme lui-même, et plus que lui coloré en bleu; coloration qui indique à travers le cartilage d'encroûtement parfaitement sain l'état d'injection, d'infiltration sanguine en quelque sorte du tissu spongieux. En vain cherche-t-on à côté de lui l'apophyse coronoïde; elle est confondue dans la tumeur, et lui appartient assez intimement pour qu'on ne puisse l'en séparer dans la description; Si nous revenons à l'autre extrémité, nous ne trouvons rien de fort intéressant sous le rapport anatomique; mais sous le rapport chirurgical tout nous intéresse: la surface de section indique un état parfaitement normal de l'os, et cet état existe encore dans une longueur de quatre lignes avant que commence le renflement morbide. Le périoste en semble seulement un peu épaissi. A sa face postérieure ou interne sont insérés les muscles géniens, complètement sains. Le plus grand diamètre de la tumeur s'étend donc du condyle à la surface de section; il est de six pouces et quart, et la circonférence qui passe par ses deux extrémités est de quinze pouces. Sous de telles di

ıensions, une tumeur pleine pèserait trois ou quatre fois lus que celle-ci ne pèse; nous en verrons dans un instant cause.

Avant toute préparation, la tumeur fait naître l'idée 'une coque osseuse très mince, transparente dans pluleurs points, revêtue d'une membrane épaisse formée nt par le périoste hypertrophié que par les quelques fies musculaires pâles, clairsemées, qui représentent en vant le masséter, et en arrière les muscles du plancher e la bouche par des brides cellulo-fibreuses, et par des lets nerveux très nombreux qui ne semblent avoir subi ucune désorganisation, et qui appartiennent à la septiène paire. Cette coque osseuse en plusieurs endroits est interrompue et remplacée par l'enveloppe membraneuse ont nous venons de parler, et qui par places a la consisnce cartilagineuse; disposition qui rappelle parfaitement elle du crâne d'un fœtus de quatre mois. Cette description porte surtout sur les faces antérieure, postérieure et iférieure de la tumeur. Sa partie supérieure, celle que ous pourrions nommer alvéolaire, mérite d'être décrite part; elle forme, elle, une masse compacte. Recouverte ar la muqueuse gingivale épaissie, pâle et très adhérente ux tissus subjacens avec lesquels elle se confond, elle arde la trace des alvéoles représentées par de légers enoncemens; trois incisives sont encore à leur place. Quand n incise cette portion de la tumeur, elle crie et résiste omme le squirrhe, et donne les sensations de lamelles oseuses disséminées dans son épaisseur. Etudiée dans sa xture intime, elle offre une masse blanc-grisâtre, traersée par des intersections fibro-osseuses, et laissant suinr, quand on la presse, un liquide roussâtre mêlé de grueaux blancs. On n'y découvre pas de traces de vaisaux; toutefois, à son centre, elle est creusée d'une cavité à parois plus molles et rougeâtres, contenant une sorte e détritus grumeleux coloré en rouge. Une autre cavité st remplie d'un pus épais et de couleur foncée. Des alvéos il n'existe, et très incomplètes encore, que celles des eux incisives gauches; les autres semblent disséminées n débris dans la masse morbide.

La partie de la tumeur dont je viens de donner l'exaen formait la saillie du plancher de la bouche; elle répond, ai-je dit, à la région alvéolaire de la mâchoire. 'autre partie, dont il me reste à donner la description, t qui est formée par la portion basilaire du corps de l'os t par sa branche, constitue une coque osseuse dont j'ai ejà décrit l'extérieur; l'intérieur en est partagé en une oule de cavités régulièrement arrondies, de diamètres très ariés, depuis celui d'un grain de chenevis à celui d'une rès grosse noix. Ces sortes de kystes, à parois ostéo-cartiagineuses, sont tous tapissés par une membrane blanche, ompacte, épaisse, qui n'est peut-être que la membrane nédullaire du tissu spongieux transformée. Ils contiennent n liquide filant très limpide dans les uns, rouge noirâtre ans les autres, et comme mélicérique. Quelques stries leuâtres rampant sur la face interne des plus volumineues d'entre ces locules, semblent appartenir à des veiules.

Enfin, pour compléter cette description, je dirai qu'il 'existe nulle trace du canal dentaire ni du faisceau neroso-vasculaire qui le parcourt, que le nerf lingual est resé en partie sur la tumeur, où je n'ai pu retrouver l'hyoglosse, qui probablement aussi a été coupé; que la lande sublinguale est restée adhérente au lieu qu'elle ccupe normalement et semble complètement saine; enfin ue l'on cherche en vain des traces de la glande sousnaxillaire.

Je laisse aux lecteurs à tirer les conséquences de cette escription; je dirai seulement que l'altération organique ien plus avancée dans la partie alvéolaire de la tumeur, emble avoir débuté par là et non par le canal dentaire. a même conséquence m'a semblé ressortir de la dissection e quatre ou cinq autres pièces du même genre; je n'en onclurai cependant pas que toujours les choses se passent insi; mais au moins me sera-t-il permis de croire que ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure part bien plus ouvent des alvéoles que ne le pensent ceux qui ont écrit u'il débute toujours dans le canal dentaire.

Je reprends le fil de mon observation, et je vais me borer à indiquer les points saillans, les seuls capables d'intéresser les praticiens, qui ont vu assez souvent le travail e cicatrisation pour que je ne les ennuie pas de détails rannés.

Dès le deuxième jour, il existait sur tout le voisinage es bords de la plaie une rougeur érysipélateuse peu innse, et le lambeau présentait à son bord inférieur une einte bleuâtre, telle que celle qui annonce la gangrène. n effet, malgré l'application du chlorure d'oxide de soium, il se détache du quatrième au cinquième jour du ımbeau une eschare formant une bandelette qui s'étend epuis le niveau du lobule de l'oreille jusqu'au dessous u menton, et à quatre ou cinq lignes de largeur. Il est à emarquer que cette gangrène a frappé la partie du lamteau placée sous la perforation centrale, comme si elle résultait de l'isolement presque complet de cette même artie. Quant à l'érysipèle, il a disparu sous l'influence de axonge. L'état général est toujours resté des plus satisaisans.

Au 1er août, on avait enlevé les dernières épingles. Une etite collection purulente s'est formée dans la cavité glénoïde du temporal; c'est ce que nous avons toujours u; on a soin de l'évacuer fréquemment par des pressions ménagées. Le lambeau adhère presque partout aux tissus subjacens; mais la chute de l'eschare a laissé un vide dont j'ai déjà indiqué les dimensions en décrivant l'eschare ellemême. Le fond en est presque partout ouvert dans la cavité buccale. Les alimens et la salive passeraient en presque totalité par cette grande fistule si on n'avait soin de la remplir de charpie. On a d'ailleurs recours à la compression et aux bandelettes agglutinatives pour faciliter le rapprochement des bords.

Quatorzième jour. La malade a commencé à se lever et même à sortir. Elle reprend sa coloration et son embonpoint. La mastication est encore impossible, mais on y supplée par des viandes hachées. L'articulation des mots commence à être passablement distincte.

La fistule résultant de la gangrène d'une partie du lambeau se rétrécit progressivement d'une manière très sensible. M. Lisfranc attend beaucoup des efforts de la nature. Par analogie avec d'autres cas de réparation spontanée des déperditions de substance dont il a été témoin, il espère sinon une oblitération complète, au moins une grande diminution, et il se contentera de favoriser ces efforts réparateurs par des pansemens appropriés. S'il faut d'ailleurs recourir à une opération pour achever ce que la nature laisserait inachevé; on la fera avec d'autant plus de sécurité qu'on sera plus éloigné de la première opération, pour des raisons faciles à comprendre. Je ne dois pas omettre de dire qu'à cette époque la langue tendait à s'engager par sa pointe entre les bords de la fistule et à faire saillie au dehors de la moitié de son étendue antéro-postérieure. La compression et le rétrécissement progressif de la fistule firent disparaître cette disposition.

Mois d'octobre. La fistule, qui d'abord était assez large pour permettre l'introduction de quatre doigts réunis, permettrait maintenant à peine l'introduction de l'extrémité de l'indicateur. Mais cet état depuis quelques jours reste stationnaire; il est évident qu'on n'a plus rien à attendre des efforts de la nature. Un assez temps long nous sépare d'ailleurs de la première opération; l'état local et l'état général de la malade sont assez satisfaisans pour qu'il soit permis de tenter un effort définitif.

Enlever le tissu inodulaire dans toute l'étendue de la fistule, détruire son organisation muqueuse accidentelle, en rapprocher les bords par la suture: telle était la marche à suivre. Cette opération ne fut pas aussi facile qu'il paraît au premier coup-d'œil. L'opérateur avait à agir dans une sorte d'infundibulum résultant de l'enfoncement de la joue vers la cavité buccale, sur des tissus excessivement durs, et il fallut avec une petite planchette, introduite dans la bouche, repousser en dehors les lèvres de la fistule qui rien n'avait pu empêcher de se replier sur elles-mêmes de dehors en dedans. Douze épingles furent nécessaires pour mettre en contact les bords saignans de la plaie, qu'on venait de substituer à la fistule, et qui présentait une étendue double au moins.

Dès le second jour, une rougeur de tous les tissus environnant les épingles, nous annonça le début d'un érysipèle. Au troisième jour, cet adversaire obstiné de toute opération chirurgicale était définitivement établi et avait anéanti toute chance de réunion par première intention. Les épingles commençaient à couper la peau; elles furent enlevées et on continua les applications fréquemment renouvelées de l'axonge. L'érysipèle ne tarda pas à s'éteindre; mais il restait une fistule dont les dimensions différaient peu de ce qu'elles avaient été un mois après la première opération. C'était à désespérer le chirugien, s'il n'eût eu déjà, et sur la malade elle-même et sur un grand nombre d'autres sujets, l'occasion d'observer tout ce que peut la nature livrée à elle-même pour la réparation des déperditions de substance siégeant surtout à la face. En effet, comme si cette tentative avortée eût ranimé la vitalité des tissus, ils recommencèrent à marcher de la circonférence au centre avec plus d'énergie que jamais et, vers le milieu du mois de novembre, de cette grande solution de continuité il ne restait plus qu'une petite fistule admettant à peine une sonde de femme dans sa capacité. Le guérison fut complétée par l'introduction entre ses bords du nitrate d'argent taillé en forme de crayon et de la compression, et, à la fin de décembre, Marie put rentrer dans sa province après avoir été présentée à l'Académie de médecine.

Cette femme était bien moins défigurée qu'on ne pourrait le croire *à priori*. La mastication se faisait suffisamment avec ce qui lui restait de la mâchoire à droite, et elle articulait les sons, sinon comme avant son opération, au moins de manière à se faire comprendre sans peine.

22 mai 1840. Marie vient d'écrire à l'une de ses amies d'hôpital; elle la prie d'exprimer sa reconnaissance à M. Lisfranc. Elle ajoute que sa santé n'a fait que s'améliorer, et que son opération excite l'admiration des médecins de sa province qui avaient pu apprécier toute la gravité de sa maladie.

V. Baud.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

De la nature et du siége des fièvres intermittentes; emploi de la salicine; opinion de M. Rostan sur les propriétés thérapeutiques de ce médicament.

Plusieurs malades atteints de fièvre intermittente tierce ont été reçus dans l'espace de quatre semaines, dans le service de M. Rostan. Dans les cinq derniers cas dont M. Rostan a rendu compte dans la séance de mardi dernier, la fièvre, qui était exempte de toute sorte de complication, si l'on en excepte un cas où elle se compliquait d'un léger engorgement de la rate, a disparu dans deux cas par suite du séjour du malade à l'hôpital. Dans deux cas, la salicine, à la dose d'un gramme, est restée sans effet; mais, portée à deux grammes, elle a diminué l'intensité des accès qui, bientôt même, ont cessé entièrement. Dans un cas enfin, la salicine a dû être remplacée par le sulfate de quinine.

D'après ce nombre bien minime de faits, M. Rostan a cru pouvoir établir: Que la salicine, administrée à la dose d'un gramme, n'a pas de prise sur les accès des fièvres intermittentes; qu'à celle de deux grammes et plus, elle diminue l'intensité des accès; enfin, que la valeur absolue de ce médicament, employé comme fébrifuge, est moindre que celle du sulfate de quinine.

Voici les considérations que M. Rostan a présentées touchant le siége et la nature des fièvres intermittentes:

Pinel, a-t-il dit, n'admettait pas l'existence d'une fièvre intermittente essentielle simple; il reconnaissait seulement que cette forme, ce type, pouvait se rencontrer dans les cinq ordres de fièvres établis par lui. C'était, en d'autres termes, la fièvre typhoïde de M. Chomel, qui résume les cinq ordres de Pinel, mais affectant le type intermittent. Pinel admettait, par conséquent, une fièvre angioténique intermittente, une fièvre méningo-gastrique intermittente, etc. Toutefois, lors de la publication de sa première édition, il n'avait point encore observé des fièvres inflammatoires et adynamiques à type intermittent, et quand Bayle vint annoncer qu'il avait rencontré un exemple de cette dernière, Pinel en fut tout triomphant. Par la suite on rencontra aussi des fièvres inflammatoires inflammatoires, et le cadre de Pinel se trouva rempli dans les dernières éditions de son ouvrage.

Broussais qui a combattu Pinel, ne veut pas de fièvres sans siége continu, et raisonne ainsi: Les fièvres essentielles continues de Pinel, dit-il, sont des gastro-entérites; donc les fièvres intermittentes sont également des gastro-entérites affectant un type spécial. Broussais est conséquent dans son raisonnement; mais son erreur résulte de la faute même commise par Pinel, de ne point admettre une fièvre intermittente essentielle.

Pour moi, j'admets l'existence d'une fièvre intermittente essentielle, et je dis que ce n'est que par exception que des phlegmasies viennent la compliquer parfois. Au reste, cette fièvre est admise par la majorité des médecins. Les élèves de Broussais, au contraire, ceux qui attribuaient autrefois la fièvre intermittente à une gastro-entérite, généralisant la question, établissent aujourd'hui que c'est une phlegmasie intermittente, et appuient leur doctrine d'un grand nombre de faits qui leur paraissent concluans.

Vous savez combien cette doctrine est en opposition avec ce que nous observons tous les jours chez nos malades. Parmi les cinq derniers, un seulement a présenté un léger engorgement de la rate; et c'est ici que nous devons examiner la doctrine de ceux parmi les praticiens qui, attribuant la fièvre intermittente à une phlegmasie intermittente, établissent que celle-ci a son siége dans la rate. La rate, ont-ils dit, est ordinairement gonflée; quand le poumon se présente à nos yeux à l'état de splénisation, nous admettons nécessairement qu'il y a pneumonie; or, pourquoi n'y aurait-il pas splénite, lorsque la rate offre une altération anatomique analogue? Donc, la fièvre intermittente n'est qu'une inflammation de la rate.

Bien plus, quelques faits ont donné une apparence de crédit à cette doctrine; ainsi, on a rencontré quelques cas de splénite aiguë ayant coïncidé avec une fièvre intermittente. Il y a, par exemple, sept à huit ans qu'un individu ayant reçu un coup à l'hypochondre gauche, fut reçu à la Pitié. Cet homme présenta un gonflement douloureux de la rate, et fut pris de fièvre intermittente. C'est d'après ce fait et deux ou trois analogues que l'on a conclu que la fièvre intermittante n'est autre chose qu'une splénite.

Mais on peut répondre aux praticiens qui professent cette doctrine, que la fièvre intermittiente ne produit que tardivement le gonflement de la rate; qu'on ne la trouve ni douloureuse, ni gonflée pendant les premiers accès, et que dans les intervalles de ceux-ci, le malade ne présente aucun phénomène phlegmasique.

Par suite de ces considérations, on est naturellement amené à admettre que le gonflement de cet organe est le résultat ces mêmes accès.

D'ailleurs, le reflux du sang vers les cavités pendant le frisson qui ouvre chaque accès; la quantité plus grande de sang qui pénètre alors les organes intérieurs, rend parfaitement compte des congestions viscérales qui s'observent en pareil cas, et explique les douleurs que les malades accusent à l'estomac, au cœur, à la tête, etc. C'est de cette manière qu'arrivent le gonflement de la rate et du foie; ils ne sont donc l'un et l'autre que la conséquence de la fièvre intermittente, comme la congestion cérébrale est celle de l'épilepsie.

Je me résume, et je dis qu'il existe une fièvre intermittente, simple, légitime; que Pinel a eu tort de ne point l'admettre; que Broussais a eu également tort d'en faire une gastro-entérite, et son école une phlegmasie intermittente; car pendant l'apyrexie on ne remarque aucun phénomène phlegmasique; qu'admettre que la fièvre intermittente est une splénite, c'est prendre l'effet pour la cause; car l'engorgement de la rate, lorsqu'il existe, est, comme celui du foie, une conséquence des accès; qu'enfin ce n'est qu'accidentellement que la splénite, comme tout autre phlegmasie, vient parfois compliquer la fièvre intermittente.

Quel est le siége et la nature de la fièvre intermittente? Je crois que, comme pour la variole, la scarlatine, etc., il faut reconnaître pour la fièvre intermittente une intoxication miasmatique. Aussi, est-ce toujours sur les bords de la mer, où les eaux se retirent et laissent sur le rivage des cadavres de végétaux qui se putréfient, dans les pays marécageux, tels que les environs de Milan, où existent de grandes rivières; sur les bords des marais Pontins, endroits qui présentent tous les mêmes conditions physiques,

que les fièvres intermittentes sévissent principalement. La situation exerce donc une influence bien évidente dans la production de la fièvre intermittente. Mais il y a plus : l'air de ces localités a présenté à l'analyse une plus grande quantité de carbone. On peut par conséquent admettre que la fièvre intermittente est le résultat d'une cause spéciale.

Cependant, quelquefois cette affection se développe en dehors de ces localités, à Paris, par exemple : ce fait est incontestable, mais on n'en est pas moins forcé de l'attribuer alors à l'action des mêmes causes, quoique leur existence, dans ces cas, n'en soit pas toujours aussi bien démontrée.

Quant au siége de la maladie qui nous occupe, les avis sont partagés à cet égard. Quelques auteurs le font résider dans le centres nerveux; M. Rayer le place dans l'axe cérébra-spinal ; M. Bailly, de Blois, dans les systèmes ganglionnaires ; M Brachet, de Lyon, dans les deux à la fois. Je crois qu'il y a beaucoup de vrai dans les différentes opinions de ces auteurs.

Il est évident que tous les troubles qui s'observent pendant les accès doivent être rapportés au système nerveux ; tous les phénomènes alors existans, ne sont, selon les auteurs que nous venons de citer, que des phénomènes nerveux. Broussais, nous l'avons dit, ne reconnaissait en eux, que des phénomènes de gastro-entérite. L'intermittence émane évidemment de l'innervation, et la fièvre intermittente est indubitablement une maladie nerveuse. Disons enfin qu'elle guérit par l'emploi du sulfate de quinine, et que ce médicament exerce une action élective sur les centres nerveux.

HOPITAUX ITALIENS.

Spina ventosa de la mâchoire inférieure; amputation; guérison; par M. Cantoni, chirurgien à l'hôpital civile de Milan.

Un paysan âgé de trente-sept ans, tempérament sanguin, issu de parens sains, et ayant lui-même des enfans sains, s'était bien porté jusqu'à l'âge de trente-deux ans, si ce n'est qu'il avait essuyé une fois une fièvre intermittente qui avait été coupée avec le sulfate de quinine. A cette époque il avait commencé à éprouver un sentiment de tension dans l'os maxillaire inférieur, avec gonflement au côté gauche de cet os, précisément vers la région molaire. La douleur n'étant que très légère, aucun secours médical n'a été demandé. Le gonflement a fait des progrès, et s'est étendu depuis l'angle maxillaire en avant, jusqu'à la dent canine du côté opposé. Petit à petit une grosse tumeur s'es formée à la région parotidienne gauche, qui finit par se ramollir, s'ouvrir, et donner issue à une abondante quantité de pus par l'angle maxillaire correspondant. C'est dans cet état que le malade est entré à l'hôpital, le 31 octobre 1838.

A l'examen, M. Cantoni trouve une tumeur dure, de couleur rouge, s'étendant depuis l'angle maxillaire gauche jusqu'à la dent canine du côté opposé, offrant la largeur de deux pouces, et la hauteur d'un pouce vers son milieu, divisée supérieurement par une rainure formée par les dents de la mâchoire supérieure et les dents molaires inférieures, vacillantes et déplacées de chaque côté; les parparties molles voisines sont saines, seulement elles présentent au-dessous de l'angle maxillaire une vaste ulcération par laquelle est sortie la matière purulente dont on vient de parler. Le doigt, introduit en dedans de la joue et de la mâchoire, permet de reconnaître que les parties molles et dures sont à l'état naturel de ce côté, ainsi que la branche ascendante de l'os maxillaire. Ecoulement abondant de salive et de pus.

Cet état de choses a fait porter le diagnostic suivant :

Exostose par végétation du périoste interne, ou écartement des lames de l'arcade alvéolaire par suite d'une altération de ce périoste. La couleur de la membrane qui couvre la portion libre de la tumeur, la forme des tissus ulcérés, l'absence de végétations squirrheuses et de douleur, enfin le bon état de la constitution, donnent à la maladie les apparences de bénignité. Cependant l'écoulement abondant de salive et de pus, joint au gonflement qui menace les organes de la déglutition et de la respiration, réclament une prompte intervention de la chirurgie agissante. En conséquence l'ablation de la tumeur a été décidée, dans une consultation qui a eu lieu entre les chirurgiens de l'hôpital; elle a été exécutée le 26 janvier 1839.

M. Cantoni a commencé par former un lambeau qui devait mettre la tumeur à découvert à l'aide de deux incisions : la première partant de l'angle gauche de la bouche, et se terminant en forme de croissant vers l'angle de la mâchoire, la convexité tournée en bas; la seconde, partant de l'angle maxillaire droit, descendant perpendiculairement dans l'étendue d'un pouce sur le cou : les angles de la bouche n'ont point été fendus (1).

Le lambeau ayant été disséqué, la tumeur a été mise en évidence; l'opérateur a compris la tumeur osseuse entre deux traits de scie; l'un de ces traits est tombé à droite, au niveau de la dent incisive moyenne, qui a été extirpée la veille de l'opération; l'autre en deçà de la dernière dent molaire gauche. La masse morbide a été enfin disséquée et enlevée facilement. Les artères maxillaire externe, dentaire inférieure, et un autre rameau, ont dû être liés. La plaie a été réunie à l'aide de la suture à bec de lièvre, bandage, fomentations froides, diète. Les suites ont été heureuses; la plaie était cicatrisée le septième jour; l'ulcération ancienne était aussi oblitérée le treizième.

Un examen postérieur a fait voir que la portion enlevée de l'os avait été remplacée par une substance ligamenteuse, laquelle est devenue petit à petit cartilagineuse, et enfin presqu'aussi dure que l'os lui-même. La dissection de l'os emporté a montré les parois alvéolaires élargies par la présence de végétations du périoste interne ; la paroi interne de la mâchoire était amincie, écartée énormément de l'autre paroi, et formait une grande partie de la tumeur, qui remplissait les deux tiers de la cavité buccale ; la membrane muqueuse était calleuse ; des traverses osseuses divisaient la cavité de la tumeur en plusieurs concamérations, très riches d'ailleurs en vaisseaux sanguins.

(*Annali universali di medicina*, avril, 1840.)

— On se demande naturellement, à la lecture de ce fait, si le mal était de nature à réclamer une médication aussi énergique ; et si, dans l'état actuel de l'art, la chirurgie n'aurait pas des ressources moins graves pour le combattre. Bien que les détails qui l'accompagnent laissent beaucoup à désirer, il est cependant facile de comprendre que la tumeur n'était autre chose qu'une de ces exostoses creuses que les anciens avaient décrites sous le nom de *spina ventosa* de la mâchoire. Bordenave, qui a en consigné plusieurs exemples dans les mémoires de l'Académie de chirurgie (t. III, p. 302, édit. l'Encyclop. des Sc. méd.), a fait voir qu'on pouvait les guérir sans en venir à l'ablation de la mâchoire. Dupuytren a confirmé par neuf faits importans la manière de voir de Bordenave (Des kystes osseux qui se développent dans l'épaisseur des os. Leçons orales, t. II, p. 129, 2e édit.).

Nous ne voulons pas attaquer par là l'opération de M. Cantoni, mais il est de notre devoir de rappeler que les tumeurs en question peuvent le plus souvent se guérir sans amputation. Les extraits suivans viendront à l'appui de cette assertion.

« Il peut arriver, dit Bordenave, que l'exostose de mâchoire inférieure soit compliquée d'une suppuration dans l'intérieur ; qu'il se forme dans l'épaisseur de l'os une cavité contre nature, et alors l'exostose dégénère en ce que les auteurs ont appelé *spina ventosa*.

Un jeune homme âgé de dix-neuf ans, portait à la mâchoire inférieure, depuis plusieurs années, une exostose qui faisait des progrès assez manifestes. Elle était douloureuse, et le malade y avait ressenti des battemens intérieurs. Elle existait du côté droit, et avait le volume d'un gros œuf allongé et aplati ; elle s'étendait à peu près depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la symphyse ; elle s'avançait particulièrement du côté extérieur et sous le menton, s'étendait dans l'intérieur de la bouche, particulièrement du côté de la joue... Le malade fut préparé avec soin, et fut tenu long-temps dans les remèdes. Pendant la préparation, je fis extraire la deuxième dent molaire, et par ce moyen je trouvai une communication dans l'intérieur de l'exostose, étroite, à la vérité, qui donnait issue à une sanie très fétide. Le lendemain je fis tirer la dent molaire suivante : le fond de l'alvéole n'était point percé, mais je le brisai avec un poinçon ; je fis effort pour écarter une portion de l'alvéole, et ainsi je procurai une seconde ouverture. Ces ouvertures donnaient issue à une matière de très mauvaise odeur... Injections de teinture de myrrhe et d'aloës par cette brèche... Bourdonnets trempés dans le baume de Fioravanti. Exfoliations osseuses; bourgeonnement de la poche, rétraction de ses parois. Guérison après plusieurs mois de traitement. Disparition complète de la tumeur deux ans après. »

D'autres observations analogues sont rapportées dans le mémoire de Bordenave.

Parmi celles de Dupuytren, plusieurs se sont passées sous nos yeux à l'Hôtel-Dieu ; la guérison a été constamment obtenue à l'aide de l'ébréchement de la poche osseuse et d'un traitement détersif de ses parois. Dupuytren attaquait ces sortes de tumeurs ordinairement du côté de la cavité buccale ; quelquefois il passait un séton à travers le kyste perforé.

« Dans les derniers jours d'avril 1828, la sœur d'un médecin des environs de Tours, jeune personne âgée de vingt et quelques années, consulta M. Dupuytren pour une tumeur grosse comme un œuf de poule, qu'elle portait dans la branche horizontale droite du maxillaire inférieur. Cette malade se croyait affectée d'un ostéo-sarcome. M. Dupuytren l'examina ; l'absence de tout symptôme cancéreux, tels que douleurs lancinantes, dégénération variqueuse, etc., jointe à la crépitation, que l'on entendait distinctement en pressant sur les parois du kyste, le porta à mieux espérer de l'issue de cette affection, et à rassurer la malade. Pleine de confiance dans les paroles de ce chirurgien célèbre, cette jeune personne réclama avec instance l'opération. La tumeur faisait plus de saillie dans l'intérieur de la bouche qu'à l'extérieur ; elle repoussait la langue. Sa formation paraissait avoir été déterminée par l'extraction incomplète d'une dent cariée. Une incision fut faite en dedans de la bouche, sur les parois du kyste, et à l'ouverture de ce dernier il s'échappa une grande quantité de sérosité sanguinolente.

Dans le fond du kyste on aperçut une masse solide que l'on retira au moyen de la curette, et que l'on trouva parfaitement analogue à l'adipocire. Cette masse était sans doute due à la transformation graisseuse de quelques parties animales d'aliment qui avaient pénétré dans le kyste par l'alvéole de la dent arrachée. Quelques injections, quelques cataplasmes sur la joue, une saignée et une diète de quelques jours suffirent à la guérison. Il n'est resté à cette malade aucune tumeur, aucune difformité. »

Ces faits et un grand nombre d'autres analogues consignés dans ces deux mémoires ; d'autres de même espèce publiés par sir A. Cooper dans son travail sur les exostoses ; un dernier plus récent encore, présenté à l'Académie par M. Jobert, suffisent déjà pour prouver qu'avec de la patience, et des soins, bien entendus, ces sortes de tumeurs peuvent se guérir souvent sans amputation.

Plusieurs cas d'aliénation mentale occasionnée par de fortes doses de jusquiame; par M. Medoro.

Un homme, âgé de soixante-quatorze ans, est saisi d'étranglement herniaire. On l'opère, puis on le purge avec de l'huile de ricin et de l'huile de croton. Réaction inflammatoire ; saignée abondante, nouveaux purgatifs. Le lendemain, on répète la saignée ; le soir, on administre comme calmant trois grains d'extrait de jusquiame. Au lieu de calmer, ce remède a produit une agitation extrême et des symptômes non équivoques d'aliénation mentale. A minuit, M. Medoro est appelé : il trouve le malade avec le visage enflammé ; yeux fixes et étincelans ; mouvemens spasmodiques des muscles de la face et de la mâchoire inférieure. Il veut se lever, on est obligé de le faire assujétir par des hommes pour rester au lit ; il crache au visage et frappe des mains et des pieds les personnes qui l'approchent. On lui a fait prendre forcément du suc de citron, et l'auteur prétend que les symptômes se sont dissipés comme par enchantement ; mais il n'a été complètement guéri que le trente-troisième jour après l'opération.

Dans un second fait, il s'agit d'un homme âgé de cinquante-six ans, de tempérament sanguin, aux formes athlétiques qui, durant un voyage, a été saisi d'une douleur lombaire très intense, s'étendant à l'articulation iliofémorale gauche, avec fièvre. On lui a pratiqué des saignées abondantes, administré des purgatifs, des sangsues à l'anus. Les douleurs se sont dissipées, mais elles ont été remplacées par une ischiatique gauche fort intense. Des sangsues, des cataplasmes, des illinitions calmantes, des purgatifs, de l'assa-fœtida, de l'eau de laurier-cerise, etc., ent été employés inutilement. On a enfin eu recours à l'extrait de jusquiame à la dose de seize grains par jour, sous forme pilulaire. Pendant les premiers jours, le remède a été parfaitement toléré ; le troisième jour, peu de temps après que les pilules ont été ingérées, le malade a été saici subitement de symptômes non équivoques d'aliénation mentale, absolument comme dans le cas précédent, mais à un moindre degré. Pouls très agité, soubresauts des tendons, contractions spasmodiques des muscles de la face et de la mâchoire inférieure. Potion avec du jus de citron. Amélioration instantanée ; le malade cependant était resté agité : on lui a fait prendre du laudanum antihystérique solide de Lefebure ; calme instantané, guérison.

L'auteur rapporte deux autres cas analogues aux précédens. (Giornale per servire a progressi della patologia e della terapeutica, stampato in Venezia, janvier et février 1840.)

— Dans l'état actuel des connaissances, les phénomènes d'aliénation mentale produits par la jusquiame ne peuvent être considérés que comme le résultat d'une sursaturation de l'organisme, analogue à l'atrophisme qui se déclare à la suite de l'abus de la belladone ; c'est, en d'autres termes, le premier degré d'empoisonnement, qui finirait sans doute par devenir mortel si l'on continuait l'usage du médicament. Ces phénomènes ne se déclarent qu'autant qu'il y a intolérance ou, en d'autres termes, que la tolérance aura été épuisée soit par la jusquiame elle-même, soit par d'autres médicamens d'action analogue. Nous venons de voir que, dans le premier cas, la sursaturation s'est déclarée après l'administration de trois grains d'extrait, tandis que, dans le second, douze grains ont été donnés impunément pendant deux jours, et ce n'est qu'à la troisième dose que les symptômes se sont déclarés.

Un autre fait important à noter, c'est que les phénomènes de sursaturation de la jusquiame offrent une ressemblance frappante avec ceux de la belladone ; ce qui fait penser que le mode d'action dynamique de ces deux plantes est analogue. Ajoutons que ce mode d'action n'a rien de semblable à celui de l'opium, puis que la jusquiame et la belladone font veiller au lieu d'endormir, au point qu'on peut dissiper les effets de ces dernières moyennant l'opium. Nous venons de voir en effet dans le second cas que le laudanum a subitement calmé le malade et dissipé les symptômes. Nous avons obtenu le même résultat dans un cas de sursaturation par la belladone.

Quant à la remarque de l'auteur relative à l'effet salutaire du suc de citron, elle est contestable dans ces deux cas. Il en est autrement en cas de sursaturation opiacée. Il est reconnu aujourd'hui que le suc de citron et la décoction de café ne peuvent agir contre les empoisonnemens dits narcotiques que dynamiquement : or, il est constaté par des faits authentiques que cette action n'est réellement salutaire que contre l'opium seulement ; celle de la jusquiame et de la belladone, loin de fléchir sous leur influence, ne fait que s'exaspérer. Cette manière de voir n'est pas celle qu'on professe communément, nous le savons bien ; mais que d'erreurs formidables la routine de quelque chimiste-virtuose n'a-t-elle pas introduites et accréditées depuis un quart de siècle ! Il y a beaucoup plus à faire pour purger cette étable immonde de la toxicologie généralement reçue qu'à créer une science de toute pièce.

Pierre vésicale chez une femme rendue à travers une rupture de la vessie et du vagin; par M. Barbieri.

Catherine Cipoletti, âgée de cinquante-quatre ans, de

(1) On ne comprend pas bien la description de ces deux incisions que nous avons reproduite mot à mot. (*Note du trad.*)

i-
constitution robuste, de tempérament plutôt phlegmatique, commença à éprouver de la difficulté douloureuse à uriner vers la fin de l'année 1835. On a caractérisé cet état pour une légère cystite. Sangsues aux aincs, boissons de décoction de chiendent. Les souffrances ont continué à marcher, et la maladie est devenue de plus en plus grave. Rétention complète d'urine, douleur insupportable aux reins et à l'hypogastre.

Après deux années de ces souffrances, la malade s'est enfin prêtée à l'exploration chirurgicale. La sonde cependant n'a pu être introduite dans la vessie, le canal de l'urètre étant encombré par une excroissance charnue. Deux mois après cette tentative de cathétérisme, la malade se met à son ordinaire sur le vase, éprouve une envie fort intense d'uriner, fait des efforts vigoureux, et reste dans cet état pendant un quart d'heure. Peu d'instans après, nouvelles souffrances, nouveaux efforts inutiles, puis encore mêmes phénomènes. Enfin, elle sent sortir quelque chose à travers un déchirement, et rend dans le vase un corps qui n'était autre qu'un calcul urinaire du volume d'un œuf de poule, conjointement à une grande quantité d'urine et de sang.

Appelés sur-le-champ, les docteurs Giri et Barbieri ont constaté la présence de la végétation qui bouchait l'urètre, et la déchirure du vagin et de la vessie qui avait donné issue au corps étranger. La brèche existait à la partie moyenne supérieure du vagin ; sa longueur était d'un pouce et demi, sa largeur d'un pouce ; elle donnait issue à de l'urine. On avait essayé la guérison de cette fistule, lorsque la malade fut prise de pneumonite à laquelle elle a succombé.

(*Bulletino delle scienze mediche di Bologna.*)

Affection nerveuse grave. Guérison par l'électricité.

Madame H..., de Paris, âgée de vingt ans à peine, d'un tempérament lymphatico-nerveux, jouissait d'une bonne santé jusqu'au mois de juillet dernier, époque à laquelle, pour une indisposition qu'elle attribuait à une irritation nerveuse, elle alla prendre un bain, d'où elle revint avec une grande douleur de tête et un gonflement de la moitié droite du visage. Elle crut avoir affaire à une fluxion occasionnée par un coup d'air, appliqua des cataplasmes, prit quelques bains de pieds, et réellement le gonflement disparut, mais en laissant après lui des symptômes bien plus alarmans, pour lesquels elle se décida à réclamer les soins d'un médecin.

Il s'agissait d'une contorsion de la bouche du côté droit, qui était surtout sensible lorsque la malade parlait ; la parole même fut un peu embarrassée, et les paupières du même côté avaient perdu la faculté de se mouvoir. On employa les antiphlogistiques, les vésicatoires, les frictions ammoniacales ; mais la maladie ne faisait qu'empirer ; la vue de l'œil droit baissait sensiblement ; la contorsion de la bouche augmentait, et la malade, très inquiète sur sa position, vint me consulter vers la fin du mois d'août dernier. Voici l'état dans lequel je l'ai vue pour la première fois :

Abaissement considérable du coin droit de la bouche ; perte du mouvement dans toute la joue du même côté ; grande difficulté à parler ; la voix dans son état normal, le sens du goût également. La vue sensiblement plus faible que du côté gauche ; la malade voulant fixer les objets, est obligée de cacher l'œil droit pour ne se servir que de l'œil gauche. La contraction de la pupille très peu marquée, parfois même nulle du côté malade ; les paupières incapables d'aucun mouvement, la malade est obligée d'employer ses doigts pour les ouvrir ou les fermer. L'ouïe dans son état normal, à l'exception de quelques tintemens dans l'oreille droite qui arrivent de temps à autre. Céphalalgie obtuse datant du commencement de l'accident. La sensibilité est conservée dans tout le côté malade. Les règles n'ont point paru depuis deux mois. La malade déclare, en outre, éprouver très souvent des dérangemens dans la menstruation, elle perd ordinairement très peu de sang ; ce sang est pâle et très liquide ; les retards sont quelquefois de deux et trois mois, sans être accompagnés d'aucun phénomène marqué, à l'exception de quelques douleurs de tête, auxquelles elle est du reste sujette depuis long-temps. Elle a ordinairement des flueurs blanches assez abondantes qui précèdent et suivent chaque apparition des menstrues.

Une application de sangsues en petit nombre, à la partie supérieure et interne des cuisses, provoque une évacuation de menstrues qui dure un jour à peine et est très peu abondante. Quoi qu'il en soit, la malade éprouve un peu de soulagement dans ses douleurs de tête, mais les symptômes de la paralysie faciale n'éprouvent aucun amendement ; au contraire, la faiblesse de l'œil droit augmente tous les jours. L'œil, constamment ouvert et sec, devient le siége d'une grande irritation ; la conjonctive est rouge et fortement injectée. Je conseille l'emploi du galvanisme ; mais avant de recourir à ce traitement, dans lequel la malade a très peu de confiance, je demande une consultation. On se décide à aller trouver M. Magendie qui, confirmant mes conseils, emploie immédiatement l'appareil électro-magnétique de Clarc, qui produit des contractions bien prononcées. La malade, sentant sa joue et ses paupières se remuer, espère beaucoup de ce moyen et consent à se laisser pratiquer l'acupuncture. A la seconde séance, deux aiguilles furent introduites, dont une sur le trajet de la branche temporo-faciale à son passage sur le condyle maxillaire, et l'autre dans un de ses rameaux buccaux ; le courant électrique produit alors des contractions très violentes ; tout ce côté de la figure est en mouvement ; la face devient rouge-pourpre, une sueur abondante couvre le front et la joue ; les larmes remplissent l'œil malade, et la narine droite laisse écouler une grande quantité de mucosités.

Dans les séances suivantes, j'introduis les aiguilles dans le nerf sus-orbitaire, dans plusieurs rameaux que le nerf facial envoie aux lèvres, dans le nerf mentonnier et dans le temporo-facial. Je n'introduis que deux ou trois aiguilles chaque fois, et je me sers d'une pile galvanique ordinaire à vingt-cinq paires ; mais la malade ne pouvant, dans le commencement, supporter l'action de la pile tout entière, je commence par douze paires, ayant soin d'en augmenter le nombre toutes les deux ou trois séances, qui ont lieu tous les deux jours.

Ce traitement, conjointement avec des soins hygiéniques appropriés à l'état de la malade, a duré en tout six semaines à peu près. Pendant ce temps nous sommes revenus sur une application de sangsues à l'époque menstruelle, avec des effets analogues à ceux de la première application. Nous avons été obligés de suspendre l'électro-puncture pendant une dixaine de jours, à cause d'un gonflement de la face et d'une irritation autour des points où se trouvaient les piqûres ; mais ce petit accident a cédé promptement à l'usage de quelques émolliens. L'amélioration était évidente dès les premières séances, et allait toujours en croissant ; c'est l'angle de la bouche qui s'en est ressenti le premier. L'amélioration de la vue nous donnait surtout le droit de persister dans la voie que nous nous sommes proposé de suivre.

La grande docilité et la patience de la malade ont été enfin couronnée d'un succès complet, et il y a plus de six mois que la guérison ne s'est point démentie. Nous croyons devoir publier ce fait, pour engager nos confrères à essayer quelquefois l'action puissante de l'électricité lorsqu'ils auront affaire à des affections nerveuses de ce genre, si souvent rebelles à une foule de moyens.

Paris, le 8 juin 1840. Dr LUBANSKI.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

Un concours pour quatre places de médecins d'aliénés suppléans à la Salpêtrière et à Bicêtre a été ouvert dernièrement à la demande de l'administration des hôpitaux. Je me suis présenté pour me faire inscrire comme concurrent : on m'a opposé ma position de chef d'établissement privé, et on m'a fait connaître la décision du conseil-général à cet égard. Je me suis adressé aussitôt à MM. les administrateurs en leur faisant observer que j'avais entre les mains une lettre datée du 5 février 1836, dans laquelle le secrétaire-général me disait : « Qu'un concours devant s'ouvrir prochainement, il m'engageait à m'y présenter, que je serais sur un terrain bien battu par moi, etc. » Telles sont les expressions de la lettre.

Malgré mes instances, j'ai reçu une nouvelle lettre, en date du 2 avril 1840, par laquelle on me demande de prendre l'engagement, en cas de réussite au concours, de résider dans l'établissement où je serai nommé, et de renoncer à l'exploitation de la maison de santé que je dirige depuis long-temps.

Vous pensez bien, M. le rédacteur, que je n'ai pu adhérer à de pareilles propositions, et que j'ai dû renoncer à une place que je désirais bien vivement obtenir, mais que je ne devais avoir qu'au prix d'un sacrifice que je ne puis faire.

Je vous prie, en conséquence de tout ce qui s'est passé, de vouloir bien donner une place dans votre journal à la présente lettre, afin de faire connaître la contradiction formelle dans laquelle on s'est placé à mon égard, en m'engageant d'abord à concourir, et en m'en ôtant ensuite la possibilité.

Vos lecteurs, nos confrères, se demanderont peut-être pourquoi d'autres médecins, chefs d'établissemens privés, comme moi, ont été admis sans concours à des places de médecins titulaires ; ils apprécieront et jugeront si mes droits ne valaient pas les leurs.

Agréez, etc. BELHOMME.

— Le concours pour quatre places de médecins-adjoints dans les hospices et de la Salpêtrière, division des aliénés, est commencé depuis quelques jours. La première épreuve est terminée.

Les concurrens sont MM. Trélat, Baillarget, Moreau, Archambault, Delassiove et Giraud.

Les juges sont : MM. Leuret, Voisin, Louis, Bouillaud, Girardin, Manec, Bérad jeune ; M. Mitivié, suppléant.

Nous ferons connaître le résultat de ce concours.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 30 JUIN 1840. (13e ANNÉE.) N° 77, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger. 1 an, 5..

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Amputation de la cuisse chez un jeune homme âgé de vingt-trois ans pour une tumeur blanche de l'articulation fémoro-tibiale. Hémorrhagie constante jusqu'à la mort du sujet. Phlébite et oblitération de la fémorale, de l'iliaque externe et primitive par du pus et des caillots sanguins, reconnue seulement après la mort. Par M. Demarquay, élève des hôpitaux.

Godard est un jeune homme des environs d'Auxerre, d'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatique, affecté depuis six ans d'une maladie de l'articulation fémoro-tibiale droite. A cette époque, il fit une chute violente sur cette région : un gonflement énorme se manifesta, et ce ne fut que deux mois après que ce malheureux jeune homme put se servir de sa jambe. Toutefois, il ne guérit point complètement de cette affection ; il resta toujours un gonflement notable de cette partie, qui augmentait à la moindre fatigue.

Deux ans après cette cette chute, le jeune Godard reçut un coup de pied de cheval dans le genou non encore complètement guérit Cet accident fut encore la source de nouvelles douleurs et d'augmentation de volume de la partie. Enfin, il y a dix mois, s'étant fatigué dans un incendie, il vit sa maladie faire des progrès tels, que dès-lors il lui fut presque impossible de se servir de sa jambe ; et son articulation, qui jusqu'alors n'avait été que volumineuse, changea de forme, et offrit des saillies tout à fait anormales.

Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, Salle Sainte-Agnès, 34, le 1er mai dernier, Godard présentait un genou très volumineux, dont les formes étaient notablement altérées ; plusieurs saillies assez considérables, mais molles, s'y faisaient remarquer à la partie interne, et beaucoup de liquide se trouve épanché dans l'articulation. La rotule se trouvait très éloigné des condyles du fémur. Les sangsues, les résolutifs et le bandage dextriné ont été tour à tour employés sans succès. L'amputation fut alors proposée et pratiquée le 30 mai.

Arrêtons-nous un instant à l'examen des parties amputées. L'articulation renfermait une assez grande quantité de pus ; les cartilages articulaires étaient érodés dans une grande partie de leur étendue ; les os eux-mêmes, dénudés dans certains points, étaient cariés. Les ligamens inter-articulaires avaient éprouvé une altération notable de leurs tissus ; ils étaient ramollis et ulcérés. La capsule synoviale était fongueuse et se prolongeait d'une manière bien évidente, non point sur les cartilages articulaires comme bon nombre d'anatomistes le pensent, mais bien entre ces cartilages et les os, ainsi que M. Blandin l'a montré. Sur cette pièce, en effet, si on venait à détacher, ce qui était facile, les cartilages articulaires à la circonférence de l'articulation, on trouvait au-dessous de ces derniers une membrane tomenteuse qui s'enlevait avec facilité, et se continuait évidemment avec la capsule.

Le lendemain de l'opération, c'est-à-dire le 31 mai, M. Blandin lève le premier appareil, comme il fait d'ailleurs depuis un an avec succès. Une hémorrhagie assez abondante s'est produite pendant la nuit. On fait la ligature d'un petit vaisseau, et on réunit les lèvres de la plaie. Le malade souffre dans le ventre et dans le moignon ; il éprouve de la peine à rendre ses urines ; sa langue est blanche ; la fièvre traumatique est assez intense. Une potion calmante est prescrite, ainsi qu'une infusion de tilleul et de fleurs d'orangers.

Les huit premiers jours qui suivirent l'opération, le malade se plaignit de souffrir dans son moignon et dans le ventre ; les ganglions de l'aine du côté amputé s'engorgèrent Une application de 30 sangsues fut faite sur le lieu douloureux. La fièvre se maintint toujours au même degré ; chaque matin les pièces du pansement étaient souillées par une sérosité sanguinolente qui s'écoulait à travers les lèvres de la plaie, et qui remplaçait la suppuration qui aurait dû exister à cette époque de la maladie.

Vers le huitième ou dixième jour de l'opération, les symptômes généraux se calmèrent ; le pouls cependant resta toujours fréquent ; la soif était moins vive ; le malade ne se plaignit plus de souffrir comme auparavant, il prenait avec plaisir le bouillon qui lui était donné : tout, en un mot, pouvait faire espérer une guérison prochaine, bien qu'il s'écoulât chaque jour de la plaie, incomplètement réunie, un liquide sanguinolent en assez grande abondance. Notons encore que le moignon était tuméfié, mais qu'aucune veine superficielle ne se faisait remarquer.

Mais, le moignon coupé longitudinalement, on découvre la membrane médullaire de l'os énormément développé et faisant saillie sous forme de champignon dans une cavité formée par les lèvres du moignon réunies seulement à leur circonférence. Le périoste était détaché de l'os et présentait à son extrémité des espèces de stalactites osseuses. L'artère du membre amputé n'offrait rien de particulier ; la veine fémorale, au contraire, était pleine de pus, lequel, dans certains endroits, était presque solide et affectait la forme du vaisseau. Nous n'avons trouvé dans la fémorale profonde que du sang liquide. L'iliaque externe et l'iliaque primitive étaient également remplies du même liquide cité ci-dessus. La veine iliaque interne, ou hypogastrique, ne présentait aucune trace d'inflammation à l'endroit où la veine iliaque primitive vient se jeter dans la veine cave inférieure. Il existait un caillot sanguin volumineux qui s'opposait à l'entraînement du pus dans le torrent circulatoire.

— Cette observation nous a paru intéressante sous le point de vue de l'hémorrhagie constante à laquelle notre malheureux jeune homme fut en proie pendant les vingt jours qui suivirent l'opération. La cause de cette affection résidait sans doute dans l'obstacle apporté à la circulation veineuse par le moyen des caillots sanguins dont nous avous parlé il n'y a qu'un instant. La phlébite si grave dont notre amputé fut pris n'amena aucune de ces lésions que l'on remarque si souvent dans les organes parenchymateux à la suite de cette affection. Il faut, sans contredit pour expliquer ce fait, admettre que ces mêmes caillots s'apposaient au retour du sang veineux, empêchaient également l'entraînement du pus ; dès lors la maladie fut circonscrite, et resta toujours maladie locale, et ne produisit aucun symptôme d'infection purulente. L'inflammation veineuse pouvait-elle être reconnue pendant la vie du sujet ? La chose nous paraît douteuse. En effet, les douleurs du moignon, de l'aine et du ventre sont chose commune dans les cas de grandes amputations. Mais si un cas analogue se reproduisait avec une élévation continuelle du pouls, et une hémorrhagie aussi tenace, ne serait-on pas en droit, sinon de diagnostiquer une phlébite avec oblitération de la veine, du moins un obstacle apporté à la circulation veineuse. Nous terminons là nos réflexions, et nous laissons aux plus habiles le soin de tirer toutes les déductions possibles des faits de la nature de ceux-là.

Dans la nuit du 16 juin une hémorrhagie eut lieu. M. Blandin supposa qu'elle était veineuse. Une légère compression fut établie dans l'intérieur de la plaie au moyen d'une éponge fixée au moyen d'un fil à l'extérieur. Du reste, le malade se trouve assez bien.

Le 17, quoique moins abondante, l'hémorrhagie a continué. Même pansement et même état que la veille.

Enfin, le 18 le malade est tombé tout à coup sans connaissance ; ses yeux sont cachés par les paupières supérieures ; les pupilles sont dilatées ; point de contracture. La respiration est fréquente ; le pouls irrégulier, mais développé ; le moignon et l'appareil sont baignés de sérosité mêlée de sang. Trente sangsues sont appliquées dans la région mastoïdienne ; des synapismes aux membres. Mort dans la journée.

Autopsie, trentesix heures après la mort.

Le cerveau avait la consistance normale ; la quantité de sérosité était plus considérable que d'habitude ; la substance grise du corps strié et de la couche optique avait une teinte ardoisée des plus marquée ; les poumons présentèrent à leur partie postérieure un certain degré d'engouement ; le cœur, le foie, la rate, les reins et les intestinns ne présentent rien de notable.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Hernie ombilicale. Tympanite. Rétrécissement remarquable de l'intestin grêle.

Je donne ici en peu de mots une observation qui me semble digne d'intérêt sous le point de vue de l'anatomie pathologique.

Le nommé Jean, ouvrier, de constitution faible, âgé de trente ans environ, est entré dans nos salles pour des symptômes peu intenses d'étranglement herniaire. Il porte à l'ombilic une petite hernie du volume d'une grosse noix, dont la date d'apparition est incertaine. La réduction de la tumeur fut très facile, et il fut très facile aussi de maintenir les parties herniées au moyen d'un simple bandage de corps, sou même sans bandage, par le simple repos dans la position horizontale. Cependant, contre notre attente, l'état du malade restait à peu près le même ; il était pâle, faible, se présentait rarement à la garderobe, et ressentait quelques légères douleurs abdominales.

Après six ou huit jours de cet état douteux, il se plaignit de nausées et de vomissemens : rien n'était changé du côté de la hernie, mais la paroi abdominale commençait à devenir saillante et comme bosselée dans l'étendue d'une bande répondant assez bien aux muscles droits.

Cette disposition n'a pas tardé à se généraliser ; toute la paroi abdominale antérieure faisait une énorme saillie, et traduisait au-dehors des circonvolutions intestinales énormément dilatées. Presque partout la percussion provoquait la résonnance tympanique ; à des intervalles irréguliers des gargouillemens se faisaient entendre, et il survenait dee mouvemens très sensibles et de haut en bas dans les circonvolutions apparentes. En un mot, c'était une tympanite avec tous les symptômes ordinaires ; mais quelle en était la cause ? Rien vers la hernie, rien dans le rectum, aussi haut que pouvait atteindre le doigt ; nulle douleur péritonéale ni spontanée, ni sous l'influence de la pression. Il fallut faire la guerre aux symptômes. Une application de sangsues fut sans résultat ; on recouvrit le ventre de glace continuellement renouvelée ; des lavemens purgatifs, puis avec la décoction de tête de camomille, furent administrés deux ou trois fois par jour. Dans le cours de ce traitement, qui a duré dix jours, quelques selles ont eu lieu d'abord, très peu abondantes, avec expulsion de gaz ; les vomissemens ont cessé, mais le ventre n'a commencé à se détuméfier que trois ou quatre jours avant la mort, et n'a perdu complètement sa forme anormale que vingt-quatre heures avant. A la même époque, le malade a présenté plus que jamais de la prostration, de la petitesse du pouls, un état comme typhoïque. Enfin il est mort ; je dirai il s'est éteint, sans présenter aucun symptôme de réaction.

Autopsie. La cavité abdominale m'ayant présenté seule quelque chose à noter, je ne parlerai que d'elle. Son aspect extérieur est resté ce qu'il était dans les derniers momens de la vie. A l'incision des parois il s'écoule deux onces au plus d'un liquide séreux. A la première vue, il semble que l'intestin grêle remplit à lui seul toute la capacité du ventre de ses circonvolutions énormément dilatées. Avec plus d'attention, et en détruisant des adhérences péritonéales très anciennes, à en juger par leur résistance, on retrouve l'estomac, la rate, le gros intestin, refoulés contre les parois abdominales, ratatinés et comme revenus sur eux-mêmes, sans présenter d'ailleurs rien d'anormal, si se n'est une coloration bleu foncé de toute la muqueuse grstrique, sans aucun changement dans la consistance ni dans l'épaisseur de cette membrane. Cette teinte veineuse, disposée par larges plaques irrégulières dans l'estomac, se retrouve sur toutes les circonvolutions intestinales, formant une bande uniforme de plusieurs lignes de large dans toute l'étendue de leur bord convexe. La muqueuse de ces intestins est également partout d'une teinte bleuâtre, mais beaucoup moins foncée. La dilatation de l'intestin grêle est à son maximum dès la fin du duodénum ; elle cesse brusquement au cœcum. Elle a donné à cette partie du tube digestif quatre fois au moins son volume ordinaire. Quand on y pratique une ponction, des gaz d'une odeur alliacée s'en échappent avec sifflement ; quand on l'ouvre, il en découle une énorme quantité de matières fécales demi-liquides, pâles et peu odorantes. Jusque-là, rien ne pouvait faire remonter à la cause déterminante ; nous la trouvâmes à la fin de l'iléon. Dans une étendue de huit à dix pouces, la cavité de cet intestin était traversée par des sortes de diaphragmes incomplets dus à un développement considérable des valvules conniventes. Celles-ci laissaient persister seulement une filière étroite et sinueuse, bien insuffisante pour la circulation des matières ; car avec de fortes pressions on parvenait à peine à faire passer quelques gaz de l'iléon dans le cœcum.

Du reste, nulle altération organique, rien qu'un énorme développement selon toutes les dimensions. Cette disposition se terminait brusquement à l'insertion sur le cœcum, et existait seulement encore dans les valvules de Bauhins, plus épaisses et plus larges qu'à l'ordinaire ; elle se perdait progressivement en remontant vers la partie supérieure de l'intestin. Le colon, moitié moins gros qu'à l'ordinaire, contenait une petite quantité de matières fécales du même aspect que celles de l'intestin grêle. L'estomac ne renfermait qu'un liquide grumeleux, blanchâtre. Enfin, j'ajouterai que la petite hernie mentionnée dans l'observation n'avait laissé de trace sur aucune partie du tube digestif, que le sac en existait encore complètement tapissée par le péritoine, qu'il s'était fait jour au dehors sur le point même de la cicatrice ombilicale, apparente encore à la peau sur son sommet ; enfin que les artères ombilicales écartées étaient irrégulièrement disposées sur les côtés de l'ouverture abdominale du sac, divisées en plusieurs branches, qui passaient sans régularité de droite à gauche, et *vice versâ*.

Je regrette de n'avoir pu recueillir les antécédens de ce malade intéressant. Comment se faisait la circulation abdominale avant son entrée à l'hôpital ? Son état de maigreur et de pâleur semblait indiquer des souffrances anciennes. Avait-il, à une époque antécédente, éprouvé quelqu'inflammation dans l'abdomen ? J'ai seulement retrouvé quelques vestiges d'une ancienne péritonite ; mais d'ailleurs il n'y avait nulle trace d'une inflammation intestinale, ni ancienne, ni récente ; et la coloration déjà mentionnée de l'estomac et de la plus grande partie du tube digestif, doit sans doute être attribuée soit à un effet cadavérique, soit peut-être à un empoisonnement par absorption des gas emprisonnés dans l'intestin Je n'émets ce doute

qu'en hésitant et en rappelant que les derniers momens du malade pourraient faire naître aussi l'idée d'un empoisonnement par absorption. V. Baud.

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

Conférences cliniques de 1839.

(Suite du n° 67.)

Méningite avec épanchement séreux, précédé d'un délire maniaque.

Un tambour de la garde nationale, âgé d'une cinquantaine d'années, qui avait été aliéné et traité à Bicêtre, fut conduit à l'hôpital le 14 octobre; il parlait haut, sans suite dans ses réponses; son regard était animé, ses gestes brusques, menaçans; et comme il n'avait ni fièvre ni chaleur à la peau, on pensa qu'il avait un nouvel accès de folie. On lui prescrivit une saignée, qui ne put être faite à cause des mouvemens désordonnés auxquels il se livrait; cette saignée fut remplacée par une forte application de sangsues. On se disposait à l'évacuer sur Bicêtre, parce qu'il troublait le repos des autres malades, lorsqu'il tomba dans un profond assoupissement. De forts excitans dérivatifs furent inutilement employés pour faire cesser cet état qui se prolongea toute la nuit. Le lendemain, il fut impossible d'avoir aucune réponse du malade; les paupières étaient fermées, les pupilles larges et immobiles; il y avait insensibilité complète. Il mourut dans la journée.

A l'ouverture du corps, on trouva la face supérieure du cerveau recouverte par une exsudation gélatineuse de l'arachnoïde; la membrane était fortement épaissie, compacte, adhérente en tout point à la pie-mère et aux circonvolutions cérébrales. La substance du cerveau était injectée, sablée; il en suintait de toutes parts des gouttelettes de sang; une grande quantité de sérosité s'était épanchée dans les ventricules et dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien. Il est à présumer que le malade délirait depuis plusieurs jours lorsqu'il entra à l'hôpital. On y faisait sans doute peu d'attention, parce qu'il avait déjà été aliéné. Toutefois, si l'on considère le peu de temps qui s'est écoulé entre l'état d'agitation auquel se livrait le malade avec toute la force de ses membres et la mort; si l'on prend en même temps en considération, ajoutait M. Bricheteau, l'énergie et l'efficacité des moyens qui ont été employés, on sera conduit à placer cette maladie au nombre de celles dont le début est violent, insidieux, et dont il est impossible d'arrêter la marche. Rien ne ressemblait mieux à une folie que l'état de délire sans fièvre de ce tambour d'ailleurs déjà traité pour cette maladie; et cependant, la manie était ici accompagnée d'une méningite aiguë. C'est un beau cas en faveur de ceux qui veulent que l'aliénation mentale dépende d'une lésion physique de l'encéphale.

La conclusion que je tire de ce fait, et de trois ou quatre autres semblables que j'ai observés, c'est qu'il faut être en garde contre les délires qui ont une apparence maniaque, qu'il faut à tout événement les traiter vigoureusement pour n'avoir aucun reproche à se faire; que si on rencontre une inflammation des méninges, on aura rempli l'indication; si, au contraire, le délire est purement maniaque, le traitement approprié à la méningite aura pour effet de dégorger utilement le cerveau. Les recherches faites à Charenton par MM. Calmeil et Bayle (1) prouvent d'ailleurs que les lésions de membranes du cerveau produisent souvent la folie, que les deux maladies marchent souvent ensemble et s'influencent réciproquement. C'est, au reste, un résultat constant d'observation, que les manies chroniques se terminent souvent par une lésion organique de l'encéphale et de ses dépendances. Il y a déjà bien long-temps que mon excellent ami, M. Fabret, le médecin qui, après notre célèbre maître Esquirol, a le plus observé d'aliénés, a publié le programme d'un ouvrage dans lequel il doit être établi que chaque espèce d'aliénation correspondait à une lésion de l'encéphale (2).

M. Bricheteau nous a quelquefois entretenu des successions des maladies et des transformations morbides, sujet très curieux qui a été traité par un des médecins les plus ingénieux du siècle dernier (3). Sans admettre les transports et les rétropulsions humorales, les métastases dans la rigueur de l'expression, il est impossible de ne pas être frappé de la disparition prompte de certaines affections, et de l'apparition simultanée de quelques autres; il faut de toute nécessité admettre que, dans des cas semblables, il y a autre chose qu'une coïncidence fortuite, qu'une succession pure et simple de phénomènes morbides. Le fait suivant a paru digne d'être consigné ici comme un exemple de transformation nosologique.

Une femme de cinquante-deux ans, domestique, entra à l'hôpital le 21 novembre 1839; elle présenta d'abord quelques symptômes gastriques et typhoïdes qui parurent s'aggraver par l'apparition d'une parotide du côté droit. Des cataplasmes furent appliqués sur cette parotide qui, deux jours après, fit tout-à-coup place à un érysipèle, bientôt étendu à toute la figure, et qui semblait devoir envahir le tronc. La fièvre était vive, la langue sèche, la soif intense. On fit sur la figure, deux fois par jour, des frictions avec 8 grammes d'onguent napolitain. L'érysipèle ne tarda pas à diminuer; la langue s'humecta, la fièvre céda, et le 25 novembre au matin, quarante-huit heures après l'invasion de l'érysipèle, nous fûmes très surpris de remarquer dans le crachoir de la malade une expectoration puriforme, abondante, nummulaire; l'auscultation et la découverte du râle muqueux et sibilant dans la poitrine nous donnèrent le certitude qu'un catarrhe pulmonaire s'était développé brusquement lors de la cessation de l'érysipèle, comme les symptômes typhoïdes avaient fait place à l'érysipèle. Ce catharrhe était d'ailleurs sans toux, et était arrivé à la période de coction sans passer par celle de crudité.

Cirrhose du foie; hypertrophie de la rate.

Un tisserand, âgé de vingt-six ans, né dans le département des Vosges, venu à Paris pour se faire traiter d'une maladie chronique très ancienne, entra pour la première fois à l'hôpital le 26 octobre, en sortit le 27 novembre pour y rentrer quelques jours après. Ce malade avait la peau d'une teinte jaune foncé, telle qu'on l'observe chez ceux qui sont atteints d'un *ictère noir*. La figure était bouffie et avait le caractère grippé particulier aux malades de l'abdomen. Ce malade, qui avait eu autrefois des fièvres intermittentes, portait dans le flanc gauche une rate énorme qui débordait beaucoup les côtes; de l'autre côté on sentait le foie durci et engorgé, qui faisait saillie et paraissait augmenté de volume, une certaine quantité de sérosités était épanchée dans l'abdomen. Ce jeune homme, d'une intelligence très bornée et qui donnait des détails contradictoires sur ses antécédens, était d'une constitution faible, et avait des signes évidens de rachitis. Quoiqu'il fût d'un grand appétit, qu'il digérât très bien, il était sans force et d'un aspect tout à fait cachectique. De l'eau de Vichi, du sulfate de quinine, lui furent inutilement administrés pendant le premier mois de son séjour à l'hôpital. Il voulut sortir, puis rentra bientôt après (le 1er septembre). Il vécut encore vingt jours, sans qu'il survînt aucun changement dans son état; restant au lit et mangeant avidement les trois quarts de portion. Il mourut presque subitement le 21 décembre.

A l'autopsie on trouva le foie atteint de la lésion nommée *cirrhose*; la substance de ce viscère était grossièrement grenue, parsemée de jaune et de rose, et dans laquelle cependant le jaune prédominait d'une manière notable. Le tissu hépatique ressemblait parfaitement à du stuc ou bien à des fragmens de marbre commun de même couleur, irrégulièrement nuancé, reflétant la nuance dite *cuir de botte*; il était là et là séparé par des bourgeons celluleux infiltrés de sérosité jaunâtre, semblables à ceux de l'anasarque sous cutané. Le volume du foie était d'ailleurs peu augmenté; il n'y avait ni congestion ni infiltration sanguine; aucun calcul biliaire n'existait dans la vésicule du fiel, qui était à l'état normal et contenait toutefois une bile séreuse et presque limpide. Tous les tissus, à l'exception des os, des tendons et des cartilages, étaient colorés en jaune foncé; les liquides, comme la salive, les urines, les mucosités intestinales, la sérosité épanchée, avaient la même couleur. L'abdomen contenait une petite quantité de sérosité jaunâtre; la rate était hypertrophiée; son tissu dense contenait un sang noir intimement confondu avec le parenchyme; quelques portions ressemblaient assez bien à de la pneumonie ou hépatisation chronique.

L'estomac avait acquis une grande dimension; la membrane muqueuse intestinale était saine; le péricarde contenait environ 60 grammes de sérosité; le poumon n'offrait qu'un engorgement hypostatique. L'étude longue et attentive qu'on fit du parenchyme du foie fit oublier l'ouverture de la tête.

La cirrhose du foie, décrite par Laënnec depuis déjà très long-temps, est pourtant une altération assez peu connue, cet auteur la considéra comme un produit de nouvelle formation, une production organique; d'autres y ont vu le résultat d'une phlegmasie chronique de la substance du foie, qui avait commencé par une congestion. M. Andral a rattaché la cirrhose à une hypertrophie de la substance blanche ou sécrétante de l'organe hépatique. M. Cruveilhier pense que cette altération consiste dans l'atrophie du plus grand nombre des granulations du foie, et que les granulations restantes s'hypertrophient comme pour suppléer à celles qui sont atrophiées. M. Bricht a rapproché cette altération de celle des reins dans l'albuminurie, et les a considérées comme cause d'hydropisie. M. Bostock, pense que toujours la bile est altérée dans cette, et, quant à nous, a dit M. Bricheteau, nous n'avons aucune idée arretée sur la cirrhose.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DU COEUR; PAR M. GENDRIN.

(Recueillies par MM. E. Colson et E. Dubreuil-Hélion.)

(Suite du n° 67.)

Cette objection appartient à Carson; elle est fondée. Lorsqu'un fluide est poussé dans un tube flexible et élastique déjà plein, la force impulsive du fluide se répartit sur toute la surface interne du tube; si le tube est cylindrique et droit, la répartition de la force impulsive se faisant également sur tous les points, le tube est également dilaté; s'il est parfaitement élastique, il augmente de longueur et de largeur; si le tube élastique et flexible dans lequel se fait une projection de liquide est courbe, la surface qui correspond à la convexité de la courbe étant plus étendue que celle qui correspond à sa concavité, éprouve à un plus haut degré l'influence de la pression transmise par le fluide qui vient s'ajouter à la masse déjà contenue dans le tube, puisque cette pression s'exerce en raison de l'air de la surface interne du tube. La courbure, loin de diminuer, doit donc augmenter par le fait de la propulsion du sang dans l'aorte; cela arrive ainsi dans toutes les grosses artères. Il y a long-temps que Lamure a signalé ce fait, que les courbures artérielles s'allongent et se prononcent davantage par l'introduction du sang dans leur cavité, sous l'influence de l'action du cœur. Nous n'admettons donc pas avec Sénac, que ce soit par le redressement des courbures de l'artère pulmonaire, et surtout de l'aorte, que le cœur est projeté en avant et vient heurter par son extrémité la paroi antérieure du thorax; nous objectons d'ailleurs avec Haller, à cette opinion, que chez des animaux qui n'ont point de courbure aux artères qui naissent du cœur, par exemple, dans le poulet et sur les grenouilles, le cœur est projeté en avant à chaque systole. Suivant nous, la projection du sang dans l'aorte à chaque systole du cœur ne détermine pas la projection du cœur en avant par le redressement de la courbure de l'aorte, mais elle n'en concourt pas moins à la production du choc du cœur contre la paroi thoracique: c'est par un tout autre mode d'action. L'introduction subite et forcée du sang dans les tubes élastiques des artères déjà remplies, détermine l'élongation et la dilatation de ces tubes. Nous venons de rappeler sur ce fait, qu'on peut même regarder *à priori* comme incontestable, l'opinion de Lamure; nous pourrions invoquer les observations et les expériences de Spallanzani, de Hastings, d'OEsterreicher, de Poiseuille: c'est un fait aujourd'hui admis par tous les physiologistes, qu'on peut d'ailleurs constater tous les jours. En examinant le trajet de l'artère brachiale chez certains vieillards maigres, on voit cette artère sous la peau, s'allonger et se courber à chaque battement du pouls sous l'influence de l'arrivée de la colonne de sang dans sa cavité. C'est par suite d'une semblable élongation, que l'aorte et l'artère pulmonaire concourent au choc du cœur contre la paroi antérieure de la poitrine. Ces grosses artères sont fixées supérieurement à leurs divisions, elles sont libres inférieurement; leur élongation par suite de l'arrivée du sang dans leur cavité ne se fait sentir qu'en bas, du côté du cœur qu'elles suspendent. Cet organe s'abaisse ainsi, à chaque systole, de toute l'augmentation de longueur des grosses artères qui lui servent de pédicule; il glisse sur le plancher qui lui fournit immédiatement le péricarde et médiatement le centre phrénique. Nous admettons donc à chaque systole un mouvement d'abaissement de totalité du cœur, et par suite rapprochement de son extrémité des parois thoraciques; ce mouvement, qui a pour effet d'appuyer la pointe du cœur de haut en bas et de dedans en dehors sur la surface interne des parois du thorax, peut se constater dans des cas d'hypertrophie du cœur chez des sujets maigres; il concourt, sans en être la cause immédiate, à la production de l'impulsion progressive qui appartient, comme phénomène secondaire, à certaines maladies des parois du cœur.

Le redressement de l'aorte, s'il se produisait dans la systole du cœur, comme le supposait Sénac, ne produirait pas le choc du cœur contre les parois thoraciques, ainsi qu'il s'accomplit. Le redressement de l'aorte rapprocherait d'abord de la paroi de la poitrine la base du cœur et non la pointe; ce ne pourrait être que secondairement, et en quelque sorte par contre-coup, que la pointe du cœur viendrait heurter les parois du thorax, dont elle est plus éloignée que la base au moment où s'accomplit la systole des ventricules.

Senac attribuait encore le choc du cœur sur les parois thoraciques au reflux d'une certaine quantité de sang du ventricule gauche dans la cavité de l'oreillette gauche, par suite de la contraction du ventricule. Il est certain que lorsque le ventricule se contracte, la valvule mitrale est refoulée par la masse de sang contenue dans le ventricule vers l'orifice auriculo-ventriculaire; il en résulte nécessairement, que la portion du sang contenue derrière la valvule est refoulée rapidement vers l'oreillette, et vient ainsi augmenter tout d'un coup la masse de sang contenue dans cette dernière cavité. L'oreillette gauche est placée entre le corps de la quatrième et cinquième vertèbre dorsale; elle trouve là un point d'appui solide. Si une certaine quantité de sang est repoussée dans la cavité de l'oreillette, et vient accroître la masse de sang qui s'y trouve déjà, elle se distend subitement, et pousse ainsi le cœur en avant de toute la force avec laquelle la systole du ventricule gauche agit sur le sang pour l'introduire dans l'oreillette. Nous n'hésitons pas à admettre cette action indirecte de la systole du ventricule gauche comme concourant à la production du choc du cœur ainsi projeté en avant, et par une sorte de contre-coup vers les parois du thorax; nous trouvons cette action motivée par la disposition des parties. La diminution notable de la force, et surtout de l'instantanéité du choc du cœur sur les parois de la poitrine, dans les cas d'induration et de soudure de la valvule mitrale qui rendent la récurrence du sang dans l'oreillette lente et difficile, nous fournit un argument tiré de l'état de maladie à l'appui de l'interprétation du mécanisme de l'état pathologique. La plus grande durée de l'impulsion systolique du cœur sur les parois du thorax quand un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire rend le reflux du sang du ventricule dans l'oreillette plus lent, explique et retient en même temps l'oreillette dans un état de distension, démontre encore la vérité de ce fait, que la distension de l'oreillette, par le volume insolite qu'elle

---

(1) De la paralysie chez les aliénés. — Traité des maladies du cerveau et de ses membranes.

(2) Bibliothèque médicale, 1824.

(3) Lorry, De morborum mutationibus et successionibus.

donne à cette cavité ; fournit un point d'appui à la base du cœur qui rapproche son extrémité libre des parois thoraciques. Hope tient aussi un grand compte de cette circonstance, quand il explique le choc du cœur par l'action systolique des ventricules réfléchie sur la masse de sang qui remplit les oreillettes par l'intermédiaire des valvules auriculo-ventriculaires pressées par la masse du sang qui se trouve dans les ventricules.

Le choc du cœur sur les parois du thorax est proportionné, pour la force avec laquelle il s'accomplit dans un cœur dont le jeu des valvules et les orifices sont à l'état normal, à la puissance musculaire des ventricules ; sa vitesse est en rapport immédiat avec celle des contractions des parois du cœur. Le choc du cœur nous fournit ainsi la mesure de la vitesse et de la puissance des contractions du cœur.

La contraction des ventricules du cœur, par les changemens qu'elle apporte à la forme du cœur et à ses rapports avec le sang qu'il contient, est la cause principale la plus puissante et la plus directe de l'impulsion systolique que cet organe imprime à la paroi antérieure du thorax.

Quand le cœur est distendu par le sang qui remplit ses cavités à l'état de diastole, il a atteint les limites extrêmes de son volume en conservant sa forme normale. Ses parois se contractent, à l'instant même les anses musculaires qui constituent leur structure tendent à se raccourcir sur tous les points sur le liquide contenu. A ce moment l'axe du cœur se raccourcit et ses diamètres transversaux augmentent pendant tout le temps très court que met la masse sanguine contenue à passer dans les grosses artères. Le cœur se rapproche ainsi, par un mouvement instantané et véritablement convulsif de la forme sphérique. Dans cet acte, les parois postérieures et basilaires du cœur, trouvant un appui solide sur le plancher formé par le corps des vertèbres et par le centre phrénique, résistent de point d'appui et serrent. Le cœur est ainsi projeté en avant et, par un véritable contrecoup, pendant que son extrémité, devenue plus grosse en devenant sphérique, frappe la paroi thoracique.

C'est là, selon nous, la véritable et principale cause du soulèvement instantané de la poitrine à chaque systole du cœur. L'allongement de l'aorte et de l'artère pulmonaire sous l'influence de la pénétration forcée du sang dans leur cavité, le reflux d'une certaine quantité de sang dans l'oreillette gauche et le contrecoup transmis médiatement par la pression du sang sur les valvules mitrale et tricuspide, sont les causes secondaires.

La disposition des fibres charnues du cœur suffit pour qu'on ne puisse pas douter que la contraction des ventricules détermine nécessairement le raccourcissement de l'organe. Son diamètre vertical se raccourcit et son diamètre transversal augmente. Les anatomistes anciens croyaient, sur l'autorité de Vésale, que le cœur s'allongeait dans la cystole ; Haller a réfuté cette erreur que personne ne partage aujourd'hui ; Tréviranus a montré que, dans la contraction instantanée du cœur, les contractions commencées simultanément au sommet et à la base se rencontrent au milieu de la hauteur de l'organe.

Le raccourcissement de l'axe du cœur dans la systole semble, au premier aperçu, difficile à concilier avec le choc de l'extrémité du cœur sur la paroi antérieure de la poitrine. Cette difficulté cesse quand on réfléchit à l'abaissement du cœur qui résulte de l'élongation des grosses artères quand le sang arrive dans leur cavité, abaissement qui compense l'effet du raccourcissement du cœur ; elle cesse quand on se rappelle que, par sa structure, le cœur a la plus grande masse de ses fibres comprises dans les parois du ventricule gauche, et que c'est vers la partie postérieure du côté du point d'appui solide du plancher inflexible du corps des vertèbres et du diaphragme que l'action musculaire est la plus énergique et que, par conséquent, se trouve la plus puissante action qui tend à donner à la partie médiane de la hauteur du cœur cette forme sphérique dont résulte à la fois et un soulèvement de la paroi antérieure de la poitrine et une véritable projection du cœur vers cette paroi antérieure ; elle cesse enfin quand on considère que la contraction instantanée du cœur qui le fait tendre à la forme sphérique et le retour à la forme conique, plus allongée même que celle que nous trouvons au cœur sur le cadavre et que celle du cœur à l'état de diastole, sont deux phénomènes si rapides et si rapprochés l'un de l'autre quoique successifs, que lorsque le dernier se fait l'extrémité du cœur vient à peine d'atteindre le contact, de la paroi thoracique, en sorte que l'on peut dire, en divisant en deux temps extrêmement courts la systole du cœur qu'elle se fait par le raccourcissement du cœur et se termine par son allongement qui est à son maximum quand les ventricules se sont vidés.

On perçoit l'impression exacte de ces deux temps de la systole du cœur en appliquant la main sur la région précordiale d'un sujet dont le cœur est dilaté et hypertrophié : choc est rapide et fort et se prolonge ensuite progressivement sous la main jusqu'à ce que le cœur étant vidé, l'axe du cœur ait atteint sa plus grande longueur par l'expulsion du sang des ventricules dans les artères. Après ce dernier temps, le cœur retombe et son extrémité abandonne la paroi thoracique qu'elle soulevait.

La systole des ventricules a pour effet de vider complètement ou à peu près leur cavité. Le cœur est alors rempli par la contraction des parois serrées sur les colonnes charnues. Ces colonnes, comme les parois du cœur lui-même, sont augmentées de volume, car la contraction d'un muscle a toujours pour effet d'augmenter le diamètre de son corps et de tous les faisceaux qui le forment.

Dès que le cœur s'est vidé du sang qu'il contenait, les valvules aortiques et pulmonaires s'abaissent et obstruent les artériels. Ces valvules sont d'une texture fibreuse; leur tissu est sinon fragile, au moins peu solide. Ces valvules supportent cependant l'action rétractile des artères et tout le poids du sang qu'elles contiennent. Elles doivent leur force par leur point d'appui sur le peu de sang qui reste dans les ventricules en contraction, quand le cœur se relâche et arrive par suite à l'état de diastole. Le sang qui arrive des oreillettes vient se placer sur les valvules artérielles, et leur fournit un appui d'autant plus solide que ce sang est toujours pressé par les parois des ventricules et par la colonne de sang qui arrive *à tergo* des oreillettes et des veines afférentes au cœur.

Troisième leçon.

Sommaire : Des bruits du cœur. — Opinions des auteurs sur la cause des bruits du cœur. — Durée totale de tous les actes du cœur. — Durée relative de chacun des actes du cœur.

Lorsqu'on applique l'oreille sur la région précordiale, on entend bien distinctement deux bruits, évidemment produits par les actes fonctionnels du cœur. Ces bruits se succèdent à des intervalles très rapprochés ; ils font sur l'ouïe l'impression des deux bruits de percussion qui résultent des échappemens successifs du balancier d'une pendule. Les intervalles de ces bruits sont alternativement courts et longs, de sorte que ces bruits semblent ainsi se lier, l'un comme phénomène initial, l'autre comme phénomène final, à un acte accompli en deux temps qui se renouvelleront de la même manière après un intervalle plus long que sa durée totale.

Le premier bruit du cœur coïncide avec le soulèvement des parois de la poitrine ; il se confond évidemment avec le choc du cœur sur les côtes ; il est tout à fait isochrone avec le moment initial des diastoles artérielles ; il répond par conséquent à la systole ventriculaire, il est sourd et prolongé.

Le deuxième bruit, plus court, plus clair, plus éclatant que le premier, lui succède presque immédiatement. Il n'est accompagné dans l'état normal d'aucune impulsion opérée sur les parois internes de la poitrine ; il termine l'acte de contraction des ventricules ; il limite ainsi le périsystole et correspond nécessairement à la pénétration du sang dans les cavités du cœur. Quand leurs parois se relâchent après la contraction, ce bruit diastolique, qui marque le moment initial du repos du cœur, est suivi d'un silence d'autant plus long que le cœur bat avec plus de lenteur.

Un grand nombre de théories ont été proposées pour expliquer les bruits normaux du cœur. Laënnec attribuait le premier bruit à la contraction des ventricules, et le deuxième à celle des oreillettes. Il admettait, comme vous le savez, que l'action des ventricules et celle des oreillettes se succèdent alternativement. Turner s'est élevé le premier contre cette opinion. Il suffirait de profiter des observations faites par Lancisi d'abord, et ensuite par Haller, pour voir qu'elle consacre une erreur. La contraction des oreillettes et celle des ventricules n'alternent pas; elles se succèdent, comme nous l'avons déjà établi ; de manière que l'action des oreillettes n'est, en réalité, que le premier temps de celle des ventricules. La structure même du cœur démontre l'impossibilité qu'il y a à ce que la masse de sang qui distend l'oreillette soit instantanément déplacée par la seule force de contraction de ses fibres : car les appendices auriculaires présentent seules des colonnes charnues prononcées; le reste de l'oreillette est, en grande partie, constitué par une membrane fibreuse non contractile, derrière laquelle se trouve une couche charnue dont l'action n'est pas même portée au point de rider notablement cette couche fibreuse, comme on le voit par l'aspect lisse et uni qu'elle présente. Les oreillettes du cœur ne se vident pas instantanément ; elles restent toujours pleines de sang. L'effet de leur contraction se borne à porter, pour ainsi dire, à son maximum la distension des ventricules par le sang. Si les oreillettes avaient une action contractile énergique et instantanée, comme celle des ventricules, elles rejetteraient nécessairement le sang en grande partie dans les grosses veines, qui arrivent dans leurs cavités plutôt que dans les ventricules déjà remplis et presque comblés par le sang qui s'est précipité dans leur cavité dès que leurs parois se sont relâchées à la fin de la cystole. Ce phénomène produirait une récurrence du sang dans les veines, qui serait appréciable par un diastole de ceux de ces gros vaisseaux afférens au cœur, qui sont situés de manière à devenir accessibles à l'observation. On aurait ainsi, dans l'état normal, une récurrence veineuse dans les jugulaires, et le mouvement de récurrence correspondrait au deuxième bruit du cœur. Cette récurrence n'existe point; elle ne se produit que dans quelques cas de maladie, et dans ce cas l'observation apprend que cette récurrence est isochrone à l'action contractile des ventricules, qu'elle arrive en même temps que le premier bruit ; elle le précède quelquefois, mais jamais elle ne survient avec le deuxième bruit.

Aux précédens argumens contre la contraction auriculaire considérée comme cause du deuxième bruit du cœur, et comme alternant avec la contraction des ventricules, on peut en ajouter un autre déduit de la structure même du cœur : deux parties qui sont sous l'influence d'un même appareil nerveux incitateur ont nécessairement une action commune qui peut s'accomplir successivement, mais jamais alternativement ; il n'est pas possible qu'un même appareil nerveux soit à la fois en action et en repos. Les deux bruits du cœur ne peuvent donc être produits, l'un par les phénomènes qui résultent de l'action des oreillettes, l'autre par ceux qui proviennent de la contraction des ventricules, puisque cette circonstance suppose une action alternative des ventricules et des oreillettes qui ne peut pas exister.

Williams attribue l'un et l'autre bruit du cœur à la systole et à ses effets. Le premier bruit serait, selon lui, l'effet direct de l'impulsion que la pointe du cœur exerce sur les parois thoraciques au moment de la systole ; le deuxième bruit résulterait des vibrations sonores imprimées aux valvules mitrale et triglochine, par l'action des ventricules sur la masse de sang qu'ils contiennent. Il n'est pas possible de séparer ainsi, comme en deux temps, les effets de la contraction des ventricules. Pendant que les ventricules, par la contraction de leurs parois, tendent à prendre une forme sphérique, et que l'extrémité du cœur se rapproche ainsi des parois thoraciques, ses fibres se pressent sur le sang qui y est contenu de manière à le pousser vers les orifices artériels. Tout cela se passe instantanément, comme convulsivement, et l'on n'y peut trouver la source de deux bruits distincts comme les deux bruits qui résultent de l'action du cœur, qui sont séparés par un silence marqué ; il faut ensuite reconnaître que la production du premier bruit par un effet du choc du cœur sur les parois du thorax n'est point admissible, en présence des faits qui prouvent que l'interposition d'un liquide dans le péricarde ou d'une couche pseudo-membraneuse ne fait pas cesser le bruit systolique, en présence des observations qui montrent que ce bruit n'est pas modifié par l'épaisseur et la structure des parois du thorax ; enfin en présence d'expériences authentiques faites par Turner et par Hope, par lesquelles il est démontré que les bruits du cœur persistent quand on a enlevé le sternum et les côtes, et par conséquent quand on a supprimé la condition indispensable pour qu'il se produise un bruit de choc. L'opinion de Williams n'est pas plus admissible, en ce qu'elle attribue le second bruit à la tension des valvules mitrale et triglochine. Il est bien vrai que la distension subite d'une membrane dans l'air occasionne des vibrations sonores ; mais Williams, en invoquant cette expérience, ne fait pas attention que c'est dans l'air que la distension subite d'une membrane produit ce résultat. La tension subite des valvules arrive dans le cœur, au milieu d'une masse de sang. Ce ne pourrait donc être que par les oscillations vibratiles imprimées à la masse du sang que le bruit serait occasionnée. Or, c'est là une explication d'un autre ordre que celle adoptée par Williams ; elle n'est pas dénuée de fondement, mais elle ne considère qu'une partie des phénomènes, en faisant exception d'une autre cause de vibrations sonores, de la principale cause, celle qui résulte du changement de forme de la masse de sang intra-ventriculaire sous l'influence de l'action contractile des ventricules.

Wollaston et Ermann ont remarqué que toutes les fois qu'un muscle entre en contraction, il se produit un bruit particulier ; c'est à ce phénomène qu'ils avaient attribué les bruits du cœur, et leur opinion a été appuyée par l'autorité de Laënnec. Mais alors, comment expliquer le bruit diastolique, qui répond au relâchement des ventricules? Il est certain d'ailleurs que le bruit sourd et comme murmurant des muscles qui entrent en contraction ne ressemble nullement aux bruits secs et comme de percussion que fait entendre le cœur.

D'autres physiologistes qui n'admettent comme preuve que des résultats toujours douteux et contestables des expériences sur les animaux, expliquent le premier bruit du cœur par la percussion de l'extrémité de cet organe sur les parois de la poitrine, et le deuxième bruit par la percussion de la base du cœur contre les parois de la poitrine. Pour ces physiologistes, le cœur exécute un mouvement de bascule qui porte d'abord sa pointe en avant, et ensuite sa base, produisant ainsi des percussions alternatives. Hope a ruiné cette théorie, en démontrant la persistance des bruits du cœur après l'ablation de la paroi antérieure du thorax ; de sorte qu'on ne saurait attribuer ni le premier bruit à l'impulsion de la pointe, ni le second à la percussion de la base du cœur contre cette paroi. Cette théorie ne peut d'ailleurs résister à ce fait d'observation, que les bruits du cœur se reconnaissent malgré la présence dans le péricarde de produits liquides ou pseudo-membraneux qui, s'interposant entre le cœur et les parois de la poitrine, doivent amortir la percussion comme cause des bruits du cœur. C'est enfin un fait inadmissible, que ce mouvement de bascule du cœur qui jetterait sa base en avant de manière à ce qu'elle vînt frapper la paroi antérieure du thorax alternativement avec la pointe. La disposition anatomique des parties ne permet pas cette projection en avant de la base du cœur. Dans cette hypothèse, le deuxième bruit serait accompagné d'un choc comme le premier ; or, ce choc ne se produit jamais dans l'état normal, il n'arrive que dans certaines conditions pathologiques sous lesquelles le deuxième bruit du cœur se produit.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Résultat du Concours ouvert en 1839 par les Rédacteurs des Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale.

1° *Concours de médecine légale.* Il est accordé à M. Malle, professeur à l'Ecole militaire de Strasbourg, une médaille d'encouragement pour son mémoire médico-légal sur les cicatrices.

2° *Concours pour le prix de statistique des aliénés.* Il est accordé à M. Bouchet, médecin en chef des hospices des aliénés de Nantes, une mention honorable et une médaille d'or de la valeur de 200 fr., pour son mémoire sur la statistique des aliénés de la Loire-Inférieure.

A M. Aubanel, médecin de l'hôpital Saint-Pierre, à Marseille, ancien élève de Bicêtre, et à M. Thore, également ancien élève de Bicêtre, une médaille d'encouragement pour un mémoire fait en commun par ces deux auteurs sur la statistique des aliénés de Bicêtre.

Les prix proposés pour 1840, sont les suivans :

1° *Prix d'hygiène.* Le sujet de ce prix n'est pas déterminé ; tous les mémoires manuscrits qui traiteront un point quelconque d'hygiène seront admis au concours.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

2° *Prix de médecine légale.* La question suivante, déjà proposée l'an dernier est remise au concours : Faire connaître les moyens d'opérer la séparation des matières animales dans l'analyse des substances toxiques minérales ou végétales.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 600 fr.

3° *Prix de statistique des aliénés.* L'auteur de la meilleure statistique des aliénés d'un des départemens de la France, recevra une médaille d'or de la valeur de 500 fr. Les concurrens feront connaître la topographie physique du département et sa population, en distinguant les sexes.

Les mémoires destinés au concours pour les prix d'hygiène, devront être remis avant le 1er janvier 1841, et ceux destinés au concours de la statistique, avant le 1er février de la même année, au bureau des Annales, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris. Le nom de l'auteur sera renfermé dans un billet cacheté, suivant les formes académiques.

Le rédacteur principal, LEURET.

— Le 25 juin 1840, des prix ont été distribués aux élèves sages-femmes de l'Ecole d'accouchement à Paris, par M. le baron de Gérando, pair de France, membre du conseil général des hospices, délégué par lui pour présider cette cérémonie.

La distribution a été faite en présence de MM. Orfila, doyen de la Faculté de médecine, et le comte de Kergorlay, aussi membre du conseil général des hospices. M. Valdruche, membre de la commission administrative des mêmes établissemens ; M. Thunot, secrétaire général de l'administration ; MM. les professeurs, médecins et chirurgiens, et madame la sage-femme en chef de la Maison d'accouchement.

M. le baron de Gérando a ouvert la séance par un discours. Des discours ont été aussi prononcés par M. Danyau, chirurgien, professeur - adjoint de l'établissement, et Mme Brillon, élève sage-femme. Le directeur de la maison a lu le procès-verbal des épreuves du concours auxquelles les élèves sages-femmes ont été soumises. Il a ensuite proclamé les noms de celles qui ont obtenu des prix. Le premier prix a été décerné à Mme Brillon, née Mourault, élève aux frais du département des Deux-Sèvres. Il lui a été remis une médaille en or. Les élèves qui ont été le plus souvent nommés après Mme Brillon sont : MMmes Treille, élève aux frais du département de la Corrèze ; Ledent, élève aux frais du département de la Seine ; Briard, élève aux frais de l'administration des hospices de Paris ; Thabourin, élève frais de l'établissement de la Lozère ; Hébert, élève aux frais du département du Calvados ; Leroux, élève aux frais du département de Seine-et-Oise ; Petit, élève aux frais du département de l'Allier ; Patey, élève aux frais du département de l'Eure.

— Le concours pour l'admission aux emplois de chirurgiens-élèves dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille, et à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris, sera ouvert le 20 août prochain. Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Toulon, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan. Chaque candidat devra se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Seront admis au concours les étudians en médecine âgés de plus de seize ans, et ceux qui, au 1er janvier 1840, n'auraient pas complété leur vingt-troisième année d'âge. Ceux d'entre eux qui auront subi un premier examen à la Faculté, avec la note *satisfait*, ne seront assujétis qu'à un stage de deux années, et ceux ensuite qui auront subi deux examens, avec la note également *satisfait*, seront admis directement à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris, et concourront en outre pour le grade de chirurgien sous-aide, après une année seulement de stage. Le registre d'inscription sera clos le 18 août.

Condamnation pour exercice illégal de la pharmacie.

Par jugement rendu, le 14 courant, sur les poursuites du ministère public, le tribunal correctionnel de Figeac a condamné le nommé Jean Robert, dit Toirau, à 25 fr. d'amende et au remboursement des frais de la procédure, comme convaincu du délit d'exercice illégal de la pharmacie et de vente publique de remèdes, en conformité des dispositions de la loi du 21 germinal an XI.

Depuis long-temps, comme dans d'autres localités, les charlatans couraient nos campagnes et venaient sur nos places publiques exercer impunément leur industrie. J'adressai au mois de septembre dernier, à M. le procureur du roi, une plainte contre le nommé Robert ; ce magistrat accueillit favorablement ma demande, et cita Robert en police correctionnelle.

Là, des faits graves ont été signalés, le hideux de cette classe d'industriels s'est montré dans tout son jour ; un de ses domestiques qui battait la caisse pour lui, a donné la recette des préparations qu'il employait : de la cire, du suif, de la térébenthine, du suc de morelle, voilà quelle est la formule de la pommade qu'il vendait 1 fr. les 15 grammes ; des substances inertes ou dégoûtantes, roulées dans de l'amidon, des décoctions de plantes prises sans discernement, voilà quels étaient les moyens curatifs internes employés par Robert.

Le public de notre ville n'était pas assez stupide pour avaler les pilules de Robert, aussi courait-il les campagnes ; les jours de foire, de marché seulement, il paraissait sur nos places. Quelques témoins ont déclaré avoir payé 10 et 15 fr. les potions de Robert.

Depuis le jugement qui condamne Robert, quelques-uns de ses collègues se sont présentés dans notre ville ; mais informés des dispositions de nos autorités, ils ont porté ailleurs leurs riches costumes, leur musique bruyante, et surtout leur industrie.

L. PUEL, pharmacien.

(Journal de Chimie médicale.)

L'Académie royale de médecine, dans sa séance du 19 mai 1840, a voté le rapport suivant, lu par M. Capuron :

Messieurs,

Nous avons été nommés, MM. Paul Dubois, Villeneuve et moi, pour examiner des biberons et des bouts de sein inventés par M. *Charrière*, coutelier, à Paris.

Voici le résultat de notre examen :

Pour vous mettre à même d'apprécier et de juger ces sortes d'instrumens, il suffit de vous en faire connaître la composition et la structure, car c'est de là que dépendent leurs propriétés et leurs avantages.

M. Charrière, dans la fabrication de ses mamelons ou bouts de sein, a imaginé d'employer l'ivoire, auquel, par un procédé connu depuis long temps, il donne la mollesse et la flexibilité de la gélatine. Il en résulte qu'ils sont plus solides et moins fragiles, plus incorruptibles et plus durables. Par là, ils offrent aussi à la bouche de l'enfant une substance assez élastique pour n'être point aplatie, et assez dure pour n'être point entamée ni brisée pendant l'allaitement, qualités qui les rapprochent beaucoup du mamelon ou bout de sein maternel.

Ces appareils ainsi composés sont remarquables par leur simplicité et par l'élégance de leur forme ; il est facile de les nettoyer sans les démonter, en les agitant seulement dans un peu d'eau froide, ce qui suffit pour en conserver la propreté et les empêcher de contracter et de communiquer au lait ni goût ni odeur nuisibles ou désagréables. Ils s'adaptent par leur embout à toute sorte de biberons, de carafes, de bouteilles ou de fioles, et ces vases chauffés au bain-marie n'ont point l'inconvénient de laisser s'échapper le lait qu'ils contiennent, ni de laisser entrer l'eau qui les environne, parce que leurs corps n'offrent aucune ouverture.

Pour entretenir la flexibilité de l'ivoire, il suffit de le préserver du contact de l'air, soit en plaçant le mamelon sous un verre, ou en l'entourant d'un linge humide, soit en mettant un morceau d'éponge ou de linge mouillé dans l'intérieur du cône mamelone.

Lorsque l'enfant tette à l'aide de ce bout de sein artificiel, si l'on craint que le lait n'afflue avec trop d'abondance dans la bouche de l'enfant, on n'a qu'à placer le doigt sur un petit trou que M. Charrière a eu la précaution de pratiquer au côté du bouchon ; ce trou sert à régulariser, à diminuer ou à suspendre l'écoulement du liquide, en permettant, empêchant ou modérant l'action de l'air.

Telles sont, Messieurs, la composition et les propriétés des nouveaux biberons et bouts de sein que nous avons examinés, et que l'auteur soumet au jugement de l'Académie.

Nous ajouterons que, dans un but d'économie et d'utilité générale, il construit encore des bouts de sein montés sur bois ; mais il prépare ce bois pour en prévenir le changement de densité, la dilatation et le resserrement, de sorte que le bouchon qui s'adopte au biberon, conservant toujours le même volume, en remplit exactement le goulot, quel que soit le degré de température et d'humidité auquel il est exposé.

Enfin, l'expérience, juge infaillible et sans appel de tout ce que l'art invente ou perfectionne, a déjà prononcé sur le mérite de ces nouveaux appareils d'allaitement. L'usage en a été introduit et adopté dans les établissemens publics consacrés au secours des mères et des enfans, ainsi que dans beaucoup de familles de la capitale et de la province, et même chez les étrangers.

D'après toutes ces considérations, Messieurs, nous pensons que les mamelons et les biberons de M. Charrière méritent l'attention et les suffrages de l'Académie.

Nous avons donc l'honneur de vous proposer de lui adresser une lettre pleine de bienveillance et d'encouragement.

Signé, VILLENEUVE, Paul DUBOIS, CAPURON, rapporteur.

S'il est des vérités dont il faut continuellement frapper les oreilles, ce sont celles qui peuvent être utiles ; nous ne saurions donc trop rappeler les bons effets comme sédatif et comme diurétique du sirop de Johnson dans les affections nerveuses, palpitations et surtout dans certaines affections catarrhales qu'il guérit souvent dès les deux ou trois premières doses. En effet ce sirop a une action directe sur le système nerveux, et il ralentit l'action du cœur ; comme la plus grande partie des irritations pulmonaires se trouvent sous la dépendance de cet organe, ces faits n'ont rien de surprenant.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 2 JUILLET 1840. (13e ANNÉE.) N° 78, TOME 2. — 2e SÉRIE.

(La Lancette Française.)

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5..

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Nécrose et carie du bras droit; désarticulation de l'humérus.

Cette grave opération vient d'être pratiquée sur un jeune enfant de quatorze ans dont le bras était affecté, depuis quatre ans déjà, d'une maladie profonde caractérisée par un gonflement qui avait doublé le volume du membre dans toute son étendue; à travers l'épaisseur des parties molles, on sentait néanmoins très manifestement l'hypertrophie générale de l'os du bras; des ulcères fistuleux larges et multiples en découlaient de tous côtés, et laissaient pénétrer le stylet jusqu'aux différentes portions cariées et nécrosées qui en étaient la source; car c'était une altération variée, carie dans un point, nécrose dans l'autre, mais recouvrant tour à tour toute la surface de l'os, et pénétrant dans toute son étendue, sans aucune discontinuité; cet état ne permettait pas, comme on l'aurait désiré, de tenter la résection de quelque portion cariée, ou de faire l'extraction d'une ou plusieurs parties nécrosées, puisque nulle part il n'y avait de sequestre libre, ni seulement mobile. Cependant l'enfant, déjà en proie à une forte diarrhée, se trouvait tout d'abord arrêté dans son développement, mais de plus épuisé sensiblement par cette affection si profonde, et la seule chance de guérison qui pût lui être offerte emportait nécessairement le sacrifice de son membre. Ceci résolu, il y avait une autre question à se faire en songeant à la manière de l'en débarrasser. Etait-il possible et était-il convenable d'amputer au-dessous de la tête de l'humérus, en un mot, fallait-il faire l'opération dans la continuité de l'os, ou le désarticuler?

Parmi les contemporains, M. Larrey veut la désarticulation, même quand il est possible de conserver la tête de l'os du bras. Il prétend que cette opération est plus facile et moins dangereuse. D'autres aussi la préfèrent à l'amputation, qui est en effet moins aisée, et suivant eux nullement avantageuse, quant à l'extrémité qu'on laisse en place, et au sujet de laquelle Garengeot disait: « Que voulez-vous faire de ce petit bout d'os? »

Tel n'est pas tout à fait l'avis de M. Velpeau, qui pense que quand on peut couper l'os, même à deux pouces seulement de l'articulation, il faut en conserver cette partie, d'abord à cause de l'insertion en cet endroit de plusieurs muscles postérieurs de l'épaule, puis ensuite parce que ce moignon peut être encore assez long et assez fort pour être souvent de quelque utilité; mais le principal avantage qui doit résulter de cette amputation, dit M. Velpeau, vient de ce qu'en intéressant à cette hauteur les gaînes aponévrotiques qui vont de l'épaule au bras, on a beaucoup moins à craindre les accidens consécutifs qu'en les ouvrant dans le point même de l'articulation d'où l'inflammation et le pus peuvent pénétrer et s'étendre dans les parties voisines et quelquefois bien au-delà, tandis qu'autrement leurs ravages, s'ils surviennent, se bornent facilement à la surface du moignon.

Ainsi, en règle générale, d'après M. Velpeau, il vaut mieux, sauf impossibilité ou contre-indications, pratiquer l'amputation au-dessous de la tête de l'os, que d'en faire la désarticulation.

Mais en appliquant ce précepte au cas actuel, c'est avec regret qu'il se trouve forcé de recourir à cette dernière opération; car à moins de deux pouces de la cavité articulaire se trouvent sur l'épaule des ulcères fistuleux dont le trajet semble venir d'en haut; et la portion d'os au dessous fut-elle encore saine, ce qui n'est guères présumable, serait évidemment trop courte pour être tant soit peu utile; mais il y a fort à craindre qu'elle soit malade comme tout le reste, et alors il est plus sûr de désarticuler.

Pour nulle autre chose, le manuel opératoire n'est si riche en indications diverses qui varient à l'infini la manière dont cette opération peut être faite; et il est presque certain, qu'en dehors de la pratique militaire, il a été inventé, pour cette opération, plus de procédés qu'elle n'a été faite de fois. On peut, il nous semble, les réunir en deux grandes classes: l'une qui comprendra les procédés par lesquels on laisse un ou plusieurs lambeaux qui sont taillés soit en haut, soit en bas, en arrière ou en avant, l'un court, l'autre long, étroit ou large, triangulaire ou carré, et de mille autres manières qui sont véritablement plutôt des nuances d'un même procédé, que des procédés différens; l'autre classe, renfermant ceux dans lesquels il ne reste pas de lambeaux, et qui admet deux variations principales suivant que l'on emploie la méthode circulaire qui comporte une seule incision perpendiculaire ou un peu plus ou moins oblique pour arriver à l'articulation, ou bien la méthode ovalaire qui consiste à détacher l'os au moyen de deux incisions obliques, l'une en avant, l'autre en arrière, se réunissant en haut et en bas.

Quand les parties molles sont saines, toutes ces espèces de procédés sont applicables. Le choix de l'une ou de l'autre n'est qu'une affaire de goût et de commodité pour chacun; mais quand les tégumens sont altérés, il ne devient plus loisible de les employer indifféremment. C'est alors souvent une nécessité de recourir à tel procédé qui convient seul, et il est même des circonstances dans lesquelles aucun de tous ceux connus ne se trouve applicable; il est indispensable de les modifier ou d'en chercher d'autres.

Des deux classes de procédés dont nous avons parlé, M. Velpeau adopte plus généralement la seconde; il emploie la méthode circulaire quand les tégumens sont sains, et préfère celle ovalaire, si les mouvemens sont difficiles et la peau altérée.

C'est de cette dernière manière qu'il a opéré dans le cas qui nous occupe. Après les deux incisions faites pour circonscrire les parties molles à emporter, l'ouverture de la capsule a été pratiquée sur la tête même de l'humérus soulevée en haut entre les apophyses coracoïde et acromion; puis le tout a été détaché par la section des parties qui adhéraient encore inférieurement.

La ligature des vaisseaux, puis le pansement n'ont offert rien de particulier; une bandelette de diachylon rapproche par en haut les bords de la plaie, dont la suppuration est franche et de bonne nature. Aucun accident ne semble encore vouloir compromettre les chances heureuses de cette grave opération; nous informerons nos lecteurs de son résultat.

Sarcocèle; extirpation de la tumeur jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal; ligature en masse du cordon.

Le nommé Briolle, âgé de trente-neuf ans, couché au n° 4 de la salle Sainte-Vierge, portait au scrotum du côté gauche, une énorme tumeur dont l'origine remontait à près de trois ans, et qui avait acquis un tel volume qu'au moment de l'opération elle occupait, par sa partie la plus grosse et la plus déclive, toute la capacité de la bourse de ce côté; à la place du testicule entièrement dégénéré, elle était là de la grosseur et de la forme d'une belle pomme; lisse et arrondie de tous côtés, elle présentait en dedans une échancrure qui embrassait étroitement les trois-quarts de la circonférence de la verge à sa racine; puis la tumeur remplissait une partie de l'aine en s'allongeant et se déviant à gauche, suivant la direction du cordon. Elle était survenue sans cause appréciable, mais l'espèce de douleur dont elle avait été le siége, son mode de développement, la sensation de bosselures, tantôt mollasses, tantôt rénitentes, qu'elle faisait éprouver sous la pression des doigts à travers la peau, qui toutefois était saine encore, ne pouvaient laisser de doute sur sa nature évidemment cancéreuse. Nulle autre indication n'était donc si pressante que d'en débarrasser au plus tôt le malade, afin d'en arrêter les ravages.

Il fallait pour cela borner son étendue en l'extirpant toute entière; car on sait que généralement l'affection de ce genre attaquant les parties génitales, semble n'être qu'une altération locale plutôt que le produit d'une diathèse cancéreuse infestant toute l'économie, comme en d'autres circonstances; mais le cas présent pouvait sembler difficile pour aller ôter le mal jusque dans sa racine, à cause de la position de la tumeur, qui remontait dans une partie du canal inguinal; il aurait même fallu y renoncer en s'astreignant à l'exécution des préceptes de Boyer et des chirurgiens de son école, qui ne pensent plus devoir tenter l'extirpation quand l'excision ne peut être faite sur un point de parties saines, entre l'extrémité supérieure de la tumeur et l'ouverture externe du canal qui est au-dessus.

Est-ce la crainte d'avoir à faire une opération difficile ou incomplète qui rebute ces praticiens? Il est certain que quand les limites du mal sont insaisissables, en extirper une partie et laisser l'autre serait d'une inutilité peut-être aussi blâmable qu'il est d'une exigence par trop rigoureuse de ne vouloir opérer qu'au-dessous d'un canal tout à fait sain; car, à moins d'un développement occulte ou tellement rapide qu'il déjoue toutes les prévisions, l'altération ne se propage guère au-delà de l'orifice supérieur du canal; et quand son étendue peut être bornée là par l'excision faite en ce point, M. Velpeau trouve qu'il n'est ni difficile, ni dangereux d'ouvrir le canal inguinal jusqu'à cette limite; il a déjà eu plusieurs fois lieu de se féliciter d'avoir agi de cette manière, et il s'est promptement décidé à faire de même dans l'occasion présente. Ayant d'abord disséqué minutieusement la tumeur autour des muscles de la verge pour laisser ceux-ci parfaitement intacts, il a incisé tout ce qui l'enveloppait jusqu'à la terminaison de son prolongement dans l'aine, et est parvenu à la détacher complètement jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal; mais avant d'en faire la section il a passé au-dessous du cordon, et en arrière du point qu'il allait couper, une forte ligature qui a été très rudement serrée. Ce moment a été le plus douloureux de toute l'opération. On conçoit qu'avec une dissection si profondément avancée, cette manière de faire la ligature du cordon en masse ne

FEUILLETON.

DE LA GUÉRISON DU STRABISME PAR LA SECTION D'UN DES MUSCLES MOTEURS DE L'OEIL.

Il n'est bruit en Belgique que de la guérison du strabisme par une opération chirurgicale fort simple, la section d'un des muscles droits de l'œil. Les journaux politiques de Gand, Bruxelles, Bruges, etc., retentissent presque chaque jour des cures heureuses obtenues à l'aide de ce moyen, et elles deviendront bientôt si nombreuses qu'il ne sera plus possible de les compter. Chacun à l'envi, oculistes, docteurs-médecins et chirurgiens, veut opérer, et pour peu que cet empressement continue, les louches deviendront rares parmi nous. On sera peut-être curieux de connaître la cause de cet enthousiasme: la voici.

Au mois de mai dernier, la Société des sciences naturelles de Bruges inséra dans ses Annales une lettre qui lui était adressée par un jeune médecin belge, M. Verhaeghe, visitant les universités d'Allemagne, lequel, pendant son séjour à Berlin, où il fut témoin de nombreux succès de M. Dieffenbach dans l'opération du strabisme, se soumit lui-même à ladite opération et guérit. Cette lettre, reproduite par les journaux quotidiens, donna l'éveil aux praticiens belges, car peu de jours après un journal de Gand annonça que M. Van Rosbrooeck venait d'opérer avec succès une demoiselle de cette ville. Les praticiens gantois s'émurent à cette nouvelle, et voulurent prouver que cette opération n'était pas, comme on aurait pu se l'imaginer, entièrement du ressort d'hommes spéciaux. Après une démonstration faite par M. le docteur Burggraeve, chacun se mit à rechercher les louches et à les opérer; le lendemain les journaux relatent tous les cas, et ainsi l'opération du strabisme s'est propagée dans tous les coins de la Belgique. Sa renommée est donc définitivement établie: mais ce qui ne l'est pas, c'est la priorité de la découverte.

Selon M. Verhaeghe, auteur de la lettre dont nous avons parlé plus haut, c'est à M. Dieffenbach qu'appartient l'honneur d'avoir pratiqué le premier une opération que d'autres, avant lui, avaient entrevue, mais non exécutée, et ce fut au mois de décembre 1839 que l'illustre chirurgien fit son premier essai. En effet, M. Dieffenbach fit connaître ses premiers succès à l'Académie des sciences de Paris, dans sa séance du 3 février 1840, et plus tard (séance du 25 mai), il annonçait à cette compagnie qu'il en était à sa *cent dix-huitième opération!* La *Gazette des Hôpitaux*, en rendant compte de ces communications (n° 18, 11 février 1840), faisait remarquer que cette opération n'est pas aussi nouvelle que semble le croire le chirurgien de Berlin, mais elle se taisait sur le nom de son auteur; il serait à désirer qu'elle s'expliquât à cet égard. En attendant, nous dirons qu'en Belgique on attribue la première idée de l'opération du strabisme à M. le professeur Strohmeyer qui, d'après des essais sur le cadavre, en décrivit le procédé dans l'un des numéros de la Gazette médicale centrale de Berlin quelque temps avant que M. Dieffenbach eût commencé ses essais sur le vivant. D'autres prétendent que l'invention est due à un médecin belge, M. Ch. Phillips, de Liége, qui aurait communiqué sa découverte à M. Dieffenbach qui, le premier, essaya l'opération (1).

Il arrive ici ce que l'on voit surgir dans toutes les questions de priorité; heureusement que ce débat intéresse peu les praticiens: il leur importe bien plus de connaître les résultats auxquels on est parvenu dans l'application du moyen que l'on préconise, c'est là le point essentiel et qui mérite vraiment de fixer l'attention. Nous ne possédons guères de données à ce sujet, si ce n'est les relations pompeuses insérées dans les feuilles publiques, espèces de réclames qui manquent de détails scientifiques sans lesquels il n'est pas permis d'apprécier un fait de pratique médicale.

Nous en étions là de cet article lorsque nous avons reçu une brochure intitulée: Mémoire sur l'opération du strabisme spasmodique, par M. Crommelinck, docteur en médecine, en chirurgie et en l'art des accouchemens, à Bruges (1). Une analyse succincte de ce travail nous permettra peut-être d'établir une appréciation des faits et de la valeur du procédé opératoire, dont nous craignons bien qu'on ne fasse abus en le généralisant trop.

M. Crommelinck adresse son mémoire à ses confrères dans le but de rendre familière à ceux qui n'en ont pas une idée exacte, une opération aussi simple qu'elle est délicate, et que tout praticien doit être à même de pouvoir pratiquer, attendu le bien immense qu'elle est appelée à répandre sur l'humanité.

L'auteur a observé un grand nombre de louches, et il a constaté le fait déjà avancé par Buffon que le strabisme n'affecte jamais les deux yeux à la fois. Il est à remarquer, dit-il, que chez

(1) Nous devons à la vérité de dire qu'à la suite de la publication de l'article de Strohmeyer, qui paraît être le premier qui ait annoncé la nouvelle méthode, article qui fut répété dans les Annales d'oculistique, M. Florent Cunier, médecin belge, nous écrivit pour nous annoncer qu'il venait de pratiquer deux fois avec succès l'opération de Strohmeyer. (*N. du R.*)

(1) In-8° de 22 pages, avec planche; Bruges, imprimerie de Bogaert-Dumortier et fils. — Se vend 1 franc au profit des ouvriers qui se font opérer à Bruges.

soit plus un procédé de préférence, mais qu'il devienne quasi une nécessité. Où pourrait-on, en effet, aller chercher chaque vaisseau à lier quand, après la section, tous se seraient rétractés de telle sorte, qu'ils auraient pu disparaître dans l'abdomen? D'ailleurs, cette ligature en masse semble à M. Velpeau, dans tous les cas, plus commode, beaucoup plus prompte et tout aussi sûre que la ligature isolée. On a dit qu'elle exposait davantage aux accidens consécutifs, au tétanos, par exemple; l'expérience ne l'a jamais démontré, et toujours, au contraire, quand ce procédé a été employé par lui, M. Velpeau n'a eu qu'à se louer de son résultat.

Depuis huit jours que cette opération a été faite, le malade n'a éprouvé aucun accident qui contrarie l'espérance que nous avons d'un succès prompt et certain.

Fistules à l'anus; modification du procédé opératoire. Guérison rapide.

Nous voulons indiquer en deux mots une nouvelle manière d'opérer les fistules à l'anus plus prompte et tout aussi sûre, que M. Velpeau a déjà trois ou quatre fois fort heureusement mise en pratique.

On sait que le procédé ordinaire consiste à faire aux tégumens une incision qui arrive jusque dans la cavité de la fistule tout le long de son trajet et en laisse écarter les parois qu'on avive par l'excision de leur surface interne, afin de faire commencer la cicatrisation par le fond et l'amener ainsi de dedans en dehors.

Voici comment M. Velpeau procède. Nous exceptons, bien entendu, ces cas complexes où une fistule a plusieurs branches, où elle est accompagnée du décollement plus ou moins étendu des tégumens qui l'environnent, et nous ne voulons parler que des cas simples, exempts de toute complication; or, pourvu que la fistule soit complète, c'est-à-dire qu'elle ait deux ouvertures, et que l'ouverture interne ne se trouve pas à une trop grande hauteur dans le rectum (30 ou 40 millimères environ) on introduit par l'orifice externe une sonde cannelée que l'on recourbe pour la faire sortir par l'anus; soulevant ensuite avec plus ou moins de force les deux bouts opposés de cette sonde, la portion des tégumens qui recouvrait la fistule se trouve enlevée au-dessus d'elle comme un pont, et on l'excise d'un seul coup de bistouri qui passe au-dessous de la sonde cannelée en la rasant, et emportant ainsi la presque totalité des parois de la fistule. Reste une plaie que l'on panse à plat, qui dispense de mettre dès le lendemain des mèches dans l'anus, qui se cicatrise promptement et sûrement, de manière à garantir de la récidive mieux que le procédé habituel.

C'est du moins ce qui est arrivé plusieurs fois depuis deux mois à des individus opérés de cette façon, et qui, soit par un hasard singulier, soit par les résultats de cette innovation, sont sortis complètement guéris au bout de dix à douze jours, tandis qu'ordinairement il faut au moins trois semaines de patience et de soins plus attentifs. L'un d'eux s'est ainsi trouvé débarrassé du même coup de trois affections emportées à la fois: une tumeur hémorrhoïdale ulcérée, une fissure et une fistule.

D'autres essais feront sans doute encore valoir cette amélioration.

Fausses ankyloses du genou. Ténotomie. Traitement inusité. Rupture brusque. Guérison.

Dans le n° du 22 février dernier nous avions réuni l'observation de deux cas d'ankyloses incomplètes du genou, et rendu compte de la manière différente dont la guérison en avait été tentée. L'un concernait un jeune enfant de quinze ans environ, portant au genou droit une fausse enkylose récente et qui lui rendait la jambe fléchie à angle presque droit. M. Velpeau lui pratique la section sous-cutanée des tendons des muscles postérieurs de la cuisse qui étaient rétractés. Ceci fut fait sans aucune difficulté, puis le membre fut placé dans un appareil à extension continue, et tout cela sembla d'abord devoir produire le bon résultat qu'on en attendait.

L'autre intéressait M. W....., employé de bureau, quai des Célestins, n. 10, âgé de trente-six ans et affecté depuis un grand nombre d'années d'une ankylose également fausse, qui lui avait aussi fait fléchir la jambe gauche à angle presque droit. Ce malade fut soumis à l'opération par la rupture brusque, suivant la méthode de M. Louvrier.

Or, voici le résultat de ces deux traitemens opposés appliqués en même temps sur deux individus pour des cas tout à fait analogues:

M. W..., à partir du moment de l'opération n'a jamais ressenti dans le membre ni dans le genou particulièrement aucune douleur violente; il ne s'y est manifesté ni rougeur ni inflammation, ni la plus légère trace d'un travail pathologique quelconque. Débarrassé, il y a près de trois mois, d'un bandage dextriné qui avait été appliqué huit jours après l'opération, et qu'il a même conservé plus long-temps sans doute qu'il était nécessaire, il a pu, après quelques jours d'exercice un peu forcé, pendant lesquels il traînait péniblement son membre, s'en servir bientôt avec plus d'aisance et de facilité, au point qu'actuellement il se promène chaque jour hors de chez lui sans autre secours que l'appui d'une canne. Lss muscles de la jambe, qui étaient singulièrement atrophiés, ont repris de leur vitalité et gagnent sensiblement en volume et en énergie. La circulation, qui se faisait à peine dans la partie inférieure du membre, y est devenue active et apparente par les veines superficielles, aujourd'hui gonflées, et qui n'étaient jadis aucunement visibles. Les mouvemens dans l'articulation sont évidemment plus étendus qu'avant l'opération et nullement douloureux; seulement la partie antérieure de cette portion du membre proémine encore un peu, comme si les condyles du fémur conservaient quelque chose de l'hypertéophie en avant qu'a pu causer l'affection qui a amené l'ankylose, ou comme s'il y avait un commencement de luxation du tibia en arrière. Au surplus, cette proéminence semble diminuer progressivement, et d'ailleurs, quoi qu'il en soit, cet état n'empêche pas M. W..... de se servir très bien de son membre, qui est droit maintenant, au lieu d'être fléchi, et dont la solidité deviendra de plus en plus forte à mesure que l'habitude lui donnera plus de hardiesse pour faire aller sa jambe et lui laissera surtout prendre plus d'exercice.

Quant à l'enfant sur lequel on a pratiqué la ténotomie, après être resté une quinzaine de jours pendant lesquels on a pu croire qu'une extension continue long-temps prolongée parviendrait à lui rendre la rectitude de son membre, il a été atteint d'accidens graves qui se sont traduits d'abord par un érysipèle simple qui est devenu phlegmoneux, et auquel ont succédé des abcès multiples et profonds qui ont envahi tour à tour presque toute l'étendue du membre. On conçoit que tout traitement mécanique a dû être suspendu et avant qu'on ait pu se rendre maître de la gravité de ces accidens inflammatoires, tout le bénéfice des moyens employés précédemment était perdu; de sorte que cet enfant est sorti au bout de six semaines environ, à peine guéri de ces fâcheuses complications, mais de plus avec sa jambe pour le moins aussi fléchie et aussi solidement ankylosée que lorsqu'il est entré.

Nous savons que précisément à la même époque, dans le service de M. A. Bérard, à l'hôpital Necker, un autre enfant du même âge, et atteint d'une affection tout à fait semblable, a été soumis à un mode de traitement pareil en tout points à celui mis en usage par M. Velpeau; les accidens consécutifs ont été exactement les mêmes que chez le malade de ce dernier, et l'un et l'autre ont été loin de retirer aucun profit de l'opération de la ténotomie et de la méthode de guérison par l'extension continue.

Nous ne voulons pas commenter davantage la comparaison à faire entre cette méthode et celle de M. Louvrier. Pour juger définitivement l'une et l'autre, il faut nécessairement plus de faits; nous ne savons si M. Louvrier, absent depuis plusieurs mois, s'occupe d'en rassembler de nouveaux; mais oublie-t-on, à l'Académie de médecine, le rapport qui avait été demandé? La méthode proposée offre des avantages et des inconvéniens comme toute espèce d'opérations, et quelques revers parmi plusieurs succès ne doivent pas, il nous semble, lui faire démériter l'attention qu'elle avait d'abord soulevée de toutes parts.

Extirpation partielle de l'utérus; guérison.

La femme sur laquelle M. Velpeau a pratiqué l'ablation d'une énorme tumeur cancéreuse qui comprenait (et non pas *comprimait*) tout le col et une partie du corps de l'utérus, ainsi qu'il a été dit dans l'observation rapportée au n° du 26 mai dernier, est sortie, il y a déjà quinze jours, complètement guérie, après quelques semaines de la convalescence la plus heureuse qui n'a été marquée que par beaucoup de faiblesse, mais exempte de toute espèce d'accidens. Elle ne ressent aucune douleur, aucun embarras de ce côté; la plaie est parfaitement cicatrisée, et les parois du vagin, en s'y réunissant, se sont accollées de manière à simuler, pour ainsi dire, la continuité de l'organe, pour la portion qui en a été enlevée.

Ce plein succès laisse donc heureusement espérer que les opérations de ce genre peuvent être tentées avec plus de chances de réussite qu'on ne le croit généralement.

L..... E.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. MARTIN,

Fistule à la région frontale. Balle engagée depuis six mois dans les sinus frontaux sans accidens.

De Villalba (Joachim), âgé de vingt-quatre ans, capitaine dans l'armée de Don Carlos, reçut, dans le courant du mois d'août 1838, un coup de feu au-dessus de la bosse frontale gauche; ce coup lui fut tiré du haut d'un rempart. Les chirurgiens qui lui donnèrent les premiers soins ne s'occupèrent pas de l'extraction du corps étranger, et ne portèrent toute leur attention que sur les désordres externes, qui, une fois calmés, laissèrent après eux une fistule au point que j'ai indiqué. Il se présente à l'Hôtel-Dieu dans le courant de février 1839, pour se faire extraire la balle, qui, dit-il, le fait beaucoup souffrir quand il est sumis à de fortes secousses, et lui occasionne une gêne continuelle. La fistule cutanée est en forme d'entonnoir, se dirige de haut en bas, d'avant en arrière et de de gauche à droite; une sonde y pénètre à la profondeur de 67 millimètres, et vient aboutir au sinus frontal droit, où elle fait découvrir et bien apprécier un corps étranger. M. Martin était presque décidé à appliquer une couronne de trépan sur ce point, lorsque l'idée de se voir perforer le crâne fit si fortement frémir de Villalba, qu'il ne voulut plus entendre parler d'opération, et préféra sortir et emporter sa balle.

HÔTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Rousset,

Extirpation d'une énorme tumeur fibreuse de la mâchoire inférieure. Guérison au bout de quatorze jours.

La nommé Philip (Suzanne), âgée de quarante-neuf ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 10 novembre 1839, et est placée au n° 21 de la salle des femmes blessées. Elle vit apparaîsre, il y a trois ans, à la suite de quelques douleurs de dents, une tumeur à la face externe droite du corps de la mâchoire inférieure, au niveau des dernières molaires, et la coïncidence de l'odontalgie et de la tumeur lui fait donner cette dernière pour cause des douleurs dentaires.

Dans les premiers temps, elle s'occupa peu de sa maladie; mais, pressée par ses officieuses voisines, elle se décida à appliquer sur sa tumeur plusieurs topiques irritans dont elle ne put nous dire le nom, et qui ne firent que hâter la carie et la chute des molaires environnantes. Elle

---

les individus où le strabisme d'un œil est fortement prononcé, en dedans, par exemple, l'œil sain paraît, au premier abord, également affecté; mais sitôt que la section du muscle droit interne a permis à l'œil dévié de reprendre sa direction naturelle, l'autre œil perd immédiatement ou peu de temps après *cet air de fausse direction*.

M. Crommelinck ne s'occupe que du strabisme *convergent*, le seul qui est curable. Le strabisme *vertical*, nié par la plupart des auteurs, et dont il a cependant rencontré un exemple, et le strabisme *divergent* ne figurent ici que sous le rapport du diagnostic différentiel. On avait cru jusqu'à présent que le strabisme était dû à la faiblesse d'un œil, et M. Roux lui-même croit s'être guéri de cette affection en employant des moyens qui fortifièrent la force visuelle de l'œil dévié. « La nouvelle opération vient nous démontrer aujourd'hui, dit M. Crommelinck, que cette faiblesse de l'œil strabique n'est que *consécutive*, et que, par conséquent, on a pris *l'effet pour la cause*. C'est la *contraction spasmodique primitive* du muscle droit interne de l'œil qui a soustrait celui-ci à une action continuelle, et c'est cette *inaction* qui a fini par s'affaiblir et même par y éteindre entièrement la vue. »

Le *strabisme convergent* par contraction spasmodique du muscle droit interne de l'œil est le seul que la section de ce muscle puisse guérir. L'auteur insiste beaucoup sur cette indication qu'il pose en principe, car l'opération serait sans utilité si le strabisme avait pour cause la paralysie du muscle droit interne. Quatre conditions sont indispensables au succès de l'opération, savoir: 1° l'intégrité du muscle droit externe ou abducteur de l'œil, ce que l'on reconnaît en faisant fermer l'œil sain au malade, et en lui recommandant de mouvoir fortement l'œil strabique en dehors; 2° l'intégrité des muscles grand et petit obliques de l'œil, ce que l'on peut constater si le malade peut mouvoir l'œil affecté en avant et en dedans; 3° la non complète abolition de la vue dans l'œil atteint de strabisme; 4° la bonne volonté et le désir du malade d'être débarrassé de son infirmité. Voici maintenant en peu de mots comment on procède à l'opération. Le malade étant assis devant une croisée bien éclairée, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide chargé de fermer l'œil sain, l'opérateur place deux crochets mousses destinés à relever et abaisser les paupières, et les confie à l'aide. Il recommande au malade de porter l'œil directement en avant et en dehors, et saisit, pendant ce mouvement, l'œil avec une érigne très fine, tout à fait en dedans, vers la séparation de la caroncule avec la muqueuse oculaire, et le tire fortement en dehors. L'érigne bien implantée dans la muqueuse oculaire, est tenue par un aide ou par l'opérateur lui-même; celui-ci incise ensuite avec le bistouri ou les ciseaux (M. Crommelinck donne la préférence à ces derniers) la membrane muqueuse entre l'érigne et la caroncule lacrymale; on arrive ainsi sur la sclérotique au devant du muscle, au dessous duquel on glisse une branche des ciseaux pour le couper en travers, ou un stylet mousse pour le relever si l'on a préféré se servir du bistouri, et on le coupe également. On retire l'érigne, l'œil reprend sa direction naturelle, et l'opéré, dit M. Crommelinck, sera tout ébahi de voir des *deux yeux à la fois*.

Cette opération est fort peu douloureuse et ne dure que l'espace d'une à trois minutes; la sensation qu'elle occasionne est comparée par les malades à l'introduction dans l'œil de quelques grains de sable. Le traitement consécutif est extrêmement simple: une saignée immédiatement après l'opération et l'application de compresses trempées dans l'eau froide, renouvelées fréquemment, la diète, suffisent pour la guérison complète, qui s'obtient du septième au dixième jour.

L'opuscule de M. Crommelinck est terminé par la relation de sept cas où ce médecin a pratiqué l'opération avec un égal succès sur des individus de 18, 22, 40, 45 et 50 ans. Voilà du moins des faits propres à inspirer la confiance; espérons quo l'exemple donné par M. Crommelinck sera imité par ses confrères qui ont, comme lui, pratiqué plusieurs fois l'opération du strabisme; toutes ces observations réunies permettront de poser avec plus de précision les cas où l'on peut employer avec certitude une opération qui doit être considérée comme toute nouvelle. En attendant, M. Crommelinck n'en a pas moins rendu un véritable service à la science en se hâtant de communiquer à ses confrères le fruit de ses recherches et de son expérience, et empêchant ainsi que l'opération du steabisme ne devienne peut être un objet de spéculation entre les mains de ces spécialités ambulantes qui parcourent chaque année les provinces belges en dépit des lois et réglemens qui régissent l'exercice de l'art de guérir, et au détriment des praticiens légalement admis par les Facultés de médecine ou les jurys d'examen du pays.

Bruxelles, 16 juin 4840. J.-R. MARINUS, D.-M.-C.

---

rapporte qu'à la suite de leur emploi, la tumeur s'abcéda, et qu'elle rendit par la bouche une assez grande quantité de matière purulente qu'elle nomme *pourriture*, et ajoute qu'elle fut très soulagée après cet écoulement.

Ce qu'il y a de positif, c'est que la tumeur augmenta toujours de volume, et finit par exercer peu à peu une pression notable de dedans en dehors, sur la face interne de la joue droite, de manière à manifester sa présence au dehors par une saillie assez forte sous la peau, saillie qui s'accrut de jour en jour, distendit les parties environnantes avec beaucoup de force, et finit par former une tumeur très considérable, qui donne à la physionomie de la malade un aspect singulier.

Ce fut dans cet état qu'elle fut admise à la clinique chirurgicale, et qu'elle put offrir à notre observation les symptômes suivans :

Du côté droit de la face, une tumeur très considérable, de forme ovoïde, ayant sa base à la surface de la joue, et son sommet libre. Il y a tiraillement de l'arcade zygomatique ; la fosse temporale et la fosse canine du côté droit ; la commissure droite des lèvres est portée en avant et un peu en bas. La portion de peau voisine de la base de la tumeur paraît en assez bon état ; celle du sommet est violacée et d'un rouge brun assez prononcé ; on voit à sa surface quelques veines variqueuses, effet produit par la compression. La tumeur se dirige de haut en bas et d'avant en arrière ; elle a près de 95 millimètres de la base au sommet, qui dépasse de 20 millimètres un plan horizontal qui passerait par le bord inférieur de la mâchoire. Si l'on examine l'intérieur de la cavité buccale, on aperçoit, au niveau de la partie postérieure du rebord alvéolaire inférieur droit, un tumeur tapissée par la muqueuse et que l'on dirait formée par des bourgeons charnus exagérés ; l'os paraît légèrement dévié en dedans, effet d'autant plus sensible que la joue est fortement écartée de l'arcade dentaire.

Le doigt, promené sur le côté droit du corps de la mâchoire, peut librement passer sous la face inférieure du corps étranger, qui a pour base ce point du système osseux : la malade est très sensible à cette dernière manœuvre ; elle manifeste cependant hautement, et avec courage, le désir d'être opérée.

Le lieu qu'occupait la tumeur, la distension qu'elle occasionnait à la joue, l'aspect de la portion située dans la cavité buccale, firent croire à plusieurs médecins que l'on avait affaire à une *épulie*, et en proposèrent l'extirpation, qui fut adoptée et pratiquée le 29 novembre, à huit heures du matin. La malade est couchée sur un lit, légèrement tournée sur le côté gauche, de manière que la tumeur, qui siégait au côté droit de la face, se présentait dans son entier aux mains de l'opérateur. Une incision elliptique est pratiquée, et circonscrit parfaitement la base de la tumeur ; la dissection de la peau est très facile ; à peine quelques brides sont-elles coupées, qu'elle se rétracte comme la peau d'un membre que l'on ampute, et qu'un aide tire fortement vers lui. (La force de la tumeur contre la peau représentait ici les doigts de l'aide.)

Après la disssction arrive dans la cavité buccale. Jusque là la malade est d'un courage stoïque ; pas un seul signe de douleur. Le sang s'introduit dans la cavité buccale avec abondance, et lorsqu'elle veut cracher, de l'air et du sang spumeux s'échappent des lèvres de la plaie ovalaire ; le bistouri est porté sur la face externe droite du corps de la mâchoire, sur les points où le corps étranger adhère ; c'est surtout par l'arrachement que l'on énuclée la tumeur, qui emporte avec elle une partie de l'aponévrose massétérienne avec qui elle adhérait. La tumeur s'échappe enfin avec un craquement semblable à celui que produirait le péritoine en le séparant des parois de l'abdomen. On arrive enfin sur le maxillaire qui est parfaitement sain, on applique le cautère actuel sur quelques portions de muqueuse qui avoisinaient la tumeur pour prévenir une dégénérescence cancéreuse que faisait craindre leur couleur pâle et blafarde.

Cela fait, on procède à la ligature d'une foule d'artérioles qui donnaient du sang en assez grande quantité, puis à la réunion par suture. Huit points de suture entrecoupée, affrontent les deux bords de la plaie ; on lie les deux extrémités des fils par une simple ganse qui permette au besoin de les lâcher en cas d'hémorrhagie ou d'un gonflement trop considérable. La ligne formée par la réunion de la plaie est de 80 à 81 millimètres en longueur ; elle est obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, depuis la partie moyenne du bord antérieur du masseter jusqu'à 16 ou 18 millimètres de la commissure droite des lèvres. La malade se rend ensuite tranquillement à son lit : on lui recommande de fléchir la tête sur le tronc et du côté malade pour éviter tout tiraillement nuisible. (Diète, limonade.)

Le deuxième jour, pouls presque naturel. La malade a dormi presque toute la nuit. Pas de douleur dans la partie. (Limonade ; quatre demi-crèmes de riz.)

Le soir il survient du gonflement à la joue.

Le troisième jour le gonflement a augmenté ; la douleur n'est pas forte, Philip se plaint d'une mauvaise odeur qu'elle a constamment à la bouche ; cela vient probablement des escharres qui existent dans la cavité buccale. Expuition de quelques fragmens de ces dernières. La fièvre est presque nulle. (4 crèmes ; limonade.)

Le quatrième jour on fait le premier pansement ; on coupe un point de suture que l'on remplace par des bandelettes. (Soupe ; limonade.)

Le cinquième jour, second pansement : tout va très bien.

Le sixième jour, il survient du gonflement à la région parotidienne droite ; ce qui empêche l'angle postérieur de la plaie de se réunir.

Jusqu'au quatorzième jour tout va pour le mieux ; la malade demande à sortir et se trouve dans l'état suivant: elle n'éprouve plus aucune douleur ; le gonflement de la parotide est presque nul ; quand elle ouvre la bouche, il n'existe entre les arcades dentaires qu'un intervalle de 14 à 16 millimètres, gêne qui d'ailleurs se dissipera par l'exercice. La cicatrice est parfaite, linéaire dans l'intérieur de la cavité buccale, et l'on peut promener le doigt sur la face externe du corps de la mâchoire. Au dehors, la cicatrice est aussi linéaire, et représente une ligne courbe à concavité supérieure qui suit la direction du corps de la mâchoire. La commissure droite des lèvres est tirée en bas et un peu en avant, elle est plus basse que celle du côté opposé de 10 à 12 millimètres ; il reste un gonflement modéré à la région parotidienne droite. En somme, la joue est très peu déformée ; la mastication est un peu difficile à cause d'un peu d'abaissement dont jouit la mâchoire inférieure. Philip s'aperçoit cependant d'une amélioration notable depuis deux ou trois jours qu'elle commence à s'exercer à des mouvemens masticatoires un peu plus étendus.

Examen de la tumeur. — On remarpue à son sommet la peau qui a été cernée par l'incision ; elle est mince, distendue, mais n'est le siége d'aucune autre altération. Entre elle et la surface externe de la tumeur se trouve un espèce de kyste à lames très serrées, qui isole cette dernière des parties environnantes. Coupée en deux portions, son tissu crie sous le tranchant du bistouri, et lui offre une très grande résistance. Les deux surfaces de la coupe sont ont blanches, du res, aréolaires ; on y remarque des espèces de cloisons formées par du tissu cellulaire adipeux. Puis, à côté de ces cellules du tissu fibreux, blanchâtre, qui constitue la plus grande portion de la tumeur. On trouve enfin quelques points qui sont le siége d'une ossification très prononcée ; c'est, en un mot, une véritable tumeur fibreuse avec commencement de dégénérescence, ou plutôt de transformation osseuse. Elle offre le volume d'une grosse orange ; son grand diamètre vertical présente près de 108 millimètres ; son petit horizontal en a 68.

BAUDE, chirurg. interne.

HOPITAUX DE LONDRES.

Blessure de l'artère bracchiale guérie à l'aide de la compression ; par M. PHILIPS.

Un individu est saigné pour une affection de poitrine ; l'artère bracchiale est lésée ; hémorrhagie abondante. On applique une compresse sur la plaie, et un bandage depuis l'épaule jusqu'aux doigts. Le membre est maintenu dans le repos pendant quinze jours. Pas de réaction ni de gonflement. Au bout de ce temps, l'appareil est ôté ; on sent des pulsations artérielles à l'endroit de la blessure, mais sans tumeur. Il n'est rien survenu par la suite, et le malade s'est servi de son bras. Cinq semaines plus tard, l'individu meurt de l'affection de poitrine pour laquelle on l'avait saigné.

A l'autopsie du membre, on trouve une légère effusion de sérum aux environs de la ponction, une cicatrice à la paroi postérieure de la veine ; tissu cellulaire entre l'artère et la veine fort épaissi et glissant sous les doigts ; orifice antérieur de l'artère du diamètre d'une ligne environ, rempli d'un bouchon de lymphe apparemment organisée, analogue à un petit coagulum ; les bords de l'orifice sont écartés, évasés ; le calibre de l'artère et de la veine sont libres comme dans l'état normal.

« Dans ce cas, dit l'auteur, la guérison n'a pas eu lieu par formation d'un caillot en dehors de l'artère, et d'une effusion de lymphe entre les bords de la plaie ; car, bien que, sans doute, une extravasation avait eu lieu dans le tissu cellulaire, produisant l'épaississement existant entre l'artère et la veine, néanmoins cette extravasation n'avait agi qu'en favorisant la formation d'un bouchon de lymphe dans la plaie de l'artère. Ce bouchon n'offrait pas les apparences de lymphe coagulable sécrétée entre les bords de la plaie, car ceux-ci étaient évasés ; il avait, au contraire, tous les caractères d'un coagulum sanguin formé aux dépens du courant du sang sortant par la piqûre. J'ai vu dans des maladies du cœur des caillots adhérens à la tunique séreuse, s'organiser, et former ainsi de véritables bouchons qui auraient pu sans doute boucher la partie solidement. Je pense que si l'individu eût vécu, le caillot qui bouchait la blessure aurait donné lieu à une guérison solide. Cela démontre qu'il ne faut pas se hâter d'opérer dans les cas de cette nature. Je connais deux autres cas analogues qui se sont terminés heureusement par la compression et le repos. Le seul emploi de la compression sur la plaie ou au-dessus n'est utile que comme un moyen temporaire ; il devient bientôt insupportable, et si l'on persistait dans son usage, il pourrait avoir des conséquences graves. C'est ce que j'ai observé dans un cas, le membre étant devenu prodigieusement œdémateux et dans un tel état de congestion à ne pas permettre l'opération. Dans un cas que j'ai soigné, il s'agissait d'une blessure de la tibiale postérieure par un coup de faulx (scythe-wound); on avait essayé la cure à l'aide de la compression au-dessus. La plaie était sordide (sloughy), et le patient tellement épuisé par les hémorrhagies répétées, qu'il était sur le point de succomber. J'ai lié l'artère au-dessus et au-dessous à l'endroit de la plaie, et la guérison a eu lieu. En conséquence, si la compression doit être essayée dans les blessures de l'artère brachiale, et je crois qu'elle doit l'être, elle doit être dirigée dans le but et de manière seulement à diminuer le courant du sang artériel, sans pourtant gêner le cours du sang veineux qui donnerait lieu à l'œdème.

(*London medical Gazette*, mai 1840.)

— Bien que l'opinion des chirurgiens soit que les blessures de la bracchiale au pli du bras ne sont jamais mieux guéries que par la ligature, les faits qui infirment cette pratique trop absolue peut-être, se multiplient de jour en jour. Il y a déjà plus de vingt ans que Latta, et après lui Monteggia, s'étaient élevés contre la trop grande extension du précepte en question. Ils avaient établi que dans une saignée malheureuse la conduite la plus sage était de tenir le membre dans un repos absolu, au lit, et après avoir arrêté le sang laisser le membre sans presque aucune compression, et placé de manière, sur un oreiller, que la main se trouvât plus élevée que le coude ; de traiter en même temps la constitution antiphlogistiquement par des saignées répétées. La diète, les boissons acides et les autres moyens contro-stimulans connus, capables d'affaiblir l'action du cœur. Ces chirurgiens ont soutenu, ce que l'expérience a confiamé depuis, savoir : qu'on peut espérer plus facilement l'oblitération du vaisseau divisé par ce traitement, aidé ou non du tourniquet pour les premiers momens, que par celui qu'on recommande communément et qui consiste dans l'emploi des différens bandages spéciaux décrits par les auteurs.

Latta et Monteggia disaient avec raison que si la médication qu'ils proposaient ne guérissait pas toujours solidement la maladie, elle la simplifiait au moins et préparait une heureuse issue à la ligature qu'on pourrait toujours pratiquer plus tard, tandis que la compression aggravait au contraire la lésion en la compliquant d'une réaction phlegmoneuse le plus souvent. Des vessies pleines de glace, ou des fomentations d'eau fraîche ou saturnine étaient en même temps prescrites par ces chirurgiens sur la localité, moins comme remède astringent que comme moyen réfrigérant et préventif de l'inflammation.

Une question cependant se présente : la guérison obtenue par l'expectation vaut-elle celle qu'on obtient par la ligature ? Sans doute que si l'on n'envisageait la chose que sous ce point de vue, la réponse ne dût être négative, puisqu'il est prouvé qu'une guérison de blessure artérielle sans oblitération du canal n'est pas aussi solide que celle dans laquelle le calibre vasculaire est oblitéré. Mais si l'on veut considérer la question sous un point de vue plus général, si l'on veut comparer les avantages et les inconvéniens de l'une et l'autre méthode, l'on trouvera une prépondérance marquée en faveur de la pratique de Latta et Monteggia. Cette prépondérance est d'autant mieux basée qu'elle n'empêche pas d'en venir au besoin à la ligature. La ligature offre d'autant plus de chauces favorables qu'on s'éloigne de l'époque de la blessure. On peut avoir plus tard un anévrisme dont la guérison sera plus facile et plus sûre que si on allait lier primitivement l'artère sur le lieu de la lésion.

Ménorrhagie combattue heureusement à l'aide de l'arsenic. Ptyalisme ; par M. JONES.

Une femme, âgée de quarante-six ans, petite, bien constituée, vit ses règles disparaître depuis plusieurs mois. M. Jones lui prescrit la formule suivante :

Pr. Liqueur arsenicale, 3 gros.
Esprit de lavande, 1 gros. M.

A prendre sept gouttes, trois fois par jour dans de l'eau.

Après un mois de l'usage de ce médicament, tous les symptômes d'une salivation abondante se sont manifestés, avec gonflement des gencives, fétidité de l'haleine, ulcérations dans la bouche et au gosier, absolument comme après l'usage du mercure. L'écoulement sanguin a décliné à compter du quinzième jour et a été remplacé par un liquide blanc qui a fini par disparaître complètement. On s'est assuré que la femme n'avait point pris de mercure. On a cessé le remède ; la salivation a disparu. (*Ibid.*)

— Dans l'état actuel des connaissances, une perte utérine chez une femme robuste ne peut être considérée que comme le résultat d'une hypérémie active ou d'une phlogose sourde, et ne saurait être combattue que par les remèdes antiphlogistiques. Depuis l'antiquité, on avait déjà expérimenté l'action salutaire de l'arsenic ces cas. Hippocrate le prescrivait en vapeur par le vagin. Cette pratique se trouve recommandée par Galien, par les médecins arabes et par la plupart des médecins hippocratistes des 16e et 17e siècles. On est allé plus loin, et l'on s'est assuré que l'hémoptysie cédait heureusement à l'action de l'arsenic. Pour nous, comme pour les hommes compétens et consciencieux, ces faits n'ont rien d'étonnant ; l'action dynamique de l'arsenic étant incontestablement hyposthénisante ou analogue à celle de la saignée. Nous concevons, par conséquent, qu'on puisse dissiper une congestion utérine ou pulmonaire à l'aide de petites doses d'arsenic comme au moyen des saignées répétées ; ou de la même manière qu'une ophthalmie, un panaris, une péritonite, peuvent guérir sons l'influence du mercure. Qu'y a-t-il donc d'étrange que l'arsenic produise, comme le mercure, la salivation et des ulcérations aphtheuses sur la muqueuse buccale, puisque l'action intrinsèque des préparations de ces deux métaux est analogue?

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 30 juin.

M. le président déclare qu'il y aura samedi prochain une séance extraordinaire pour entendre plusieurs lectures arriérées.

— *M. Villeneuve* commence la lecture d'un rapport sur la vaccine, lequel sera continué dans la séance de samedi.

— *M. Virey* fait un rapport sur un travail psyco-physiologique de M. Picard, sur le principe vital qui régit le monde et l'organisme. (Archives.)

— *M. Dubois* (*d'Amiens*) donne lecture à l'Académie d'un travail sur *l'organisation du système capillaire*. Après des considérations étendues sur ce système ; après avoir donné la mesure par centièmes de millimètre et des capillaires artériels et des capillaires veineux, la mesure aussi des îles de substance animale, aussi bien dans les animaux à basse température que dans les animaux à sang chaud, M. Dubois se résume de la manière suivante :

Mais il est temps de nous résumer et sur ce que nous avons pu constater, et sur tout ce que nous avons cru pouvoir déduire de nos observations touchant l'organisation du système capillaire ; pour le faire avec ordre, nous devons d'abord reprendre la simple énumération des faits par nous observés, puis nous aurons à formuler nos propositions générales.

1° Nous dirons que le système capillaire ne doit pas être considéré comme un ensemble de canaux *uniformes*, à organisation et distribution *identiques*.

2° Nous distinguons dans le système capillaire général deux sortes de canaux ou de courants, ou plutôt deux ordres de capillaires essentiellement différens et par leur organisation et par leurs fonctions.

Pour rappeler ces principales différences, nous groupons ainsi synoptiquement les caractères appartenant à ces deux ordres de capillaires.

Pour le premier ordre de capillaires. Mesures à donner.

Volume plus considérable, allant en s'accroissant ou en décroissant.

Diamètre constamment de plusieurs globules, avec couche de sérum.

Forme très régulièrement cylindrique.

Parois spéciales et indépendantes.

Distinction toujours facile en capillaires artériels et en capillaires veineux.

Abouchement quelquefois directe de ces deux espèces de capillaires.

Distributions toujours dendritiques, d'où M. Bourgery les a judicieusement comparés à un *système d'aqueducs*.

Pour le deuxième ordre de capillaires. Mesures à donner.

Volume beaucoup moins considérable, mais partout le même.

Diamètre constamment d'un seul globule, avec espaces de sérum.

Formes irrégulièrement cylindroïdes, en traînées, aplaties, bosselées.

Parois n'existent plus ; creusées en gouttières dans substance animale.

Distinction n'y est plus possible en capillaires veineux ou artériels.

Anastomoses, communicationt multipliées.

Distributions toujours réticulaires, d'où nous avons pu les comparer à un *système d'irrigation générale*.

Iles de substance animale.

Forme irrégulièrement quadrilatère dans les différens organes.

Diamètre variable aussi dans les différens organes.

Couleur blanche transparente, quelquefois taches de pigmentum.

Organisation, apparence de mucus amorphe, inégalement condensé.

Revenons pour la dernière fois, et en peu de mots, sur chacun de ces caractères.

Deux ordres de capillaires : Il suffit de jeter les yeux, aidés d'un grossissement quelconque, sur une partie distinctement sillonnée, dessinée par des capillaires dans lesquels courent des globules sanguins, pour reconnaître que ces capillaires ne sont point du même ordre, et qu'ils se distinguent par les caractères suivans.

Dans les uns, le sang court à travers des ramifications partant des troncs les plus volumineux aux ramuscules les plus déliées, ou bien il chasse des radicules les plus menus aux tubes les plus gros. Donc, on trouve dans cet ordre de capillaires :

1° Un *volume*, toutes choses égales, plus considérable que celui des petits courants, et un volume qui, pour les uns, va en s'amoindrissant à mesure que des branches se détachent, et qui, pour les autres, va en s'amplifiant à mesure que des radicales s'y adjoignent.

2° Un *diamètre*, toujours de plusieurs globules colorant plus ou moins fortement le trajet des capillaires, et limités à la périphérie par une couche de sérum.

3° Une *forme* parfaitement cylindrique, surtout pour les tubes d'exportation, ou à direction périphérique, quoique moins volumineux et moins colorés que les tubes d'importation, ou à direction centrale.

4° Des *parois* toujours spéciales et indépendantes des milieux sillonnés par les mêmes capillaires ; parois qui, d'après la remarque de Müller, peuvent persister après l'action dissolutive du parenchyme.

5° De ces *tubes*, les uns sont organisés, bien que capillairement, comme les artères, et se comportent comme tels ; il n'y a de différence que dans leur proportions microscopiques ; de même que ceux qui sont organisés comme les veines, et qui se comportent comme tels ; aussi ces capillaires ne sauraient-ils former un système particulier, en antagonisme avec les artères et les veines ordinaires.

5° Aussi leur mode de distribution est-il alors le même, c'est-à dire essentiellement ramiforme ou dendritique.

6° Et c'est à cause des *abouchemens* parfois directs entre les capillaires artériels et les capillaires veineux que judicieusement on peut trouver dans quelques parties une sorte de système d'*aqueducs*.

Si l'inspection a permis de distinguer dans toute partie vascularisée capillairement ce premier ordre de canaux, il sera tout aussi facile de reconnaître un système de tous petits ruisseaux, mille et mille fois contournés, anostomosés entre eux, et dans lesquels des chapelets de globules courent avec plus ou moins de précipitation.

On les reconnaîtra en effet aux caractères suivans :

1° Uniformité *de leur volume* qui ne va plus en s'amoindrissant ou en augmentant, malgré la multiplicité des anastomoses, par la raison que les anastomoses établissent non plus des adjonctions ou des distributions, mais bien de simples communications.

2° *Diamètre* n'allant pas au delà d'un globule déférent ; de telle sorte qu'à raison du sérum interposé, on peut suivre parfois la marche d'un seul globule dans tous les détours du labyrinthe capillaire.

3° *Forme* plutôt en gouttière qu'en tube cylindrique, dessinée parfois au moyen de lignes parallèles et ombrées, mais sans saillie extérieure appréciable.

4° A distribution, non plus uniforme, mais *réticulaire*, précisément à cause des millions de communications, d'anastosmoses sans cesse répétées, sans augmentation et sans déperdition de volume pour les courans ; de telle sorte qu'il en résulte un lacis, un réseau à mailles plus ou moins serrées.

5° Dispositions organiques qui rappellent aussitôt à l'esprit l'idée d'un véritable *système d'irrigation* : ainsi, à bien considérer les choses, en faisant abstraction du centre circulatoire, ce sont les capillaires artériels qui devraient être appelés les tubes d'importation à l'égard de cet espèce de sol à vivifier, et les capillaires veineux les tubes d'exportation.

Enfin, quant à la substance, à la matière animale elle-même, liant par les mêmes courans, nous connaissons ses formes, son étendue, ses proportions relativement aux parties canaliculée, nous savons maintenant que c'est à tort que tant d'anatomistes et de physologistes ou bien ont nié son existence indépendante en affirmant que tout est vaisseau dans l'économie, ou bien ont méconnu sa configuration en soutenant qu'elle consiste en fibres droites ou contournées, contractiles ou rétractiles, etc. Nous savons qu'arrivé là on ne trouve plus que des traces équivoques d'organisation ; est-ce un simple mucus, un mucus amorphe, ou un amas peu distinct de vésicules translucides inégalement condensées et adhérentes ; ce sont là des questions que nous ne chercherons pas à pénétrer.

— L'Académie s'occupe de la nomination au scrutin de six membres correspondans régnicoles. Voici les noms des cinq premiers : Voisin, Chapeau, Caront, Dubourg, Philippe. Le nom du sixième membre sera proclamé à la prochaine séance, le dépouillement du scrutin n'étant pas achevé aujourd'hui.

— *M. Bouvier* présente une pièce pathologique, un fongus de la dure-mère.

— *M. Baudens* présente le malade atteint de fracture à la mâchoire dont nous avons naguère parlé et qui est bien guéri aujourd'hui, presque sans difformité.

— *M. le docteur Lucien Boyer* présente à l'Académie de médecine un malade sur lequel il a pratiqué l'extirpation d'une tumeur graisseuse, diffuse, qui couvrait la région scapulaire droite et s'étendait jusqu'au creux de l'aisselle. La plaie, réunie au moyen de la suture entortillée, modifiée par M. Amussat, s'est cicatrisée par première intention et sans aucun vestige de suppuration.

La modification qu'il signale consiste à se servir d'aiguilles en platine très déliées, qui ne pénètrent que la surface du derme et sont placées le plus possible des bords de la plaie. Un ou deux tours de fil, fixés par un nœud, complètent la suture. Les aiguilles et les fils restent en place jusqu'à leur chute spontanée.

Les avantages de cette suture sont de causer moins de douleur au malade, d'amoindrir les chances d'érysipèle et d'inflammation phlegmoneuse, de permettre au chirurgien d'exprimer le sang épanché dans la plaie, pendant le pansement, de dispenser d'enlever les aiguilles au quatrième jour, manœuvre qui compromet souvent la consolidation de la cicatrice.

M. L. Boyer, met sous les yeux de l'Académie un dessin qui représente exactement la plaie au quatrième jour de l'opération, ce qui donne une idée exacte de la simplicité de cette nouvelle manière de faire la suture dite entortillée. Il présente aussi un morceau de peau sur lequel sont comparativement exécutés l'ancien et le nouveau procédé.

Séance levée à cinq heures.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 6 JUILLET 1840. (13e ANNÉE.) N° 79, TOME 2. — 2e SÉRIE.

(La Lancette Française.)

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5[illegible]

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Leçons sur les maladies vénériennes.

(Huitième article. — Suite du n° 72.)

Pronostic du chancre. Il est important d'établir le pronostic du chancre A sous le point de vue de l'accident local; B sous celui des accidens à distance que l'on pourrait avoir à redouter; C sous celui des accidens d'infection générale.

A. D'abord *quant au siége*, toutes choses étant égales d'ailleurs, la région où le chancre s'est déclaré, la position qui le dispose ou le préserve des frottemens, des tiraillemens divers, peuvent avoir quelque influence sur sa durée définitive.

Quant au nombre. Sous le point de vue de la gravité absolue, le nombre des ulcérations n'y fait absolument rien, selon quelques pathologistes; tandis que d'autres paraissent y attacher une grande importance. C'est même un des argumens que l'on a choisis contre l'inoculation. Il paraît cependant que s'il existe plusieurs chancres simples sans complications, il n'y a pas lieu à porter un pronostic plus grave que s'il n'y en avait qu'un.

Quant à la variété existante du chancre, toutes choses étant encore égales, le pronostic sera beaucoup plus favorable pour le chancre à type régulier; en général, la guérison sera complète en trois, quatre, cinq ou six semaines au plus. Le chancre phagédénique est beaucoup plus grave, attendu qu'il peut durer des mois et des années. Nous avons encore dans les salles des malades porteurs de chancres phagédéniques qui persistent toujours inoculables depuis deux, trois et jusqu'à sept années. Leur profondeur, ordinairement bornée aux plans aponévrotiques de la région où ils siégent, peut quelquefois cependant devenir plus grande et donner lieu à des lésions sérieuses; de même leur étendue peut difficilement être déterminée, nous en avons vu d'énormes. Après le chancre phagédénique le plus grave, sans contredit, est le chancre gangréneux; sa durée dépasse rarement les trois ou quatre premiers septenaires; mais sa profondeur est difficile à déterminer, et l'on en a vu produire des ravages considérables. Sans contredit, le chancre induré est, de toutes les variétés du chancre, celle dont le pronostic est le moins grave sous le point de vue de l'accident local; rarement il gagne en étendue; tout le travail pathologique se passe dans le tissu additionnel qui le constitue. Il est rare qu'il se prolonge au-delà du deuxième mois.

B. *Sous le point de vue des accidens à distance*, le chancre existant prédispose-t-il au développement d'un bubon? On a beaucoup exagéré cette influence du chancre sur le développement du bubon; cette coïncidence n'est que le résultat de la position de l'ulcère, et non des conditions du virus ou de l'idiosyncrasie du malade. Il est des régions qui paraissent en favoriser le développement d'une manière toute spéciale: par exemple, pour l'homme, les parties inférieures de la verge et du gland, et surtout le voisinage du frein du prépuce; pour la femme, ce serait le voisinage de l'urètre et de la commissure supérieure de la vulve. Après l'inoculation artificielle que nous avons l'habitude de pratiquer dans cet hôpital, nous n'avons pas vu survenir un seul bubon consécutif, dans une période de dix ans, sur plus d'un millier d'inoculations: la détermination précise de ces points serait fort importante, mais ne peut avoir lieu dans l'état actuel de la science.

Les femmes, a-t-on dit, ont en général moins de bubons que les hommes. M. Lagneau a expliqué ce fait en disant qu'il fallait en chercher la cause dans le genre de travaux plus rudes auxquels sont exposés ces derniers. Mais ne voit-on pas tous les jours des hommes dans les conditions les plus heureuses de fortune, et observant le régime le plus sévère, présenter des bubons consécutifs au chancre; tandis que des femmes misérables, exposées aux plus rudes fatigues, et n'observant aucun régime, n'en contractent point? Nous croyons pouvoir affirmer que ce sont les conditions anatomiques seules qui peuvent rendre compte de cette différence. Ainsi, nous avons vu que chez la femme le siége le plus ordinaire du chancre est à la fourchette, aux grandes et aux petites lèvres; chez l'homme, au voisinage du frein, sur le prépuce, à la couronne du gland. Mais précisément, les relevés établissent que chez l'homme le bubon survient presque toujours dans les cas où il existe des chancres du frein, et chez la femme, après ceux qui existent au pourtour de l'urètre.

Il résulte donc de ceci que, chez la femme, le siége fréquent du chancre existe dans des régions dont l'ulcère prédispose fort peu au développement des bubons; tandis que chez l'homme, le siége le plus fréquent du chancre a lieu dans des régions dont l'ulcère prédispose fréquemment leur apparition. Ajoutons à cela que l'on a beaucoup exagéré le nombre des bubons consécutifs du chancre; car les relevés faits depuis dix années à l'hôpital du Midi donnent pour moyenne seulement un bubon pour quatre chancres environ.

C. *Relativement aux accidens d'infection générale*, le siége, le nombre, la durée des chancres ne paraissent pas avoir la moindre influence. La seule forme de chancre qui nous paraisse pouvoir donner lieu à l'infection générale dans tous les cas, ou pour le moins quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, c'est le chancre *induré*, quand après lui le malade n'a pas eu recours à l'usage des préparations mercurielles. Nous n'oserions cependant affirmer d'une manière absolue que le traitement général administré dans des cas de chancre induré préserve dans toutes les circonstances; et si cela est, c'est peut-être faute de savoir appliquer exactement le traitement préservatif; et comme nous l'avons déjà dit, nous ne pouvons agir dans ce cas que d'une manière empirique.

Quant à l'opinion plus ingénieuse que vraie de Carmichaël, qu'il est certains symptômes primitifs qui seraient toujours suivis d'une série de symptômes secondaires pour ainsi dire correspondans, on conçoit qu'il nous est impossible de l'admettrer. Ainsi, selon lui, le *chancre huntérien* donnerait lieu aux éruptions du cuir chevelu, à la lèpre, au psoriasis, aux ulcérations des amygdales, aux douleurs ostéoscopes; le chancre *sans induration* aux éruptions papuleuses, aux douleurs articulaires, au gonflement des glandes lymphatiques du cou; le chancre *à bords élevés* correspondrait aux éruptions pustuleuses; les chancres *gangreneux et rongeans* entraîneraient les accidens constitutionnels graves et opiniâtres. Il suffit de jeter un coup-d'œil et d'interroger la série de malades que je vous présente pour voir combien une semblable théorie est erronée.

N'oublions pas qu'il y a deux choses à considérer dans la guérison d'un chancre: 1° la cicatrisation et la disparition de l'ulcère; 2° l'état des tissus où celui-ci siégeait. Dans le chancre induré, la cicatrisation de l'ulcère n'indique pas la guérison. La cure n'est réelle que lorsque l'induration n'existe plus. De telle façon qu'un chancre induré qui s'est cicatrisé très vite sera suivi d'accidens généraux, si l'induration persiste; tandis qu'un chancre non induré qui aura mis long-temps à se guérir, pourra ne produire aucun accident de ce genre, l'induration étant la condition de la production des phénomènes constitutionnels de la syphilis, quelle qu'ait été la durée des phénomènes primitifs.

Traitement du chancre. A. Méthode abortive. Etablissons d'abord que l'ulcère syphilitique primitif peut guérir fréquemment seul. Cependant comme la guérison spontanée du chancre est le plus souvent incertaine et tardive, que le malade reste, tant qu'il dure, exposé à l'infection générale et aux chances fâcheuses d'accidens locaux qui peuvent parfois revêtir un caractère fort grave, le médecin ne doit pas rester inactif, et tous ses efforts doivent tendre vers ce but, étouffer, pour ainsi dire, le chancre à son début; de là la méthode dite *abortive*.

Je regarde ce précepte comme étant de la plus grande importance, et je soutiens en sa faveur qu'il n'y a pas d'observation authentique de chancres qui, détruits avant les cinq premiers jours, qui arrivent après un coït infectant ou tout autre des modes possibles de transmission du virus, aient donné lieu plus tard à des symptômes secondaires.

La destruction des chancres à leur début ou autrement dit leur traitement abortif, constitue un des points les

---

FEUILLETON.

DE LA NÉCESSITÉ DE LA CHARITÉ A DOMICILE.

Il y a de ces idées tellement enracinées dans toutes les têtes, sur l'excellence desquelles existe un consentement si unanime, qu'il y a vraiment plus que de la témérité à soulever seulement quelques doutes à leur égard; et même avec ce préambule, que les rhéteurs ont nommé à bon droit précaution oratoire, nous craignons bien que plus d'un lecteur prévenu accepte nos paroles comme un paradoxe audacieux. Cependant, si nous avons une prière à lui faire, c'est de peser nos raisonnemens avec l'attention qu'ils méritent peut-être, car ils sont le fruit d'une conviction acquise au prix d'une longue expérience.

Du temps de la féodalité, époque qui, comme toutes les époques possibles, renfermait du mauvais et du bon aussi, chaque hôtel de haut et puissant seigneur, chaque presbytère avait sa maison de Dieu où le peuple composé de serfs s'empressait de venir implorer secours et assistance dans ses infirmités et maladies. La noblesse, à l'apogée de la suprématie, planait tellement au dessus du *pecus vulgare*, que celui-ci s'estimait trop honoré de recevoir une aumône descendue de si haut. On conçoit qu'alors les hôpitaux étaient loin d'inspirer cette répugnance qui se propage aujourd'hui jusque dans les derniers rangs de la société, répugnance qui reconnaît pour cause le bouleversement de toute hiérarchie, l'affranchissement illimité.

Un autre motif non moins puissant de l'éloignement pour les hôpitaux, ce sont les liens de la famille qui vont se relâchant de jour en jour. Ceci demande un peu de développement.

Les idées religieuses si salutaires, si vivaces autrefois dans le cœur du peuple, et dont l'heureuse influence unissait si étroitement les parens les enfans et les époux entre eux, les idées religieuses ne sont plus là pour cimenter chaque pierre de l'édifice social qui va se lézardant et se démantelant de toutes parts. Ce n'est plus qu'un vaste mélange de molécules hétérogènes et désunies. La famille, partie intégrante de ce grand tout, s'est ressentie de l'action dissolvante du principe le plus terrible, l'égoïsme qui dessèche tous les cœurs, isole tout le monde; de sorte qu'au lieu de groupes unis par le sang et l'affection on ne voit plus que des individus qu'on dirait tomber du ciel sur un sol étranger.

Aussi avons-nous vu des vieillards malades et infirmes, que, dans un autre temps, on eût entourés des soins, des respects qui leur sont dus, et auxquels, de nos jours, on donne à peine et non sans le leur reprocher, du pain et de l'eau pour alimenter un souffle d'existence. Proposez-leur d'aller se guérir à l'hôpital, ils vous répondront que leurs enfans, trop heureux d'être délivrés d'eux, ne voudraient plus les recevoir! Leur place au foyer domestique leur est tellement contestée et tolérée de si mauvaise grâce qu'ils s'y cramponnent quand même, de peur que les rangs de leurs fils et petits-fils venant à s'étendre à leurs dépens, ils ne trouvent plus moyen d'y reprendre le banc étroit où ils souffrent, et la misérable litière où ils appellent en vain le sommeil.

C'est dans cette même classe ouvrière que les hommes de l'art ont chaque jour occasion de se sentir navrés jusqu'au fond du cœur en voyant de malheureuses femmes, mères d'un ou plusieurs enfans, et qui, victimes de l'inconduite de leurs maris, sont dans l'affreuse alternative de rester privées de secours, ou de livrer leur maison au pillage. Dénuées des premières nécessités de la vie, à plus forte raison leur est-il impossible de subvenir aux frais d'un traitement plus ou moins prolongé...

Qu'elles aillent à l'hôpital, direz vous! Hélas! savez-vous pour qui sont faits les hôpitaux? Pour de pauvres servantes dont les maîtres inhumains se débarrassent à la moindre indisposition, pour des individus sans feu ni lieu; mais une femme, une mère de famille surtout, si misérable qu'elle soit, ne peut se décider à abandonner ses enfans à la brutalité d'un homme qui s'enivre et qui, le plus souvent, profiterait de son absence pour vendre le peu de meubles qui composent leur misérable ménage. Ce ne sont point ici des suppositions; ce sont des objections réelles, trop réelles qui nous sont faites journellement, et devant lesquelles nous sommes contraints de demeurer sans réplique.

S'agit il d'un enfant? Croyez-le, il faut de bien puissantes raisons; ce n'est que poussée à la dernière extrémité, qu'une mère si malheureuse, si pauvre qu'elle soit, se décidera à l'abandonner à la commisération publique; car elle sait que, malgré toute sa vigilance, cette pitié ne saurait jamais remplacer les soins maternels.

C'est surtout quand la femme est atteinte d'une de ces nombreuses maladies qui affectent les organes de la génération, qu'elle répugne d'aller à l'hôpital; un sentiment trop naturel de pudeur l'éloigne invinciblement de s'offrir en spectacle à toute une troupe de jeunes élèves qui se pressent aux hôpitaux pour observer et s'instruire. Qu'arrive-t-il? C'est qu'après avoir tardé le plus possible, quand les douleurs finissent par vaincre un des plus louables instincts de leur sexe, il n'est plus temps de porter remède à une maladie qui trop souvent devient incurable, dès qu'elle se prononce pour une souffrance appréciable.

Cependant, disons-le, il en est chez lesquelles la répugnance moins marquée ne les empêche pas de venir prendre place dans un de ces espèces de casiers où se déroulent, comme dans une collection scientifique, l'innombrable série des infirmités humaines; mais ces sortes d'affections, peu saillantes dans leurs symptômes, lentes surtout à parcourir leurs périodes, offrent peu d'attrait à un professeur qui, dans une aussi ample moisson, est porté malgré soi à choisir ce qui peut offrir matière aux développemens les plus neufs et les plus brillans. Les ronchus dans la pneumonie, le tintement métallique dans la pleurésie, le gargouillement dans la phthisie, les bruits de souffle ou de râpe dans les affections du cœur, les pétéchies dans les fièvres typhoïdes; les discussions que réveille la question litigieuse des saignées coup sur coup, des purgatifs, ou de l'expectoration, voilà autant de sujets qui intéressent vivement l'orateur et son auditoire.

Eh! mon Dieu, qui pourra réformer la pente de l'esprit humain? Tout médecin, nous le premier, qui se trouvera à la tête de plusieurs salles, choisira tout naturellement les malades qui demandent une médication active dont les effets seront instantanés. Cette conséquence découle inévitablement de l'institution elle-même des cliniques; l'attention des élèves se tourne avidement vers les affections qui frappent leurs regards avec le plus de vivacité et d'apparat, de sorte que c'est une impulsion à laquelle le professeur obéit sans s'en apercevoir; ce n'est certes point nous qui lui en ferons un crime, car, nous le répétons, à sa place nous en ferions tout autant. Mais il n'est pas moins vrai que cela démontre la nécessité de certains établissemens spéciaux à certains genres de maladies, parmi lesquelles nous mettrons au premier rang celles qui sont particulières aux femmes.

Il existe déjà, nous dira-t-on, des dispensaires de la Société philantropique et des bureaux de charité où l'on soigne toutes les maladies: oui, toutes; et c'est précisément par là que pèchent les institutions où les femmes ne sont presque jamais examinées par les mêmes médecins d'abord, et où ensuite l'attention de l'homme de l'art est nécessairement entraînée vers les cas qui lui paraissent les plus graves; c'est donc à peu près comme dans les hôpitaux. Mais il existe déjà une institution qui commence à pratiquer cette grande œuvre: *la charité à domicile*; c'est l'infirmerie ou le dispensaire Sainte-Geneviève, dirigé par M. Tan-

plus importans de l'étude de la syphilis, et un de ceux qui ont donné lieu aux théories les plus erronées et aux pratiques les plus dangereuses.

Le chancre est une affection d'abord locale, l'expérience et l'expérimentation le prouvent ; il faut donc être conséquent avec soi-même, et faire ce que tout le monde songe à faire dans les cas où il s'agit de la morsure d'un chien enragé ou de la piqûre d'une vipère, c'est-à-dire détruire l'accident local le plus tôt possible afin de prévenir l'absorption et les accidens consécutifs.

On a dit que les chancres que l'on attaquait par la cautérisation étaient plus souvent que d'autres suivis d'accidens, et aucun de ceux qui ont soutenu cette proposition n'a pris la peine d'indiquer les circonstances particulières dans lesquelles les chancres pouvaient se trouver au moment de la cautérisation ; comme si le chancre n'avait qu'une manière d'être, et qu'il fût toujours le même chez tous les individus, à toutes ses phases et en dépit de toutes les complications possibles.

On peut, à ce sujet, établir les propostions suivantes :

1° Lorsque la cautérisation a détruit un chancre avant le sixième jour qui suit le coït infectant, la guérison est très rapide, et le malade est à l'abri de l'empoisonnement.

2° Lorsqu'un chancre a déjà duré un certain temps, et qu'il est surtout accompagné d'induration, la cautérisation n'empêche ni ne favorise l'infection générale ; elle ne constitue plus ici une méthode abortive, et ne peut tout au plus servir qu'à modifier l'ulcère et à en hâter la cicatrisation ; toujours utile, attendu que ce n'est pas en raison de la rapidité de cette cicatrisation, mais bien en raison de la persistance de l'induration, que surviennent les accidens constitutionnels.

3° On a eu tort de dire qu'en cautérisant un chancre et en obtenant une cicatrice plus prompte, on se privait d'un guide pour le traitement; le seul guide absolu fourni par l'accident primitif, c'est l'induration. Or, quand l'induration existe, la cautérisation telle qu'on la pratique ordinairement ne la détruit pas.

4° Ceux-là mêmes qui blâment la cautérisation vous disent qu'à la suite des chancres, les accidens secondaires sont en raison de l'étendue, du nombre, et de la durée de ces accidens primitifs ; et ils croient être logiques en rejetant un moyen qui, dans leur doctrine même, diminue l'étendue des surfaces malades, et les limite, en abrégeant ainsi la durée totale du mal, qui est le foyer permanent de l'infection générale.

5° On a dit que la cautérisation favorisait le développement des bubons ; c'est une erreur qui été accréditée par un relevé statistique de Bell, qui n'a pas la moindre importance. Les relevés faits dans cet hôpital, sur un nombre immense de malades, donnent un démenti à cette assertion. La cautérisation peut, comme toute autre cause d'irritation, déterminer des engorgemens sympathiques des ganglions voisins ; mais les bubons virulens ne ne paraissent pas naître sous son influence, ils obéissent à d'autres lois.

Première méthode. Excision. Hunter, qui est tout à fait d'opinion qu'on doit arrêter les chancres ; sans établir les distinctions qu'ils présentent à leur début, dit qu'on doit préférer la cautérisation à l'extirpation, quand il existent sur le grand, dont la sensibilité moins vive excite moins de douleur et expose moins à l'hémorrhagie, tandis qu'au contraire l'excision avec l'instrument tranchant convient mieux toutes les fois que la peau est affectée et que le caustique a de la peine à atteindre les limites du mal.

Toutefois, quelque bons que soient les conseils de Hunter, qui récemment ont été appuyés de l'autorité de M. Ribes père, on peut mieux en préciser l'emploi.

En général, on devra préférer l'extirpation au début, toutes les fois qu'elle pourra être exécutée à une distance suffisante du point ulcéré ; chez une personne qui aurait naturellement un phymosis et des chancres sur le lymbe du prépuce, il ne faudrait pas hésiter ; de même chez certaines femmes qui ont les nymphes très longues ; car il ne faut pas oublier que l'excision, pratiquée trop près du siège du chancre permet à la plaie de reprendre très vite la forme d'ulcère virulent. Lorsqu'on fait l'excision complète d'un chancre induré ou seulement l'extirpation d'une induration après la cicatrice d'un chancre, la plaie peut encore passer à l'état d'ulcère spécifique, et une nouvelle induration avoir lieu; mais, dans tous les cas, même ceux où il n'y a pas d'ulcère consécutif et où la plaie se cicatrise comme une plaie simple, l'excision de l'induration ne prévient pas les autres phénomènes de l'empoisonnement général.

HOPITAUX DE LONDRES.

Hernie dans le cordon ombilical. Guérison ; par M. Cederschjold, de Stockholm.

L'anneau ombilical offrait au moins un pouce de diamètre ; les intestins, enveloppés du péritoine, en sortaient et formaient une tumeur du volume du poing. Le cordon ombilical émanait du sommet de cette tumeur. Les pressions ménagées n'ont pas réussi à faire rentrer la tumeur dans le ventre ; on s'est aperçu que la difficulté tenait à ce qu'ils étaient remplis de méconium ; l'enfant n'était pas allé à la garderobe depuis la naissance. On lui a donc administré cinq cuillerées à thé d'huile de ricin, ce qui a procuré des garde-robes ; la tumeur est alors devenue molle, et la réduction a pu être accomplie facilement, l'enfant ayant été placé sur le dos. Le sac péritonéal étant vidé, on l'a lié au niveau de l'ombilic ; il est tombé le quatorzième jour, et l'ombilic était complètement cicatrisé comme dans l'état normal. (*London med. Gaz.*, mai, 1840.)

— Dans ce fait la tumeur était bien visible ; il est des cas cependant où l'anse intestinale s'engage dans le tissu même du cordon, la saillie qu'elle forme est si peu appréciable, qu'on peut ne pas la reconnaître et la comprendre dans le fil de la ligature. J'ai vu deux enfans traités à la clinique de Dupuytren, d'une fistule stercorale ombilicale survenue par suite de cet accident. Aussi est-il important de bien examiner le cordon avant de le lier. La circonstance la plus remarquable qu'offre l'observation de M. Cederschjold, c'est l'état d'engouement dans lequel la tumeur s'est présentée, et la facilité avec laquelle la purgation l'a dégorgée. L'opération pratiquée par ce chirurgien rappelle la pratique de Desault, déjà recommandée par Celse. On regrette cependant le manque de détails dans le fait de M. Cederschjold. On pratique ordinairement cette ligature en masse ; c'est-à-dire en étranglant circulairement après la réduction la base de la tumeur avec un fil, le plus près possible du ventre ; ou bien en détail ; savoir, en perforant horizontalement la tumeur dans son centre avec un fil double, et en étranglant chaque moitié séparément, comme on le faisait autrefois pour le staphylome. Comme la ligature se relâche, on est obligé d'appliquer de nouveaux fils les jours suivans. La chute de la poche mortifiée laisse ordinairement une surface suppurante qui se cicatrise en peu de temps.

Sir Astley Cooper, qui ne paraît pas dédaigner cette pratique cite un cas de cette nature, appartenant à M. Hamilton, dans lequel l'opération a été autrement exécutée. En voici les détails.

« Le cas qui fait le sujet de cette observation a été observé en juillet 1804 ; il s'agissait d'une hernie ombilicale de naissance, ou hernie ventrale. C'est, en fait de hernie de cette espèce, la plus petite que j'eusse jamais vue. En effet, son volume n'excédait pas celui d'un gros œuf de poule, et l'espace dans lequel manquait la paroi abdominale aurait pu être recouvert par un disque de la largeur d'une demi-couronne. Le pourtour des tégumens abdominaux autour de la base de la tumeur était plus épais et plus foncé qu'en aucune des autres hernies que j'ai observées : il offrait aussi une couleur foncée et tachetée. La tumeur elle-même n'était pas aussi transparente qu'elle a coutume d'être dans les autres cas. Mais le cordon ombilical se terminait comme cela a lieu ordinairement, c'est-à-dire qu'il était situé un peu de côté de la tumeur, et non sur son sommet. En examinant attentivement l'état de la tumeur, je remarquai que les parties qui y étaient contenues pouvaient être réduites, et que les bords de la solution de continuité étaient susceptibles d'un rapprochement mutuel. Après cet examen je procédai à l'opération, dans laquelle je fus assisté de M. James Anderson, Les parties furent réduites, non sans quelques difficultés ; une ligature fut ensuite solidement appliquée autour de la base de la tumeur, après quoi le sac fut ouvert avec précaution. C'était la gêne du cordon ombilical. Au moyen de deux épingles d'argent et de quelques bandelettes agglutinatives, les bords de la solution de continuité des parois abdominales furent rapprochées étroitement : on laissa le sac tomber, et en quelques jours la guérison fut complète. »

(*OEuvres chir.*, trad. de M. Chassaignac et Richelot.)

On se demande cependant avec raison, de nos jours, à quoi sert cette opération douloureuse alors qu'il est prouvé que la seule compression suffit pour procurer une guérison aussi ou plus radicale encore ?

Fistules nombreuses à la mamelle guéries à l'aide de la compression ; par M. Ferrall, chirurgien à Saint-Vincent's hospital.

Jeune femme, âgée de vingt ans. Mamelle droite triplée de volume, forme irrégulière, très lourde, nombreuses ouvertures fistuleuses dans tous les sens, donnant abondamment du pus. Tégumens de chaque orifice marqués d'une auréole pourpre et affaissés. Sein généralement douloureux au toucher ; sa pesanteur incommode considérablement. Emaciation générale et faiblesse, constipation ; langue à peine chargée, humide ; pouls à 110, petit, faible ; sueurs nocturnes ; poumon sain.

Incisions sur plusieurs endroits pour vider les foyers. On essaie la compression antéro-postérieure ; elle donne lieu à des réactions fâcheuses, en empêchant l'écoulement du pus. M. Ferrall emploie alors la compression expulsive d'arrière en avant comme sur un membre, le développement énorme de la mamelle se prêtant à cet appareil.

Pour cela, il introduit plusieurs sondes dans les canaux les plus profonds, afin de favoriser l'écoulement et d'en rectifier le trajet. Ces sondes ont été laissées en

---

chou. Toute modeste qu'elle est, elle n'en a pas moins rendu déjà de nombreux et éclatans services à cette classe de la société qui, ne possédant pas de quoi subvenir aux frais d'un traitement, rougirait cependant de venir se ranger dans un hôpital.

Cette institution traite, comme on le sait, les maladies à domicile, sans que les femmes quittent leur ménage ou même leurs travaux ; elle donne *gratuitement* et avec décence des avis, des médicamens, des bains ; on y place des pessaires, on y pratique toutes les opérations qui se rattachent aux maladies des femmes ; de telle sorte que celles qui ne peuvent pas se décider à aller dans les hôpitaux, parce qu'on les y examine publiquement, parce qu'elles ne se croient pas assez malades et surtout parce qu'elles aiment mieux souffrir que d'abandonner leur intérieur où leur présence est souvent absolument indispensable, peuvent se soigner et prévenir ainsi des maladies graves. Voici un exemple entre mille des motifs que les malades opposent pour ne plus aller à l'hôpital.

Recommandée par une dame charitable qui compte parmi les souscripteurs de l'OEuvre, une jeune femme se présente à la consultation. Elle est pâle, défaite, deux rides profondes comme un sillon lui tombent des angles de la bouche, tout dénote en elle la souffrance et la misère. Voici ce qu'elle nous apprend. « Je suis accouchée il y a six semaines, mais j'ai à peine de quoi manger et mon enfant demande le sein à chaque instant du jour. Je souffre dans les reins, dans le bas-ventre et dans les aines ; je ne veux pas aller à l'hôpital parce qu'il faut que j'allaite mon enfant, que je nourrisse l'orphelin de ma sœur qui est morte et ma grand-mère qui a soixante-douze ans. Mon mari, qui est toujours malade depuis un an, ne peut gagner notre vie qu'en faisant des chapeaux de paille, et il nous en faut 12 pour gagner 4 fr. C'est à peu près 60 centimes par jour. De plus, il y a dans leur façon des choses que je sais faire et que lui ne sait pas faire, de sorte que quand je ne travaille plus, la besogne ne peut plus aller. J'ai déjà passé cependant huit jours à l'hôpital Saint-Antoine ; mais le cinquième, mon mari est venu me dire : Femme, il y a trois jours que le petit, ma mère et moi nous n'avons mangé ; si tu ne sors pas, tu nous trouveras morts de faim. Le lendemain j'ai fait plier ma pancarte par la sœur ; le médecin ne voulait pas me laisser aller ; je l'ai prié, et j'ai obtenu ma sortie : on m'a donné cent sous, avec lesquels nous avons acheté des draps dont nous avions besoin depuis bien long-temps ; l'hospice nous a aussi fourni un bois de lit qui nous a servi à ne plus coucher par terre sur la paille. Maintenant, Monsieur, vous voyez que je ne puis aller à l'hôpital ; je suis indispensable à mon ménage ; par pitié, soignez-moi chez moi..... »

Il faut, comme nous, vivre au milieu de la classe indigente pour juger des obstacles qu'on y rencontre pour faire entrer les malades dans les hospices. Avouons-le franchement, il y a là une lacune, une lacune immense ; l'OEuvre Sainte-Geneviève a commencé à la combler ; mais il faudrait que cette institution fût mieux soutenue et montée sur une plus grande échelle, pour étendre au loin et d'une manière plus efficace les bienfaits qu'elle est susceptible de répandre.

Ed. Villemin, d.-m.-p.

Cas de présentation placentaire, par M. J. de Barbe, D.-M. à Chaumes (Seine-et-Marne).

Madame T., âgée de vingt-trois ans, faiblement constituée, a eu quatre grossesses ; les deux premières furent heureuses, l'accouchement se termina naturellement, et les deux enfans vinrent bien constitués. Troisième grossesse, accouchement à sept mois ; l'enfant n'a vécu que trois jours. Quatre mois après, madame T. devint de nouveau enceinte, et dès les deux premiers mois de la grossesse, apparition à deux reprises d'un écoulement sanguin, que la malade veut attribuer à son époque menstruelle.

Vers le cinquième mois environ, la malade perdit tout-à-coup pendant la nuit quelques gouttes de sang ; céphalalgie, congestion de la face. Repos, diète, etc.

Le 21 avril, quinze jours après ce premier écoulement sanguin, une perte abondante se manifesta ; en même temps pouls plein, faciès très animé ; douleurs vives dans l'abdomen. Saignée, boissons froides et eau de lin, applications froides sur le ventre, injections d'eau froide dans le vagin. L'hémorrhagie cesse. A partir de cette époque, la malade ne quitte pas le lit.

Le 26, nouvelles pertes ; mêmes précautions suivies de succès. Cet état persiste jusqu'au 6 mai ; la malade ne perd que quelques gouttes de sang par intervalles. Mais ce jour, à cinq heures du matin, nouvelle hémorrhagie abondante, douleurs dans les lombes. On pratique le toucher : on reconnaît une dilatation du col de la largeur d'une pièce de cinq francs ; toute cette ouverture est occupée par un corps mou, saillant sur le vagin, qui fait soupçonner l'implantation du placenta sur l'orifice interne du col ; l'exploration faite avec précaution ne peut faire reconnaître s'il existe des points de détaches. La malade est faible ; elle éprouve des frissons ; découragement profond. On tamponne le vagin avec des compresses mouillées ; applications froides sur l'abdomen ; l'hémorrhagie se calme un peu, mais les contractions utérines apparaissent et se répètent à des distances assez rapprochées.

Vers onze heures, la malade perd tout-à-coup une grande quantité de liquide : au moment où l'on se prépare à pratiquer le toucher, une masse se présente à la vulve, et l'on reconnaît le placenta ; les pieds et le corps de l'enfant s'échappent aussitôt ensuite, et l'on n'a plus qu'à dégager la tête pour terminer l'accouchement.

L'enfant était âgé de six mois environ et n'a donné que quelques signes de vie.

A partir du moment de sa délivrance, la malade a repris ses forces ; le pouls, qui était imperceptible, s'est ranimé ; il n'y a pas eu de nouvelle hémorrhagie. Madame T. est depuis ce temps dans un état de santé très satisfaisant.

L'observation de M. Barbe est venue confirmer des faits pour ainsi dire établis d'après les relevés statistiques recueillis dans ces derniers temps. Ainsi, les travaux de M. Lee ont fait voir que dans plus du tiers des cas, l'accouchement se terminait vers le septième mois de la grossesse. Dans la circonstance que nous mentionnons, la terminaison fut cependant beaucoup plus rapide qu'elle ne l'est dans la majorité des cas, et l'on peut ranger ce fait auprès de ceux qui se sont terminés par l'issue en masse de l'œuf et de ses membranes ; car aussitôt la rupture de l'amnios opérée, le placenta et l'enfant se sont présentés à la vulve.

Cette terminaison de la grossesse est très fâcheuse pour l'enfant ; elle l'est malheureusement aussi pour la mère. Ainsi, M. Lee a constaté que la mort avait eu lieu dans la moitié des cas ; elle a lieu tantôt par la persistance de l'hémorrhagie et l'épuisement de la malade ; tantôt, au contraire, par l'apparition d'une phlébite utérine. Ici le succès fut complet.

Ce cas est bien un exemple d'implantation du placenta sur l'orifice interne du col de l'utérus ; et même, dans cette circonstance, l'implantation était centrale, ce qui explique la rapidité avec laquelle l'hémorrhagie s'est montrée, ainsi que sa persistance. Ce fait serait une preuve de plus, s'il en était encore besoin, que les hémorrhagies qui persistent ainsi pendant la grossesse doivent être attribuées à la disposition anatomique que nous venons de signaler.

— M. le docteur Maury, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis ; membre de l'Académie de médecine, est mort le 23 de ce mois à Saint-Mandé.

permanence et fixées avec des compresses. La compression a été exercée circulairement, surtout à la base de la mamelle; la portion antérieure a été laissée libre pour l'écoulement. Des tours de bande ont été passés de la poitrine autour des épaules, du dos, etc. Les circulaires antérieures ont été faites de manière à soutenir et à comprimer à la fois l'organe. La malade a été beaucoup soulagée par ce bandage. Régime généreux, quinquina, limonade sulfurique, purgatifs. Cinq jours après, plusieurs des fistules laissées libres étaient déjà cicatrisées, le volume du sein avait considérablement diminué. Amélioration progressive. Guérison en un mois. (*Ibid.*)

— L'auteur prétend que l'idée de traiter les fistules mammaires à l'aide de la compression appartient à Hey. Boyer, cependant, l'employait très fréquemment à la Charité; nous la lui avons vu mettre très souvent en pratique avec un succès remarquable. Nous avons cependant cherché en vain dans son ouvrage l'indication de ce moyen, ce qui nous fait présumer que l'idée de l'employer lui vint postérieurement à l'impression. Boyer rendait cette compression expulsive en disposant des pyramides de compresses sur le sein, de telle sorte que les tours de bande portassent leur action vers la base de chaque trajet. La bande, au reste, n'était autrement employée que comme on le pratique dans le premier appareil après l'ablation du sein. C'était donc une simple compression antéro-postérieure rendue expulsive par l'intervention des compresses. Dans le procédé de M. Ferrall il y a quelque chose de plus ingénieux, les sondes en permanence dans les trajets fistuleux. Il est vrai, cependant, que ce moyen ne pourra être que difficilement toléré par les malades. Sir Astley Cooper ne recommande que les injections détersives, acides, pour combattre ces sortes de fistules (ouv. cité, p. 506). C'était aussi ce que les auteurs, et Boyer lui-même, avaient prescrit autrefois. Il serait possible, à la rigueur, de combiner les injections avec la compression; mais cette dernière doit suffire le plus souvent.

Bons effets de l'acétate de plomb dans le traitement de la bronchite; par M. Henderson.

J'avais eu, dit l'auteur, depuis plusieurs années l'occasion de déplorer plus d'une fois l'inefficacité de nos moyens thérapeutiques ordinaires dans le traitement de la bronchite, accompagnée de sécrétion abondante de mucus et de gêne dans la respiration par l'obturation répétée des tubes bronchiques. J'ai été par conséquent heureux de pouvoir essayer le remède indiqué dans ce journal en 1833, d'après le Rust's magazine: je veux parler de l'acétate de plomb. Les cas dans lesquels j'avais le plus échoué auparavant étaient relatifs à la bronchite chronique des enfans, accompagnée de rougeole (measles) et de coqueluche (hooping-cough); et c'est justement dans ces cas que l'acétate de plomb m'a donné les plus heureux résultats.

Confirmé par l'observation clinique dans la bonté du médicament, je l'ai employé depuis plusieurs années, et je l'ai fait prescrire aussi par plusieurs de mes confrères avec le plus grand succès. Je puis affirmer aujourd'hui que ce remède est le plus efficace parmi ceux que nous possédons pour combattre la bronchite avec sécrétion abondante. Ses effets salutaires cependant ne se bornent pas à la bronchite des enfans avec rougeole et coqueluche: ils s'étendent également à la simple bronchite accompagnée de fièvre. Je me suis ordinairement borné à l'employer dans tous les cas qui étaient accompagnés de sécrétion abondante, et à toutes les périodes.

Dans les bronchites aiguës, les effets de l'acétate de plomb ont été divers. Dans certains cas, on a vu subitement les crachats disparaître sans que le pouls perdît de sa fréquence, ni la dyspnée de son intensité. Dans cette circonstance, j'ai toujours remplacé de suite le plomb par l'antimoine, l'ipécacuanha et le calomel. Dans d'autres cas, les crachats ont diminué considérablement, les autres symptômes ayant persisté dans le même état; j'ai trouvé utile en pareille occurrence d'alterner entre le plomb, l'antimoine et l'ipécacuanha. Dans une troisième catégorie de cas, le plomb n'a produit aucun changement après plusieurs jours de son administration. Il s'agissait de coqueluche avec bronchite générale intense; le plomb avait été administré à haute dose. J'ai néanmoins remarqué que bien que le soulagement n'eût été que léger en apparence, le mal empirait considérablement si je suspendais l'usage du plomb. J'ai donc adopté d'alterner ce remède avec d'autres, et malgré qu'il y eût des signes de pneumonie, le plomb a été continué sans inconvénient.

Dans une quatrième catégorie, qui est la plus nombreuse, sont les cas de bronchite avec sécrétion extrêmement abondante et des symptômes de dyspnée fort désespérans. La diminution prompte des gros crachats a suivi constamment et immédiatement l'usage du plomb. Des enfans qui étaient dans un état alarmant ont été, comme par enchantement, soulagés et guéris. J'ai donné chez eux le remède à dose plus élevée que chez les adultes. Les quantités que j'ai données aux adultes n'ont pas dépassé douze grains par vingt-quatre heures. (Pilules en paquets de poudre de deux à trois grains.) Je joignais dans le pilules quelques grains de poudre d'ipécacuanha ou de scille. Chez les enfans, j'en ai prescrit, selon la gravité, un quart de grain, un demi-grain ou un grain, huit à dix fois par jour. Dans un cas très grave, désespéré, j'en ai fait prendre quatre scrupules dans l'espace de dix jours. L'enfant était âgé de six ans, la bronchite avait succédé à la coqueluche. Aucun accident ne s'est jamais manifesté par l'usage de ce remède; si ce n'est la coloration bleue des gencives des incisives inférieures, remarquée seulement par M. Burton le quinzième jour de l'usage du médicament. Il est probable que ce symptôme existait avant le traitement: je ne l'ai jamais rencontré, pour mon compte. Jamais, je présume, l'acétate de plomb n'avait été essayé sur une plus grande échelle et avec des résultats aussi constans contre la bronchorrhée. Je dois cependant à la vérité de dire que dans des recherches bibliographiques auxquelles je me suis livré, j'ai trouvé que Sauvage, dans sa Nosologie, M. Reece dans le 15e vol. de Med. and. chir. Rev., et le docteur Stokes, dans le 1er vol. de son ouvrage sur les maladies de poitrine, avaient recommandé l'acétate de plomb contre la maladie en question. (*Ibid.*)

— Dans ces derniers temps, l'acétate de plomb avait été hautement recommandé contre les sueurs nocturnes chez les phthisiques; nous l'avons donné nous-mêmes avec un avantage réel dans ces cas, à la dose d'un ou deux grains le soir, sous forme pilulaire. Il fait plus que diminuer ou supprimer les sueurs dans ce cas; il calme la fièvre et la toux, et procure le sommeil. Cela devait déjà faire pressentir qu'il y a, par l'absorption de ce sel, un effet dynamique incontestable qu'on ne peut comparer qu'à une action véritablement antiphlogistique, action qui explique à elle seule la disparition de la sueur et le soulagement des autres symptômes. Cette pratique est déjà ancienne. On se tromperait cependant, si l'on croyait aider l'action du plomb par l'addition d'une quantité d'opium ou d'un sel morphinique; cette addition paralyserait complètement l'action de l'acétate de plomb, ainsi que nous nous en sommes assuré par l'expérience. Les praticiens n'ignorent pas d'ailleurs que l'opium provoque ou favorise la transpiration active, tant chez les phthisiques que chez d'autres.

L'application heureuse qu'on vient de faire des sels de plomb à la bronchorrhée n'est pas neuve. On peut voir, dans M. Giacomini (Farmacologia, t. IV), l'énumération des auteurs qui l'avaient recommandée, non-seulement contre le catarrhe chronique, mais encore contre toute espèce de flux muqueux sous forme pilulaire ou de poudre. Il est impossible de rattacher ses effets dynamiques à la simple action astringente qu'on attribue communément aux préparations saturnines.

Deux observations d'opération césarienne abdominale, adressées à la Société d'Emulation (1er juillet), par Putegnat, de Lunéville, membre non résidant et correspondant de plusieurs Sociétés de médecine nationales et étrangères.

Dans le mois de décembre 1834, M. Gueury, médecin stipendié de la ville, fut appelé près d'une pauvre femme, âgée de trente ans, dans les douleurs de l'enfantement, et qui dix-huit mois auparavant avait été délivrée avec le forceps par le même accoucheur. Peu de temps avant son arrivée, la sage-femme avait rompu la poche des eaux. Ce docteur reconnaissant un cas rare et difficile, fit venir son confrère et ami Castara. Ces deux accoucheurs, d'un commun accord, voyant que l'opération césarienne abdominale était la seule planche de salut offerte à la malade, me firent appeler, non-seulement pour avoir mon avis, mais encore pour me rendre témoin actif d'une opération assez peu commune. Ces deux confrères me firent examiner la patiente, sans m'indiquer ce qu'ils avaient remarqué, persuadés qu'ils étaient, et avec raison, que c'était la meilleure marche à suivre pour apprécier un jeune accoucheur, un nouveau confrère, et pour avoir un avis non basé sur des données fournies à l'avance.

Je procédai donc à l'examen de la femme sans notion aucune sur son bassin. Ce faisant, je trouvai le périnée tellement bombé, que, tout d'abord, je crus qu'une tête d'enfant menaçait de passer entre l'anus et la vulve. L'erreur ne dura qu'un instant. En effet, en pratiquant le toucher vaginal, mon doigt fut déjeté à droite de la malade par une tumeur énorme dont la surface parcourue était celle d'un solide elliptique. Cette tumeur était dure, indolente, légèrement rénitente; elle siégeait sur la face concave du sacrum, occupait ainsi la petite excavation pelvienne et s'étendait au détroit supérieur, de telle sorte que l'on ne rencontrait que quelques millimètres entre la tumeur et la branche descendante du pubis. Au dessus du détroit supérieur, l'extrémité de l'index parcourait une surface de 27 millimètres au plus de diamètre, et que l'on reconnaissait par le cuir chevelu appartenir à une tête d'enfant, mais dont il n'était pas possible de donner la position. Alors seulement je reconnus que ce n'était pas une tête d'enfant, mais bien une tumeur qui faisait bomber le périnée. De fortes contractions se succédaient toutes les cinq minutes, et la malade demandait qu'on lui *ouvrît* le ventre. La symphysiotomie était contre-indiquée; l'embryotomie n'était point proposable, car l'application des instrumens était impossible, et à plus forte raison l'extraction de la base du crâne; d'un autre côté, le céphalotribe ne pouvait être employé. La section des parois abdominales et utérines était la seule opération qui offrît à l'enfant des chances de vie, et à la mère une lueur d'espoir.

L'opération fut à l'instant exécutée par M. Gueury, M. Castara et moi lui aidant. Elle n'offrit rien de remarquable, si non que, sur l'avis du docteur Castara, contrairement aux livres, l'incision de la ligne blanche ne s'éleva que jusqu'à 26 millimètres au-dessus de l'ombilic, ce qui ne gêna en rien l'opérateur pour extraire vivant un gros enfant qui était en première position de la tête. Je dois dire que les parois de la matrice avaient une épaisseur de 54 millimètres environ.

Après avoir enlevé le placenta, et le plus possible des caillots sanguins qui se trouvaient dans la cavité du péritoine, le chirurgien mit quatre points de suture et fit le pansement.

Traitement. Fomentations narcotico-émollientes sur le ventre; injections dans le vagin; succion des seins avec un instrument *ad hoc*; un looch blanc et une émulsion d'amandes pour boisson; la malade avait une bronchite aiguë intense.

Sept heures environ après l'opération, la patiente avait de fréquens vomissemens; le pouls dur, serré, à 100 pulsations à la minute; une douleur dans les hypocondres, surtout dans le droit, augmentant par la pression et les secousses de la toux. On diagnostique une péritonite. Même traitement, auquel, suivant mon avis, on ajouta les frictions mercurielles à hautes doses sur les parois abdominales. Le lendemain, pouls à 115 environ par minute et faible; sueur sur la figure grippée; vomissemens; ventre ballonné; douleur abdominale disparue; toux très fréquente; l'expectoration est impossible, vu l'affection abdominale. Dans le looch on ajoute 5 centigrammes de kermès minéral.

Le deuxième jour, l'opérateur voulut lever l'appareil, craignant qu'une anse intestinale ne fût pincée entre les bords de la plaie. La prévision fut reconnue juste. Mais ce pincement n'était point la seule cause des vomissemens. Quoique la malade se trouvât bien, cependant notre pronostic fut fâcheux, parce que les bronches s'embarrassaient de plus en plus; et, en effet, 48 heures après l'opération, M. Gueury et moi quittâmes la malade expirante.

La nécropsie, faite huit à neuf heures après la mort, en présence de huit docteurs et de plusieurs sages-femmes, fit connaître les phénomènes suivans:

La partie supérieure de la plaie de la paroi abdominale était cicatrisée dans l'étendue de 27 millimètres environ; les intestins étaient énormément distendus par des gaz; le péritoine, fortement enflammé, offrait de nombreuses eschares, surtout dans le flanc droit, sur le colon descendant et transverse. Le volume de la matrice dépassait celui de la tête d'un fœtus à terme; on voyait aussi des plaques gangréneuses sur les lèvres de sa plaie.

En disséquant le bassin, l'on trouva une tumeur fibro-celluleuse, ovoïde, occupant l'excavation du petit bassin et le détroit supérieur: son pédicule, d'une circonférence de 54 millimètres au moins, prenait naissance sur les ligamens obturateur, grand sacro-sciatique gauches, et sur la branche du pubis du même côté. Cette tumeur, dont le volume n'était pas moindre que celui de la tête d'un fœtus à terme, avait dévié le rectum et l'avait fortement jeté à droite.

Les poumons étaient gorgés d'écume. (*V.* ma Pathol. interne, t. I, page 267.)

La tête du fœtus reposant sur la tumeur, et la poussant au-devant d'elle à chaque contraction, l'on comprend très bien la saillie du périnée, qui devenait forte pendant les douleurs. A l'aide de cette action, l'on aurait pu annoncer que cette tumeur n'était point osseuse. Le docteur Castara le soupçonna, contrairement à ses deux confrères, qui penchaient à la regarder comme une exostose, quoiqu'ils lui eussent reconnu un certain degré de rénitence.

La putréfaction de quelques caillots sanguins dans la cavité du péritoine me paraît être la cause première des traces de gangrène qu'offrit la séreuse et la matrice, à laquelle quatre chirurgiens ne pensèrent pas, et que cependant l'on aurait dû soupçonner dès le lendemain de l'opération, en voyant les symptômes suivans: sueur froide; pouls faible, fréquent; prostration des forces; insensibilité du ventre, etc.

Deuxième observation. Dans le courant du mois d'octobre 1837, un exprès vint en toute hâte me prier de me rendre tout de suite dans la commune de Fraimbois, pour délivrer une femme dans les maux depuis le jeudi soir (on était alors au dimanche soir). Voici quels furent les renseignemens que j'obtins: la sage-femme ayant mandé un médecin le samedi, M. le docteur M... de Gerbéviller était venu, avait travaillé une partie de la journée inutilement, et était parti; de retour le dimanche matin, il avait encore beaucoup travaillé en vain, et était reparti en disant aux parens que la patiente était une femme perdue, attendu qu'il fallait lui ouvrir le ventre, et que l'on devait, pour cela, appeler un docteur de la ville. Ce sachant, je n'ai voulu me rendre auprès de cette malheureuse femme que sous la condition que je serais accompagné d'un confrère. Le docteur Thomassin me fut désigné et vint avec moi à Fraimbois.

La malade, âgée de trente-cinq ou trente-huit ans, enceinte pour la première fois, d'une constitution robuste, était épuisée et avait eu plusieurs convulsions. Son ventre était d'une sensibilité extraordinaire; elle avait perdu tout espoir de délivrance heureuse; elle savait ce que le premier docteur avait annoncé et demandait à grands cris qu'on la délivrât au plus tôt *d'une manière ou de l'autre.* Le bras droit de l'enfant était sorti, et le diamètre antéro-postérieur ne nous paraissait avoir que 70 à 80 millimètres au plus (2 pouces 1/2 à 3 pouces). Ne pouvant introduire ma main, afin de tenter la version, bien que le confrère Thomassin me poussât fortement le bras, et celui-ci n'étant pas plus heureux que moi à plusieurs reprises, nous nous retirâmes dans une chambre voisine afin de pouvoir librement nous entendre sur ce qu'il nous restait de mieux à faire pour venir au secours de la malheureuse et de l'enfant qui n'était point encore mort.

Je proposai d'employer les crochets pour arracher l'en-

fant par morceaux, tout en reconnaissant la difficulté extrême de cette opération, bien chanceuse pour la mère. De son côté, mon confrère, s'appuyant sur les raisons suivantes : 1° l'enfant est encore vivant ; par l'opération césarienne il peut être sauvé ; 2° il sera très difficile, si l'on emploie les crochets, d'avoir en dernier lieu la tête de l'enfant détronquée ; 3° la mère est dans une position désespérée, conseilla l'opération qui fut pratiquée. Je me rangeai d'autant plus volontiers à cet avis, appuyé sur de fortes raisons, que je me rappelai alors le mal qu'avait eu un chirurgien de ma connaissance, pour extraire une tête d'enfant très maladroitement détronquée par une sage-femme d'un village près de Lunéville.

Je procédai donc à l'opération, après avoir exposé aux parens de la patiente quelle était la position de celle-ci. L'enfant, qui était volumineux, ne vécut qu'une minute ; la délivrance fut enlevée par le confrère Thomassin. Le pansement n'offrit rien d'extraordinaire, sinon qu'il me fût très difficile de pratiquer les points de suture, vu que les intestins, énormément distendus par des gaz, venaient se placer entre les lèvres de la plaie. Le lendemain matin, la patiente offrait les symptômes effrayans d'une péritonite très intense que je combattis en vain par les frictions mercurielles, l'opium à haute dose, les fomentations émollientes, des petits lavemens, des injections, etc. Je ne pus faire la nécropsie, refusée qu'elle me fût par le mari, qui, trois mois après, se consolait dans les bras d'une nouvelle épouse, de la perte de *sa pauvre défunte*.

Dans cette dernière observation, on fut moins heureux que dans la première ; la mère et l'enfant ne purent être sauvés, et cependant les deux opérateurs, éclairés par l'avis de celui qui les avait précédés, par celui de la sage-femme, crurent faire de leur mieux ! La symphysiotomie était-elle praticable, pour aider à faire la version et à extraire l'enfant même avec des crochets s'il l'eût fallu ? Je laisse volontiers à d'autres plus dignes que moi la tâche de décider cette question. Cependant, par suite de ma triste observation, il me semble que si pareil cas, par malheur, se présentait encore à moi, j'arracherais l'enfant avec des crochets, au risque d'encourir la difficulté très grande d'extraire comme je le pourrais, la tête détronquée, ou de pratiquer la symphysiotomie, pour parvenir à cette fin. Je dois dire que, si j'avais été appelé au commencement des douleurs de l'enfantement, j'aurais probablement adopté une autre conduite que celle que j'ai suivie ; j'aurais tenté l'opération sigaultienne.

Maintenant que j'ai aidé à pratiquer l'opération césarienne, que je l'ai faite moi-même, je puis dire, par expérience, que l'application des points de suture est le temps le plus difficile de cet effroyable moyen auquel, malheureusement, le chirurgien se voit quelquefois forcé d'avoir recours pour sauver la vie à une mère ou à son enfant, suivant les circonstances. En effet, les intestins, distendus par des gaz, refoulés par le volume de la matrice, ne peuvent être maintenus aussi facilement qu'on se le figure à la lecture des auteurs, et viennent s'interposer entre les bords de la plaie où ils se font pincer.

Le moment le plus terrible pour ces deux femmes fut celui des vomissemens ; chose facile à comprendre, quand on réfléchit à l'intensité de la douleur que devaient produire les efforts chez elles qui avaient une métrite aiguë par suite de la plaie, une péritonite générale, et une énorme plaie aux parois abdominales.

Pauvres mères ! j'ai toujours présente à la mémoire l'expression que prenait votre visage, quand vous sentiez venir ces vomissemens et ce hoquet qui causaient vos tortures et vous faisaient désirer la mort !

Académie des Sciences. — Séance du 29 juin.

La séance de ce jour a été occupée presque entièrement par la nomination d'un nouveau membre pour la section d'économie rurale. Aucun mémoire n'a été lu, aucun rapport n'a pu être fait, l'Académie s'étant formée en comité secret à quatre heures moins un quart pour entendre le rapport de la section de chimie sur les candidats à la place vacante dans cette section et pour entendre des rapports sur les prix qui devront être distribués dans la séance publique du 13 juillet.

M. le docteur Guérin adresse une lettre sur le traitement du strabisme par la section des muscles de l'œil ; il annonce avoir pratiqué quatre fois avec succès la section des muscles de l'œil dans des cas de strabisme convergent. Voici en peu de mots les principes qui l'ont dirigé et le procédé qu'il a mis en usage dans cette opération.

« J'avais établi dès long-temps, dit-il, et j'avais professé publiquement que le strabisme est le résultat de la rétraction des muscles de l'œil, et les variétés de cette difformité, le produit de la rétraction différemment distribuée dans les muscles qui meuvent cet organe. C'est, comme on le voit, une application de ma théorie générale des difformités articulaires du squelette, ce qui a fait dire avec beaucoup de justesse à un des membres les plus éminens de cette Académie que le strabisme est le *pied-bot de l'œil*. J'avais proposé, comme conséquence toute naturelle de cette manière de voir, d'étendre aux déviations de l'œil la section des muscles que j'ai appliquée à toutes les difformités de la même origine. Un grand nombre de médecins français, anglais et *allemands*, qui ont suivi mes conférences cliniques à l'hôpital des Enfans, reconnaissent que j'ai fréquemment reproduit cette idée, et un médecin très distingué de Paris, M. le docteur Pinel-Grandchamp, m'a rappelé qu'il y a dix-huit mois je lui avais proposé de le guérir de son strabisme à l'aide de cette opération. Ce point de départ de la méthode est d'ailleurs indiqué dans plusieurs écrits récemment publiés sur la matière (1).

» Quant au procédé opératoire que j'ai employé, il diffère sous quelques rapports de celui qu'a suivi M. Dieffenbach. L'une des causes qui m'avaient fait retarder l'exécution de l'opération dont il s'agit, c'était la crainte des accidens inflammatoires consécutifs à une plaie pratiquée à l'air libre sur un organe délicat, placé au voisinage du cerveau. Ces accidens, je crois être certain de les éviter par le procédé suivant :

» Au lieu de diviser couche par couche la portion de la conjonctive oculaire qui recouvre les muscles, je la détache de la sclérotique et la soulève avec une pince à mors larges, jusqu'à ce que le muscle soit mis à découvert. Celui-ci étant divisé avec des ciseaux courbes, je remets en place la portion détachée de la conjonctive ; en recouvrant la plaie, elle empêche l'air d'y pénétrer et lui procure les avantages des plaies sous-cutanées. L'expérience a confirmé les prévisions de la théorie ; dans les quatre opérations que j'ai faites, il n'y a eu aucun vestige d'inflammation suppurative.

» Les résultats de l'opération ont été très satisfaisans, mais non aussi immédiatement avantageux que l'a observé M. Dieffenbach. Dans un seul cas, il y a eu redressement complet et instantané de l'œil ; dans les autres, il n'y a eu qu'amélioration. Cette circonstance m'a paru être la conséquence naturelle de la véritable origine du strabisme. Tantôt la déviation de l'œil est primitivement musculaire, et le produit de la rétraction spasmodique d'un seul muscle ; tantôt la rétraction n'est que consécutive, ou bien primitive encore, mais elle a atteint simultanément plusieurs muscles. On conçoit que, dans ces différens cas, le résultat de l'opération soit modifié par la nature et la distribution multiple des causes auxquelles elle s'adresse. Quoi qu'il en soit, j'aurai l'honneur d'exposer prochainement devant l'Académie mes observations sur ce point encore obscur de pathologie oculaire, dont je crois être en mesure de donner une solution définitive. »

— *Sur la composition chimique du cerveau. — M. Couerbe* adresse de nouvelles recherches ou plutôt de nouvelles considérations sur ce sujet.

Des observations sur les différences que présente le cerveau chez les divers individus ne remontent guère au-delà du siècle dernier, et n'ont rapport qu'à sa forme, son volume, la consistance de sa masse en général ou de quelques-unes de ses parties ; souvent même on s'est contenté de juger de la forme et des dimensions de l'organe par celles de la boîte osseuse qui le renferme et qui se moule sur lui. La tête de Napoléon, par exemple, fut examinée sous ce simple point de vue ; car Antomarchi, dans ses mémoires, se contente de nous dire que cette tête avait vingt pouces et dix lignes de circonférence, que le front était haut, les tempes légèrement déprimées, les régions syncipitales très fortes et très évasées. L'anatomie pathologique n'a pas été d'ailleurs complètement négligée dans l'examen qu'on a fait de l'organe de la pensée chez des hommes célèbres ; c'est ainsi que nous savons que la substance du cerveau de Pascal était très consistante, et que le lobe gauche était altéré, tandis que le droit se trouvait encore à l'état normal ; que le crâne de Voltaire était, malgré son âge, très mince de parois, et que l'encéphale présentait un développement considérable ; que le cerveau de J.-J. Rousseau contenait beaucoup de sérosité dans ses ventricules ; que celui de Mong était réduit presque en totalité à une sorte de putrilage ; que la tête de Cuvier offrait un cerveau très consistant, et du poids énorme de trois livres dix onces six gros, etc.

Les chimistes ont étudié le cerveau d'une autre manière, s'occupant peu de la forme extérieure du crâne et de l'état mobide de son contenu, ils se sont attachés à extraire les divers principes immédiats élémentaires qui peuvent les composer. Ainsi Vauquelin a séparé de la pulpe cérébrale une matière grasse de nature particulière et de couleur blanche, une huile rouge et du phosphore à l'état élémentaire. M. Vauquelin, d'ailleurs, ni aucun de ceux qui s'étaient occupés de ces analyses n'avaient cherché si les proportions de ces différens principes pouvaient varier selon l'âge, selon le sexe et selon les individus. En 1833, M. Couerbe présenta à l'Académie, sur le même sujet, un travail dans lequel il établissait que le soufre et le phosphore existaient dans le cerveau en proportions variables. Il signalait aussi dans cet organe divers principes qui n'y avaient pas été jusque-là reconnus, notamment la cholestérine qu'on n'avait encore rencontrée que dans les calculs biliaires.

Ces résultats furent combattus d'abord par M. Lassaigne, mais seulement en ce qui a rapport aux proportions du phosphore, que ce chimiste soutient être invariable, puis par M. Fremy qui assigna à l'encéphale une composition très différente.

Suivant ce dernier chimiste, la matière cérébrale consiste en grande partie en un savon naturel résultant de la combinaison de la soude avec deux acides gras nouveaux, dont un solide à la température ordinaire et l'autre liquide. Ces deux acides contiennent du phosphore, mais ne contiennent pas de soufre ; ce dernier corps ne se trouve que dans l'albumine du cerveau.

Il semblerait résulter du travail de M. Fremy, que dans celui de M. Couerbe plusieurs des substances présentées comme des principes immédiats n'auraient pas été obtenues à l'état de pureté. C'est pour protester contre cette conclusion, qui, du reste ne paraît pas avoir été formellement exprimée, et pour justifier la marche qu'il avait suivie, que M. Couerbe présente son nouveau mémoire ; il s'attache à y prouver :

1° Que les matières grasses qu'il a découvertes dans la pulpe cérébrale sont exemptes de débris d'albumine et de savon ;

2° Que le soufre qu'elles renferment ne provient pas de l'albumine que M. Fremy suppose contenue dans ces matières.

L'auteur se livre de plus à des considérations sur l'origne de la cholestérine, et pense qu'on ne peut se refuser à admettre que cette substance soit élaborée par l'appareil nerveux, puisqu'on ne la trouve en masse que dans le cerveau, la moelle épinière et les nerfs.

— Nous lisons dans la Gazette des Médecins praticiens : « Le procès que nous a intenté M. Gendrin a été jugé hier par la Cour royale ; malgré les efforts et la belle plaidoierie de M. Marie, notre avocat, le jugement de première instance a été confirmé. »

Les délais qu'a éprouvés ce jugement d'appel, nous avait fait espérer que M. Gendrin aurait eu le bon esprit de se désister. C'est avec peine que nous apprenons ce résultat.

— M. le professeur Bouillaud doit présenter aujourd'hui aux nombreux élèves qui suivent ses leçons cliniques, les animaux qui ont été le sujet de recherches expérimentales devant l'Académie de médecine et la Société phrénologique.

Il commencera, dans le courant de la semaine prochaine, des leçons cliniques sur les fonctions et les maladies des centres nerveux.

(1) *Annales d'oculistique*, de M. F. Cunier, et *Mémoire sur l'opération du strabisme spasmodique* ; par M. Cromelinck.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 7 JUILLET 1840. (13e ANNÉE.) N° 80, TOME 2. — 2e SÉRIE.

(La Lancette Française.)

GAZETTE DES HOPITAUX

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

CIVILS ET MILITAIRES.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 50.

HOPITAL DES INVALIDES. — M. GIMELLE.

De l'emploi de l'émétique à haute dose dans les hydropisies articulaires.

De toutes les parties qui concourent à former une articulation, la membrane synoviale est incontestablement celle qui est exposée au plus grand nombre de maladies. Sa structure, son étendue, sa position, les fonctions qu'elle remplit, rendent facilement compte de cette disposition.

Organe de sécrétion destiné à fournir le liquide onctueux qui favorise le glissement des surfaces articulaires, la synoviale remplit à leur égard les mêmes fonctions que les membranes séreuses à l'égard des viscères renfermés dans les grandes cavités. Comme ces dernières, elle adhère par une de ses faces aux parties qui forment l'articulation et à celles qui en établissent la solidité, tandis que par l'autre elle n'est en rapport qu'avec elle-même.

Une si grande analogie de structure, de position, de fonctions, entre des organes, doit en entraîner une dans les maladies dont ils peuvent être atteints.

Plus impressionnables que les autres parties qui concourent à la formation d'une articulation, la synoviale reçoit plus souvent qu'elles l'influence des causes extérieures qui agissent sur cette articulation, en raison de sa double fonction d'organe sécréteur et de partie constituante ou centre de mouvement. Peu sensible dans l'état physiologique, elle acquiert une sensibilité excessive dans les maladies dont elle est atteinte.

Les violences extérieures, les intempéries atmosphériques, agissent d'autant plus vivement sur les synoviales, qu'elles sont situées superficiellement, qu'elles ne sont protégées que par une couche de tégumens peu épaisse, par une capsule fibreuse mince ou par des ligamens qui ne les recouvrent pas toujours en entier. L'action de l'une de ces causes détermine souvent, dans des parties si délicates, de l'irritation, de la douleur, de l'inflammation, et par suite pervertit leurs fonctions, dont l'intégrité est essentielle au libre jeu des surfaces articulaires. Cet état peut n'être que passager, les parties peuvent reprendre leurs fonctions si la cause a été légère ; mais si elle a agi d'une manière violente, si son action a persisté pendant pendant quelque temps, la synoviale s'enflamme, elle sécrète un liquide plus abondant, moins onctueux, plus irritant que dans l'état normal, dont la qualité et la quantité empêchent les fonctions articulaires de s'accomplir.

L'hydarthrose qui nous occupera exclusivement ici commence toujours par des symptômes inflammatoires, quelle que soit la cause qui lui donne naissance. Qu'elle survienne à la suite de contusions, de distensions, de chute, de refroidissemens, de rétropulsion d'une sécrétion, de suppression d'un exutoire, etc. Constamment l'articulation affectée est le siége de douleurs, de chaleur, d'engorgement peu appréciables quelquefois à la main de l'explorateur, mais qui, même lorsque la main ne peut l'apprécier, font éprouver au malade, pendant le repas, une vive douleur, lorsqu'il veut exécuter le moindre mouvement.

Cette affection présente des symptômes différens selon l'articulation dans laquelle elle a son siége. Au genou, où elle survient le plus fréquemment, elle commence par deux tumeurs d'inégale grosseur, une de chaque côté de la rotule ; ce dernier os est soulevé par le liquide qui l'éloigne des condyles du fémur, dans lesquels la pression le fait rentrer en déterminant un petit bruit, et en augmentant le volume des tumeurs latérales ; mais dès que la pression vient à cesser, la rotule est de nouveau poussée en avant par le liquide qui se replace derrière elle. Par la flexion du genou, les deux tumeurs deviennent plus saillantes, plus dures et plus larges ; l'extension du membre produit sur elles un effet opposé. Elles sont molles, fluctuantes, sans changement de couleur à la peau ; bornées dans le principe aux parties latérales de l'articulation, elles s'étendent quelquefois à plusieurs pouces au dessus de la rotule, en soulevant et poussant en avant le tendon du muscle droit antérieur de la cuisse. Souvent la douleur et la fièvre sont peu considérables ; quelquefois l'une et l'autre sont très intenses.

Au coude, l'hydarthrose se montre par deux tumeurs ayant le caractère indiqué ci-dessus, et situées sur les côtés de l'olécrane. A l'épaule, la fluctuation se fait sentir à la partie antérieure et supérieure du bras ; au poignet, c'est aux parties antérieure et postérieure de l'articulation qu'elle se manifeste. Au pied, elle apparaît sous la forme de deux tumeurs situées le plus souvent en avant des malléoles, quelquefois à leur partie postérieure.

Souvent l'hydarthrose se forme rapidement. Quelques jours suffisent pour la porter à un haut degré. C'est sous cette forme que M. Gimelle l'a observée dix huit fois depuis le mois d'avril 1832 ; onze fois sur des militaires âgés de vingt à trente ans, chez lesquelles elle s'était développée à la suite de fatigues de nuit pendant un temps froid et humide auquel il s'étaient exposés presque subitement et sans précaution au sortir d'un corps-de garde dans lequel la chaleur était portée à un degré très élevé ; six fois sur des invalides âgés de quarante à soixante-quinze ans, qui n'en ressentaient aucune atteinte deux ou trois jours auparavant ; deux d'entre eux en furent atteints dans les salles de l'infirmerie ; une fois sur une femme de trente-deux ans qui, ayant été atteinte de le rougeole, s'exposa trop tôt à l'action de l'air froid.

Sept fois ce même praticien l'a vue survenir lentement, à la suite de douleurs dans les articulations qui en étaient le siége. Une certaine pesanteur dans la partie malade ; la gêne dans les mouvemens, un peu de gonflement avaient précédé depuis un temps plus ou moins long (de six semaines à quatre mois), la formation de la tumeur synoviale. Ces cas se sont présentés trois fois chez des femmes : une âgée de trente-trois ans, deux de quarante-cinq à cinquante ans. Une fois chez un jeune garçon de seize ans, une fois chez un jardinier de trente-deux ans, une fois sur un cocher de vingt-huit ans, enfin chez un ouvrier serrurier âgé de trente-cinq ans.

La maladie de la synoviale qui donne lieu à l'hydarthrose, cause rarement la mort ; aussi est-il difficile d'en constater l'état pathologique dans les premiers temps de la maladie. Une seule fois M. Gimelle a été en position de l'observer chez un sapeur-pompier de la ville de Paris, mort d'une attaque d'apoplexie qui avait désorganisé tout le lobe moyen de l'hémisphère droit du cerveau. Voici ce que nous présenta l'ouverture de l'articulation du genou gauche. Une fluctuation bien manifeste se faisait sentir, non-seulement sur les côtés de la rotule, mais encore à trois pouces au-dessous du tendon du muscle droit antérieur de la cuisse. Une incision ayant été pratiquée au côté interne du genou, sur la saillie la plus considérable, il s'écoula environ 10 onces d'un liquide jaunâtre, sans odeur, qui avait la consistance de l'huile d'olives, et qui était moins onctueux que la synovie dans l'état ordinaire. La poche qui renfermait ce liquide ayant été ouverte plus largement, et la rotule détachée par sa partie inférieure et renversée sur la cuisse, la membrane synoviale se présenta d'une couleur rougeâtre, plus molle qu'à l'état normal, offrant une espèce d'arborisation vasculaire qui se dirigeait de bas en haut, mais qui ne s'étendait pas sur la face postérieure de la rotule ni sur les cartilages du fémur. Dans la dilatation correspondante à la saillie externe, on trouva une petite quantité d'une substance plus épaisse, ayant la consistance de la gelée, et qui tenait assez à la membrane pour ne s'en détacher que par une légère pression. Les replis membraneux connus sous le nom de glandes synoviales étaient surtout remarquables par un développement considérable, par beaucoup de rougeur, et par une friabilité qui les laissait écraser par une pression médiocre.

Quelquefois l'hydarthrose guérit par l'emploi des antiphlogistiques, des rubéfians extérieurs appliqués sur la partie malade ; mais cette guérison, dans les cas les plus favorables se fait toujours attendre long-temps. Souvent elle nécessite l'emploi de moyens beaucoup plus actifs (moxas, cautérisations, etc.).

Dans quelques cas, rares heureusement, tous ces moyens étant inefficaces, il faut recourir à une opération chirurgicale qui rarement termine la maladie, peut causer des accidens graves et compromettre le membre affecté d'hydarthrose, sinon la vie du sujet.

FEUILLETON.

COURS DE L'ÉCOLE-PRATIQUE.

A coup sûr, si les élèves n'ont pas fait, cette année, de grands progrès en chirurgie-opératoire, ce n'a pas été faute de cours spéciaux sur la matière. On en a compté jusqu'à huit en activité dans le même moment à l'Ecole-Pratique. Aussi l'élève est il devenu un être infiniment précieux, et parfois, il faut le dire, un être de raison..... Hélas ! les beaux jours du professorat sont passés. Dionis, qui fit son premier cours d'opérations au Jardin-du-Roi, en 1662, d'après les ordres de Louis XIV, démontrait sur le même cadavre, à cause de la rareté des sujets, toute la chirurgie opératoire en dix leçons. Il n'y a qu'à lire son ouvrage, qui n'est autre chose que son cours imprimé, pour se convaincre que la moindre de ses leçons devait bien durer deux heures. Dionis avait cependant à ses cours une grande affluence, tellement même qu'il était obligé de se choisir un auditoire dans celui trop nombreux qui se présentait. Quel professeur, aujourd'hui, parmi les plus suivis, voudrait se risquer à faire des leçons de deux heures? Il est donc bien vrai que la concurrence a ses calamités.

C'est en partie la mort du baron Richerand qui nous a valu ce beau zèle de nos jeunes professeurs. Il y a en ce moment bien des ambitions louables qui veillent, l'œil fixé sur la chaire laissée vacante par la mort du noble défunt. On se dispose au combat : on prépare les armes. L'arme du concours, c'est la parole : on s'exerce à parler. On y a double avantage, puisqu'en s'exerçant on se fait connaître.

Quelques-uns de ces cours ont été suivis et devaient l'être. Il nous suffira de nommer ceux qui les ont professés : MM. Blandin, Sédillot, Robert, Michon. Mais c'est particulièrement du cours de M. Sédillot que nous voulons dire quelques mots.

Toute espèce de cours peut être jugée sous deux rapports : sous celui de la science acquise et sous celui de l'originalité. Si nous n'avions eu à juger M. Sédillot que sous le premier de ces points de vue, peut être nous serions nous abstenu.

Mais le cours de M. Sédillot a présenté un autre et plus grand intérêt, celui de l'invention et de l'expérience personnelle s'appliquant aux questions controversées. M. Sédillot a beaucoup vu; on s'en aperçoit en l'écoutant. Il s'est beaucoup exercé ; on s'en aperçoit en le voyant opérer. Il a assisté à de grands spectacles. La campagne de Pologne lui a été un terrible enseignement. Il a pu étancher sous d'autres cieux le sang généreux que les balles de Mzèz-Ammar et les boulets de Constantine ont fait couler. Aussi, lorsque, par exemple, répondant par des faits innombrables à l'accusation de barbarie si injustement accréditée contre les chirurgiens militaires, et se prononçant entre Faure et Boucher, ces deux adversaires dont le vainqueur est aujourd'hui le vaincu, il embrasse la doctrine des amputations immédiates, on peut s'en rapporter à son jugement.

M. Sédillot a imaginé un grand nombre de procédés opératoires. Celui qu'il a exécuté devant nous pour la ligature du tronc brachio-céphalique, et qui consiste principalement dans une incision entre les deux chefs inférieurs du sterno-cléido-mastoïdien, est remarquablement simple et facile. M. Manec lui accorde la préférence sur tous les autres, opinion que M. Sédillot ne partage pas complètement ; rare exemple, on en conviendra, car, d'ordinaire, le défaut des auteurs n'est pas de trouver qu'on a trop favorablement jugé leurs procédés. M. Sédillot pense que, sur le cadavre, son procédé est en effet aussi brillant que facile ; mais sur le vivant, il lui préférerait le procédé de Mothe, qui fit une incision en L et détacha presque toute l'insertion du sterno-cléido mastoïdien, qui fut renversé en dehors. Au reste, le procédé de M. Sédillot ne se borne pas à l'artère innominée, il s'étend à l'origine des artères carotide primitive et sous clavière droites, ainsi qu'aux branches principales qui naissent de cette dernière, ce qui ajoute beaucoup à son importance.

Notre intention n'est pas de rappeler en détail tous les procédés appartenant à M. Sédillot, et qu'il a exécutés dans son cours. Nous ne ferons, par exemple, qu'indiquer celui qu'il met en usage pour la ligature de la linguale. Mais nous devons insister sur une indication très importante qu'il nous a signalée relativement à la ligature de l'artère fémorale dans l'anneau des adducteurs, opération pratiquée une fois à grand peine par Desault, et assez difficile pour que, dans cette Ecole Pratique dont nous parlions, nous ayons vu un de nos jeunes professeurs les plus distingués chercher le vaisseau pendant dix minutes au moins. L'indication dont il s'agit consiste dans la présence de l'expansion tendineuse, que le troisième adducteur envoie au condyle fémoral interne, et qu'il est très facile de sentir sous les tégumens chez les sujets maigres, et après l'incision de la peau chez ceux qui ont de l'embonpoint. C'est immédiatement en arrière de cette expansion qu'il est très facile de trouver le vaisseau. Cette indication est tellement précise, elle est, en outre, si sensible, que l'on s'étonne qu'elle soit restée si long-temps inaperçue.

Si nous passons à l'histoire des amputations, nous verrons que là aussi, et surtout, M. Sédillot peut revendiquer sa part d'innovations et de perfectionnemens. Il nous a fait connaître une méthode générale d'amputation qui a sa place marquée entre la méthode circulaire et celle à lambeaux, méthode mixte qui réunit les avantages et a pour but d'éviter les inconvéniens de deux méthodes génératrices. Elle consiste à tailler deux lambeaux latéraux par ponction ; ils doivent être peu étendus en longueur, ne comprendre qu'une faible épaisseur de chairs, et ménager l'artère principale du membre. Les lambeaux taillés, un aide les relève, et, au niveau de leur rétraction, l'amputation est continuée comme dans la méthode circulaire, le couteau obliquement porté de bas en haut, à la manière d'Alançon. La plaie qui résulte de ce mode d'amputation est petite, parfaitement régulière et forme un cône profond. L'os ne peut pas faire issue par les angles de la plaie, comme dans les procédés ordinaires à lambeaux. En outre, la plaie n'offre pas ces angles de peau inutiles que laisse l'amputation circulaire, et que M. Larrey a pour habitude d'exciser.

M. Sédillot, pour les amputations ovalaires, adopte le précepte de ne pas faire tomber la seconde incision sur le point de départ de la première. La raison de ce précepte est bien simple. Soit la désarticulation de l'épaule ; il est évident que si l'on réunit les deux incisions sur l'acromion, une languette de peau sera enlevée sur celui-ci, qui par conséquent ne pourra être que très difficilement recouvert. Si, au lieu de cela, on conduit la seconde incision, non sur le point de départ, mais à une certaine distance du point de départ de la première, ce sera, non plus une perte de substance, mais une simple incision qui correspondra à l'acromion, et cette apophyse sera facilement recouverte. L'incision faite d'après ces principes est une incision ovalaire continuée par une incision simple ; nous l'avons appelée *incision en raquette*, dénomination adoptée par M. Sédillot, et par M. Malgaigne dans la récente édition de son Manuel.

L'opinion générale, celle de M. Velpeau en particulier, est que, dans les amputations à lambeaux, la plaie est plus étendue que dans les amputations circulaires. M. Sédillot a essayé d'une manière très ingénieuse de démontrer la proposition contraire. Il a fait un amputation circulaire, puis il a enlevé les angles de la plaie, et il en est résulté une plaie à lambeaux évidemment plus petite que la plaie primitive, de toute l'étendue des angles excisés. Cette démonstration, toutefois, ne nous a pas semblé com-

Lorqu'une articulation est le siége d'un épanchement synovial, il faut chercher à en obtenir promptement la résolution. On concevra facilement que la présence d'une grande quantité de liquide dans la poche synoviale doit modifier les propriétés de cette membrane, la rendre impropre à remplir ses fonctions, et qu'à la longue elle pourrait y déterminer des altérations graves. Il est donc urgent de provoquer la résolution le plus promptement possible, avant que le liquide épanché ait eu le temps de s'altérer, et tandis que la membrane n'est encore le siége que d'une irritation sécrétoire, sans altération de texture.

Vingt-huit cas d'hydarthrose dans lesquels l'émétique, administré à doses croissantes, en commençant par 4 grains, pour arriver à 16, 18 ou 20 grains dans les vingt-quatre heures, en augmentant de 2 grains chaque jour, a constamment déterminé la résorption du liquide, dans un espace de huit à seize jours, portent M. Gimelle à regarder ce moyen comme le plus efficace de ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour pour constater cette maladie.

Chez les premiers malades, ce chirurgien faisait mettre la quantité d'émétique prescrite dans une pinte d'infusion aromatique, que le malade prenait en quatre ou six doses dans le courant de la journée.

Première observation. Le 23 avril 4832, entra à l'hôpital du gros caillou, salle n° 4, un militaire âgé de vingt-huit ans, qui présentait les symptômes suivans : engorgement considérable du genou gauche, qui avait un volume double de celui du côté opposé ; sur les deux côtés de la rotule on remarquait deux tumeurs ; l'interne était plus considérable que celle du côté opposé ; la rotule était poussée en avant ; en appuyant sur cet os on le refoulait sur les condyles du fémur, ce qui augmentait le volume des deux tumeurs dont nous avons parlé ; mais la pression cessant, la rotule reprenait sa première place. Les deux tumeurs s'étendaient d'une manière insensible, et allaient se confondre à une hauteur de plusieurs pouces sur la partie inférieure et antérieure de la cuisse. Des pressions alternatives exercées sur ces parties donnaient la sensation d'une fluctuation non douteuse, s'étendant transversalement et de haut en bas. La couleur de la peau n'était pas changée ; le doigt ne laissait aucune impression. L'application de la main donnait la sensation d'une chaleur un peu plus forte que dans les autres parties ; elle déterminait peu de douleur, mais celle-ci acquérait de l'intensité si la pression était forte, et surtout si l'on essayait d'imprimer quelque mouvement. Le membre était couché sur le côté externe, médiocrement fléchi, et ne causait de douleurs vives qu'à la partie postérieure, dans les conditions que nous venons d'énoncer.

Pendant une garde de nuit, ce militaire avait éprouvé un froid violent ; le lendemain il avait eu un peu de fièvre ; il avait senti de la douleur dans son genou, qui avait augmenté peu à peu de volume, ce qui l'empêchait de faire son service depuis deux jours, et avait nécessité son entrée à l'hôpital. Lors de la visite il avait peu de fièvre et disait conserver de l'appétit.

M. le baron Yvan, alors chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, voulut bien permettre à M. Gimelle de traiter ce militaire par l'émétique à haute dose, qu'il avait employé avec succès dans plusieurs circonstance semblables. Il prescrivit, en conséquence, 4 grains de tartre stibié dans une pinte d'infusion de feuilles d'oranger à prendre dans la journée, aux heures les plus éloignées des repas. Il ne fit prendre que des bouillons au malade. Celui-ci eut deux selles liquides et une forte transpiration qui dura toute la nuit, mais sans coliques ni vomissemens. Aucune application ne fut faite sur l'articulation malade. Le lendemain, 6 grains d'émétique furent administrés de la même manière ; le malade se plaignant d'éprouver de la faim, fut mis au quart d'alimens ; il n'y eut qu'une selle évacuation, mais la sueur abondante persista. Dès le troisième jour, la tumeur avait diminué de volume ; la bourse synoviale était moins tendue ; la rotule se plaçait plus facilement dans les condyles du fémur ; le mouvement faisait éprouver moins de douleurs. 8 grains de tartre stibié furent prescrits, et les alimens furent portés à la demi-portion. Le malade n'éprouva aucun malaise ; il eut une selle naturelle ; la transpiration de la nuit fut moindre, et il dormit bien. Le lendemain matin, le volume du genou avait encore diminué. La dose de l'émétique fut successivement portée à 10, 12, 14 et 16 grains en vingt-quatre heures.

Le 2 mai, dixième jour du traitement, le genou était revenu à son volume naturel ; le militaire pouvait marcher facilement, quoiqu'il éprouvât de la faiblesse dans l'articulation malade, et qu'on pût encore s'apercevoir par l'exploration que la membrane synoviale avait été distendue par un liquide. Le tartre stibié fut continué pendant trois jours encore à la même dose (16 grains) ; le malade mangeant les trois quarts. Au bout de ce temps, tout symptôme de maladie avait disparu. Ce militaire, qui pendant tout le traitement n'avait éprouvé d'autres symptômes que des transpirations abondantes pendant la nuit, sortit de l'hôpital le 8 mai entièrement guéri, après quinze jours de séjour et treize jours de traitement.

Deuxième observation. Le 9 mai de la même année, entra à l'hôpital du Gros-Caillou, un voltigeur âgé de vingt-trois ans, fortement constitué, atteint d'épanchement synovial dans les articulations des deux genoux, mais plus considérable à gauche que du côté droit. Ce militaire avait été exposé pendant plusieurs heures à une pluie froide, quatre jours avant son entrée à l'hôpital ; le lendemain, il éprouva du malaise qui fut suivi de fièvre pendant la nuit. Ces symptômes augmentèrent encore, et le troisième jour il s'aperçut que ses genoux étaient douloureux, plus volumineux qu'à l'ordinaire, et que la flexion de la jambe sur la cuisse ne s'exécutait qu'avec difficulté et douleur.

Le 10 mai, après avoir reconnu l'existence d'un double épanchement synovial dans les articulations fémoro-tibiales, le gauche très considérable et présentant tous les symptômes énumérés plus haut ; le droit beaucoup moins prononcé, puisqu'il ne se manifestait que par deux tumeurs molles sur les côtés de la rotule, qui n'avait pas encore abandonné les cavités du fémur, M. Gimelle fit commencer le traitement par 4 grains de tartre stibié dans une pinte d'infusion de feuilles d'oranger. Après la seconde prise, le malade éprouva trois vomissemens et une forte évacuation alvine ; après les deux autres doses, il survint six évacuations alvines liquides qui le fatiguèrent beaucoup, mais cependant ne l'empêchèrent pas de manger le soir le quart de portion qui lui avait été prescrit ; la digestion se fit bien ; le malade dormit ; il éprouva pendant la nuit une sueur très abondante. Le lendemain, le tartre stibié fut continué à la même dose que la veille ; mais on ajouta dans la boisson une once de sirop diacode. Le malade éprouva deux vomissemens, il n'eut pas d'évacuations alvines ; il mangea avec appétit, dormit bien ; les sueurs continuèrent la nuit. Le troisième jour, on remarquait un peu de diminution dans la tumeur du genou gauche ; mais elle était plus marquée à droite. Pensant que la quantité de boisson pouvait être pour quelque chose dans la production du vomissement, M Gimelle prescrivit une potion de 4 onces, composée de : infusion de fleurs de tilleul, 3 onces ; tartre stibié, 4 grains ; sirop diacode, 1 once, à prendre par cuillerées d'heure en heure. Le malade n'éprouva ni vomissemens, ni évacuations alvines liquides ; les sueurs nocturnes continuèrent. A dater de ce jour, le tartre stibié fut porté successivement à 6, 8, 10, 12, 14 et 16 grains. Dès le sixième jour du traitement, le liquide du genou droit était complètement résorbé ; au douzième, il n'en existait plus dans le genou gauche. Depuis le sixième jour, le malade mangeait la demi-portion. Le 23 mai il cessa tout traitement, et sortit de l'hôpital le 28, après douze jours d'usage du tartre stibié.

Depuis cette époque, M. Gimelle a été en position de traiter vingt-huit épanchemens de synovie dans les articulations : vingt-deux avaient leur siége dans les articulations fémoro-tibiales ; trois étaient doubles ; deux étaient survenus dans l'articulation scapulo-humérale ; un avait son siége au coude, et un dans l'articulation tibio-tarsienne.

Tous ces malades ont pris l'émétique selon la formule que je viens d'indiquer ; dix-huit fois la tolérance a été établie dès le premier jour ; deux fois chez une femme et chez un enfant de seize ans elle n'a été établie que le second jour, et deux fois chez des femmes elle n'a eu lieu que le troisième jour. Une fois la tolérance établie, il n'est survenu aucun accident chez aucun de ces malades. On n'a jamais dépassé la dose de 20 grains de tartre stibié ; et dans tous les cas l'épanchement a été résorbé dans l'espace de huit, dix, seize jours, terme le plus long pendant lequel ce remède a été administré.

Vingt-cinq fois la douleur et la gêne que les malades éprouvaient dans les articulations affectées d'hydarthrose diminuaient en même temps et à mesure que l'épanchement était résorbé, de manière qu'après la disparition du liquide le malade pouvait marcher avec la même facilité qu'avant d'être atteint de la maladie. Dans deux cas cependant, il n'en a pas été ainsi. Le liquide a bien disparu dans le temps ordinaire en quinze et seize jours, mais il est resté de la douleur dans l'articulation qui a persisté pendant un mois une fois, et près de quarante jours l'autre. Le premier de ces deux sujets était un homme de vingt-sept ans, atteint d'urétrite qui, après avoir pris une forte infusion de coloquinte dans du vin blanc pour la faire disparaître, avait reçu une pluie froide pendant plusieurs heures, et avait éprouvé dès le lendemain une violente douleur dans le genou droit qui était devenu le siége d'un panchement synovial très-consiérable, accompagné de fièvre et très douloureux. Dès le troisième jour de séjour à l'hôpital, et à la suite d'applications émollientes, la fièvre avait disparu, mais la douleur du genou persistait.

M. Gimelle fit commencer l'usage de l'émétique. La tolérance s'établit parfaitement : le liquide fut résorbé en quinze jours ; mais la douleur persista et ne fut entièrement dissipée qu'après trente jours de traitement par les émolliens et six frictions mercurielles d'un gros chaque, faites le soir. A dater du développement de l'affection du genou, l'urétrite avait disparu pour ne plus revenir. Ce ne fut qu'au bout de quarante huit jours que ce malade sortit de l'hôpital pour reprendre son service.

Le second cas est relatif à une femme de trente-deux ans, très-nerveuse, chez laquelle une hydarthrose du ge-

---

plètement probante, la plaie ainsi pratiquée n'ayant pas la hauteur qu'il est prescrit de donner aux lambeaux dans la véritable amputation à lambeaux.

Dans les amputations ou résections des trois métacarpiens et métatarsiens moyens, le temps opératoire dans lequel on sépare les chairs de l'os est assez difficile. M. Sédillot nous a montré un moyen prompt et sûr d'opérer cette séparation. Il appuie la pointe de l'instrument sur l'os, et, sans quitter le point d'appui, il fait tourner le couteau autour du métatarsien ou métacarpien qui est ainsi rapidement et complètement dénudé.

M. Sédillot nous a également indiqué un moyen avantageux pour tailler régulièrement le lambeau dans l'amputation métatarso-tarsienne. La désarticulation opérée, le couteau doit être porté sans hésitation jusqu'à la tête des métatarsiens, où il est arrêté contre les os sésamoïdes. Arrivé là, on incline légèrement le tranchant en bas pour contourner ces os dans une étendue de quatre à cinq lignes ; après quoi, l'instrument étant tourné directement en bas, on coupe obliquement de dedans en dehors et d'avant en arrière et perpendiculairement le lambeau, dont on arrondit ensuite les angles.

Nous arrivons à un procédé extrêmement remarquable imaginé par M. Sédillot, et sur lequel on nous saura gré d'insister avec quelques détails, attendu qu'il n'est pas encore très connu. Nous ne doutons pas qu'il ne soit appelé à remplacer, dans le plus grand nombre des cas, le procédé de Chopart, qui donne une plaie extrêmement large, et dans lequel le lambeau doit être maintenu contre son propre poids, outre qu'il est trop étroit à son origine. Voici la manière de pratiquer le procédé de M. Sédillot sur le pied droit : le malade étant assis ou couché, et la jambe fléchie sur la cuisse, on reconnaît les malléoles ainsi que la saillie du scaphoïde et celle de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. Embrassant alors de la main gauche le pied à sa face dorsale, au niveau des os métatarsiens, on en place le talon sur le bord d'une table, de manière à avoir un point d'appui solide quand il s'agira de tendre les ligamens et d'écarter les surfaces articulaires.

Cela fait, on pratique une première incision qui, commençant à quelques lignes en avant de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, vient se terminer sur le milieu de la face dorsale du pied, en dehors, par conséquent, du tendon du muscle jambier antérieur. De ce point on fait partir une seconde incision qui contourne le côté interne du pied à deux travers de doigt en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, et est ramenée, en passant sous la plante du pied, au point de départ de la première incision. Le lambeau interne est alors disséqué jusqu'au tubercule du scaphoïde, sur lequel on se guide pour ouvrir l'articulation. Le ligament interosseux étant divisé, l'opérateur glisse le couteau entre les surfaces osseuses, et termine l'opération par la section des chairs profondes au niveau de l'incision plantaire, en ayant soin d'obliquer l'instrument de manière à enlever le plus possible de ce tissu graisseux abondant, qui double les tégumens de la plante du pied. La plaie, à la suite de cette amputation, est moitié moindre que celle qui résulte du procédé de Chopart, et parallèle au grand diamètre de l'articulation astragalo-calcanéenne, c'est-à-dire oblique de haut en bas et de dedans en dehors, ce qui favorise singulièrement le rapprochement des lambeaux, qu'il est très facile en outre de maintenir rapprochées. Le procédé de M. Sédillot avra encore pour très grand avantage de faire éviter l'amputation de la jambe dans les cas où, sans lui, il faudrait recourir à cette amputation, les parties nécessaires à la formation de lambeau de Chopart étant altérées ou détruites.

M. Sédillot a encore imaginé récemment un procédé pour l'amputation de la jambe, procédé qui nous semble destiné à résoudre un des problèmes de la chirugie des amputations, et que son auteur va soumettre au jugement de l'Académie.

Les autres parties de la chirurgie opératoire, les tailles, la lithotritie, les rétrécissemens de l'urètre, les fistules, l'autoplastie, etc., ont été successivement exposés par M. Sédillot avec tout le soin que leur importance commandait, et toujours avec méthode, avec précision.

Maintenant que l'on nous permette de terminer cet article par quelques observations sur l'économie de l'Ecole-Pratique. Une première remarque que nous avons faite consiste dans le manque de sujets. Plusieurs cours d'opérations ont été compromis par cette circonstance. Si elle dépendait du défaut de mortalité, personne, l'Ecole Pratique dût-elle en être fermée, ne songerait à réclamer contre une aussi heureuse impossibilité. Mais nous craignons bien que cette raison n'existe pas, et nous nous demandons comment il se fait que des professeurs qui *paient* les sujets avec lesquels ils instruisent *gratuitement* les élèves, ne puissent pas obtenir les cadavres nécessaires à leur enseignement.

D'un autre côté, il est impossible de ne pas être frappé de l'état de délabrement de saleté dans lequel se trouve l'Ecole-Pratique. Des hommes, dont quelques uns ont un nom en Europe, sont réduits à faire leurs leçons dans des salles dont ils ne voudraient pas pour leurs chevaux. Ces pièces ténébreuses, que nous venons d'appeler des salles par distraction, sont bien plutôt de véritables bouges, où l'on se demande s'il est vrai que l'on soit à Paris et en 1840. Ces repaires, cependant, se remplissent chaque jour d'étrangers aux yeux desquels nous ne pensons pas qu'il convienne, pour l'honneur de la Faculté et même du pays, d'étaler une telle misère.

Ensuite, des hommes de peine ne devraient-ils pas être mis à la disposition des professeurs et attachés au service unique des amphythéâtres, pour nettoyer les tables, porter les sujets, travaux de manœuvres que sont obligés de élèves journellement, les professeurs eux mêmes quelquefois ? De semblables nécessités sont-elles bien propres à relever la dignité de l'enseignement ? Et, après tout, l'enseignement de l'Ecole-Pratique n'est-il pas en quelque sorte officiel, ne rentre-t-il pas dans l'enseignement de la Faculté ? Sa dignité, par conséquent, n'importe-t elle pas à la considération du corps enseignant tout entier ?

Nous avons vu un professeur dont les leçons remarquables n'ont pas cessé un seul jour d'attirer une grande affluence, M. Guillot, ne pouvoir ni poser son chapeau, ni appuyer ses bras sur la table placée devant lui et inondée de matières cadavériques. Ajoutons qu'il se fait souvent au-dessus des amphithéâtres un tel bruit de piétinemens, de cris et de chants que la voix des professeurs en est couverte.

Les observations que l'on vient de lire n'ont pas été dictées par un autre sentiment que le désir du bien, et ont pour but d'appeler l'attention de qui de droit sur des inconvéniens qu'il est important de faire disparaître dans l'intérêt de l'enseignement.

Dr Charles MARCHAL.

— M. Blagny prévient MM. les Elèves en médecine qu'il commencera ses conférences lundi prochain, à une heure, à l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique.

nou droit se développa à la suite de la rougeole. L'épanchement était considérable ; la douleur très vive ; il existait un peu de fièvre, moins intense toutefois que le volume de la tumeur et l'intensité de la douleur ne semblaient l'indiquer. La potion émétisée fut prescrite le premier jour ; elle détermina cinq vomissemens, sept purgations et des sueurs abondantes pendant la nuit : le lendemain la fièvre avait disparu, le pouls avait diminué de huit pulsations, de 76 il était tombé à 68 ; mais le gonflement et la douleur du genou persistaient au même degré. La même potion fut prescrite ; le second jour elle détermina deux vomissemens et cinq purgations ; les autres symptômes persistèrent au même degré.

Le lendemain, on prescrivit l'émétique à la même dose que les jours précédens ; cette fois, il n'y eut que deux évacuations alvines, et le lendemain, le genou présentait un peu moins de tension, quoique la douleur persistât au même degré. Ce jour-là encore la dose de tartre stibié ne fut pas augmentée, mais il n'y eut ni vomissemens, ni selles ; l'appétit se fit sentir, la malade mangea et digéra parfaitement. A dater de ce jour, la dose du médicament fut portée successivement à 6, 8, 10 et 12 grains. Chaque jour on remarquait de la diminution dans le volume de la tumeur, mais non dans l'intensité de la douleur. La potion à la dose de 12 grains fut continuée pendant six jours sans causer aucune incommodité à la malade, dont elle ne troublait en rien les fonctions ; et dès le seizième jour de l'usage de l'émétique, l'épanchement synovial avait entièrement disparu, quoique la douleur persistât dans l'articulation. Ce dernier symptôme persévéra avec intensité pendant quarante jours, et ne céda qu'à l'emploi des émolliens employés sans intermission pendant ce laps de temps. Ce ne fut qu'au bout de trois mois que cette femme put se servir de sa jambe comme avant sa maladie.

Quoique dans ces deux cas la douleur ait persévéré longtemps dans l'articulation malade, M. Gimelle a pu se convaincre que l'émétique a été très utile en déterminant la résorption du liquide épanché dont le séjour aurait détérioré les surfaces articulaires et la membrane synoviale, et donné lieu par suite à des accidens beaucoup plus graves qui ne surviennent que trop souvent dans les affections des articulations.

Une fois, sur une fille de vingt-un ans portant une maladie du genou droit depuis trois ans pour laquelle elle avait été traitée sans succès par plusieurs chirurgiens de la capitale, l'émétique prescrit de la manière indiquée fut sans résultat, quoiqu'il existât une grande quantité de liquide dans l'articulation ; la tolérance s'établit parfaitement. La dose fut portée successivement à 12 grains ; mais arrivé à cette quantité, et la malade n'éprouvant aucune amélioration, on ne jugea pas à propos d'aller au delà, n'ayant pas l'espoir de diminuer des accidens qui existaient depuis si long-temps, et dont les conséquences graves avaient été annoncées par plusieurs confrères. Cette jeune personne est morte depuis d'une phthisie pulmonaire dans le mois de décembre 1839.

Aux faits énoncés ci-dessus nous croyons devoir en ajouter deux qui viennent de se passer récemment. Le 27 juillet est entré à l'infirmerie, dans la salle de M. Pasquier, chirurgien en chef des Invalides, un invalide âgé 73 ans, atteint d'une hydarthrose très volumineuse du genou gauche, qui s'étendait dans le creux du jarret, où elle formait une tumeur du volume du poing, laquelle disparaissait par une forte pression et augmentait celles qui se voyaient sur les côtés et au-dessus de la rotule. M. Pasquier prescrivit l'émétique d'après la formule de M. Gimelle. La dose fut successivement portée à 16 grains ; le malade n'en éprouva aucune incommodité ; il continua à manger le quart d'alimens et à boire la portion de vin, et dès le seizième jour de séjour à l'infirmerie, tous les signes d'épanchement dans l'articulation avaient disparu : deux jours après ce malade sortit entièrement guéri.

Le 10 septembre, M. Gimelle fut appelé auprès de M. J., étudiant, frère d'un élève en médecine, âgé de vingt-un ans, né à Haïti, atteint d'une hydarthrose du genou droit, dont il avait été traité sans succès pendant un mois et demi par les sangsues, les vésicatoires, la compression, les frictions et les embrocations résolutives. Il lui prescrivit le tartre stibié d'après sa formule. Le malade n'a éprouvé aucun accident ; il a continué à boire et à manger ; il n'a pas dépassé la dose de 12 grains, et après quatorze jours de ce traitement il n'existe plus de trace d'épanchement synovial. Ce malade n'éprouve plus que de la faiblesse dans le membre.

Enfin, l'histoire de la dernière malade que M. Gimelle a eu occasion de soumettre à sa méthode de traitement est trop intéressante pour que nous la passions sous silence.

Madame de T..., âgée de vingt-trois ans, demeurant rue Saint-Florentin, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une bonne constitution, habituellement bien portante, bien réglée et n'ayant jamais eu de douleurs rhumatismales, dans un voyage de Tours à Paris eut froid pendant la nuit. En arrivant dans la capitale, elle ressentait déjà des douleurs dans l'articulation fémoro-tibiale droite.

M. Gimelle fut mandé aussitôt et prescrivit sans délai une potion gommeuse avec 4 grains d'émétique et 1 once de sirop diacode, ayant constaté l'existence d'une hydarthrose commençante. Il y eut cinq ou 6 vomissemens et autant de déjections alvines ; mais les douleurs s'apaisèrent dans la nuit et la malade put remuer son membre.

Le deuxième jour, apparition des règles ; suspension de l'émétique pendant cinq jours, et dès lors réapparition de la douleur et augmentation de l'épanchement ; le genou est très rouge et la peau en est très chaude.

Au bout de ce temps, reprise de l'émétique, qui est continué ainsi qu'il suit :

Premier et deuxième jour, 4 grains : trois ou quatre vomissemens et autant de selles. Au second jour, la tolérance s'établit, la douleur disparaît ; diminution de la tension de la synoviale ; la malade peut imprimer de légers mouvemens au genou sans déterminer trop de douleur.

Troisième jour, 6 grains ; quatrième jour, 8 grains ; cinquième jour, 10 grains ; sixième jour, 12 grains ; septième jour, 14 grains : la tolérance continue ; amélioration progressive.

Huitième, neuvième et dixième jours, 16 grains d'émétique.

Le progrès en mieux ne se démentit pas, et au dixième jour l'épanchement synovial a complètement disparu.

Dans aucun de ces cas, M. Gimelle n'a fait précéder l'emploi de l'émétique par les saignées générales ou locales, et constamment le résultat a été favorable. Cependant ce chirurgien pense que si la fièvre était intense, si l'articulation malade présentait une grande rougeur, beaucoup de chaleur, si les organes digestifs étaient le siége d'une grande irritation, il serait convenable de combattre ces symptômes avant d'administrer le tartre stibié. Par ce traitement préliminaire, on diminuerait les chances d'irritation de l'estomac, et l'on faciliterait peut-être la tolérance, et par suite l'action du médicament.

Les effets les plus constans de l'administration de l'émétique à haute dose, dans les cas qui précèdent, ont été les suivans : diminution de la force et de la fréquence du pouls, affaiblissement de la voix, la fatigue et la coloration des paupières, connues sous le nom d'*yeux cernés*, des transpirations abondantes surtout pendant la nuit. Ces symptômes ont été constans chez tous les malades que nous avons traités par cette méthode, cinq ont éprouvé des vomissemens : deux pendant un jour, un pendant deux jours, deux pendant trois jours. Huit ont eu des déjections alvines très abondantes qui ont duré de un à trois jours. Chez trois les vomissemens et les déjections alvines ont eu lieu en même temps. Enfin, seize n'ont n'éprouvé ni vomissemens ni purgations. Chez le plus grand nombre l'appétit fut conservé sans modification ; il se rétablissait chez ceux qui avaient éprouvé des perturbations dès que la tolérance était établie. La quantité des urines subissait une diminution, ce que M. Gimelle attribue aux transpirations abondantes éprouvées par les malades en traitement. Toutes les autres fonctions s'exécutaient comme dans l'état de santé. On a constamment laissé aux malades la quantité d'alimens qu'ils avaient avant d'être soumis au traitement. Chez le plus grand nombre on a été obligé d'en augmenter la quantité au bout de peu de jours.

Enfin, M. Gimelle a revu tous ses malades plusieurs mois après le traitement ; plusieurs sont sous ses yeux depuis quelques années, chez aucun d'eux il n'est survenu d'accidens.

K...

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Pneumonie ; rechute. Importance de la diète dans les maladies aiguës.

Un homme atteint de pneumonie pour la troisième fois, âgé de quarante ans environ, d'une constitution faible, a été admis à la salle Sainte-Jeanne. Les caractères de cette affection étaient portés au plus haut degré ; la crépitation était manifeste, le son obscur, la toux assez fréquente, les crachats sanguinolens, la dyspnée assez prononcée, la réaction fébrile proportionnée à l'intensité même de ces phénomènes.

Le traitement a été des plus simples : plusieurs saignées ont été pratiquées ; les dernières seulement ont présenté un sang pourvu d'une couenne inflammatoire, la première n'offrant pas cette condition parce que le sang s'était écoulé en bavant.

Sous l'influence de ce traitement, la marche de l'affection a d'abord été régulière ; le malade en six jours de temps était arrivé à un état très satisfaisant, lorsque lundi matin, on le trouva presque agonisant. Les traits du visage étaient profondément altérés ; les yeux étaient presqu'immobiles, à demi-fermés, grisâtres et enfoncés dans les orbites ; les joues et les tempes étaient creuses, les pommettes par contre étaient saillantes ; le pouls misérable ; la chaleur peu vive. M. Rostan fait judicieusement observer que cet état du malade était de nature à embarrasser tout médecin encore peu habitué à voir des malades, et capable de faire croire au retour des accidens inflammatoires, avec toute leur intensité primitive. Aussi la plupart des élèves qui suivent la clinique de ce professeur, qui a la louable habitude de les exercer au lit du malade, avaient-ils exprimé leur conviction sur la nécessité de revenir aux émissions sanguines. Tel n'a pas été l'avis de M. Rostan : la figure du malade, dit-il, offrait quelque chose de typhoïde ; j'ai considéré, d'autre part, que c'était le lendemain des visites de l'extérieur, et pensé qu'une imprudence officieuse des parens, plus excusable chez le malade, avait pu le porter à un écart de régime.

L'ensemble, d'ailleurs, des phénomènes qu'il présentait, et notamment le dévoiement, m'ont fait penser que les désordres existans étaient le résultat d'une indigestion ayant occasionné une concentration des forces vers les organes digestifs ; et cette considération nous a engagé à rejeter également l'emploi des toniques et du vésicatoire, pour nous borner à la diète. Il est presqu'inutile de vous dire que les demandes réitérées que nous avons adressées au malade ne nous ont en rien éclairé, et qu'à cet égard, il s'est renfermé dans les dénégations les plus absolues.

Dès le lendemain le malade était mieux ; la figure était meilleure et avait repris presqu'entièrement son expression première. Cette amélioration, loin de se démentir, est allée en croissant depuis. Aujourd'hui les fonctions continuent à se rétablir ; et, pourvu que les imprudences du malade ne viennent encore y mettre obstacle, la guérison ne se fera plus long-temps attendre.

Observation d'hémiplégie faciale, suivie de quelques réflexions, adressée à la Société d'Emulation par le docteur Putegnat, de Lunéville.

Le sieur Piron, âgé de trente-quatre ans, sujet à de fréquens maux de tête, d'une conduite régulière, s'aperçut, le 12 octobre au matin, en s'éveillant, que sa bouche était fortement déviée à gauche, que les deux paupières de l'œil droit restaient forcément écartées, etc. Appelé à l'instant même, je reconnus facilement une anervie de la portion dure de la septième paire droite aux symptômes suivans.

La partie droite du front, à partir exactement de la ligne médiane, ne peut se rider ; le sourcil droit est immobile ; les deux paupières du même côté sont fortement, la supérieure, élevée, l'inférieure, abaissée ; le globe oculaire, difficilement mobile, a sa conjonctive injectée vers l'angle externe, et sa rétine très sensible. L'ouverture nasale droite est rétrécie, et la narine ne peut être élargie sans le secours de la main. Les lèvres sont en contact, tuméfiées, légèrement sensibles, immobiles malgré le patient, qui se plaint aussi de ne pouvoir remuer la peau de la partie supérieure, antérieure et latérale droite du cou, ainsi que le pavillon de l'oreille et la portion du cuir chevelu de l'hémicrâne du même côté. La portion droite du nez est aplatie, et celui ci fortement dévié à gauche ; le sillon perpendiculaire de la lèvre supérieure a son extrémité inférieure dirigée à gauche ; la bouche, fermée et rétrécie dans la moitié droite, a son autre portion très grande, déviée à gauche et en haut, surtout quand le patient rit et parle. La joue droite est aplatie et n'offre aucune ride volontaire, ainsi que la portion supérieure latérale droite du cou ; la pointe de la langue se dévie sensiblement à gauche. Le patient n'a rien perdu de la finesse de l'ouïe, de l'odorat et du goût du côté droit ; des expériences directes me le prouvent. Seulement, le malade accuse un léger bourdonnement dans l'oreille droite ; une gêne très sensible dans la parole, surtout quand il s'agit de prononcer certaines lettres (labiales), et que le patient attribue à la pointe de la langue qui, quoique déviée à gauche, vient se heurter contre les lèvres dans leur partie droite, parce que la déviation de la langue n'est point proportionnée à celle des lèvres. Le sieur Piron se plaint de ne pouvoir siffler ni souffler *devant lui* ; de ne pouvoir mâcher avec la facilité habituelle, et de voir les alimens s'accumuler entre la joue et l'arcade dentaire inférieure droite, d'où il ne peut les chasser avec la pointe de la langue, ce qui le contraint à se servir d'un doigt. Quand la bouche s'ouvre, il semble que le maxillaire inférieur s'abaisse moins à droite qu'à gauche et qu'il a de la tendance à se dévier du côté paralysé. Point de fièvre, point de trouble dans les idées, point de raideur dans les membres, bon appétit.

Interrogé avec soin, le malade m'avoue avoir fait sa barbe la veille près d'une fenêtre, entr'ouverte de telle sorte qu'un courant d'air frais tombait sur sa joue droite.

Diagnostic. Hémiplégie faciale droite, ou anervie de la portion dure de la septième paire droite, par cause rhumatismale.

Traitement. Pour combattre la tuméfaction des lèvres, la pesanteur de tête, je conseille une application de sangsues (quatre derrière chaque oreille), des pédiluves irritans et quelques pilules renfermant de l'oxide de zinc. Le surlendemain j'ai recours au galvanisme. J'ai à ma disposition une pile composée de cinquante paires (de 73 millimètres carrés) dans les auges de laquelle je verse de l'eau de fontaine aiguisée d'un seizième environ d'acide hydrochlorique du commerce. La durée de chaque séance est d'une demi-heure, partagée en deux parties égales, entre lesquelles je laisse au patient un quart d'heure de repos. Le malade, assis, tient lui-même un conducteur mouillé, appliqué tantôt derrière l'oreille droite, là où le nerf facial droit sort du crâne, tantôt sur la partie latérale droite du cou, là où s'épanouissent les premières paires cervicales, dont quatre (la troisième spécialement) s'anastomosent avec les branches descendantes du nerf facial ; tantôt sur le trajet du nerf pneumo-gastrique indiqué par les battemens de la carotide primitive. Armé de l'autre conducteur, je touche certains endroits que je ferai bientôt connaître. En général, les effets électriques, lorsqu'on commence, ne se font sentir qu'au bout d'une demi-minute que l'expérience dure ; alors, à chaque décharge, le malade accuse quelques picotemens qui vont en augmentant d'intensité, et qui bientôt se transforment en secousses plus ou moins fortes. Avant d'aller plus loin, je dois dire que, pour tirer les meilleurs effets possibles, en pareil cas, d'une pile, il faut placer le conducteur de l'électricité vitrée sur l'origine du nerf facial ou sur le trajet du pneumo-gastrique, ou sur les nerfs cervicaux ; si l'on agissait autrement, c'est-à-dire si l'on venait à placer le pôle négatif sur l'apophyse styloïde, ou sur le pneumo-gastrique, ou sur les premières paires cervicales (du côté affecté, cela va sans dire), le patient n'accuserait que des picotemens du côté paralysé, au niveau de l'apophyse styloïde et non dans la joue. Ainsi, j'ai placé le pôle vitré sur l'apophyse styloïde, soit sur les paires cervicales, soit sur le trajet du pneumo-gastrique (du côté droit), et, armé du conducteur chargé de l'électricité négative, j'ai excité les différentes parties de la joue droite.

Ici je dois dire que, pour que l'excitateur placé à la

partie interne des lèvres et de la joue produise un effet sensible, il faut employer toutes les paires de la pile que j'ai indiqué ci-dessus, mais qu'on n'a besoin que de vingt paires quand l'excitateur touche les parties internes. L'excitateur doit être placé de préférence dans le grand angle de l'œil au-dessous de la pommette et au-devant du trou dentaire inférieur; je veux dire dans les lieux qui donnent sortie aux branches dont les ramuscules vont s'anastomoser avec celles du facial.

Pour faire rider le front, l'excitateur doit être en rapport avec le nerf frontal ou avec les branches temporales; pour faire froncer le sourcil, l'excitateur doit être promené le long de l'arcade orbitaire; pour agir sur le muscle orbiculaire des paupières, l'excitateur sera placé sur l'angle externe de l'œil; pour agir sur le nez et la lèvre supérieure, l'excitateur doit être posé dans l'angle de la narine; pour agir sur le muscle orbiculaire de la bouche, l'excitateur se place sur l'angle de la bouche (du côté malade) soit sur la peau soit sur la muqueuse; pour agir directement sur la lèvre supérieure, l'exitateur doit la toucher vers son angle malade près de son bord libre; pour agir directement sur l'inférieure, je plaçais sur elle l'excitateur. Je n'agissais sur le buccinateur qu'en plaçant l'excitateur dans la bouche. L'excitateur produisait un peu d'effet derrière le pavillon auriculaire, et aucun quand je le plaçais au-devant de l'oreille où, cependant, rampent plusieurs rameaux de la portion dure.

C'est seulement pendant la sixième séance que j'ai commencé à reconnaître quelques contractions musculaires dans les parties paralysées.

Après la douzième séance la guérison était complète; le front se ridait; le sourcil se fronçait, l'œil se fermait, la joue n'était plus aplatie, le nez dévié ainsi que la bouche et la langue. Le cuir chevelu avait recouvré sa mobilité ainsi que la peau du cou, etc.

— Cette observation, que j'ai cru bon de recueillir avec grand soin, prouverait, s'il en était besoin, la justesse du coup-d'œil d'Hippocrate; car cet auteur a dit: Distorsiones autem in facie, si nulli alteri corporis communicant, si cito sedantur, vel sponte, vel per necessitatem; reliqui vero apoplecti fiunt. (Prorr., l. 11, c. XVII.) Ainsi, comme le prouve ce passage, le vieillard de Cos avait reconnu que dans certains cas, l'hémiplégie faciale peut être une conséquence d'une lésion cérébrale, et que cette forme de la maladie est la plus dangereuse.

Le courant d'air frais auquel la joue droite de M. Piron avait été exposée la veille de l'arrivée de la paralysie; le brusque début de celle-ci; l'absence des symptômes qui auraient annoncé une lésion encéphalique, me firent diagnostiquer tout de suite l'hémiplégie faciale rhumatique soupçonnée par Hippocrate, si commune dans les régions septentrionales (J. Frank, décrite par Friederich (en 1797), par Verchein (en 1804), par Kowell (en 1815), et sur laquelle, depuis quelques années, l'attention des médecins français est fixée, et qui attaque de préférence le nerf droit.

Cette observation, que je pouvais accompagner de deux autres semblables, mais recueillies avec beaucoup moins de détails, prouve que, dans les cas d'hémiplégie faciale par suite de rhumatisme, le galvanisme est un puissant agent thérapeutique; qu'il est préférable aux graisses mercurielle, stibiée, anodine; aux vésicatoires, aux cautères, aux moxas, aux saignées, etc., ainsi qu'on l'a dit dans le n° de décembre 1835 du Journal des Connaissances médico-chirurgicales. Je terminerai en rapportant que ce traitement a déjà été conseillé en 1814 par Thilenius (Méd. chir. Bermrk., 2 Th. Frankf.), par Hufeland (Journ. 1816, jour., p. 147), et par J. Frank (Path. int.).

— Le n° de la *Gazette des Hôpitaux* du mardi 16 juin renfermait un article qui tendrait à faire croire que nous regardions comme démontré le fait que les pastilles vendues par M. Louradour, au prix de 3 fr. la boîte, contenaient une quantité considérable de sulfate de fer. Cet article a été publié par mégarde et en l'absence de M. Fabre, qui ne peut en accepter la responsabilité. Le journal est et doit rester étranger à des discussions pareilles, et il n'entre pas dans nos habitudes de juger un fait sur des rapports étrangers. Nous repoussons donc toute interprétation qui pourrait porter préjudice à M. Louradour, et ne prétendons juger *à priori* ni les produits, ni les procédés chimiques de ce pharmacien.

— *Descendans de Jenner.* — Une demande de secours a été adressée à la Chambre des communes par le docteur Henri Jenner et le révérend père Georges Charles Jenner, neveux de l'auteur de la découverte de la vaccine; l'un est âgé de soixante-treize ans, et l'autre de soixante-onze ans. Le premier avait reçu de la générosité de son oncle une rente de de 624 fr., et l'autre une annuité de 500 fr.

Effets remarquables du galvanisme dans l'asphyxie par submersion. — Le 18 juin dernier, le docteur Joseph Fergusson, chirurgien à Mullingar, fut appelé en toute hâte près d'un homme qu'on venait de retirer de l'eau: on le croyait mort, car il était froid, livide et sans mouvement. Cet homme était resté dans l'eau pendant au moins six à sept minutes; lorsqu'il y était tombé il était profondément ivre. L'abdomen était largement distendu, une pompe stomacale fut donc immédiatement introduite et donna issue à plus d'un gallon d'eau fortement imprégnée de liqueurs alcooliques; les moyens qu'on emploie ordinairement pour rappeler les asphyxiés à la vie ayant échoué, le docteur Fergusson se décida à employer le moyen suivant:

Il pratiqua une incision au-dessous de la septième côte jusqu'au diaphragme, mit ce muscle à nu, et appliqua sur lui les conducteurs d'une pile composée de 50 paires; l'effet fut instantané et surprit tous les spectateurs. Les muscles de la poitrine et de l'abdomen se contractèrent spasmodiquement: mais au bout de quelques instans, ces mouvemens convulsifs firent place à des mouvemens réguliers; enfin, la respiration et la circulation se rétablirent, et le sang, pour la première fois, sortit par la plaie qui avait été faite; le malade fut bientôt pris de quelques symptômes inflammatoires qui s'amendèrent sous l'influence du traitement antiphlogistique. Cette observation, dit M. Fergusson, montre l'utilité du galvanisme employé contre l'asphyxie par submersion, et prouve qu'il n'est pas nécessaire d'agir directement sur le nerf phrénique ou sur la huitième paire. En incisant les parties molles, on doit prendre les plus grandes précautions pour ne pas blesser le diaphragme.

(*Dublin medical Press.*, 1er juillet 1840.)

— *Emploi de la vapeur d'alcool contre l'inspiration du chlore.* Dans certains établissemens, tels que dans les fabriques de produits chimiques, etc., il arrive souvent que l'inspiration du chlore produit de dangereux effets: on peut faire disparaître tout danger en ayant soin de respirer de la vapeur d'alcool, ou en mangeant des morceaux de sucre imprégnés d'esprit-de-vin. Ce remède est employé avec succès depuis plusieurs années.

(*The medical Times*, 4 juillet.)

— *Rapports existant entre le sang, le pus, le mucus et l'épiderme.* Tel est le titre d'un travail qui a été lu récemment à la Société médicale d'Emulation par M. Mandt. En voici le résumé.

1° Les globules fibrineux du sang, du mucus et du pus sont identiques.

2° Tous les plobules sont le produit de la coagulation de la fibrine dans le sérum du sang qui a trasudé à travers les parois des vaisseaux sanguins.

3° La partie liquide dans laquelle nagent ces globules, constitue la différence entre le pus et le mucus.

4° Si les globules fibreux restent fixés à la surface de la membrane où ils ont été secrétés, ils deviennent les noyaux des cellules épidermoïdes qui constituent les élémens de l'épideme.

5° Si, au contraire, les globules fireux restent libres à la surface de la membre, ils sont expulsés de l'organisme, et entrent comme élémens dans le pus et le mucus.

5° Ces deux liquides *ne sont donc que du sang filtré*, c'est-à-dire qu'ils contiennent tous les élémens du sang, moins les globules sanguins, le sérum subissant en même temps des altérations chimiques.

(*Gazette Méd.*, 4 juillet,)

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 9 JUILLET 1840. (15e ANNÉE.) N° 81, TOME 2. — 2e SÉRIE.

'La Lancette Française.'

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5..

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

De l'opportunité et des lois générales des amputations dans la continuité; par le docteur Amédée FORGET.

I. L'opportunité d'une amputation, un cas pathologique étant donné, a suscité de vives et longues discussions parmi les chirurgiens. Amputera-t-on immédiatement un membre qui vient d'être le siége d'une lésion organique vaste et profonde? ou vaut-il mieux attendre que la suppuration se soit établie au sein des parties lésées! Cette question si différemment appréciée aux diverses époques de la science, et qui a divisé en deux camps l'ancienne Académie de chirurgie, est loin encore d'être résolue. Sans contester ce qu'une pareille solution peut avoir d'avantageux, je me garderai néanmoins de renouveler tous les argumens que la controverse a fait valoir en faveur de l'une ou de l'autre opinion: un semblable travail n'aurait aucun côté utile pour nos lecteurs. Aussi ai je hâte d'aborder un point de chirurgie pratique dont, en général, on ne s'occupe pas assez, quoiqu'il offre un intérêt plus pressant et une utilité incontestable. Je veux parler de l'appréciation des moyens thérapeutiques dont l'efficacité peut prévenir l'amputation.

Certes, cette question qui, une fois élucidée, aura pour résultat matériel la conservation d'un membre que les règles de l'art semblaient de prime abord vouer à une mutilation irréparable, mérite bien de retenir l'attention. Déjà, dès l'année 1818, M. le professeur Lisfranc, éclairant par l'anatomie pathologique la nature intime des engorgemens blancs articulaires, émettait l'opinion que souvent on devait pouvoir en obtenir la résolution sans recourir à l'instrument tranchant. Depuis, généralisant cette idée, il en a fait bénéficier la plupart des organes externes placés dans les mêmes conditions pathologiques. Aussi doit-on favoriser, dans l'intérêt de l'art non moins que dans celui de l'humanité, cette heureuse tendance à restreindre les limites de la médecine opératoire.

C'est surtout dans les cas traumatiques les plus graves en apparence, une fracture comminutive, une plaie articulaire avec ou sans écrasement des extrémités osseuses, que les partisans de l'amputation ne manquent pas d'accuser le chirurgien de la mort de son malade, s'il succombe sans qu'elle ait été pratiquée; comme si, avant de se placer nécessairement sous les rigueurs d'une opération qui peut, en définitive, constituer un remède pire que le mal, et dont l'intervention ne doit toujours arriver qu'en dernier appel, il n'était pas rationnel d'examiner le genre de médication imposé au malade; a-t-on fait tout ce que la saine thérapeutique prescrivait en pareil cas? et n'était-il pas possible, par un traitement plus énergique et mieux combiné, de conjurer les accidens qui ont fait périr le malade?

Sans doute, en présence du fait morbide que j'ai supposé exister, il semble au premier abord qu'il n'y ait pas à hésiter un instant sur le choix des agens thérapeutiques; une lésion traumatique grave commande l'emploi des antiphlogistiques, il ne saurait exister de désaccord à cet égard; mais la différence, et c'est là le point culminant, porte sur la combinaison, la forme, la durée d'action de ces mêmes agens curatifs. Ainsi se borne-t-on à pratiquer une saignée générale, soutenue d'une application de sangsues, pour passer immédiatement aux topiques émolliens; fait-on, en d'autres termes, *la chirurgie du cataplasme?* Nul doute qu'une telle médication ne vienne en aide aux partisans de l'amputation, par les nombreux insuccès qu'elle aura à enregistrer. Mais ce qu'il importe de bien distinguer, c'est le moment où doivent commencer les évacuations sanguines; celui où elles doivent s'arrêter? quelle doit être l'alimentation du malade? à quelle époque il convient de le nourrir? à quelle autre la diète est de nécessité? enfin, quel en sera le terme?

A ces questions dont la solution aura sur la conduite du praticien une si heureuse influence, donnons une réponse sanctionnée à la fois par la théorie et l'expérience.

Il faut, à l'exemple du professeur de la Pitié, se garder de la saignée dans les premiers instans qui suivent celui où l'accident a eu lieu: les chirurgiens ont remarqué que le malade alors est sous le coup d'une commotion générale, caractérisée par la concentration du pouls et l'attrition des forces musculaires; pratiquée dans de semblables circonstances, une évacuation sanguine peut avoir les plus graves inconvéniens.

On doit donc attendre que l'ébranlement nerveux se dissipe, que le pouls se relève, acquiert de l'expansion et de la force, que le mouvement réactionnel en un mot se manifeste. Le moment alors est arrivé de faire des évacuations sanguines, en ayant soin d'en mesurer le nombre et l'intensité sur les forces du sujet, et sur le mode de réaction qu'il oppose à ce modificateur puissant de l'économie.

Rigide observateur de ces indications, M. Lisfranc, dans les cas traumatiques graves, a coutume de faire pratiquer le premier jour, deux et quelquefois jusqu'à trois saignées générales, deux autres saignées le second jour, une seulement ou deux autres encore le troisième jour, en ayant soin de commencer par trois ou quatre palettes, et d'arriver par une décroissance graduée à deux ou à une palette seulement; ce qui constitue, pour la saignée générale, la forme essentiellement révulsive. Le troisième jour accompli, malheur au chirurgien s'il persiste dans l'emploi de ce moyen; car, à cette époque, le pus commence à être sécrété, quelquefois même assez abondamment, et la saignée expose à la résorption purulente. Les expériences de M. Magendie ne laissent aucun doute à cet égard.

On cessera donc la saignée, et à la diète rigoureusement observée jusqu'ici, on substituera une alimentation légère, des bouillons, puis des fécules, et, par degrés insensibles, on arrivera à une nourriture plus substantielle et plus en harmonie avec les exigences du malade dont le besoin de réparer croît en raison de l'abondance de la suppuration. Car, si tout à l'heure il y avait danger à porter trop loin les évacuations sanguines, le danger n'est pas moindre à maintenir, je ne dis pas la diète, mais une alimentation insuffisante qui force le malade à vivre de sa propre substance; ce serait encore par une autre voie favoriser la résorption purulente, accident formidable contre lequel, lorsqu'il a lieu, l'art a si souvent à déplorer son impuissance.

Hâtons-nous d'ajouter qu'il est un fait général auquel sont subordonnées toutes les indications pratiques que je viens d'esquisser; je veux parler de l'influence des localités, de celle des constitutions individuelles. Ainsi, dans les campagnes, un individu atteint d'une lésion traumatique grave, chez lequel le canal intestinal est sain et le système nerveux physiologiquement équilibré, sera faiblement influencé par sa blessure, et guérira sans accident, la réaction de celle-ci sur l'ensemble de la constitution se faisant à peine sentir. Dans une grande ville, au contraire, où tant de causes d'excitation et d'épuisement s'exercent incessamment sur l'organisme, il est plus à craindre de voir l'ébranlement général produit par le même fait pathologique, déterminer un résultat fâcheux; aussi, dans l'un et l'autre cas, la thérapeutique doit modifier son allure, varier sa forme et s'imposer des modifications indispensables.

C'est en appliquant ces principes que M. Lisfranc est parvenu à guérir sans amputation, un seul excepté, trente-cinq blessés, atteints la plupart de fractures comminutives et de plaies articulaires produites par des balles. Ces faits ont été observés à la suite des dissensions civiles du mois d'avril 1831, sur les militaires déposés au Grenier d'abondance, temporairement transformé en hôpital.

II. Mais, quelqu'effort que fasse le chirurgien pour se soustraire à la nécessité d'une amputation, comme il se présente trop souvent encore des circonstances où l'impuissance de la thérapeutique médicale une fois constatée, il ne reste plus qu'à recourir à ce moyen extrême, il convient de ne pas négliger la connaissance parfaite des règles, qui peuvent en rendre l'exécution plus sûre et le résultat plus avantageux au malade.

A. *Des lois générales des amputations dans la continuité.* Pour pratiquer l'amputation des membres dans la continuité deux méthodes sont en présence: *la méthode à lambeaux* et *la méthode circulaire.*

Quelle est celle des deux méthodes qui mérite la préférence? en général, la méthode circulaire offre sur l'autre des avantages réels: d'abord, la plaie qui en résulte présentant une surface moins étendue, se cicatrise plus promptement; en outre, l'expérience a prouvé que quand une inflammation s'empare du moignon formé par la méthode à lambeaux, ceux-ci, tuméfiés, douloureux, sont difficilement maintenus en contact, et souvent alors on obtient une cicatrisation vicieuse.

Il ne faudrait cependant pas rejeter d'une manière trop exclusive l'amputation à lambeaux, qui convient surtout dans les cas où le malade est dans un tel état de maigreur qu'on n'aurait pas assez de tissus pour recouvrir exactement les os et obtenir une réunion immédiate, si l'on mettait en usage la méthode circulaire.

De l'amputation à lambeaux. Il existe deux procédés pour la confection des lambeaux: dans l'un on pratique deux incisions semi-lunaires à convexité inférieure, réunies par leurs angles; on taille ainsi de dehors en dedans. L'autre consiste à couper les tissus de dedans en dehors. Pour cela on traverse toute l'épaisseur des parties molles avec le couteau porté successivement sur deux côtés du membre ras les os. S'il s'agit de l'avant-bras, que je prends pour exemple, quelques chirurgiens choisissent de préférence le premier procédé; M. Lisfranc fait remarquer, qu'exigeant la dissection de deux lambeaux toujours assez vastes depuis leur sommet jusqu'à leur base, ce procédé est beaucoup plus lent et par conséquent plus douloureux que le second, aussi donne-t-il la préférence à ce dernier. On lui a reproché d'avoir les inconvéniens des plaies par instrument piquant; or, comme ces plaies guérissent moins vite que celles produites par un instrument tranchant, on en a conclu que la confection des lambeaux par le premier procédé, c'est-à-dire de dehors en dedans, était préférable.

Mais en formulant ce blâme, on ne s'est pas rappelé que si les plaies par instrument piquant guérissent plus lentement, ce retard est dû à la nature même des instrumens dont la pointe plus ou moins mousse offre souvent des inégalités. Le couteau à double tranchant est loin de présenter une semblable disposition; aussi agit-il à la manière d'un instrument tranchant. On a encore objecté contre la formation de lambeaux de dedans en dehors, qu'une plaie par instrument piquant offrait un trajet étroit, favorable par là même au séjour du pus; sans doute, cela est vrai: mais pour peu qu'on fasse cheminer le couteau dans l'épaisseur des chairs au moment même où on le plonge dans le membre, on a la certitude que la solution de continuité n'offre pas cette disposition. D'ailleurs, a-t-on vu que dans l'endroit où le couteau a été enfoncé la plaie fût moins belle, que la suppuration y fût plus abondante, plus prolongée, et que la cicatrisation y fût plus lente que sur les autres points? assurément rien de semblable n'a été observé. C'est donc là une objection purement gratuite et nullement capable d'infirmer un procédé opératoire qui, au point de vue de l'exécution, l'emporte de beaucoup en vitesse sur celui qui consiste à tailler les lambeaux de dehors en dedans.

Par quel côté du membre commencera-t-on l'opération? On a conseillé de tailler premier le lambeau sur le côté opposé à celui où se trouvent les artères: mais que celles-ci soient coupées dans le premier ou dans le second temps de l'opération, cela importe peu; car si la compression de l'artère principale est bien faite, elle le sera également, que l'on commence d'un côté ou de l'autre, et on aura toujours le temps d'achever l'opération; si au contraire elle est mal faite, on sera de toute manière obligé de placer les ligature avant de scier l'os, que l'on commence ou que l'on finisse dans la direction des gros vaisseaux. Il faut donc rejeter ce précepte, non-seulement parce qu'il est insignifiant, mais encore parce que son adoption exposerait à enfreindre cette loi fondamentale de médecine opératoire qui prescrit de donner même longueur, même largeur et même épaisseur à chacun des lambeaux.

En effet, prenons l'avant-bras pour exemple; si on taille le premier lambeau sur le côté du membre opposé aux artères, c'est par la partie postérieure que l'on commencera. Or, de quelque manière que l'on s'y prenne pour attirer les tissus en arrière, on n'en aura jamais une assez grande quantité pour que ce lambeau postérieur soit aussi épais que l'antérieur.

Opère-t-on d'après les mêmes principes sur le tiers inférieur de la cuisse, les mêmes raisons de structure anatomique font que le lambeau externe n'offre jamais un volume égal à celui du lambeau interne, quelqu'effort d'ailleurs que l'on fasse pour attirer les tissus en dehors.

Il faut donc commencer en avant pour l'avant-bras, et en dedans pour la cuisse, car dès que la solution de continuité nécessaire pour la confection du premier lambeau existe, il est facile alors avec le pouce et le doigt indicateur placés dans les angles de la plaie, de ramener soit en arrière, soit en dehors, assez de tissus pour tailler un second lambeau dont les dimensions égaleront celles du premier.

Si dans l'amputation de la cuisse à lambeaux, on plonge le couteau perpendiculairement à la partie moyenne du fémur, il arrive souvent que la pointe de l'instrument se brise sur l'os, et on est alors obligé de traverser la moitié du diamètre antéro-postérieur du membre, avec un couteau dont la cassure offre des inégalités, et on déchire ainsi plus ou moins de tissus.

Un autre inconvénient de ce procédé est la situation qu'affecte l'os par rapport aux lambeaux; il se place, contre l'angle antérieur de la plaie, et pour peu que les lambeaux se rétractent il peut faire saillie entre leurs bords, et constituent ce que l'on nomme vulgairement *un manche de gigot.*

On évitera cet accident si, d'après le précepte donné par M. Lisfranc, on plonge le couteau en dedans du fémur: on a d'abord l'avantage d'éviter cet os, puis on laisse pour la confection du lambeau externe une quantité plus considérable de tissus; enfin, comme la ligne d'intersection des deux lambeaux se trouve plus en dedans que le fémur, l'extrémité de cet os est ainsi recouverte par la base du lambeau externe, et la dénudation est évitée.

(*La suite au prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Pneumonie très grave accompagnée de caractères typhoïques. Formes de l'affection typhoïde établie par M. Rostan, en parallèle avec celles de M. Chomel.

Au n° 20 de la salle Saint-Jean, est couché un petit

jeune homme actuellement convalescent d'une pneumonie gauche très grave, n'ayant pas présenté tous les caractères distinctifs, et s'étant exclusivement traduite par les signes physiques tirés de la percussion et de l'auscultation. Mais une circonstance de cette affection, principalement digne d'être remarquée, c'est que le malade a présenté un grand nombre des signes propres à l'affection typhoïde. Ainsi, avons-nous observé chez lui la sécheresse de la langue, des borborigmes, le balonnement du ventre, etc. Toutefois, l'examen successif des fonctions ne nous a pas laissé long-temps indécis à cet égard, et si quelques symptômes du typhus ont pu en imposer de prime-abord, un examen attentif a bientôt mis hors de doute la prédominance de la pneumonie. Nous avions donc indubitablement affaire à une pneumonie, et non à une affection typhoïde affectant la forme pneumonique ou thoracique.

Dans quelques-unes des leçons qui ont précédé (*v.* les n^os du 28 mai, des 13 et 20 juin), nous vous avons successivement exposé nos principes à l'égard de la thérapeutique de l'affection typhoïde, et de la valeur des caractères anatomiques de cette maladie. Aujourd'hui nous allons vous exposer en peu de mots les divisions que nous avons établies, prenant en considération les différentes formes que l'affection typhoïde peut présenter.

Au lieu d'adopter les formes établies par M. Chomel, et d'admettre une fièvre typhoïde inflammatoire, une fièvre typhoïde gastrique, une muqueuse, une adynamique, et enfin une ataxique, je ne fais de ces différentes variétés d'une même affection, que des conditions d'intensité. Pour moi, adoptant une classification organique, qui a été critiquée à outrance par des personnes qui ne m'avaient point compris, j'établis les formes de l'affection typhoïde d'après la prédominance de l'affection concomitante de tel ou tel autre organe. Ainsi, nous admettons une affection typhoïde avec forme encéphalique, principalement caractérisée par des phénomènes nerveux : la céphalalgie; le délire, les soubresauts de tendons, la perversion des sens, etc. Une affection typhoïde avec forme thoracique ou pneumonique, dont les caractères les plus saillans sont les symptômes mêmes de la pneumonie. Et avant d'aller plus loin, je dois vous faire sentir toute l'importance pratique d'une telle classification. En effet, la pneumonie prédomine ou n'est que secondairement importante. Dans le premier cas, il faut insister sur l'emploi des évacuations sanguines; dans le second, au contraire, il faut en user avec parcimonie, et se conduire à cet égard ainsi que nous l'avons établi dans l'une de nos leçons précédentes. (*V.* le n° du 25 mai.)

Enfin, nous admettons une affection typhoïde avec forme abdominale, particulièrement caractérisée par la prédominance des phénomènes abdominaux, tels que le balonnement du ventre, les borborygmes, les selles involontaires, etc.

Nous ajouterons à peine que plusieurs de nos formes peuvent se combiner chez le même individu malade, et même s'y présenter toutes à la fois. En définitive, les formes de M. Chomel ne sont pour nous que des manières d'être de l'intensité même de la maladie, et nous croyons que notre classification organique est plus précise et plus satisfaisante pour l'esprit.

Revenons un instant à notre malade. Nous avons vu qu'il a été simultanément affecté d'une pneumonie grave et d'une affection typhoïde peu intense ; malgré la coexistence de ces deux affections, il est néanmoins guéri. Disons, enfin, que vu la prédominance des symptômes de la pneumonie, il a été saigné abondamment, et un plus grand nombre de fois qu'il ne l'eût été sans cela.

Affection typhoïde; forme thoracique. Valeur des phénomènes critiques et des jours critiques.

Au n° 9 de la salle Sainte-Jeanne, est entré un homme âgé de trente-quatre ans, atteint d'une affection typhoïde arrivée à la fin du second septénaire. Cet homme, au moment de son arrivée à la clinique, était dans un état d'éréthisme nerveux remarquable : la surface du corps présentait des pétéchies; la stupeur était très prononcée, et les membres étaient agités par un tremblement continu. Le malade se plaignait de souffrir au ventre ; depuis quinze jours il avait du dévoiement ; les sons étaient mal articulés, il y avait balbutiement. La langue était sèche, brune, luisante ; l'appétit était nul, la soif vive, l'épigastre douloureux, le pouls fréquent : et à tous ces symptômes s'ajoutait un engorgement pulmonaire assez marqué, mais cependant sans crachats sanguins.

Nous avions donc affaire à une affection typhoïde à forme thoracique ou pneumonique. Mais vu l'intensité des phénomènes typhoïdes, les symptômes pneumoniques n'étaient pour nous que d'une importance secondaire, et cette considération nous a engagé à être modéré dans l'emploi des évacuations sanguines. Toutefois, quoique ce malade ait été saigné avec modération, le lendemain même tous les accidens étaient considérablement amendés; le tremblement des membres avait presque entièrement cessé; la face était meilleure. Aujourd'hui encore cette amélioration continue, et les fonctions digestives et pulmonaires se rétablissent graduellement.

Une circonstance remarquable de cette maladie, c'est que le malade a été recouvert pendant plusieurs jours d'une sueur très abondante; et à cette occasion, nous devons vous entretenir un instant des phénomènes critiques que l'on traite généralement aujourd'hui avec trop de dédain, et dont il est peut-être important de n'en point abandonner entièrement l'étude.

On a fait trop bon marché, dans ces derniers temps, des opinions des anciens, et l'on en a parlé avec un mépris rarement peu mérité et très souvent tout-à-fait injuste. Je crois pour mon compte que la question des phénomènes critiques et des métastases mérite d'être de nouveau remise sur le tapis et discutée aujourd'hui.

La *crise* ou jugement a lieu pour toutes les maladies; ce fait est incontestable. L'une manière ou d'une autre, en bien ou en mal, toutes les maladies sont jugées à une époque quelconque. Mais une erreur accréditée par quelques auteurs, que nous devons rétablir avant d'aller plus loin, est celle qui, attribuant à Hippocrate une seule interprétation pour le mot *crise*, insinue que cet auteur entendait par là le jugement constamment favorable de la maladie. Nous le répétons, le mot *crise* avait pour le père de la médecine une double valeur, et était indistinctement employé par lui pour exprimer le jugement soit en bien, soit en mal de la maladie.

Les crises existent donc réellement ; mais de ce qu'il y a des crises, s'en suit-il qu'il doit y avoir et qu'il y ait de fait des phénomènes critiques? Les anciens avaient vu des changemens notables survenir chez les malades à la suite d'évacuations abondantes de différentes natures, telles que des hémorrhagies, des selles, des sueurs, à la suite encore de l'émission d'urines offrant certains caractères, etc. Or, voyons-nous aujourd'hui à la suite de ces mêmes phénomènes survenir des changemens semblables à ceux annoncés par les anciens? Ces changemens arrivent dans un grand nombre de cas d'une manière indubitable ; et si de nos jours ces phénomènes ne se présentent pas à notre observation aussi fréquemment que les anciens paraissent les avoir notés, c'est que notre attention moins fixée sur ce point les soustrait bien souvent à nos investigations, ou bien cela dépend encore du peu d'importance que nous y attachons, ce qui élude dans notre esprit le rapport qui existe entre leur apparition et le changement quelconque survenu dans la maladie qui captive trop exclusivement notre attention. C'est à nous à remarquer désormais quels sont les rapports qui existent entre l'apparition de ces phénomènes et la rémission ou recrudescence des maladies ; pour mon compte, je puis attester avoir vu des maladies disparaître entièrement à la suite de sueurs abondantes, et dans d'autres cas le dévoiement, se substituant à une diaphorèse notable, amener une amélioration évidente.

Chez notre malade, la diaphorèse a été excessivement abondante, et à sa suite nous avons vu survenir une amélioration très sensible.

Pour nous résumer à l'égard des crises et des phénomènes critiques, nous dirons qu'on néglige généralement trop l'étude de ce point de doctrine, digne à tous égards de notre sollicitude. Je le répète, j'ai vu bien souvent des maladies être modifiées en bien ou en mal par des phénomènes critiques. D'ailleurs, quel est le but que nous nous proposons d'atteindre par l'emploi des agens thérapeutiques, si ce n'est celui d'imiter la nature dans ses procédés salutaires qui transforment en mieux l'état des malades? Ne provoquons-nous pas à chaque instant des évacuations, au moyen des émissions sanguines, des purgatifs, des émétiques, des diaphorétiques, etc.

La question des *jours critiques* est également abandonnée aujourd'hui, et les anciens auteurs, il faut l'avouer, sont plus difficiles à défendre concernant ce point de doctrine. On a dit qu'en établissant la doctrine des jours *indicateurs* et des jours *critiques*, Hippocrate s'était laissé dominer par la doctrine des nombres de Pythagore. Ce reproche qui lui a même été adressé par les auteurs presque contemporains, n'est cependant pas juste, et c'est encore sans fondement que l'on a entièrement répudié la doctrine d'Hippocrate et le témoignage des plus célèbres médecins de l'antiquité. Pour que la doctrine des jours critiques se soit maintenue aussi long-temps dans la science et ait été adoptée successivement par tant d'hommes distingués, il faut qu'elle renferme au moins le germe d'une vérité que nos yeux ne savent pas parfaitement saisir de nos jours. Mais d'ailleurs ne parlons-nous pas nous-mêmes de septénaires, et de telle maladie arrivée ou qui arrivera au premier ou au deuxième septenaire, etc., ayant présenté ou devant présenter telle ou telle autre modification, tel ou tel autre phénomène? Que trouver d'ailleurs de plus conforme à la doctrine des nombres que le groupe des fièvres intermittentes? Ne pouvons-nous pas en annoncer à l'avance les phénomènes, l'invasion des accès, l'ordre de leurs stades, etc.

Que si nous jetons un regard dans l'ordre des phénomènes physiologiques qui s'observent tant dans le règne animal que dans le règne végétal, nous voyons que tous s'accomplissent avec périodicité ; ainsi la menstruation, le sommeil, l'infloraison, la fructification, etc. Des règles établissent d'une manière encore bien plus précise, disons même avec une précision mathématique, la périodicité selon laquelle s'accomplissent les phénomènes que nous présente la matière inerte, et nous voyons les révolutions sidérales s'effectuer avec une précision que rien n'égale ; de sorte que nous pouvons annoncer rigoureusement l'instant où elles vont s'accomplir, sans crainte d'être démentis par les évènemens.

En réfléchissant à toutes ces régularités qui s'observent dans l'accomplissement d'un si grand nombre de phénomènes de la nature, on trouve bien moins étrange qu'Hippocrate ait établi une périodicité pour les phénomènes des maladies. C'est une erreur, selon nous, que de croire que le seul préjugé a amené le grand médecin de l'antiquité à établir les jours indicateurs et les jours critiques ; d'ailleurs comment cette doctrine aurait-elle survécu pendant un temps si long à celui qui l'avait établie, si elle avait été entièrement erronée? Il est bien plus plausible d'admettre qu'elle était le résultat d'une observation portée plus loin de nos jours. K.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DU COEUR; PAR M. GENDRIN.

(Recueillies par MM. E. Colson et E. Dubreuil-Hélion.)

(Suite du n° 77.)

Hope pense que le premier bruit est dû aux vibrations déterminées dans la masse du sang qui remplit les ventricules, par les courans qui s'y produisent en sens opposés lorsque le sang est poussé par la contraction des parois à travers les orifices artériels, et le deuxième aux vibrations occasionnées par la suppression brusque des courans qui s'établissent lorsque le sang pénètre des oreillettes dans les ventricules. Cette explication a au moins l'avantage de reconnaître un fait incontestable, c'est que lorsque des courans s'établissent dans un liquide, ils produisent des vibrations qui peuvent devenir sonores; nous n'objectons à cette explication que de ne pas tenir compte de l'état des parois du cœur comme contribuant à déterminer les bruits.

Adoptant avec William ce fait, que toutes les fois qu'une membrane est tendue subitement, il en résulte un bruit proportionné au degré de la tension, Carowell rapporte les bruits du cœur au redressement des valvules, à leur tension. Suivant lui le premier bruit dépendrait des vibrations des valvules auriculo-ventriculaires pendant la systole, et le bruit clair, ou deuxième bruit du choc en retour contre les valvules sygmoïdes de la colonne sanguine qui a passé dans les artères, comme si la réaction du sang dans les valvules sygmoïdes n'était pas déjà produite quand le deuxième bruit du cœur se fait entendre après le silence qui succède au premier bruit et au choc de l'extrémité du cœur sur les parois thoraciques.

Dans toutes ces opinions, on n'a pas tenu un compte assez rigoureux de tous les phénomènes de l'action du cœur. Il y a dans les bruits du cœur trois circonstances importantes à considérer, et qu'il faut isoler par l'analyse : l'intensité du bruit, son timbre et sa durée. Ces trois circonstances doivent être surtout isolées quand on veut trouver dans les modifications des bruits du cœur, des signes des maladies de cet organe ; car elles sont altérées différemment par les divers états pathologiques du cœur. Quand on applique l'oreille sur la région précordiale, on entend un premier bruit, légèrement sourd, dont le maximum d'intensité correspond à la pointe du cœur et s'efface à mesure qu'on se rapproche de la base. Son timbre est modifié suivant l'épaisseur des parois de la poitrine, et suivant que cette épaisseur est augmentée par des couches musculaires ou graisseuses plus ou moins épaisses ; *suivant* que le poumon gauche s'avance plus ou moins audevant du cœur, et aussi suivant que ce bord antérieur du poumon se trouve à l'état sain ou dans les conditions d'un emphysème plus ou moins prononcé. Chez les sujets à poitrine épaisse, le premier bruit est généralement sourd ; il est sourd et profond quand le bord du poumon gauche est emphysémateux, ou qu'il existe des épanchemens dans la cavité du péricarde. Dans l'état normal, le premier bruit du cœur est toujours très court, instantané comme la contraction du cœur, convulsif comme un coup de piston rapidement imprimé. Dans certaines conditions pathologiques, ce bruit est prolongé ; mais alors l'impulsion de la pointe est également prolongée et progressive.

Le deuxième bruit du cœur a, comme le premier, son intensité, son timbre et sa durée. Il a son maximum d'intensité à la base du cœur sous l'articulation synchondrosternale de la troisième côte. Son timbre est généralement clair ; il n'est pas modifié par l'épaisseur des parois thoraciques, par la présence du poumon en avant du cœur, ni par les épanchemens dans la cavité du péricarde; sa durée est très courte, instantanée ; il se prolonge davantage sur le trajet des grosses artères, et s'affaiblit en descendant de la base du cœur vers sa pointe.

Lorsque le cœur a opéré sa contraction, les ventricules étant aussi vides que possible, il se relâche. Le sang, obéissant alors à toutes les puissances qui le meuvent, descend par l'orifice auriculo-ventriculaire en contournant l'extrémité des valvules mitrale et triglochyne, et se précipite dans le ventricule. C'est une cavité vide qui se remplit instantanément avec toute la rapidité que met un liquide qui obéit à une pression *à tergo*, à se précipiter dans un espace vide ; ce liquide va frapper tout d'un coup les parois de la cavité vide, ou des ventricules du cœur. C'est surtout la partie supérieure de la cavité qui reçoit la percussion au plus haut degré, parce que c'est sur cette partie que vient s'épuiser toute la force et la vitesse de l'impulsion du liquide précipité dans la cavité vide des ventricules; c'est alors que se produit le deuxième bruit, qui résulte du choc du sang contre la base du ventricule. Ce phénomène est analogue à celui qui s'observe dans l'expérience du marteau d'eau, ou quand on met en mouvement la colonne mercurielle d'un baromètre ; le bruit est alors le résultat du choc du mercure contre le fond de la chambre barométrique : telle est la loi physique par laquelle se produit le deuxième bruit du cœur. C'est à la base du cœur qu'il s'entend à son maximum, car c'est en ce point que toute l'impulsion vient s'épuiser. L'épaisseur des parois de la poitrine modifie peu son timbre, parce que la base du cœur ne vient pas se mettre en rapport immédiat avec le sternum dont elle est séparée par le poumon. Il se prolonge dans le trajet des grosses artères plus que le premier bruit, parce que l'impulsion du sang est perçue à un certain degré par le plancher des valvules sygmoïdes

abaissées, dont l'ébranlement se propage à la colonne sanguine contenue dans les artères. Il est clair, parce que la colonne de sang vient heurter contre la partie la plus mince des parois du cœur, contre l'anneau fibro-cartilagineux qui se trouve à sa base. Le sang dans sa marche suit d'abord un trajet déclive vers la pointe du cœur, puis se réfléchit sur l'anse ou le coude formé par cette pointe pour venir heurter la base du ventricule; c'est ce qui fait qu'il se perçoit à son maximum à la base du cœur, et qu'il s'éteint vers la pointe. Le bruit diastolique est donc, pour nous, le résultat de la percussion opérée par la colonne de sang venant des oreillettes sur la base des ventricules et sur le plancher des valvules sygmoïdes abaissées; nous ne pensons pas qu'il soit produit par la tension de ces valvules, parce qu'elles sont tendues avant sa production. La contraction, ou suivant des physiologistes, la rétraction de l'aorte sur le sang commence à s'accomplir dès que le cœur tend à se relâcher; c'est qu'alors les valvules aortiques s'abaissent et se tendent; si cet abaissement n'avait pas lieu, le sang refluerait évidemment dans le ventricule au moment où le sœur se relâche: les valvules aortiques sont donc tendues et présentent un point d'appui au sang contenu dans les artères dès que le relâchement des ventricules commence à s'accomplir, avant que la réplétion du cœur s'opère par conséquent avant la production du bruit de diastole.

Comment se produit le bruit systolique? Il répond à la contraction des ventricules, c'est-à-dire à un mouvement spasmodique du cœur qui détermine en lui un changement de forme que nous avons expliqué en disant que pendant sa contraction le cœur tendait à la sphéricité. Dans ce mouvement, les parois ventriculaires du cœur s'appliquent sur le sang et le poussent vers les orifices de sa base, l'abaissement des valvules auriculo-ventriculaires s'opposent à son retour dans les oreillettes. Cette contraction, exécutée en même temps sur toute la longueur des anses musculaires qui entrent dans la structure du cœur, a nécessairement pour résultante des forces qu'elle met en jeu le centre de ces anses; elle imprime à la masse du sang contenue dans les ventricules un changement subit de forme et par suite des vibrations qui convergent nécessairement sur le point le plus éloigné de la base du cœur où sont les orifices dont le sang force l'entrée, les molécules liquides, ainsi pressées et unies les unes contre les autres, produisent des vibrations qui se transmettent aux parois contractées du cœur.

Ces vibrations, transmises aux parties solides, sont la cause du premier bruit ou bruit systolique. C'est à la pointe que ce bruit est à son maximum. C'est en ce point que se trouvent les conditions les plus favorables à la transmission du son. C'est là que retentit le contrecoup de toutes ces vibrations, c'est là qu'est leur résultante. Par suite du contact instantané du cœur avec les parois thoraciques, la transmission des vibrations sonores par contiguité aux parois du thorax se fait facilement avec toutes les circonstances les plus propres à la propagation du son. Le premier bruit du cœur, ou le bruit cystolique, est modifié dans son timbre par les épanchemens péricardiaques, par l'interposition du bord du poumon, par l'épaisseur des parois de la poitrine: on le comprend très bien quand on se rappelle que le son est modifié par la composition des parties qui le transmettent.

La tension des valvules mitrale et triglochyne concourt-elle à la production du bruit systolyque? Quand une membrane est subitement tendue, cette tension brusque détermine un bruit sans aucun doute; la valvule, insérée sur une base fibreuse est ici dans les conditions les plus favorables pour vibrer; mais c'est au milieu d'une masse de liquide et non dans l'air, qu'ici la tension s'opère; les vibrations de la membrane doivent donc se confondre avec celles des molécules sanguines; aussi n'est-ce point au niveau de l'extrémité de la troisième côte où se trouvent les valvules auriculo-ventriculaires que se fait entendre à son maximum le bruit de systole, c'est, au contraire, le plus loin possible de l'insertion des valvules qu'il se fait entendre, parce que c'est sur ce point que les vibrations imprimées au liquide ont leur point d'appui et se transmettent aux parois contractées du cœur; c'est là qu'aboutit l'axe du déplacement de la masse sanguine intràventriculaire.

La pathologie du cœur fournit de ce fait une preuve à ajouter aux autres. Quand les valvules auriculo-ventriculaires sont épaissies et en partie détruites, il ne devrait pas, s'il était dû à leur tension, exister du bruit systolique, tandis que, dans ce cas, il est le plus souvent renforcé. Le deuxième bruit n'est pas dû non plus à l'abaissement et à la tension des valvules artérielles, car, lorsqu'elles sont détruites, le deuxième bruit existe toujours; il est vrai qu'il est alors masqué par des bruits anormaux qui empêchent souvent de le percevoir à l'oreille médiatement ou immédiatement appliquée sur la poitrine, mais l'on peut s'assurer dans ce cas de la persistance des bruits normaux en éloignant légèrement l'oreille de la poitrine.

En résumé, la contraction des oreillettes, qui n'est jamais qu'imparfaite, et qui commence celle des ventricules, est sans bruit normal. C'est dans les ventricules que se produisent les deux bruits du cœur. Le premier a sa cause première dans la contraction des ventricules, et sa cause immédiate dans les vibrations qui résultent du changement de forme imprimé à la colonne de sang. Le deuxième a sa cause première dans le relâchement des ventricules immédiatement suivi de l'entrée du sang dans leurs cavités, et sa cause immédiate dans la percussion du liquide contre les parois du cœur à la base des ventricules.

La durée totale de tous les actes par lesquels le cœur remplit ses fonctions, se mesure par l'intervalle des chocs du cœur ou des systoles des ventricules, ou par les intervalles des diastoles des artères. Le temps qui mesure cette durée totale varie d'un quatre-vingtième à un soixantième de minute dans l'état normal.

La durée particulière de chacun des actes du cœur qui se succèdent d'une systole à la suivante, est difficile à déterminer par la difficulté de mesurer ces espaces de temps aussi courts, et de fixer nettement leurs limites. Toutefois, on peut parvenir, avec un certain degré d'exactitude, à cette appréciation par le moyen de l'auscultation, à cause de l'aptitude extrême que possède l'organe de l'ouïe d'apprécier la durée relative des sons et de leurs intervalles.

Les premières tentatives pour mesurer la durée des acter du cœur ont pris naissance dans l'école iatromathématique; elles appartiennent à Jacques Keill, qui pratiquait la médecine à Northampton, dans les dix-neuf premières années du dix-huitième siècle. Ce médecin ne dit pas comment il parvint à déterminer la mesure qu'il adopta; il nous semble difficile qu'il y soit parvenu sans percevoir les bruits du cœur. Quoi qu'il en soit, il établit que la systole remplit un tiers de l'intervalle d'une systole à l'autre, et que tout le reste de cet intervalle se trouve rempli par la périsystole et la diastole. Dans cette hypothèse, l'action du cœur n'était que d'un tiers de la durée totale du temps, c'est-à-dire huit heures par jour.

Laënnec a fixé, de nos jours, la durée des actes du cœur de la manière suivante: la systole des ventricules serait d'un quart de tout l'intervalle d'une systole à une autre, puis la diastole d'un quart à un tiers de tout cet intervalle. Le reste du temps mesure la durée du repos du cœur. Presque tous les médecins ont adopté ces indications de mesure.

Nous croyons qu'on doit et qu'on peut aisément apporter beaucoup plus de précision dans la détermination du temps des différens actes du cœur. Il importe d'autant plus de le faire, que, pour déduire des changemens que subissent les actes du cœur, des signes des maladies de cet organe, l'on doit apprécier avec exactitude tous les momens de ces actes. Voici comment nous y parvenons. Nous prenons pour type la mesure la plus fréquente de la durée de tous les actes du cœur, qui est d'une seconde, c'est-à-dire soixante pulsations systoliques par minute. La durée de la contraction, comme convulsive et toujours brusque des ventricules, peut se mesurer par la durée du choc; dans l'état normal, cette durée est moindre que vingt-quatre tierces ou deux cinquièmes de seconde; on peut aisément le reconnaître avec une montre à échappement ordinaire, qui frappe trois coups par seconde, un coup initial marquant le commencement de chaque seconde, un coup médian marquant le milieu de la seconde, et un coup terminal marquant la fin de la seconde. Le choc du cœur et le bruit systolique correspondent au premier bruit de percussion de la montre; le deuxième bruit est ordinairement terminé quand la montre frappe son deuxième coup. La contraction systolique, le temps de silence qui la suit et le bruit diastolique, se font ainsi en trente tierces, ou une demi-seconde.

On entend deux battemens distincts de la montre et, entre le bruit de diastole et le choc systolique suivant, par conséquent, il s'écoule plus de trente tierces pour le temps durant lequel le cœur s'étant relâché, et ayant ainsi permis l'entrée du sang dans ses cavités, reste dans un état complet de repos qui va se terminer par la contraction. En mesurant ainsi la durée de différens actes du cœur, on arrive à reconnaître que la contraction active et énergique du cœur remplit moins d'un quart du temps total des actes du cœur, puisqu'en y ajoutant la durée du premier silence qui excède la durée du premier bruit et la durée du second bruit, on n'a que la moitié de la seconde, ou trente tierces.

La conséquence la plus saillante de ces observations, c'est que l'action contractile active du cœur ne dure pas un quart du temps. On reconnaît aisément par l'ouïe, d'après la durée de la périsystole, qu'il faut au cœur, pour se relâcher et arriver de l'état de contraction active à l'état de repos et de passivité complète, un temps presque double de celui de la contraction initiale instantanée, apprécié par la durée du choc et du premier bruit du cœur. Ainsi, cet organe qui agit d'une manière continue, n'est, en réalité, à l'état d'action vive que pendant moins de quatre à cinq heures par jour, à l'état de relâchement progressif pendant moins de six heures, et à l'état de repos passif complet pendant plus de douze heures par jour.

La durée des exacerbations et des décroissemens de l'activité circulatoire dans les gros vaisseaux se déduit aisément de ces observations. La distension passive des gros troncs artériels nés du cœur a nécessairement la durée de la contraction active du cœur, moins de quinze tierces par seconde. Elle décroît ensuite progressivement sous l'influence de la réaction élastique des parois artérielles pendant la périsystole du cœur, c'est-à-dire pendant que le cœur se relâche; ce temps comporte une durée de moins d'un quart de seconde: c'est la période de systole ou d'activité des grosses artères. Le repos de ces vaisseaux dure ensuite plus de trente tierces. Pendant ce temps-là, les artères sont à l'état de périsystole; il y a équilibre entre leurs parois rétractiles et la résistance de la masse de sang qui les remplit.

Pour les oreillettes, il y a un temps de rétraction subite quand le sang pénètre dans les ventricules relâchés; cette rétraction instantanée dure beaucoup moins qu'un quart de seconde. Les oreillettes se contractent immédiatement avant la systole ventriculaire; nous n'avons aucun moyen de mesurer la durée de cette contraction qui est silencieuse, et ne s'annonce à l'état normal par aucun phénomène appréciable. Cette contraction se limite immédiatement par la systole ventriculaire, pendant laquelle l'oreillette se relâche et arrive à l'état passif dans lequel elle reste durant toute la périsystole, c'est-à-dire pendant près de quinze et vingt tierces.

Pour les grosses veines afférentes au cœur, les exacerbations et les décroissemens dans la circulation sont réglés, dans leur durée et leur succession, par les changemens qui se manifestent dans les cavités du cœur. Dans l'état normal, aucun phénomène appréciable ne nous permet d'en mesurer l'étendue et la durée; on le conçoit facilement par la connaissance des actes successifs qui s'accomplissent dans les cavités du cœur.

Le sang, arrivant continuellement par les troncs veineux, tend à distendre l'oreillette pendant la contraction auriculaire. Cette distension ne peut se faire parce que l'oreillette contractée résiste; mais cette distension devient possible et se fait progressivement à mesure que l'oreillette se relâche; alors les veines se dégorgent. Dès que le cœur, en se relâchant, permet au sang d'arriver dans ses cavités, l'oreillette et les grosses veines afférentes se vident rapidement et la circulation, activée ainsi dans les grosses veines, s'accélère et remplace le sang qui a pénétré dans les ventricules; alors il y a repos des troncs veineux, et ce repos, qui n'est en réalité qu'un relâchement, dure autant que le péridiastole, c'est-à-dire au moins une demi-seconde. Pendant ce temps-là, le relâchement des grosses veines et des oreillettes est progressivement décroissant par l'afflux continu du sang qui arrive continuellement par ces vaisseaux vers les oreillettes.

Remarques sur les observations anatomico-microscopiques lues par M. Mandl à la Société médicale d'Emulation, dans la séance du 3 mai; par M. Mojon.

La direction qu'on a donnée depuis quelques années aux travaux anatomiques à l'aide du grossissement lenticulaire exige que toute nouvelle découverte proclamée par un micrographe ne soit pas admise définitivement avant que d'autres explorateurs, habitués à l'usage du microscope, en aient constaté l'exactitude.

Les intéressantes recherches que notre savant confrère, M. Mandl, nous a communiquées dans la dernière séance sur l'origine et les élémens constitutifs de l'épiderme, ne sont certainement pas le résultat d'une illusion optique, ainsi qu'on l'a dit à l'occasion du dernier compte-rendu de nos travaux dans la *Gazette des Hôpitaux*; car elles s'accordent en tous points avec ce qui avait déjà été publié en Italie par Delle-Chiaje et par Rolando. Le célèbre anatomiste de Naples écrivait en 1327 (1) que l'épiderme est formé par l'agglomération des globules du sang desséchés. Selon Delle-Chiaje, cette membrane serait composée de mailles plus ou moins serrées, entre lesquelles on observe les globules du sang qui paraissent comme autant de petites vésicules presque transparentes et jaunâtres, et dont la réunion forme des anneaux. Chacun de ces anneaux résulte de la réunion de cinq ou six globules du sang; de sorte que l'épiderme serait un produit actif de l'économie vivante, le résultat du premier degré de l'organisation; ayant en lui-même les élémens des parties organiques; savoir: les globules du sang et quelque peu de matière albumineuse qui en forme les mailles et les réunit entre elles (2).

Rolando a dit, il y a dix ans (3): « Que pour se convaincre de l'origine globulo-vasculaire de l'épiderme, on n'a qu'à l'examiner au microscope, même d'un grossissement médiocre: on verra qu'il est formé *de globules* de volume pareil à celui des globules du sang; que s'ils paraissent plus petits, c'est qu'ils s'y trouvent très rapprochés et comprimés réciproquement, surtout lorsque cette pellicule est parvenue à son complet développement. »

Je me plais d'autant mieux à reconnaître ce fait, que, dès 1815, j'avais déjà écrit dans mon mémoire sur l'épiderme que cette enveloppe est le produit d'une opération organique, et qu'elle se nourrit à peu près comme les autres tissus (4).

Ainsi, vous voyez, Messieurs, que notre collègue, le docteur Mandl, en assurant que les globules fibrineux du sang deviennent les noyaux des cellules épidermoïdes, et qu'ils constituent les élémens de l'épiderme, a confirmé, sans s'en douter peut-être, l'observation des deux célèbres micrographes que je viens de nommer; ce qui donne, à mes yeux, plus d'importance à ses intéressantes recherches.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du samedi 5 juillet.

M. Villeneuve commence, au nom du comité de vaccine, la lecture du rapport officiel relatif à l'exercice des vaccinations pendant l'année 1838.

— *M. Gimelle* lit un mémoire sur les hydrarthroses traitées avec succès à l'aide du tartre stibié à haute dose. (V. *Gazette des Hopitaux* du 7 juillet.)

Une courte discussion s'engage à ce sujet.

---

(1) Osservazioni su la structura dell' epidermide, etc. Napoli, 1827.

(2) Opuscoli fisico-medici di. G. Delle-Chiaje. Napoli, 1833.

(3) Del passaggio de fluidi allo stato di solidi animali. Torino, 1830.

(4) Osservazioni notomico-fisiologiche nell' epidermide. Pavia, 1815.

M. Desportes établit une distinction essentielle entre les simples phlogoses synoviales aiguës ou chroniques et les hydrarthroses idiopathiques. Dans le premier cas, l'hydropisie articulaire n'est, selon lui, que passagère, ou susceptible de guérir par le seul repos, les applications émollientes et la compression ; tandis qu'il n'en est pas de même dans le second. Or, il s'agit de savoir, dit-il, à quelle classe de maladie appartenaient les hydrarthroses guéries par M. Gimelle. Selon M. Desportes, M. Gimelle n'aurait eu affaire qu'à de simples hydropisies symptomatiques, ou à des synovites légères qui auraient pu être guéries sans le tartre stibié ; il ajoute que si l'hydrarthrose essentielle a été traitée heureusement par l'émétique à haute dose, elle l'a été également depuis l'antiquité à l'aide de la compression ; circonstance importante à noter, car, dit il, il ne faut pas oublier les inconvéniens possibles de l'usage de l'émétique à haute dose. D'autre part, si la compression réussit dans l'hydrarthrose idiopathique chronique, cela prouve que dans cette maladie l'humeur synoviale n'est point altérée. Ayant eu l'occasion d'ouvrir des articulations hydropiques, M. Desportes dit que l'humeur synoviale n'offrait aucune altération notable. Quant aux cas disséqués par M. Gimelle, dans lesquels la synovie était réellement altérée, ils rentrent dans la catégorie des hydrarthroses symptomatiques ; la source du liquide étant toujours alors dans un travail phlogistique, ulcératif, ou de carie de l'articulation, ce qui est bien différent. En résumé, M. Desportes pense que les faits présentés par M. Gimelle ne seraient point concluans en faveur de la méthode italienne, parce qu'ils ne se rapportent qu'à l'hydrarthrose symptomatique qui serait guérie également par le repos et la compression.

Cette discussion n'a pu être continuée à cause du peu de membres qui y assistaient et l'heure avancée de la séance. Nous savons que M. Gimelle ne partage point la manière de voir de son collègue.

Séance du 7 juillet.

M. Roux, vice-président, occupant le fauteuil du président absent, donne lecture d'une lettre de M. Bally dans laquelle ce dernier se démet des fonctions de président de l'Académie.

Cette démission a étonné beaucoup de membres, vu qu'on n'en concevait pas le motif, bien que M. Bally ait eu soin de s'appuyer sur l'état de sa santé.

M. Double propose que l'Académie écrive à M. Bally pour lui exprimer le regret qu'elle éprouve de ne pas lui voir continuer la présidence et de ne pas accepter sa démission. En attendant que la santé de M. Bally soit remise, le fauteuil pourra être occupé par le vice-président. (Appuyé.)

M. Roux fait connaître la décision prise à ce sujet par le conseil d'administration. Ce serait de proposer à l'Académie d'accepter la démission de M. Bally et de nommer de suite un président.

Plusieurs voix : Non, non ! Mettez aux voix la proposition de M. Double.

MM. Nacquart et Moreau parlent dans le sens de M. Double.

MM. Boullay et Mérat appuient la mesure proposée par le conseil.

La proposition de M. Double est mise aux voix et adoptée.

M. Villeneuve reprend la lecture de son rapport sur la vaccine. Il arrive aux conclusions suivantes :

1° Qu'une seule vaccination préserve très-bien de la variole en général, bien que des exceptions puissent infirmer cette règle.

2° Que l'affaiblissement du virus découvert par Jenner n'est point prouvé. Il peut être cependant convenable et utile de renouveler ce virus.

3° Que les revaccinations seraient sans inconvénient, mais que le plus souvent elles ont eu peu de succès.

M. Dubois d'Amiens attaque la légitimité de ces conclusions. L'Académie a nommé une commission spéciale pour examiner la question des revaccinations. Cette commission n'a point encore fait son rapport. Le comité de vaccine ne doit pas par conséquent préjuger la question, d'autant plus qu'il s'est appuyé sur les opinions des vaccinateurs et non sur les faits pour la décider. La commission devant vous présenter un travail dans lequel seront discutés tous les documens étrangers et nationaux, je pense que le comité doit s'abstenir de trancher ainsi une question aussi grave, à moins qu'il ne présente un travail détaillé sur la valeur de tous les documens.

M. Emery défend le rapport.

M. Bouillaud appuie les observations de M. Dubois d'Amiens. Le comité, dit-il, ne pouvait juger la question, puisqu'il n'a point consulté les faits ; les autorités sur lesquelles il s'est appuyé ne peuvent suffire dans une question de cette gravité. Je demande en conséquence que cette partie soit entièrement supprimée du rapport, vu qu'une autre commission doit bientôt s'en occuper.

M. Rochoux adopte les opinions de la commission sur la question des revaccinations ; mais il pense que les bases des conclusions du rapport ne sont point solides, vu qu'elles sont assises sur les autorités et non sur les faits. Il appuie par conséquent la proposition de MM. Dubois et Bouillaud.

M. Gauthier de Claubry, membre de la commission, défend le rapport. La commission s'est appuyée sur les faits qui lui ont été adressés par les vaccinateurs des départemens.

M. Moreau parle dans le même sens que M. Rochoux.

M. Baudelocque défend le rapport.

M. Gueneau de Mussy rapporte que les vaccinations ont parfaitement réussi dernièrement sur 18 enfans qu'on a opérés à l'hospice des Sourds-Muets. 218 ont été revaccinés dans cet hospice ; ils avaient été tous vaccinés autrefois, et portaient des marques non équivoques de l'ancienne vaccine.

M. Double veut qu'on maintienne les conclusions en ajoutant seulement cette clause : *Il résulte des faits observés en France en* 1838, etc. (Appuyé.)

Cet amendement a été mis aux voix et adopté.

On vote sur l'ensemble du rapport et des conclusions. Adopté.

— *M. Hyppolite Larrey* lit un mémoire sur les blessures pénétrantes du ventre avec prolapsus de l'épiploon. Nous en rendrons compte.

— *M. Leroy d'Etiolles* lit un mémoire sur le spasme de l'urètre dont il cherche à préciser la cause et la nature. Evrard Home l'attribue à la contraction d'une couche musculaire sous-muqueuse dont l'existence est plus que douteuse ; M. Amussat dit vaguement qu'il dépend de la contraction des muscles qui entourent la portion musculeuse de l'urètre ; M. Brodie pense que c'est la compression exercée sur le canal par le muscle de Wilson qui le produit.

Mais M. Leroy fait observer que le spasme a presque constamment lieu non sur la portion de l'urètre embrassée par le muscle de Wilson, mais au commencement de la région membraneuse en arrière du bulbe au lieu d'insertion des bulbo-caverneux, du transverse du périnée et sphincter externe. L'engorgement de la prostate est fréquemment accompagné du spasme de l'urètre ; la portion prostatique s'allongeant en arrière et en haut tend le muscle de Wilson qui tire la terminaison de la portion membraneuse en haut et en avant, tandis que les transverses et le sphincter externe exercent une traction latéralement et en bas sur l'origine de cette même région. De là résulte une inflexion en bas de l'urètre et la formation du repli en travers.

Il est important de ne pas se méprendre sur la nature de ces obstacles, et surtout de n'y pas porter le caustique. La belladone est ordinairement impuissante contre le spasme de l'urètre ; les bougies introduites temporairement, ou la sonde à demeure pendant quelques jours le font parfois cesser. Lorsqu'il est lié à l'existence d'une pierre vésicale, il disparaît avec la cause qui l'entretenait.

M. Leroy, après cette lecture, présente à l'Académie une pierre qu'il a extraite par la taille hypogastrique, après des tentatives inutiles de lithotripsie pratiquées par un autre chirurgien. Ce qui rend cette pierre remarquable, c'est sa composition chimique ; elle est formée d'urate de soude, et sa dureté est si grande qu'elle n'a pu être brisée. Or, c'est par la formation d'un urate de soude que les partisans du traitement alcalin espèrent dissoudre les calculs urinaires. Déjà, l'année dernière, M. Leroy d'Etiolles avait extrait par la taille de la vessie d'un autre malade, qui est guéri de même que le précédent, une pierre excessivement dure et grosse, formée d'urate de soude ; elle est entre les mains de M. Gay Lussac. Les débris d'un autre calcul sont également présentés à l'Académie ; celui-ci, que portait M. le docteur Martinet de la Creuse, avait été vainement cherché pendant trois mois par un habile lithotrite ; mais ce qui le rend surtout remarquable, c'est la grande quantité de carbonate de chaux qu'il contient, carbonate que l'on peut attribuer à l'eau de Vichy dont le malade a fait usage pendant longtemps ; dans les calculs, ce sel est rare, tandis qu'après le traitement alcalin, l'analyse a démontré sa présence dix fois sur douze.

Séance levée à cinq heures.

Incontinence d'urine.

Son traitement rationnel par la méthode des injections sur l'enfant, l'adulte et le vieillard. Par M. Devergie aîné, professeur honoraire des hôpitaux militaires de Paris, etc.

Nous rendrons compte sous peu de cette nouvelle application de la méthode des injections, dont l'auteur offre les résultats certains pendant trois années d'observations.

Chez G. Baillière, rue de l'Ecole-de-médecine, 17.

DE L'EAU FROIDE appliquée au traitement des maladies, ou de l'Hydrothérapeutique, suivie de Remarques sur l'emploi des bains et des lotions dans l'enfance ; par L. Wertheim, d.-m. — Paris, Cousin, éditeur, rue Jacob, 25, et à la Librairie universelle, place de la Bourse, 13. — 1840.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 11 JUILLET 1840. (13e ANNÉE.) N° 82, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5.. fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

De l'opportunité et des lois générales des amputations dans la continuité; par le docteur Amédée FORGET.

(Suite du n° précédent.)

B. *De l'amputation circulaire.* Deux méthodes générales résument tous les divers procédés successivement mis en usage pour faire l'amputation circulaire.

L'une se propose de conserver la peau dans une plus grande étendue que les muscles; elle exige dans l'incision des tégumens certaines précautions que nous examinerons avec soin.

L'autre a pour but d'opérer en un seul temps la section des parties molles jusqu'à l'os. On glisse ensuite le couteau entre les fibres musculaires les plus profondes et l'os, autour duquel on lui fait décrire un cercle entier, pour détacher les chairs jusqu'à la hauteur d'un pouce environ; puis on scie l'os sur le point où s'arrête la dénudation ainsi effectuée.

Ce dernier procédé présente de graves inconvéniens qui doivent le faire rejeter. En coupant les parties molles sur le même plan, la peau, douée d'une contractilité de tissu plus grande, se rétracte davantage, et, pour la ramener sur le moignon qu'elle doit recouvrir, il faut exercer sur elle des tractions plus ou moins fortes, et la maintenir solidement à l'aide d'un bandage contentif. Or, s'il survient de l'inflammation avant qu'elle n'ait contracté des adhérences avec les parties situées sous elle, comme le bandage contentif ne peut être maintenu dans de telles circonstances sans exposer aux accidens d'un étranglement inflammatoire, la peau, abandonnée à elle-même, se rétracte, et de là nécessairement la dénudation du moignon.

Il y a plus, en glissant le couteau entre les parties molles et l'os qu'il doit circulairement dénuder, voit-on la pointe de l'instrument? Non, car elle est enfouie sous les chairs. Eh bien, alors est-on certain de lui faire décrire autour de l'os un cercle dont tous les points de la circonférence seront à une égale distance de l'articulation voisine? En d'autres termes, n'arrivera-t-il pas souvent que l'os sera dénudé à une hauteur inégale, et qu'ainsi la suppuration, plus prolongée sur des points que sur d'autres, retardera la guérison.

C. Revenons à la méthode qui consiste à conserver plus de peau que de muscles. On a conseillé de faire la section de ceux-ci en deux temps: on coupe d'abord les muscles superficiels; puis au niveau du point où ces mêmes muscles se sont rétractés, on coupe les muscles profonds. On s'est surtout proposé, par cette modification apportée à l'amputation, d'éviter à la surface du moignon les inégalités ou échelons produits par la rétraction inégale des deux plans musculaires; mais il est facile de voir que ce but ne peut être atteint. Est-il possible, en effet, de saisir au milieu du sang qui coule en abondance, et des mouvemens désordonnés que la douleur imprime au malade; est-il possible, dis-je, de saisir la ligne de démarcation anatomique des divers plans charnus? De deux choses l'une: ou les muscles superficiels sont incomplètement coupés, et alors quelques-uns de leurs faisceaux sont compris dans la section des muscles profonds; ou les fibres superficielles de ces derniers sont coupées en même temps que les muscles les plus rapprochés de la périphérie du membre. Or, dans l'un et l'autre cas on ne jouit pas du bénéfice que semble promettre *à priori* ce procédé autrefois en grand honneur, et tombé en désuétude de nos jours.

Il est préférable, et c'est d'ailleurs la conduite adoptée par la plupart des chirurgiens, après avoir relevé la peau, de couper les muscles jusqu'à l'os; de relever les chairs, et de couper de nouveau les muscles profonds un demi-pouce au-dessus du point où a porté la première section. Je ferai remarquer que les muscles profonds, une première fois coupés, se sont rétractés dans leurs fibres superficielles, et qu'ainsi la seconde section, au lieu d'intéresser toute l'épaisseur de ces mêmes muscles, comme pourrait le faire croire le langage ordinaire, n'atteint que leurs fibres profondes qui adhèrent à l'os.

On obtient, de cette manière, un moignon qui a la forme d'un cône dont le sommet correspond à l'extrémité de l'os; celui-ci est recouvert par les chairs, celles-ci par les tégumens; on rencontre, en un mot, la disposition la plus favorable à une bonne et prompte cicatrisation.

D. Ces données générales étant posées, arrivons à décrire la manœuvre de l'opération.

a. Position du chirurgien. Sans m'arrêter à la position du malade, à celle des aides, je dirai seulement que le chirurgien se place au côté externe du membre pour l'amputation du bras ou de la cuisse; en se plaçant au côté interne, il nécessiterait une distension forcée des muscles et des autres parties molles qui, coupées dans cette attitude, donneraient, en se rétractant, une physionomie très irrégulière à la surface du moignon.

Pour l'avant-bras, il est indifférent de se placer à l'un ou à l'autre côté du membre.

La disposition du squelette à la jambe exige que le chirurgien occupe le côté interne. S'il se plaçait en dehors, la situation du péroné sur un plan postérieur au tibia le forcerait à diriger la scie presque perpendiculairement à l'horizon, afin d'achever en premier lieu la section du péroné, et de pouvoir, en outre, éviter le choc de la scie contre les deux fragmens de cet os tandis qu'il scierait le tibia.

b. De la manière de tenir le couteau. Avant de parler de la division de la peau, je dirai un mot de la manière dont il convient de tenir le couteau. Ce détail est loin d'être sans importance; car, si on le néglige, on s'expose à manquer à cette sûreté d'exécution qui constitue un des élémens fondamentaux de toute œuvre chirurgicale. Tient-on le couteau faiblement et d'une main mal assurée, comme il est une loi de physique qui démontre que quand un corps passe d'un milieu moins dense dans un milieu plus dense, il est d'autant plus fortement dévié qu'il est mu par une force moindre, au moment où on voudra faire pénétrer l'instrument dans les tissus, il éprouvera un mouvement de rotation sur son axe et vacillera entre les doigts de l'opérateur.

Il faut donc bien se convaincre que s'il est, en médecine opératoire, un acte qui réclame de la force de la part de la main du chirurgien, c'est sans contredit une amputation, surtout lorsqu'il s'agit de couper les divers plans musculaires, ainsi que nous le montrerons plus bas.

On tiendra donc le couteau à pleine main, les quatre doigts fermés sur le manche, qu'ils embrasseront fortement, et le pouce ramené dans la flexion sur la face dorsale des doigts indicateur et médius.

c. Division de la peau. On divise le tégument externe de deux manières; ou bien par deux incisions semi-circulaires que l'on réunit par leurs angles, ou en un seul temps, en faisant décrire au couteau un cercle complet autour du membre. Ce procédé est préférable, comme étant plus expéditif.

Pour l'exécuter, le chirurgien doit embrasser le membre du malade avec son bras, son avant-bras et sa main, portée dans une pronation forcée; il lui sera possible alors de commencer l'incision des tégumens très près de lui, et en exagérant l'attitude de la main qui dirige le couteau, il pourrait même arriver jusque sous la face postérieure du membre. Il est bien entendu qu'il doit s'effacer le plus possible, et se mettre, soit en dehors, soit en dedans du couteau, selon qu'il opère sur le membre droit ou gauche.

d. Position de l'opérateur. La position que doit prendre le chirurgien pour l'amputation de la jambe ou de la cuisse, a de l'importance en ce qu'elle peut influer sur la promptitude et la sûreté de la manœuvre, deux circonstances qui ne sont pas à dédaigner, puisqu'elles peuvent éviter au patient d'inutiles douleurs.

M. Lisfranc ne veut pas qu'on mette un genou en terre; il trouve cette position gênante d'abord, et de plus elle entraîne une perte de temps pour le chirurgien, qui est obligé de se relever pour diriger le couteau sur les différens points de la circonférence du membre.

Essayons de décrire celle qu'il affecte ordinairement.

Les deux jambes sont écartées l'une de l'autre de façon à élargir le plus possible la base de sustentation. La jambe droite, portée en avant, repose sur le sol par toute l'éten-

FEUILLETON.

SYPHILIS,

Poème en deux chants, par BARTHÉLEMY,

Avec des notes par le Dr Giraudeau de Saint-Gervais.

Chez Béchet jeune et Labé, rue de l'Ecole-de-Médecine, 4, et chez Bohaire, boulevard des Italiens, 10.

Les poètes vont-ils déborder sur le domaine de la science? et parce que l'Académie française a porté son dernier choix sur un médecin, les littérateurs espèrent-ils à leur tour que, par une courtoisie réciproque, l'Académie de médecine les aggrégera dans son sein, en accompagnant leur réception du chant burlesque de Molière: *Dignus es intrare in nostro docto corpore?* On dirait que M. Barthélemy a conçu cette ambitieuse velléité, en publiant l'œuvre que nous annonçons. Non content de sa première incursion sur le territoire d'Esculape en traduisant d'abord un passage du célèbre poème de Fracastor, encouragé par cette heureuse tentative, il vient aujourd'hui, en son propre nom, et comme auteur original, attaquer cette matière ardue, même pour les praticiens, et jusqu'ici inabordable pour la poésie française. On dirait que l'ancien pontife de *Némésis* ne se plaît que dans les luttes difficiles, dans les sujets âpres et rudes à manier; il avoue même qu'une sorte de bizarrerie l'a poussé à son œuvre, et qu'à cette époque, où tous les genres son épuisés, où tous les sujets sont *déflorés*, il n'est rien en littérature qui lui semble plus vierge que la *Syphilis*.

Ce poème s'adresse à la fois aux savans et aux gens du monde. Pour nous, qui envisageons froidement toutes les parties de la science, et qui, dans nos études sur l'homme physique, dissertons avec philosophie sur l'état de ses organes, sans concevoir jamais ni honte ni scandale, nous aurions mauvaise grâce à reprocher à l'auteur la nature de la maladie qu'il a jugée propre à ses inspirations. Mais nous n'espérons pas pour lui la même tolérance du public littéraire qui, à tort ou à raison, s'effraie toujours d'une innovation hardie. Sur le titre seul de son livre, l'homme pudique froncera le sourcil, et dira, comme Boileau, que *le lecteur français veut être respecté*. Mais s'il parvient à surmonter cette première impression, s'il ne craint pas de jeter les yeux sur la première page de ce poème, nous affirmons qu'il poursuivra sa lecture jusqu'à la dernière, non-seulement sans rougeur ni scrupule, mais avec un étonnement satisfait, avec une conviction confirmée par chaque vers, qu'il tient entre les mains une œuvre de poésie et de morale. C'était là le nœud de la difficulté; il fallait parler de la *Syphilis*, et en parler chastement; M. Barthélemy est arrivé à cette solution à tel point, que le père de famille le plus austère peut livrer cet ouvrage à son fils sans alarmer sa conscience, et l'encourager même à méditer sur les tableaux qu'il présente, tableaux hideux autant que salutaires.

Sans accuser l'auteur d'avoir abordé trop précipitamment un des deux systèmes aujourd'hui opposés dans la thérapeutique de cette affection, et d'avoir tranché la question d'une manière plus absolue qu'il n'appartient à un homme de lettres, nous nous contenterons, pour donner une idée de sa manière, de citer au hasard quelques passages.

Voici comment, dès son début, il résume en peu de mots l'histoire de cette terrible maladie qui a tant soulevé de controverses, et sur laquelle on a écrit tant de volumes:

Soit que ce mal impur, dès le berceau des âges,
Ait sur le genre humain ramené ses ravages,
Et qu'il ait, sans relâche, asservi l'univers,
Sous différente forme et sous des noms divers,
Ou que, tel qu'un volcan qui brise son cratère,
Il ait par intervalle éclaté sur la terre;
Soit qu'il ait pris son vol, depuis un temps moins long,
De ce monde inconnu que devina Colomb;
Et que, vengeant sur nous sa liberté mourante,
L'Amérique ait conquis l'Europe conquérante;
Sans chercher, en fouillant les siècles ténébreux,
S'il provient des Romains, des Grecs ou des Hébreux,
S'il a franchi d'un bond les flots de l'Atlantique,
S'il est de sang moderne ou d'origine antique,
Sans juger, au hasard, sur des bruits incertains,
S'il est fils des Français ou des Napolitains;
Quel qu'il soit, en un mot, il faut le reconnaître,
Tout fléchit aujourd'hui sous ce terrible maître;
La terre est son domaine, et, depuis trois cents ans
Qu'il épanche sur nous ses horribles présents,
De la zone torride aux deux zônes polaires,
Peuples des continents, archipels d'insulaires,
Jusqu'en Océanie, en ces brumeux climats
Où Durville a montré la pointe de ses mâts,
Invisible et présent, comme l'air qu'on respire,
Ce grand empoisonneur tient tout sous son empire.
Nulle digue qui puisse arrêter ce torrent;
Il saisit, à la fois, le docte et l'ignorant,
Le riche en son hôtel, le pauvre en sa cabane,
L'impie et l'homme saint qu'abrite la soutane,
Le vieillard, l'enfant même, atteint souvent d'un mal
Dont il n'est pas lavé par le flot baptismal;
Et peut-être aujourd'hui, parmi l'espèce humaine,
Il n'est pas un seul homme, et dans l'homme une veine
Où, quoique bien souvent encor non révélé,
Le virus destructeur ne soit inoculé.
Ne cherchons pas ailleurs la cause originaire,
Si l'homme chaque jour décroît et dégénère,
Si le moule sublime où Dieu l'avait jeté
Pour en sortir tout plein de force et de beauté,
Multiplie aujourd'hui tant de formes grossières,
Tant de contrefaçons des épreuves premières;
C'est que, depuis Adam, des éléments pourris
Se sont joints au limon dont nous fûmes pétris.
Quelquefois, en touchant ces armures massives
Que les vieux arsenaux conservent pour archives,
Masses-d'armes, brassarts, cuirasses, boucliers,
Que portaient autrefois nos aïeux chevaliers,
Nous sommes étonnés de ce harnais de guerre
Qu'à peine notre bras peut soulever de terre,
Et nous nous demandons si, chez l'homme d'alors,
La taille était plus haute et les muscles plus forts;
N'en doutons pas: leurs fils, triste progéniture,
Ont déchu, par degrés, de force et de stature,
Et toujours, d'âge en âge, ils iront décroissant,
Grâce au germe de mort infiltré dans leur sang.
De là vient cette race infirme, abâtardie,
Ce peuple d'avortons qu'attend l'orthopédie;
De là ces jeunes gens déjà cadavéreux,
A la poitrine étroite, au front pâle, à l'œil creux,
Qui pensent rehausser leur type ridicule
En encadrant leurs traits d'une barbe d'Hercule;
De là ces jeunes fleurs, ces vierges de seize ans,
Précoces réservoirs de mille maux cuisants,
Qu'on voit avec langueur se pencher sur leurs tiges,

due de la face plantaire du pied ; elle est fléchie sur la cuisse, et la cuisse sur le bassin. La jambe gauche, très fortement fléchie sur la cuisse, est portée en arrière, le pied étendu sur la jambe, ne touche le sol que par son extrémité antérieure, et le calcanéum répond à la tubérosité ischiatique correspondante. Cette position n'a pas l'inconvénient que j'ai signalé plus haut, et le chirurgien se relève avec vitesse et sans effort ; aussi peut-il facilement, à mesure que le couteau parcourt la périphérie du membre, le précéder du regard sur les différens points où il doit passer. Or, c'est là un principe invariable dont l'oubli exposerait à couper les tissus, suivant un cercle dont tous les points de la circonférence ne seraient pas également distans de l'articulation voisine.

e. De la longueur qu'il faut donner à la peau formant le lambeau circulaire. La section de la peau achevée, il s'agit de savoir quelle longueur on en doit conserver. On dit généralement deux pouces. Cette indication est nécessairement fautive ; applicable à certains cas, elle cesse de l'être dans la plupart.

Les moignons ont-ils tous la même surface ? Les membres sont-ils tous également volumineux ? Evidemment, cette proposition n'est pas soutenable. Donc, si deux pouces de peau suffisent pour recouvrir dans toute son étendue la plaie résultant d'une amputation de la cuisse sur une femme d'une constitution grêle et délicate, il est aisé de concevoir que cette même longueur ne saurait suffire pour le moignon d'un homme dont la cuisse large et carrée offre tous les caractères d'une organisation athlétique ; il importe donc, pour conserver aux tégumens externes une longueur suffisante, d'avoir une règle précise et invariable dont l'application ne souffre pas d'exceptions. M. Lisfranc l'a heureusement trouvée ; il mesure le diamètre le plus grand du membre ; il en prend la moitié plus un tiers de pouce et il conserve la peau dans cette dernière étendue. En ajoutant ainsi un tiers de pouce, il a en vue de compenser la perte que fait éprouver la rétraction de la peau.

Cette idée ingénieuse ne devait pas s'immobiliser sur le terrain des amputations ; elle s'étend encore à l'extirpation des tumeurs volumineuses. C'est ainsi que dernièrement ayant à enlever une tumeur du sein, plus grosse que deux têtes d'adulte réunies, M. Lisfranc me fit voir qu'en reportant à ce cas particulier la règle qu'il avait posée pour les amputations, il parviendrait à conserver des lambeaux de peau exactement taillés sur la surface qu'ils devraient recouvrir.

Pour cela il prit la longueur du plus grand diamètre de la tumeur et forma des lambeaux ayant la moitié de ce diamètre plus un tiers de pouce. Le rapport de grandeur entre eux et la plaie ne pouvait être plus mathématiquement exact.

La section de la peau achevée, on conseille de la disséquer pour ensuite la relever. L'observation apprend que cette dissection, longue et douloureuse, est souvent inutile. Elle convient seulement lorsque la peau a contracté des adhérences avec les parties profondes, ou bien encore lorsqu'elle est doublée par une quantité considérable de tissu cellulaire ; dans ce dernier cas il faut disséquer dans l'épaisseur des tégumens eux-mêmes, afin de les dénuder d'une portion de ce tissu graisseux dont la présence dans le moignon s'opposerait à la réunion immédiate en y entretenant une suppuration abondante.

Le plus ordinairement il suffit pour relever la peau, même dans une grande étendue, de porter le couteau à ras le bord supérieur de la solution de continuité, et de couper circulairement les brides cellulo-fibreuses à mesure qu'un aide attire en haut les tégumens à l'aide de ses deux mains qui embrassent la circonférence du membre.

Dans la circonstance même où les conditions anatomiques exigent la dissection, M. Lisfranc conseille de ne pas échanger le couteau à amputation contre un bistouri ; car avec un peu d'habitude on dissèque tout aussi bien avec ce dernier instrument, et on évite une perte de temps, ce qui n'est pas sans intérêt pour le patient.

f. Des cas dans lesquels on ne peut pas relever la peau. Voyons maintenant si l'anatomie des formes ne nous révèlera pas certaines dispositions où il est très difficile et même impossible de relever la peau d'après les principes que nous venons d'indiquer. Supposons qu'on ait à pratiquer l'amputation de l'avant-bras sur son quart inférieur, et que l'on ait affaire à une femme dont l'avant-bras, volumineux et arrondi, ait une très petite dimension au poignet. Quand on aura fait la section de la peau sur ce dernier point, et qu'on voudra la renverser sur la portion plus volumineuse du membre située immédiatement au-dessus, on ne pourra pas y parvenir par une raison fort simple, c'est que l'anneau représenté par les tégumens qui doivent recouvrir la surface du moignon, ne peut pas circonscrire le périmètre d'un cercle qui est plus grand que lui.

Or, ce que je viens de supposer pour l'avant-bras s'est rencontré une fois pour la jambe à l'hôpital de la Pitié.

Un ouvrier maçon, à la suite d'une chute, présentait un état pathologique qui rendit l'amputation sur le quart inférieur de la jambe impossible. On dut donc la pratiquer au lieu d'élection, c'est-à-dire à quatre travers de doigt au dessous de l'articulation tibio-fémorale. Cet individu offrait la saillie du muscle gastro-cnémien très-haut ; il avait, comme on dit vulgairement, le mollet dans le jarret ; la peau et les brides étant coupées, le chirurgien ordonne à l'aide de retrousser la peau et de la maintenir relevée ; l'aide, après maint effort, ne peut y parvenir. Le chirurgien de l'accuser de maladresse, et de vouloir lui montrer la manière dont il doit s'y prendre. Aide et chirurgien ne sont pas plus heureux dans leurs efforts. C'est alors que M. Lisfranc s'aperçut de la disposition anatomique particulière que j'ai signalée. Il fit remarquer que la peau coupée sur la partie inférieure, partant la moins volumineuse du mollet, ne pouvait embrasser celle qui, située au dessus, offrait des diamètres beaucoup plus étendus.

Pour sortir d'embarras, il fallut pratiquer sur la partie postérieure du lambeau circulaire une échancrure, et il devint ainsi très facile de le relever à la hauteur convenable.

g. De la section des muscles. Les principes établis pour la section de la peau doivent servir de guide au chirurgien pour celles des muscles. Il porte le couteau sur le côté du membre le plus rapproché de lui, à ras le point où la peau est relevée ; et il a soin de toujours précéder du regard l'instrument dans sa marche, s'il ne veut pas s'exposer à couper les muscles ou trop haut ou trop bas, et souvent à entamer la peau elle-même. Pour opérer sûrement la section des muscles, il faut se représenter le membre comme ayant quatre côtés, et exécuter la manœuvre en quatre temps.

Premier temps. — On imprime au couteau deux mouvemens brusques et énergiques de va et de vient, jusqu'à ce que le tranchant ait rencontré l'os. Dans ce premier temps, l'instrument, tenu perpendiculairement à l'horizon, laboure toute l'épaisseur des muscles de la face externe. (Je prends la cuisse pour exemple.)

Deuxième temps. — Il consiste à faire décrire un arc de cercle au couteau, qui est ainsi ramené à la position horizontale sur la face antérieure du membre, ou en deux mouvemens ; on coupe les plans musculaires jusqu'à l'os.

Troisième temps. — En même temps que le chirurgien se relève afin de voir les points que le couteau va parcourir sur la face interne du membre, il ramène l'instrument perpendiculaire à l'horizon, et termine, comme il a été dit pour la face externe ; seulement ici la pointe de l'instrument est portée en haut.

Quatrième temps. — Le chirurgien se baisse pour ne pas perdre de vue le couteau, qui est dirigé à la face postérieure, suivant une ligne parallèle à celle qu'il a parcourue sur la face antérieure du membre.

En décomposant ainsi le temps de l'opération qui consiste à couper les muscles, on évite l'inconvénient de ne les diviser qu'incomplètement et de revenir sur ses pas, comme cela arrive quand on a la prétention de les couper en un seul coup et rapidement, en faisant décrire au couteau un cercle autour du membre.

D'ailleurs, pour le chirurgien exercé, ces quatre temps se résument, à vrai dire, en un seul ; mais ceux qui ont moins l'habitude des grandes opérations, et c'est surtout pour ceux-là que nous écrivons, trouveront dans cette description analytique des indications dont la précision les dirigera plus sûrement. Il importe encore de bien se rappeler que, dans l'amputation d'un membre, c'est en arrivant aux muscles que le chirurgien doit faire preuve d'énergie ; car, s'il attaque mollement les plans musculaires, s'il n'a pas soin de surprendre pour ainsi dire la myotilité par un coup de couteau ferme et large, ces organes, s'ils sont mal soutenus et un peu flasques, fuiront devant le tranchant, et s'ils sont au contraire durs et volumineux, on n'arrivera pas jusqu'à l'os, inconvénient dont j'ai signalé la portée quelques lignes plus haut.

Il reste à couper les fibres les plus profondes, et auparavant on devra relever les chairs ; l'aide qui est chargé de ce soin, doit faire en sorte de les relever à une égale hauteur sur tous les points. Il suffit de saisir le centre de la solution de continuité avec le pouce et l'index de chaque main, qui, en se réunissant, forment un cercle ; et à l'aide des autres doigts, étendus, il refoule en haut les tissus dans les deux tiers externes des diamètres antéro-postérieur et transverse de la surface du moignon.

Après avoir relevé les chairs, il faut couper les fibres musculaires adhérentes à l'os, et que leurs adhérences ont empêché de se rétracter. On conseille pour cela d'incliner le couteau ; mais quel degré aura cette inclinaison ? Dans quel sens aura-t-elle lieu ? Ce sont là des détails qu'on néglige, en général, et bien à tort ; car si notre art exige de la clarté dans les faits et de la précision dans le langage, c'est sans contredit en médecine opératoire, où tout est douleur pour le patient quand le chirurgien n'a pour se régler que des indications vagues et incertaines, incapables, par leur nature, de constituer une règle. Pour opérer la section de ces fibres profondes, il faut porter le couteau un pouce au-dessus du point où s'est terminé la première section, et lui donner une direction telle, que son tranchant forme avec l'axe de l'os un angle à sinus inférieur de 35 degrés. Le chirurgien le promène successivement sur tous les points de la circonférence de l'os en le maintenant dans cette position. On commence encore ici par le point le plus rapproché de soi, et en terminant la section à la face postérieure, on se relève sans que le couteau abandonne l'os : puis, pour qu'il n'y ait aucun doute sur la section du périoste, on fait décrire à l'instrument plusieurs cercles entiers autour de l'os ; c'est ce qu'on appelle, en langage d'amphithéâtre, *faire le moulinet*.

Section de l'os. La section d'un os paraît d'une exécution si facile, qu'il semble d'abord inutile d'y insister. Toutefois, comme il n'est pas, en thérapeutique chirurgicale, de fait si minime en apparence, qui n'ait une valeur pratique réelle, et qui, conséquemment, ne soit digne de fixer l'attention du chirurgien, je formulerai ici certains principes que M. Lisfranc ne manque jamais d'exposer à ses élèves, l'expérience lui ayant appris que le maniement de la scie est souvent, entre les mains des personnes qui en ont peu l'habitude, d'une imperfection qui tient à l'absence de ces mêmes principes. Ainsi, quoi de moins rare que de voir dans les salles d'amphithéâtre, sur des membres amputés, l'extrémité des os, au lieu d'une surface plane et unie, présenter une coupe en biseau plus ou moins anguleux ; c'est qu'en effet il est assez difficile de scier parfaitement droit.

Pour exécuter régulièrement ce dernier temps des amputations, le chirurgien doit faire jouer la scie avec le poignet et l'avant-bras surtout ; le bras est maintenu appliqué contre la poitrine ; car s'il en était écarté, il se passerait dans l'articulation scapulo-humérale des mouvemens fort étendus qui nuiraient à la sûreté de la manœuvre et dérangeraient la précision de la main qui dirige l'instrument.

Il ne faut pas négliger, en commençant la section d'un os, de fixer les dents de la scie avec l'ongle du pouce de la main gauche ; on évite ainsi les ressauts, qui sont à craindre tant que la voie de l'instrument n'est pas frayée à une profondeur de quelques lignes. Une fois que la scie a pénétré dans le tissu osseux, on accélère sa marche par une impulsion vive et rapide, qu'on a soin de modérer et de ralentir au moment d'achever la section ; en ne prenant pas cette précaution, on s'exposerait à faire éclater la lame de tissu compact qui seul maintient encore la conti-

---

En proie aux pamoisons, aux vapeurs, aux vertiges ;
Complices innocents que l'hymen doit unir
Pour léguer des douleurs à la race à venir !

Ce morceau est extrait du premier chant, intitulé *le Mal*. Le second, qu'il appelle *le Remède*, est encore plus habile de facture et plus éclatant de poésie. Si M. Barthélemy, dans certaine épître *sur les Médecins du jour*, que nous nous rappelons fort bien, s'était plu à appliquer le caustique de son vers sur les honorables membres de la Faculté, il se réhabilite à leurs yeux dans sa nouvelle œuvre, par l'hommage qu'il leur décerne :

Non, l'art de soulager l'infirme créature
N'est pas un vil trafic fondé sur l'imposture ;
Chaque jour, en voyant le formidable essaim
Des maux que Syphilis déroule au médecin,
En face de la mort à moitié satisfaite,
L'homme de la science, intelligent prophète,
Sans craindre un démenti, d'un ton d'autorité,
A jour fixe et précis assigne la santé ;
Et ce jour, le malade, affranchi de souillure,
Se lève et prend son lit, comme dans l'Ecriture :
Miracles du savoir, si soudains et si beaux,
Qu'il semble dire aux morts : sortez de vos tombeaux !

Les bornes de cet article nous prescrivent d'abréger nos citations ; nous terminerons par ce passage où l'auteur, conformément à la doctrine des anciens, préconise l'emploi des végétaux à l'exclusion des substances métalliques.

Le culte de Mercure est un culte idolâtre.
La nature n'est point une injuste marâtre,
Celle qui fait connaître aux grossiers animaux
Des spécifiques sûrs qui soulagent leurs maux,
Qui conduit leur instinct jusqu'au pied d'une plante,
Pour son plus beau chef-d'œuvre est non moins vigilante ;
Gardons-nous d'en douter ; pour prolonger nos jours
Elle ne soustrait pas ses généreux secours,
Elle n'enfouit point dans l'empire des Gnômes
Ses féconds élixirs, ses parfums et ses baumes ;
De ses filtres, placés au sein de chaque fleur,
Sort un électuaire offert à la douleur ;
Bien loin de renfermer dans un laboratoire
L'appareil ténébreux d'un art divinatoire,
Elle étale au soleil et met sous notre main
Sa grande pharmacie ouverte au genre humain ;
Et tandis que la terre abondante nourrice
Montre ses végétaux, afin qu'il se guérisse,
Elle cache avec soin, dans un gouffre profond,
Le fer qui le détruit et l'or qui le corrompt.

« Le poème une fois terminé, j'ai jugé qu'il était indispensable, dit M. Barthélemy, dans sa préface, d'y ajouter quelques notes, pour éclaircir ce qui n'était qu'indiqué dans le texte ; mais là j'ai reconnu mon impuissance; j'ai senti que mes lectures superficielles de quelques ouvrages de médecine ne suffisaient pas pour me rendre habile à traiter cette question, difficile même pour des professeurs, et j'ai naturellement eu recours à un homme dont personne ne contestera la compétence, le docteur Giraudeau de Saint-Gervais, qui, officieusement et par amitié, a bien voulu se charger de cette tâche laborieuse, tout à fait au-dessus de mes forces, mais indispensable pour compléter cet opuscule et arriver au but d'utilité publique que je me suis proposé. »

M. Giraudeau de Saint-Gervais s'est il montré digne du choix de M. Barthélemy ? Tous ceux qui déjà ont parlé de cette publication ont exprimé le même jugement. « Les notes, dit *le Temps* du 4 juillet, sont savantes, instructives, et forment un appendice essentiel; nous y avons retrouvé la facile observation qui distingue son livre *Italie, Grèce, Turquie*, et l'étude qui a conquis le succès de son traité sur le fléau qui a excité la verve de Barthélemy. »

Nous terminerons en citant les réflexions spirituelles de *l'Hygie, Gazette de santé*, du 5 juillet, qui dit : « M. Barthélemy s'est adressé à M. Giraudeau de Saint-Gervais : celui-ci a parlé en prose scientifique, et le poète a traduit en vers admirables. L'annotateur s'est dignement associé à la gloire du poète, et a fait preuve d'érudition étendue et d'un goût exercé dans le choix des citations ; nous engageons ceux qui aiment les beaux vers et la prose instructive à lire le poème de *Syphilis*.

LA........, D.-M.-P.

nuité des deux fragmens osseux.

Il faut, en manœuvrant avec la scie, prendre garde de ne pas employer toute la longueur de sa lame jusqu'à son insertion sur l'arbre ; car on pourrait très facilement alors faire porter ce dernier contre l'os et donner ainsi lieu à un choc désagréable, et imprimer au membre un ébranlement douloureux.

Il peut arriver, soit à la campagne, soit aux armées, que le chirurgien n'ait à sa disposition qu'une scie dont la lame est en partie usée par le service qu'elle a déjà fait. Dans ces cas, comme c'est la partie moyenne de la lame qui commence la voie et qui fonctionne le plus jusqu'à ce que la section soit entièrement achevée, c'est aussi cette partie qui est plus usée que les extrémités qui, servant bien moins, ont conservé plus d'épaisseur ; aussi n'est-il pas rare alors de voir le jeu de la scie dont la voie a été commencée avec le centre de la lame, c'est à-dire avec sa partie la plus mince, être tout-à-coup arrêté par l'espèce d'enclavement où se trouve la lame quand une de ses extrémités est engagée dans la voie trop étroite pour la recevoir librement.

M. Lisfranc a vu plusieurs fois cet obstacle se reproduire dans les ambulances. Le cas échéant où une amputation d'urgence ne laisserait pas le temps au chirurgien de se procurer une scie convenable, la difficulté est indiquée ; on l'évitera facilement, en ayant soin de commencer et d'achever la section avec le centre de la lame, à laquelle il suffit, pour cela, d'imprimer des mouvemens alternatifs *d'envoi et de retour* beaucoup moins étendus.

Le Dr Am. FORGET.

HOPITAUX ANGLAIS.

Abcès du cervelet. Circonstances remarquables.

Thomas Higgs, soixante-trois ans, de petite stature, éprouvait depuis six ans des céphalalgies très violentes, puis des vertiges, et enfin des attaques épileptiques. Aucun symptôme n'indiquait un état pléthorique ; le malade s'était toujours plaint de faiblesse ; sa peau était exsangue et l'organisme dans un état d'émaciation. Le repos au lit diminuait les attaques. Quelquefois le malade éprouvait des frissons pendant les jours les plus chauds, et des tremblemens comme dans les accès des fièvres intermittentes. Dans d'autres occasions, il avait de sueurs abondantes. La faiblesse ne diminuait pas par l'usage du fer et des plus puissans toniques, ni les frissons par l'usage des stimulans. Cet état a continué jusqu'à la mort, qui a eu lieu presque subitement.

A l'autopsie, on a trouvé une collection de pus dans le crâne, au-dessous de l'arachnoïde et de la pie-mère. Ces membranes, ainsi que la dure-mère, sont vascularisées et enflammées. La suppuration n'intéresse pas le cerveau, mais seulement ses membranes ; de sorte qu'on peut enlever le pus en arrachant ces membranes. Dans le cervelet cependant, le mal n'était pas seulement borné à la surface, il intéressait sa substance : deux abcès existaient dans cette partie, l'un considérable à droite, l'autre moins gros à gauche. Le pus s'est échappé des foyers au moment d'enlever l'encéphale de la boîte crânienne. Les ventricules sont gorgés de sérosité purulente ; leurs parois sont ramollies, et cette altération s'étend dans la pulpe cérébrale.

« Cette maladie, dit l'auteur, est sans aucun doute le résultat d'une phlogose chronique. Le pus avait dû être formé probablement depuis plusieurs années, et sa quantité augmentée par degrés, donnant par-là lieu aux symptômes que le malade a présentés, particulièrement les frissons. Il est probable que les symptômes apoplectiques, vers la fin, ont eu leur source dans l'action mécanique du pus et de la collection séreuse. » (*The med. tim.*, 27 juin.)

— Si l'anatomie pathologique n'avait déjà démontré que la véritable source des affections convulsives, et en particulier des accès épileptiques, était dans le cervelet et dans la moelle épinière, et que la nature de cette source était le plus souvent inflammatoire, on aurait de la peine à l'admettre *à priori* dans le cas ci-dessus. Rien, en effet, ne semblait autoriser, d'après l'ensemble de l'organisme, un semblable jugement, et pourtant voyez ce que l'autopsie a démontré, et combien il importe de remonter aux principes de physiologie pathologique si l'on veut ne pas s'en laisser imposer par certaines apparences. Comment, chez un sujet faible en apparence, nullement pléthorique, pâle, maigre, anémique, pouvait-on admettre une maladie inflammatoire sourde dans le cervelet ?

Cette objection serait de quelque valeur avant le siècle des Morgagni, des Broussais, des Rasori, etc. ; il en est autrement aujourd'hui. Malheureusement, cependant, il est encore de nos jours des préjugés déplorables qui entravent le progrès de la science ; il est des hommes qui se refuseraient à admettre, par exemple, un état de subphlogose chronique chez des épileptiques dont l'arachnoïde encéphalique ou spinale ne présenterait pas des lésions aussi matérielles que dans le cas ci-dessus. On n'a pas réfléchi que la nature opère d'après certaines lois, tant en physiologie qu'en pathologie, et qu'un médecin qui chercherait ailleurs les bases de son jugement tomberait dans l'erreur au détriment de la science et de ses malades. C'est là qu'on tombe effectivement toutes les fois qu'on s'abandonne à la routine de la médecine dite symptomatique, qu'on néglige de s'élever, par le flambeau de la philosophie, des symptômes aux organes d'où ils émanent, et de chercher dans ceux-ci les véritables conditions matérielles avec le scalpel à la main, le microscope et la logique. On prévoit déjà que nous voulons faire allusion aux pathologistes qui admettent les maladies nerveuses *sine materia*, c'est-à-dire sans lésion pathologique. Le cas ci-dessus aurait été sans doute de ce genre, si l'autopsie n'eût pas démontré la véritable source des phénomènes qui se sont succédé pendant cinq années consécutives. Voyez quelle gradation de phénomènes d'une même source, depuis la convulsion qu'on appelle *danse de Saint-Guy*, jusqu'au tétanos foudroyant ; depuis l'épilepsie légère jusqu'aux convulsions puerpérales intenses ! Est-ce là des maladies *sine materia*? Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de ne pas reconnaître la nature du type d'où émanent ces phénomènes, et le véritable traitement que l'art doit leur opposer, l'antiphlogistique, malgré les apparences trompeuses de faiblesse. On conçoit maintenant pourquoi les remèdes excitans qu'on avait administrés au sujet ci-dessus ne pouvaient qu'exaspérer le fond de l'affection. Il est donc toujours vrai de dire que c'est sur la condition matérielle des organes, et non sur quelques symptômes mal étudiés, qu'on doit baser les indications curatives. S'il nous était à présent permis de faire une légère excursion dans le champ de la scrofule, des fièvres intermittentes, de la chlorose, de l'aménorrhée, du scorbut, et des remèdes qu'on leur oppose pour les guérir, nous aurions bien des *faiblesses*, des *essentialités* et des *humorismes* à relever ! L'occasion ne nous manquera pas.

Convulsions puerpérales. Crâniotomie. Guérison ; par M. Chambers, médecin à Ledbury dispensary.

Sarah Thomas entre en travail de son premier enfant le 6 octobre 1839, à six heures du soir. Elle est de petite taille, robuste, colorée, cou court comme les personnes prédisposées à l'apoplexie.

Plusieurs attaques de convulsions ont précédé et accompagnent le travail. Le visage de la malade est boursouflé et livide ; sa respiration accélérée, irrégulière et laborieuse ; pouls très variable, tantôt précipité, tantôt lent. Tête inclinée en arrière ; membres supérieurs et inférieurs, tantôt raides, tantôt relâchés, tantôt portés en différentes directions ; chaque symptôme en un mot indiquait la nature de l'attaque.

Aussitôt que le paroxisme a fini, M. Chambers pratique une large saignée de 40 à 45 onces : bon effet. La malade se plaint de plénitude à la tête et de céphalalgie. Le toucher vaginal apprend que la poche amniotique est rompue ; le col est dilaté de la largeur d'une demi-couronne, mais assez rigide pour ne pas permettre ni le passage du forceps ni l'introduction de la main. La tête se présente dans la première position. Quatre à cinq heures se passent dans un état assez tranquille ; le travail paraît avancer, mais lentement, les contractions utérines étant faibles.

Après minuit, nouvelle convulsion, mais légère et de peu de durée ; une autre lui succède promptement, puis d'autres plus violentes et plus durables. On pratique une seconde saignée de vingt à vingt-cinq onces. Pas d'amélioration bien notable. On coupe les cheveux de la malade : fomentations d'eau froide sur la tête ; l'état de la malade devient de plus en plus alarmant ; une consultation a lieu : on décide l'application du forceps. M. Wood est chargé de cette opération, mais il ne peut en venir à bout. Les convulsions se succèdant d'une manière effrayante et la tête étant très haute. On se décide pour la crâniotomie, la vie de la femme étant en danger par le redoublement des attaques. L'opérateur introduit facilement le perforateur dans la tête de l'enfant et extrait de suite une grande partie des os pariétaux. La tête étant vidée, le tronc a été tiré, bien qu'avec un peu de difficulté, dépendant probablement de l'étroitesse du bassin. Le placenta est sorti ensuite ; l'hémorrhagie n'a été que légère. La femme est restée sans connaissance pendant dix à douze heures après l'accouchement, et elle ne se rappelait rien lorsqu'elle est revenue à la connaissance. Les suites ont été heureuses. Guérison. (*Ibid.*)

— Il est peut-être des praticiens qui n'approuveraient pas tout à fait la conduite ci-dessus. On pourrait se demander si le parti violent de la crâniotomie était suffisamment motivé dans ce cas. Ce n'est certes pas la bonne issue d'une médication, qui sera suffisante pour établir la bonté de celle-ci. Sans doute que l'indication principale était d'accoucher la femme ; mais la maladie qui compliquait le travail était aussi de nature à réclamer une médication directe, car on ne pouvait être sûr que l'issue de l'enfant ferait disparaître les convulsions. Celles-ci, en effet, reconnaissent une autre source immédiate que l'utérus, une congestion sanguine de l'encéphale et de la moelle susceptible d'être attaquée directement. Ne voit-on pas souvent les convulsions se continuer après l'accouchement et se terminer par la mort ? N'en voit-on pas d'ailleurs se déclarer pour la première fois après l'issue du fœtus ? Il est probable que chez la malade en question les convulsions ont cessé sous l'influence de l'écoulement du sang qui a dû s'opérer par l'utérus durant et après l'opération.

Reste maintenant la question de savoir s'il ne vaudrait pas mieux, dans des cas semblables, abandonner le travail jusqu'au moment où le forceps pourrait être appliqué, et s'attacher, en attendant, à combattre les convulsions, non-seulement par les saignées coup sur coup continuées à doses convenables, mais encore par les hyposthénisans puissans, tels que le tartre stibié à doses élevées et rapprochées, les frictions abondantes sur les membres inférieurs de pommade mercurielle belladonisée et camphrée, etc. La question de la crâniotomie mérite, selon nous, un mûr examen, alors que les dimensions des parties n'offrent pas de grandes disproportions et qu'il se présente d'autres conditions pour agir que celles dont on vient de lire les détails.

Remarques pratiques sur les ulcères phagédéniques de la gorge ; par M. Carmichaël, professeur de clinique à l'hôpital Richemond.

Les ulcères vénériens de la gorge, de forme phagédénique, se déclarent durant le plus haut degré de la marche de la syphilis. Il n'est pas d'endroit de l'arrière-gorge, en particulier de la face antérieure des vertèbres, qui ne puisse devenir le siége de ces ulcérations. Lorsqu'il commence, ce mal fait des progrès dans tous les sens avec une rapidité effrayante ; il s'étend au voile du palais, à la luette, aux amygdales et, par la face postérieure du pharynx, aux cavités nasales d'une part, dans l'œsophage, sur l'épiglotte et dans le larynx d'autre part. Dans cette dernière partie la maladie produit des symptômes alarmans qui se terminent par la mort si on ne pratique pas à temps la trachéotomie. Les symptômes qui dénotent la propagation de la maladie dans le larynx, sont la raucité et la perte de la voix, et l'expectoration continue d'une matière visqueuse, provenant de l'organe malade.

Dans quelques cas, ainsi que je l'ai observé, l'ulcération débute et se limite dans le larynx ou bien dans les narines. Les symptômes propres à ce dernier cas, sont : la voix nasillarde, causée par le gonflement de la muqueuse et l'obstruction de la narine, ou par l'accumulation de croûtes, déterminées par le passage de l'air qui dessèche la matière secrétée à la surface, et l'expulsion des mêmes matières un peu sanguinolentes par le moucher. L'exploration à l'aide de la sonde, dans ces cas, laisse facilement constater la présence de l'ucération et d'un gonflement plus ou moins considérable. Heureux le malade, si la sonde ne découvre en même temps quelque point carieux. Les cornets et le vomer sont ceux des os qui s'en affectent les premiers le plus souvent, et si le mal n'est pas arrêté de bonne heure, il se propage aux os maxillaires et nasaux, d'où il résulte l'affaissement du nez. La constitution entière s'en ressent considérablement dans ces cas : maigreur générale, malaise, anxiété morale.

Aussitôt qu'un ulcère a été constaté dans ces régions, couvert de matière blanche glutineuse, offrant une marche phagédénique, le grand problème est d'en arrêter les progrès dans le plus court espace de temps possible. Le mercure, administré intérieurement, loin de l'arrêter, en accélère la marche. La pratique que je suis avec le plus de succès, consiste à cautériser l'ulcère ou les ulcères avec de l'acide nitrique ou sulfurique avant qu'ils ne s'étendent au larynx ou aux narines. Rien autre peut-être n'en arrête aussi sûrement les progrès. En suivant cette pratique qui est la même que celle qui a été recommandée pour les ulcères phagédéniques primitifs, j'ai soin de cautériser les bords de la surface ulcérée, et je vois les premiers signes de réparation dans son centre. Sous ce rapport, les ulcères en question diffèrent des ulcères ordinaires qui se cicatrisent, au contraire, de la circonférence au centre. L'application du caustique réussit souvent au-delà de toute espérance ; mais si l'ulcère paraît s'étendre encore dans une de ses parties, on doit revenir à l'application de l'acide. Après chaque application, je porte de suite une éponge attachée à une baleine et trempée dans une solution de potasse et de soude, sur la surface ulcérée, dans le but de prévenir les progrès de la cautérisation.

Dans quelques cas, j'ai appliqué le nitrate d'argent aux ulcères de la gorge, avec un grand succès. Le meilleur procédé, pour cela, est de le réduire en poudre et de l'y porter à l'aide d'un linge mouillé qu'on adapte à une sonde ; je me sers du même procédé pour les ulcères des narines, lorsqu'ils sont visibles. Si l'ulcère nasal n'est que soupçonné aux signes que nous avons indiqués, il faudrait tâcher de le découvrir et d'en préciser le lieu et l'étendue, enlever les croûtes à l'aide d'injections d'eau tiède, avec une seringue ou par le seul renifllement. Si le mal est voisin, on pourrait l'attaquer avec le nitrate d'argent solide ; s'il est inaccessible, il faudrait se contenter d'injections fréquentes avec une légère solution de nitrate d'argent, je dis légère, car une forte solution provoque de l'irritation et des éternuemens. Un demi-grain par once d'eau peut suffire pour commencer ; on arrive graduellement jusqu'à la dose de deux grains par once.

Si l'ulcère existe dans le larynx, il y a peu d'espoir de cicatriser, à cause du passage continu de l'air et des mouvemens incessans de l'organe vocal. J'ai cependant dans beaucoup de cas, passé, avec un avantage très marqué, dans le larynx une longue sonde ou une bougie métallique couverte de linge trempé dans une solution de nitrate d'argent (6 à 10 grains par once d'eau distillée). Pour passer la bougie armée de la sorte dans le larynx, le patient doit tirer autant que possible la langue en dehors de la bouche, ce qui empêche l'épiglotte de fermer la glotte. Je dois avouer, néanmoins, que dans la grande majorité des cas les malades n'ont retiré de cette opération qu'une amélioration temporaire, à moins toutefois que la trachéotomie n'ait été employée en même temps. Les autres moyens qu'on a employés dans ces cas, et avec un soulagement passager, sont les fumigations mercurielles, le mercure pris intérieurement, les vésicatoires, les moxas, la pommade de tartre stibié, les cautères et les sétons sur la peau du larynx.

J'ai proposé la trachéotomie comme remède de l'ulcération du larynx, dans la seconde édition de mon Traité des maladies vénériennes. Mon but a été de procurer un passage libre à l'air et de permettre au larynx de rester

en repos et de se cicatriser. Ce projet, je l'ai mis depuis en pratique un grand nombre de fois, et avec un succès inespéré : d'autres ont suivi mon conseil avec un égal succès. J'ai vu cependant avec peine que l'opération avait été différé quelques jours, jusqu'à l'époque où le poumon était devenu emphysémateux et le mal incurable.

M. Carmichaël a montré aux élèves plusieurs préparations propres à éclaircir le sujet des ulcérations de l'arrière-bouche, principalement du pharynx et du larynx. Plusieurs de ces pièces ont appartenu à des sujets qui avaient subi la trachéotomie ; on voit que plusieusr portions des anneaux de la trachée avaient été excisées, ainsi que M. Carmichaël l'avait recommandé, dans le but de procurer un libre passage à l'air sans canule. Dans une autre pièce, on voit qu'en envahissant tout le pharynx, l'ulcération avait rongé les artères linguales et donné lieu à une hémorrhagie mortelle. Dans une autre préparation, l'ulcération avait dévoré la paroi postérieure du pharynx, atteint la face antérieure des vertèbres et frappé leur substance de nécrose. Dans une autre pièce enfin, le travail ulcératif avait donné lieu à un abcès rétro-pharyngien dont le bombement empêchait la déglutition et la respiration. (*The Dublin med. press.*, 2h mai 1840.)

MALADIES DES VOIES URINAIRES.

INCONTINENCE D'URINE.

M. Devergie aîné, dont nous avons déjà annoncé à diverses époques les recherches sur les maladies des voies urinaires et sur les avantages qu'il obtient de la méthode des injections, vient de publier une brochure sur l'Incontinence d'urine. C'est le premier ouvrage *ex professo* que nous possédions sur cette maladie. C'est un traité qui manquait à la science, et nous devons en savoir gré à son auteur ; car il a envisagé cette maladie sous ses diverses formes, et rassemblé avec ordre et méthode tous les matériaux épars sur cette dégoûtante infirmité qui souvent n'est que symptomatique d'une affection plus grave ; tandis que, dans d'autres circonstances, elle est réellement idiopathique, congéniale ou essentielle. M. Devergie a étudié avec soin les causes suivant les deux divisions que nous venons d'indiquer ; il examine l'influence que les habitudes peuvent avoir sur la production de l'incontinence essentielle, et les obstacles qu'elles opposent à son traitement ; il établit ensuite le pronostic, puis fait connaître la fréquence de cette maladie, malheureusement trop commune dans certaines provinces, et qui enlève chaque année un grand nombre de jeunes gens au recrutement de l'armée.

Au début du chapitre traitement, l'auteur passe en revue la série nombreuse des moyens variés employés souvent sans succès par beaucoup de médecins français et étrangers. Il fait l'énumération des cas dans lesquels la médecine est impuissante pour obtenir la cure de cette maladie ; il distingue ceux dans lesquels, au contraire, on peut diminuer les inconvéniens de cette infirmité ; et enfin, il fait connaître avec une lucidité remarquable les conditions organiques nécessaires pour obtenir une cure complète.

C'est ainsi que M. Devergie relate un certain nombre d'observations choisies, toutes pleines d'intérêt, et qui prouvent les bienfaits obtenus par la méthode des injections dans des cas réputés jusqu'à ce jour incurables et considérés comme au-dessus des ressources de l'art. C'est ainsi qu'il a réussi dans le traitement de l'incontinence d'urine, symptomatique de lésions de la moelle épinière, chez des malades qui n'avaient d'autres ressources que la poche ou bouteille urétrale.

Les moyens thérapeutiques employés par M. Devergie sont ou locaux ou généraux, suivant la simplicité ou la complication de l'incontinence. En praticien expérimenté, il les varie, les emploie seuls ou réunis, et indique dans ses observations quand il convient d'unir un traitement général aux moyens locaux, qui dans certaines circonstances ne suffiraient pas.

A l'article traitement local, il fait connaître la composition des injections qu'il préconise.

Ainsi il indique les injections cantharidées, sulfuriques simples ou composées ; les injections vineuses simples ou astringentes, etc., etc. L'auteur passe en revue le traitement dans l'enfance, l'adolescence, l'âge viril et la vieillesse. Il consacre un article sur l'incontinence d'urine chez la femme, et fait remarquer qu'elle offre souvent beaucoup de difficultés pour en obtenir la guérison ; puis il discute la valeur des signes de l'incontinence par irritabilité de vessie admise par quelques-uns, rejetée par les autres, et termine son chapitre de traitement par l'incontinence d'urine suite du rétrécissement du canal de l'urètre.

M. Devergie, pour compléter son livre, consacre quelques pages aux moyens mécaniques employés contre l'incontinence d'urine et nous apprend les avantages qu'on peut retirer du compresseur de M. Labat et des bouteilles légères en caoutchouc de M. Louis, dans les circonstances où les autres traitemens ont été infructueux.

Nous ne donnons ici qu'un aperçu sommaire du travail de M. Devergie ; nous nous réservons d'en faire connaître quelques détails qui feront mieux apprécier le mérite de cet ouvrage qui, sous un petit volume, réunit tout ce que la science possède sur cette matière, les améliorations apportées au traitement de cette malheureuse et dégoûtante infirmité, et devient ainsi un vrai guide pour le médecin praticien. Le docteur FAUCHER.

SYPHILIDES.

Deuxième article (1).

Comme toutes les maladies éruptives de la peau, les syphilides peuvent se diviser en neuf ordres, sous les dénominations qu'elles empruntent de leurs formes primitives ou de l'état exanthématique, vésiculeux, bulleux, pustuleux, papuleux, squammeux, tuberculeux, maculé, sous lequel elles se développent. Le nombre des altérations que produit le virus vénérien dans les tégumens est porté à douze, par M. Rayer, sous les dénominations suivantes : 1° Exanthème, 2° bulles, 3° vésicules, 4° pustules psydracies et phlysacies, 5° papules, 6° squammes, 7° macules, 8° tubercules, 9° ulcères cutanés, consécutifs, 10° végétations, 11° onyxis, 12° alopécie syphilitique.

D'après la fréquence relative de ces diverses formes d'altérations, on pourrait, selon le même auteur, les ranger dans l'ordre suivant : tubercules, squammes, papules, végétations, exanthème, ulcères cutanés consécutifs, pustules phlysacées, pustules hydracées, alopécie, onyxis, bulles, vésicules.

(1) *Voir* le N° du 7 avril 1840.

La méthode de Willan, adoptée par l'école de M. Biett, pour la classification des syphilides, m'a paru préférable, parce qu'elle réunit tous les accidens vénériens qui se manifestent sous une forme essentiellement éruptive, et que, sous ce rapport, elle détermine d'une manière précise le caractère primitif de l'état morbide sous lequel on doit reconnaître exclusivement des syphilides. En faisant une variété de la syphilide, des ulcères consécutifs, M. Rayer a confondu tous les genres d'ulcérations qui peuvent survenir à la suite de la vérole.

Loin qu'il faille multiplier les divisions, je crois, avec MM. Cullerier et Ratier, qu'il faut rechercher dans les syphilides la forme primitive sous laquelle elles débutent, les transformations qu'elles subissent ultérieurement n'étant que des accidens secondaires. MM. Biett, Gibert, Cazenave et Schedel n'admettent pas la forme ulcérative comme base d'une syphilide. Tout ulcère survenant à la suite d'une éruption cutanée est toujours précédé d'une croûte plus ou moins épaisse qui le recouvre.

Le rapprochement que je fais ici n'est pas une critique. Ce que M. Rayer a écrit sur les ulcères en général, sous le nom de syphilides, porte le cachet d'une grande expérience et d'un profond savoir ; on ne doit y voir de ma part qu'une occasion de dire une fois de plus combien il est difficile d'assujétir les maladies de la peau à une classification déterminée et invariable. Les éruptions vénériennes sont souvent précédées de douleurs dans les os, d'ulcères à la gorge ou d'autres symptômes graves avec lesquels elles pouvaient exister en même temps, et qui disparaissent aussi quelquefois au début ou pendant le cours de la syphilide pour reparaître plus intenses au terme de l'éruption. L'époque où l'éruption est complète est bien difficile à déterminer. Aussi arrive-t-il souvent qu'on les voit reparaître plus ou moins long-temps après leur guérison apparente ou tout autre symptôme caractéristique de la vérole ; d'où il faut établir en principe que leur traitement doit être prolongé long-temps encore, vingt à trente jours, par exemple, après leur disparition. Ce n'est souvent qu'après plusieurs mois et même après plusieurs années d'une contagion inaperçue ou d'une guérison apparente qu'on voit se développer les symptômes consécutifs de la vérole, particulièrement les syphilides. Le virus vénérien semble avoir perdu de son intensité ou s'être modifié avec le temps, car, aujourd'hui, les éruptions syphilitiques se développent en général plus tardivement qu'elles ne le faisaient dans les épidémies des quinzième et seizième siècles, époque où la maladie vénérienne fut introduite en Europe. GIRAUDEAU DE SAINT-GERVAIS.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 14 JUILLET 1840. (13e ANNÉE.) N° 83, TOME 2. — 2e SÉRIE.

(La Lancette Française.)

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lugol.

Conférences cliniques sur les maladies scrofuleuses.

DE LA SCROFULE CATARRHALE (Septième et huitième leçons.)

(Suite du n° 67.)

Je consacre le nom générique de catarrhale à la variété de la scrofule qui va nous occuper aujourd'hui ; car elle est dans sa forme chronique ce qu'étaient à l'état aigu les épidémies catarrhales, qui ont été observées et si savamment décrites par Lepecq de la Clôture à Rouen, Sarcone à Naples, Plenciz à Prague, Rœderer et Wagler à Gœttingue. Cette dénomination offre le grand avantage de rappeler les points de contact qui existent entre ces deux affections, dont l'un d'eux est très important, savoir la direction qu'il convient de donner au traitement, et principalement la nécessité de proscrire les émissions sanguines ; car ni l'une ni l'autre de ces affections n'est de nature inflammatoire.

Jetez un coup-d'œil sur les écrits de ces auteurs, et vous vous convaincrez de cette vérité ; de plus, vous les verrez négligeant entièrement l'usage des saignées, préférer presque exclusivement les évacuans. Pinel va même plus loin; contestant la possibilité de l'existence simultanée de la fièvre muqueuse avec la fièvre inflammatoire, il démontre que les observations invoquées par Wagler pour appuyer l'opinion contraire, se rapportent à des exemples de pleurésies etc.; de phlegmasies organiques concomitantes, en d'autres termes. Un point de contact qui existe encore entre les épidémies auxquelles nous venons de faire allusion et la scrofule catarrhale, c'est que, à l'égard de cette affection, comme pour les premières, il s'agit de maladies générales, ayant fini par se concentrer de préférence sur tel ou tel autre système, sur tel ou tel autre organe.

Le diagnostic de la scrofule catarrhale ne peut être long-temps incertain : les antécédens chez le malade ou chez les parens, les phénomènes concomitans suffisent pour éclairer le médecin et éloigner toute sorte de doute. En outre, la spontanéité dans le développement de la maladie actuelle, la lenteur de sa marche, achèveront d'en déceler la nature.

Je commencerai l'histoire de la scrofule catarrhale par l'ophthalmie. Je pourrais aussi bien commencer par le coryza ou la leucorrhée, sans qu'en procédant de la sorte il y eût le moindre inconvénient ; car toutes ces affections locales sont l'expression de la même maladie.

Ophthalmie scrofuleuse ou catarrhale. Cette manifestation morbide de l'affection qui nous occupe est extrêmement commune : elle débute ordinairement vers la troisième ou la quatrième année, mais elle peut également se montrer à une époque antérieure, puisque nous avons vu bon nombre de malades âgés de quinze à vingt ans, qui nous ont assuré avoir eu de tout temps mal aux yeux.

L'ophthalmie catarrhale débute généralement au printemps, et présente à cet égard, comme vous voyez, un point de contact avec le tubercule. Mais rarement on a occasion de l'observer à son début, qui, d'après le dire des malades, paraît consister en une augmentation de la sécrétion des larmes, et dans une altération de sécrétion des glandes de Meïbomius. D'autres fois, cependant, les yeux sont humides, cireux et les paupières collées ensemble par leur bord libre, le matin, au moment du réveil.

Les yeux sont sensibles à la lumière, et ce faible degré de photophobie existe d'une manière permanente : les malades appellent cet état, *avoir les yeux tendres.* Dans de telles conditions, il n'est pas rare de voir survenir une ophthalmie aiguë.

L'ophthalmie catarrhale arrive quelquefois d'une manière instantanée, du jour au lendemain, par exemple. Alors l'inspection de l'œil fait reconnaître une rougeur capillaire discrète d'abord, et confluente ensuite ; la conjonctive se gonfle, acquiert de l'épaisseur, ce qui gêne plus ou moins le passage de la lumière. En même temps il y a épiphora abondant, surtout lorsque l'ophthalmie se continue dans le sac lacrymal et dans le canal nasal. Cet état des yeux est toujours accompagné de blennorrhée, ou écoulement d'une matière purulente. Mais de nombreuses différences s'observent à cet égard, et cet écoulement est sujet à des péripéties analogues à celle que présente l'expectoration ; ainsi, elle surviendra avec une abondance extrême pour cesser tout à coup, et reparaître de nouveau plus tard. Quelquefois son abondance est telle, qu'il est impossible de maintenir les yeux propres.

Il n'est pas rare de voir l'ophthalmie catarrhale gagner en surface et envahir les paupières et la peau des joues, qui par le temps se trouve transformée en une véritable membrane muqueuse, et sécrète du pus.

L'ophthalmie scrofuleuse dure ordinairement plusieurs années, quatre ou cinq par exemple ; et chaque année elle présente des recrudescences régulières. Alors tous les phénomènes locaux prennent plus d'intensité ; la rougeur, l'épiphora, l'écoulement puriforme augmentent, ainsi que la photophobie ; c'est alors encore que la conjonctive peut s'épaissir au point de former un voile rouge épais, tendu devant le globe oculaire. Mais ce n'est pas encore là l'apogée du mal, et cette même membrane muqueuse peut acquérir des dimensions assez considérables pour donner naissance à chaque œil, à un bourrelet qui fait saillie en avant de celui-ci.

La conjonctive palpébrale n'est pas moins injectée que la conjonctive oculaire, et quelquefois les paupières elles-mêmes sont rouges et immobiles.

Mais la conjonctive ne peut être affectée à ce point, sans que la cornée devienne gonflée et rouge. C'est au point que très souvent les malades ne voient pas à se conduire ; et cet état dure de cinq à six semaines chez les enfans. C'est là une cécité mécanique consécutive à un épaississement morbide des milieux, que la lumière doit traverser avant de frapper la surface spécialement affectée à recevoir son impression.

Quelquefois les paupières sont tellement affectées et tuméfiées, qu'il devient impossible de les écarter, et l'œil ne peut être vu ; il n'est d'ailleurs pas d'une nécessité extrême ne le voir, son état devant être supposé par le médecin, qui se contentera d'agir en conséquence. Si l'inspection directe de l'œil était possible, qu'apercevrait le médecin ? Des taies, des ulcérations, des fongosités ; voilà ce qui s'offrirait à son observation. Mais cette inspection devenant impossible ou très douloureuse, il doit agir dans la conviction que ces différens états existent ; et, d'ailleurs, l'indication reste toujours la même.

L'ophthalmie scrofuleuse est loin de suivre une marche régulière, offrant une phase ascendante et une phase descendante ; elle marche au contraire par petites recrudescences. Mais ces deux phases ascendante et descendante sont néanmoins représentées par ces mêmes recrudescences, qui sont plus intenses dans la première et moins intenses dans la seconde.

Un œil est toujours plus affecté que l'autre ; autre point de contact avec les tubercules ; d'autres fois, un œil seul étant affecté à la fois, l'ophthalmie se porte tantôt à gauche, tantôt à droite ; mais enfin, elle finit par se fixer sur l'un d'eux. Les récrudescences elles-mêmes ne marchent pas de pair des deux côtés, et l'un des yeux guérit toujours avant l'autre. J'ai vu, à plusieurs reprises, dans une nuit, la maladie passer d'un œil à l'autre.

Il semble que l'ophthalmie diminue d'intensité dès que la lumière commence à être supportée, et que celle-ci, à son tour, exerce une action salutaire sur la maladie. Ainsi, les malades sont mieux le soir que le matin, d'où ressort l'indication de laisser au lit le moins long-temps possible les sujets scrofuleux et la nécessité de leur faire prendre beaucoup d'exercice au grand jour.

La douleur n'est pas constante, et quelquefois elle n'existe que pendand les recrudescences ; jamais d'ailleurs elle n'est en rapport avec la gravité des désordres existans. Ce qui est digne de remarque, c'est qu'alors la douleur est augmentée par la lumière, quoique les milieux qu'elle doit traverser avant d'arriver à la rétine soient altérés de sorte à intercepter complètement son passage.

Au milieu de semblables conditions, les enfans deviennent très nonchalans et manifestent une aversion prononcée pour le mouvement. Ce serait une erreur que d'attri-

FEUILLETON.

RABELAIS A MONTPELLIER.

La notice que notre érudit bibliothécaire le docteur Kühnholtz a donnée sur Rabelais, rendrait superflu ce que nous pourrions dire de cet homme célèbre, si, en parlant de lui, nous n'avions trouvé l'occasion de raconter la longue série d'actes qui, chez nous, menaient autrefois au doctorat. Ce document historique, en montrant l'Ecole de Montpellier semblable à une famille dont les membres, constamment rapprochés les uns des autres, travaillaient en commun, explique comment a dû naître et se propager une doctrine médicale que l'on cherche vainement ailleurs.

Ce mode d'examen et d'épreuves subsista à peu près le même jusqu'à ce que la Convention nationale détruisît à la fois les universités, les colléges et tous les établissemens d'instruction publique. Cette table rase devait supporter un nouvel édifice, dont la construction fut confiée aux législatures suivantes ; Napoléon l'ordonna.

François Rabelais naquit, vers la fin du XVe siècle, à Chinon en Tourraine. Son père, cabaretier à l'enseigne de la Lamproie, le fit d'abord élever à l'abbaye de Sévillé, d'où il passa au couvent de la Bamette à Angers ; enfin, il termina son éducation à Fontenai-le Comte, chez les Cordeliers, dans l'ordre desquels il entra. Indépendamment des maîtres qu'il eut dans ces différentes écoles, il en rencontra un bien supérieur à tous les autres ; ce fut lui-même. Dans peu d'années, il apprit avec celui-là tout ce qu'il était possible de savoir : théologie, philosophie, législation, histoire, médecine, géographie, stratégie, langues anciennes et modernes ; sa mémoire dévora tout. Parlant et écrivant sur chacune de ces sciences avec la même aisance, il déploya un luxe d'expressions que lui seul a possédé.

Il était difficile à Rabelais de mettre de l'ordre dans cet amas inouï de connaissances ; il lui aurait fallu pour cela le calme de l'esprit et la sagesse du jugement, qualités dont la vertu seule est la source.

Le dérégiement du prêtre et l'effronterie avec laquelle il l'étalait au grand jour, le firent enfermer dans la prison conventuelle. Le crédit de Tiraqueau, lieutenant-général du bailliage de Fontenai, l'en fit sortir, et son ancien condisciple Jean du Bellay lui obtint de Clément VII la permission de passer de l'ordre de saint François dans celui de saint Benoît, à Maillezais. Mais Rabelais, incapable de s'accommoder de la vie du cloître, déserta son nouveau couvent, et erra pendant plusieurs années, livré à ses goûts et à ses passions.

En 1528, il révèle son existence, à Lyon, par la publication du commencement de son fameux roman, que l'on ne connut bientôt que sous le nom *du Livre*. S'il est vrai que l'homme se peint ses écrits, nous pouvons juger Rabelais par les siens, d'autant mieux qu'il les composait rapidement, sans préparation, ne prenant pas même la peine de les corriger. Chacun des acteurs, dans cette œuvre monstrueuse, expose le savoir prodigieux de l'auteur ; Panurge est l'expression de ses mœurs.

Parmi les sujets nombreux qu'harcèle la satire railleuse du moine, paraissent souvent la religion et la philosophie, dont les réformateurs eux-mêmes ne sont pas épargnés. Calvin et Ramus se plaignirent avec amertume ; le pape fut tolérant jusqu'à l'indulgence.

C'est avec toutes ces richesses scientifiques, et précédé par sa réputation littéraire, que Rabelais arriva à Montpellier en 1530.

Les Ecoles étaient alors fréquentées par une foule d'individus qui n'attachaient aucun prix au titre d'*écolier*, puisque, sans l'avoir, ils pouvaient pratiquer la médecine quand bon leur semblerait. D'autres, et c'était le plus petit nombre, prétendant à la dignité de *maître*, s'inscrivaient sur le registre des *étudians*, après avoir été examinés, par un des procurateurs de l'université, sur la dialectique et sur la physique médicale ; dès-lors ils se choisissaient un patron parmi les docteurs régens. Rabelais, âgé d'environ quarante ans, s'immatricula le 16 septembre 1530, prit Schyrron pour son parrain, et devint le condisciple de Rondellet, quoique celui-ci fût beaucoup plus jeune.

Ceux qui aspiraient à l'honneur d'enseigner un jour s'engageaient dans la carrière pénible des examens qui conduisaient aux grades : le premier était le baccalauréat. Pour l'obtenir, le candidat, déjà inscrit sur le livre des écoliers, se présentait à son gré, et soutenait, pendant quatre heures, des thèses qu'argumentaient les docteurs et les licenciés. Si les juges étaient satisfaits, on faisait jurer au récipiendaire que, fils légitime de parens chrétiens, il n'avait jamais exercé un art mécanique, et qu'il n'enseignerait la médecine et ne la pratiquerait à Montpellier et dans les faubourgs qu'après avoir reçu la licence. Le président lui accordait une des *baies du laurier* réservé pour la couronne du docteur, le revêtait de la robe des bacheliers et l'invitait à monter en chaire (*indue purpuram, ascende cathedram*). Rabelais reçut ce grade, le 1er novembre 1530, des mains de Schyrron.

La teneur de ce serment, qui nous paraît à présent au moins bizarre, s'explique naturellement en se reportant au temps où on le composa.

Tout individu pouvait, en arrivant à Montpellier, enseigner et pratiquer la médecine. Cette liberté illimitée causa des désordres, en tête desquels on comptait les rixes sanglantes qu'occasionnaient, parmi les écoliers, les rivalités des maîtres. Quelques-uns juifs, mahométans ou bâtards, se trouvaient par là étrangers et souvent hostiles à la cité. De sages réglemens amenèrent la tranquillité ; ils furent imprudemment révoqués, en 1180, par Guillaume, fils de Mathilde, et le mal, qui n'avait été que comprimé, reparut avec plus de force. C'est alors que, pour l'arrêter et prévenir son retour, le magistrat demanda des garanties aux maîtres et les prépara à l'égard des élèves. Ce furent : le serment, la tonsure cléricale, le patronage d'un répondant, la robe rouge que les écoliers ne pouvaient jamais quitter ; on toléra l'élection du *roi* ou de l'*abbé* ; on permit celle des *conseillers*.

Le bachelier avait le droit d'enseigner et de pratiquer ; mais afin de ne pas encombrer la ville de médecins, on conserva le monopole aux licenciés et aux docteurs ; ceux qui ne l'étaient pas encore allaient étudier ailleurs la clinique.

La robe scolastique était de drap rouge ; son capuchon arrondi et de la même étoffe s'attachait à un collet rabattu sur les épaules. Les bacheliers, et probablement les étudians, la portaient constamment, comme on le voit encore dans les universités de Cambridge et d'Oxford. Peu à peu ce réglement tomba en désuétude, et le bachelier posait la robe après sa réception. Rabelais fit peut-être semblant de croire qu'on lui faisait cadeau de celle qu'on lui prêtait, et il l'emporta en plaisantant. Il se pourrait aussi qu'il s'en revêtit pour jouer le rôle du médecin dans *la morale comedie de cellui qui avoit espousé une femme mutte* (1). Quoi qu'il en soit, on lui donna son nom, malgré qu'elle changeât tous les jours de maître. Elle était d'ailleurs si mal soignée, qu'il fallait fréquemment en renouveler les lambeaux. La dernière

(1) A la rentrée des écoles et dans le carnaval, maîtres et disciples assistaient tous à un repas commun. Après le festin venaient des discours en latin, et le tout se terminait par une comédie que jouaient les bacheliers et les écoliers en présence de cet auditoire si grave et si gai.

buer cet état d'indolence et d'inertie à l'ophthalmie ; car ce n'est là que le résultat de l'état catarrhal de toutes les surfaces muqueuses. Ainsi, l'estomac est en même temps affecté ; et d'une affection analogue de la membrane muqueuse des fosses nasales et de la bouche, résulte la perte de l'odorat et du goût, avec tous les inconvéniens qui s'y rattachent.

Ophthalmie scrofuleuse palpébrale. La conjonctive palpébrale peut être soumise seule à l'influence catarrhale, sans que la conjonctivite oculaire y participe en même temps. Il n'est pas rare de la voir siéger sur un œil, tandis que l'autre est affectée d'une conjonctivite oculaire de même nature.

De même que la précédente, cette affection survient spontanément ; et de même aussi elle peut être congénitale, passer à l'état chronique et persister alors indéfiniment.

Les symptômes, la marche, la terminaison de l'ophthalmie catarrhale palpébrale, sont anologues, à tout égard, aux précédens, et ce que nous en avons dit s'y rapporte entièrement.

Toutefois, dans cette affection, la vision est toujours moins troublée ; ordinairement même, les yeux ne sont pas rouges ; l'injection est peu intense quand elle existe ; on en admet quelquefois l'existence d'après la simple rougeur du bord libre des paupières et le gonflement des cartilages tarses. J'ai eu plusieurs fois occasion de voir ceux-ci ayant acquis un volume remarquable, et offrant une altération en tout analogue au spina ventosa des os longs.

Tous les désordres oculaires que nous venons de passer en revue laissent souvent après eux des traces de leur passages plus ou moins fâcheuses. Ainsi, des ulcérations, des taies, des végétations, etc. Très souvent l'ophthalmie occasionne des ulcérations de la conjonctive, de la cornée, et très souvent de ces deux membranes à la fois. Il se peut qu'il n'existe qu'une ulcération d'une étendue notable, laquelle résulte, selon moi, du rapprochement de plusieurs petites ulcérations qui ont fini par se toucher par leur circonférence, et par se confondre entièrement, au point de n'en former plus qu'une seule.

Ce qui me paraît confirmer cette manière de voir, c'est que la guérison de ces ulcérations s'opère par plusieurs points à la fois. J'ai souvent vu les choses se passer ainsi, tantôt à la cornée, tantôt à la conjonctive.

Les taies, ou taches, sont blanches, de dimensions variables, et siégent ordinairement sur le passage de la lumière. Un œil en est toujours plus affecté que l'autre.

A la suite des ophthalmies, il se forme des végétations fongueuses arrondies, à base large ou pédiculée. L'unguis, l'hypopion, le staphylome, ne sont que des dégénérescences diverses de ces végétations. Ces végétations peuvent acquérir un volume notable sans cesser pour cela de rester susceptibles de guérison, sous l'influence du traitement général. Quelquefois l'œil devient bufthalmique ; mais je ne sais jusqu'à quel point cet état se lie à l'ophthalmie, et s'il peut en être considéré comme une suite.

D'autres accidens affectent plus spécialement les paupières ; ainsi l'ophthalmie passe fréquemment à l'état chronique et devient ulcéreuse. Les ulcérations, qui sont petites, dégarnissent souvent les paupières de leurs cils.

L'ectropion et l'entropion, je crois qu'ils demandent à être traités de préférence avec les préparations iodurées, et qu'il convient d'éviter les opérations chirurgicales.

Quelquefois, à la suite de l'ophthalmie catarrhale, les paupières restent indurées pendant plusieurs années. D'autres fois elles restent œdémateuses, et les malades les soulèvent avec peine. J'indique toutes ces traces que la maladie laisse derrière elle ; car, quoique l'art soit presqu'entièrement impuissant pour les dissiper, elles servent néanmoins pour diagnostiquer les accidens subséquens de la scrofule.

Les tumeurs lacrymales sont le plus ordinairement une expression de la scrofule ; elles ne sont, en effet, que l'ophthalmie du sac lacrymal. Je ne crois pas qu'il existe une seul cas de tumeur lacrymale chez des sujets non scrofuleux.

Il y a si bien unité entre ces divers états par lesquels se traduit la scrofule catarrhale, qu'on ferait facilement l'histoire de celle-ci en faisant l'histoire de l'otite de la leucorrhée ou de tout autre état de cette forme de la scrofule ; et cela est si vrai, que nous ne pourrons nous empêcher de nous répéter en étudiant en particulier chacun de ces états, mais ces répétitions sont des répétitions heureuses ; car ce sont autant d'argumens en faveur de l'unité.

Coryza. Le coryza est une maladie qui apparaît spontanément et sans cause appréciable. Comme l'ophthalmie, il peut s'établir en permanence, et comme celle-ci il est sujet à des exacerbations presque périodiques. Il y a des enfans qui naissent enchifrenés ; d'autres le deviennent. Le coryza se maintient et constitue un état habituel auquel succèdera peut-être un autre état ou une autre forme de de la scrofule. J'ai connu un enfant chez qui un coryza durait depuis dix ans sans autre symptôme ; ce ne fut qu'après ce laps de temps que d'autres formes vinrent le remplacer. J'ai traité, il y a huit ans, un enfant d'une tumeur blanche du genou, il avait une sœur en apparence bien portante. Je prédis qu'elle subirait la loi fatale ; je n'eus en effet qu'à attendre ; elle a eu depuis un coryza, une leucorrée ; il y a maintenant débilité générale, fièvre muqueuse, arrêt de développement. J'ai vu des enfans dont le nez coulait comme celui de leurs parens ascendans

Il est des cas où le coryza est précédé d'epistaxis ; il ne faut pas se méprendre sur leur nature ; il ne faut pas voir là une fluxion inflammatoire ; c'est tout simplement un effet mécanique résultant d'une maladie du cœur fréquente chez les scrofuleux.

Le coryza s'annonce par une sécheresse des narines ; il y a chaleur locale, qui est suivie d'une sécrétion morveuse très abondante ; mais il ne marche pas toujours dans une aussi bonne voie. Après avoir duré un certain temps, la sécrétion, d'épaisse qu'elle était, devient plus claire ; elle s'altère ; elle agit alors chimiquement, excorie la peau, et la maladie prend alors quelquefois le caractère de l'esthiomène ou de l'ozenne, maladie déplorable ; et dans ce dernier cas, l'incrustation devenant générale, produit une gene mécanique de la respiration.

Le coryza peut être double ou simple ; quand il est double, il y a toujours un côté plus gravement affecté que l'autre : c'est, du reste, ce que nous avons déjà remarqué dans l'ophthalmie. Il y a souvent coïncidence du coryza avec l'ophthalmie, et alors la recrudescence du coryza entraîne la diminution de l'ophthalmie, et réciproquement. Nous avons dit que lorsque la scrofule catarrhale se montre en un point, toutes les muqueuses sont malades ; les coïncidences en fournissent une nouvelle preuve.

Otite. L'otite est si bien une forme de la scrofule, que celle-ci débute quelquefois pas une otorrhée simple ou double, comme pour l'ophthalmie, le coryza. Comme celui-ci, elle peut exister seule pendant plusieurs années. Examinez alors les parens, frères et sœurs : vous trouverez des tubercules, souvent aussi des formes identiques. Deux jumeaux, affectés d'ophthalmie palpébrale, avaient deux frères attaqués tous deux d'otorrhée.

Voulez-vous voir grandir l'importance de l'otite ? Cela est facile au moyen de l'observation suivante. Il y a dix ans, un enfant avait une otorrhée et une ophthalmie ; ces affections se compliquèrent successivement de la plupart des coincidences scrofuleuses.

Les symptômes de l'otorrhée se trouvent partout décrits : je ne m'y arrêterai pas. Disons en passant qu'il y a des rémissions et des recrudescences ; l'otorrhée peut être indolente, ou bien douloureuse avec des exaspérations. Il peut y avoir otorrhée sans altération de l'ouïe ; ce n'est que lorsque les membranes sont épaissies, altérées, que la surdité survient. Tout ce que nous disons ici, nous l'avons dit de l'ophthalmie, et si nous insistons, c'est que ces rapprochemens portent sur le diagnostic. Un enfant a mal aux yeux, aux oreilles ; on dit qu'il a une ophthalmie, une otite ; nous dirons, nous : il est scrofuleux.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAUX ANGLAIS.

Luxation de l'humérus en avant. Discussion académique.

M. Walsh a présenté à la Société chirurgicale d'Irlande (séance du 25 avril 1840), une pièce anatomique relative à une luxation de l'épaule, et dont les détails, surtout la discussion qu'ils ont provoquée, nous ont paru intéressans.

Une femme âgée de cinquante ans est reçue à l'hôpital pour être traitée d'une diarrhée qui existe depuis sept semaines ; elle tombe dans l'épuisement et meurt. A son entrée elle présentait les symptômes ordinaires de la luxation de l'épaule en avant ; elle a déclaré que l'accident lui était arrivé depuis cinq mois, en voulant séparer deux enfans qui se battaient, ce qui l'avait fait tomber sur l'épaule.

A l'autopsie, M. Walsh trouve la tête de l'humérus luxée et placée en avant, à la partie interne du col de l'omoplate, où elle avait formé une dépression ou cavité, laquelle était couverte d'une substance fibro-cartilagineuse. Tous les tendons qui passent sur l'articulation sont sains. La membrane synoviale paraît aussi entière ; la surface interne de la capsule est formée d'une portion du tendon du sous-scapulaire, qui est relevé à l'endroit de son attache. Les mouvemens du bras, en arrière et en avant, étaient tout à fait libres, mais le mouvement d'élévation était borné. Le membre ne paraissait pas plus court que l'autre ni atrophié.

M'étant livré à des recherches sur cette espèce de luxation, j'ai trouvé, dit l'auteur, un cas analogue de sir Philip Crampton, dans le Dublin journal ; la seule différence, c'est que dans celui de M. Crampton, la tête de l'humérus avait passé au-dessous du sous-scapulaire, et le tendon de ce muscle entourait le col de l'os. Un second fait analogue a été observé à l'hôpital St-Thomas par sir A. Cooper ; un troisième a été publié par M. Thomson.

La pièce que M. Walsh a mise sous les yeux de la Société, a donné lieu à la discussion suivante.

M. Auston déclare que, selon lui, la pièce qu'on a sous les yeux indique une luxation *vraie* (true) ; elle n'offre pas

---

qui était réduite au quart en 1787, fut remplacée par une autre qui existe (1).

Le bachelier qui désirait obtenir de nouveaux grades demandait au doyen des régens un sujet de leçons. On lui indiquait ordinairement un des livres de Galien et des aphorismes d'Hippocrate. Le cours durait trois mois ; des lettres signées par des docteurs, des licenciés, des bacheliers et des étudians l'attestaient. Falcon assigna à Rabelais l'*Ars medicinalis* de Galien.

Le cours terminé, on se préparait pour les quatre examens appelés *per intentionem* (2). Chacun d'eux était fait devant un professeur different, durait une heure, et le sujet n'était donné que la veille.

Après une semaine de repos, on répondait au point rigoureux (*punctum rigorosum*). A midi, le chancelier faisait *piquer* avec une épingle dans un livre de nosologie, et le doyen, dans celui des aphorismes d'Hippocrate. Le lendemain, à la même heure, le candidat répondait à toutes les questions que faisaient naître les sujets ainsi tirés au sort. Cet examen, qui durait quatre heures, s'exécutait solennellement dans la chapelle Saint-Michel de l'église de Notre-Dame des Tables Rabelais y parut, puisqu'elle ne fut démolie pour la première fois qu'en 1560 (3).

Le nouveau bachelier demeura à Montpellier toute l'année 1531 ; mais il ne donna plus de leçons publiques après celles auxquelles on l'avait obligé.

En 1532, nous le trouvons à Lyon, où, pour fournir à ses besoins, il enseignait et pratiquait en ville et dans les hôpitaux, il imprimait son cours sur Galien et Hippocrate, et éditait divers traités. Tout cela ne lui suffisait pas ; la nécessité l'obligea de s'engager en qualité de médecin dans la maison de l'évêque de Paris, Jean du Bellay, ambassadeur de François I[er] auprès du pape (1533).

(1) Le naturaliste Anselme Dorthes endossa le premier la nouvelle robe.

(2) Ces examens étaient subis par ceux qui avaient l'*intention* de parvenir à la licence.

(3) Les désordres excités par des candidats qui redoutaient un renvoi, forcèrent à procéder à l'examen en particulier et à huis clos. Par les mêmes motifs, et pour redoubler de précautions les Montpelliérois le subissaient au milieu de la nuit. Quand, dans la suite, on n'eut plus rien à craindre de ces derniers, afin de rappeler cet ancien usage, un flambeau brûlait à leur côté, quoiqu'on les examinât en plein jour.

Absent depuis cinq ans de Montpellier, Rabelais y revint pour acquérir la licence et le doctorat. Le premier de ces grades était donné par l'évêque délégué du pape, fondateur de l'université de médecine ; mais le prélat ne pouvait l'accorder que sur la demande des docteurs régens, qui eux-mêmes ne la formaient qu'après avoir soumis le candidat à une dernière épreuve.

Le futur licencié dressait une liste de douze maladies, sur laquelle le chancelier et le doyen en choisissaient trois chacun. Pendant trois jours de suite, une heure le matin et autant l'après-midi, le candidat était argumenté sur ces six sujets ; le premier et le second jour, par les docteurs seulement. Les licenciés, les bacheliers, les écoliers, même les étrangers à l'école, avaient le droit de disputer le troisième jour. Ces actes, que l'on nommait *triduanes* (1), conduisaient directement au doctorat.

On procédait à la réception du docteur avec le plus grand apparat ; aussi nommait-on cette cérémonie *actus triumphalis.* Dès la veille, la grosse cloche de Saint Firmin annonçait l'ovation ; le lendemain le corps universitaire, précédé de la musique, se rendait à cette même église, seule paroisse de la ville. Là, le président adressait un discours au récipiendaire, lui plaçait sur la tête un bonnet de drap noir terminé par une houppe de soie cramoisie, l'entourait d'une ceinture d'or (2) et lui mettait au doigt un anneau (3). Ensuite, il lui offrait les OEuvres d'Hippocrate comme sujet constant de lecture et de méditation, le faisait asseoir à son côté et le bénissait en lui recommandant de remercier Dieu, la Vierge et ses maîtres ; le reste se passait en complimens. Pour embellir la fête et lui donner une teinte de galanterie méridionale, la musique jouait dans les intermèdes (1), et les dames, qu'on ne manquait jamais d'inviter, recevaient des dragées, des confitures et des gants, que leur offraient les paranymphes du docteur.

(1) Nous possédons imprimées les triduanes que soutint Lazare Rivière le 9, 10 et 11 du mois de mai 1611.

(2) La ceinture en or était une marque de distinction pour le corps des nobles dont les docteurs faisaient partie. Malgré les lois qui prohibaient cet ornement à tous autres, peut être à cause de cette défense, les dames s'emparèrent de la ceinture dorée ; et l'on ne put arrêter cet abus qu'en obligeant les filles publiques à la porter constamment (*vaut mieux bonne renommée que ceinture dorée*).

(3) Le noble, qui souvent ne savait ni lire ni écrire, se servait, pour signer, du sceau qu'il portait à sa bague ; le clerc en cachetait ses écrits. C'est ainsi que le docteur avait un double droit à l'anneau du chevalier.

Rabelais fut couronné par Griphy, le 22 mai 1537, et essaya de suite l'enseignement public. Il donna cette même année un cours sur les pronostics d'Hippocrate, et ce cours fut fait en langue grecque ! Singulier éloge du professeur et de ses auditeurs.

Ces leçons étaient volontaires quoique publiques ; aussi n'étaient elles pas payées. L'année suivante Rabelais fut plus heureux. Depuis 1340, l'Ecole avait senti la nécessité d'un enseignement regulier de l'anatomie, et pour l'assurer, elle désignait chaque année un docteur qui, moyennant salaire, donnait un cours sur cette partie essentielle de la médecine. Rabelais en fut chargé, et reçut un écu d'or pour sa peine, en 1538 (2).

Rabelais demeura à peu près ces trois années à Montpellier (1537, 1538 et 1539). On le voit cependant à Lyon donnant un coups d'anatomie ; à Rome ; servant d'observateur à l'ambassade française ; à Paris, où il faisait imprimer la suite de son roman : sans doute il revenait souvent à l'université.

Les jugemens si opposés que l'on a portés sur son livre sont une nouvelle preuve que l'affinité du monde physique régit aussi celui des esprits, où cependant ses lois subissent des modifications à l'infini. Tels goûtent et comprennent spontanément un ouvrage, vis-à-vis duquel d'autres demeurent froids et insensibles. Bacon ne reconnaît pas, dans des pages profondément pensées et écrites avec une facilité admirable, cette philosophie ardue pour l'acquisition de laquelle il avait cru nécessaire d'inventer un nouvel instrument, et il ne voit qu'*un grand paillasse* dans Rabelais. Voltaire, saisissant bien mieux la partie facétieuse que le reste de Pantagruel, appelle *écrivain de la canaille* celui qui faisait les délices de La Fontaine et de Molière.

Au bout d'une carrière agitée et pleine d'aventures, Rabelais,

(1) Molière fréquentait Montpellier, lorsque son emploi de directeur des comédiens du prince de Conti le fixait à Pézenas. Et c'est ici que ce grand philosophe prit l'idée de la réception si spirituelle du *Malade imaginaire.*

(2) Pierre Richer de Bellevat fut institué par Henri IV pour enseigner l'anatomie ainsi que la botanique.

cependant une complète ressemblance avec les articulations luxées. Le cartilage d'incrustation de la tête de l'os, et celui de la cavité glénoïde, est parfait. La cavité glénoïde est intacte ; seulement elle est rétrécie, et il existe une cavité supplémentaire distincte, encroûtée de fibro-cartilage, à la partie antérieure du col de l'omoplate, et dans laquelle s'adapte la tête de l'humérus. Le tendon du biceps est intact, circonstance qui se rencontre rarement dans les cas de maladie congénitale. Les muscles sont aussi dans un état presque parfait ; et, bien que M. Walsh n'ait pu découvrir la blessure qui en aurait été la cause, M. Houston ne considère pas moins le cas comme un exemple de luxation digne de l'attention de la Société. Il existe dans le Muséum une préparation sèche de la même luxation, qui éclaire parfaitement le cas de M. Walsh, et qu'il désire mettre sous les yeux de la compagnie.

Le président demande si M. Walsh a mesuré le membre pour s'assurer de la différence de longueur.

M. Walsh répond négativement ; mais il assure que le membre était à peine plus court que l'autre.

M. Houston présente deux préparations sèches, dont l'une est relative à une luxation traumatique de l'épaule analogue à la précédente, l'autre à une luxation spontanée de la même région ; le contraste est frappant entre ces deux pièces, bien que la luxation soit de la même espèce. La première pourtant ressemble parfaitement à celle de M. Walsh.

M. Smith est fâché de ne pouvoir adopter l'opinion des honorables préopinans ; il regarde le cas de M. Walsh comme un exemple de luxation congéniale, luxation dont il possède cinq observations accompagnées des pièces anatomiques. D'abord il n'y a pas, dit-il, dans le cas de M. Walsh, cette correspondance entre l'humérus et l'omoplate qu'on observe dans les luxations traumatiques non réduites. Les altérations des parties molles n'offrent pas, en d'autres termes, les conditions propres à ces luxations. On y voit une cavité articulaire imparfaite, mais la tête de l'os n'a subi aucun dérangement ; seulement son axe est dirigé de haut en bas. Il existe quelque chose d'analogue au ligament glénoïde ; le cartilage d'incrustation est bleu, ce qui diffère essentiellement de celui de l'état normal. On n'observe pas de dépositions osseuses autour de l'articulation, et la nouvelle cavité glénoïde, qui s'est formée à côté de la première, paraît dépendre de l'insuffisance de la cavité naturelle, ce qui permettait à la tête de l'os de glisser en avant et en arrière. Les échantillons présentés par M. Houston, ne paraissent pas à M. Smith contraires à ses propres assertions, puisque dans la pièce relative à la luxation traumatique on trouve des conditions tout-à-fait différentes de celles de la pièce de M. Walsh. On y voit, en effet, des dépositions osseuses comme dans toutes les luxations traumatiques non réduites. Ce qui me fait surtout croire à une luxation congénitale dans le cas de M. Walsh, c'est d'abord la forme de la tête de l'humérus, l'insuffisance de la cavité glénoïde et l'intégrité de son cartilage ; ensuite l'intégrité de tous les muscles de l'épaule et du tendon du biceps, lequel s'attache dans l'endroit qu'il occupe ordinairement dans les luxations congénitales, c'est-à-dire entre l'ancienne et la nouvelle cavité glénoïdale.

M. Walsh répond, qu'ayant déjà montré la pièce à M. Smith, et celui-ci lui ayant manifesté l'opinion qu'il vient d'émettre, il est allé aux informations chez les parens de la femme ; il a appris qu'elle était blanchisseuse et qu'elle avait toujours joui d'un parfait usage des deux membres thoraciques ; et qu'on ne s'était jamais aperçu de la moindre difformité au bras ou à l'épaule jusqu'à l'époque de la chute.

Quant à l'absence des végétations osseuses, M. Walsh pense que cela peut tenir au repos au lit que le malade avait gardé pendant long-temps.

M. Houston se rendrait volontiers aux raisons émises par M. Smith, mais il ne les trouve pas assez satisfaisantes.

M. Smith fait remarquer que les renseignemens obtenus par M. Walsh ne sont point concluans ; la difformité ayant pu exister sans qu'on s'en fût aperçu durant la vie, ainsi qu'il en connaît des exemples.

M. Pover n'adopte pas l'opinion de M. Smith ; un examen attentif lui a fait voir dans la pièce de M. Walsh des dépositions osseuses à la partie inférieure de la nouvelle cavité glénoïde, et aussi à la partie interne. Il ne pense pas en outre que la tête humérale pût glisser d'avant en arrière et d'arrière en avant dans les mouvemens ordinaires du membre vu l'existence d'une crète intermédiaire aux deux cavités. Il serait difficile de dire pourquoi l'ancienne cavité glénoïde, qui ne paraissait pas avoir été occupée par la tête de l'os durant la vie, fût si bien pourvue d'un cartilage d'incrustation.

Quant à l'existence d'un cartilage dans la nouvelle fossette, la chose ne lui paraît pas bien manifeste. M. Wallace a le premier établi, je crois, que les nouvelles articulations ne sont jamais encroûtées d'un véritable cartilage ; cependant cela a lieu quelquefois. Dans le cas de M. Walsh il n'y a aucune apparence de cartilage, et les muscles de l'articulation n'offrent pas ce degré d'atrophie qu'on rencontre dans les luxations congénitales. Du reste, la tête de l'os n'offre aucune altération dans sa forme, si ce n'est à son sommet, mais cela se rencontre chez beaucoup de sujets, ainsi que l'a remarqué le professeur Geoghegan.

M. Smith répond à M. Pover que dans un des cas qui lui sont propres l'angle intermédiaire aux deux cavités était tout-à-fait droit et pourtant il n'empêchait pas la tête humérale de glisser de l'une à l'autre, avec une grande facilité.

M. Walsh dit que cela n'avait pas lieu dans le cas de sa malade.

M. Byrne pense que le cas est obscur, vu qu'on ignore si la femme n'avait jamais souffert à l'épaule et si elle avait joui de l'usage parfait de son membre.

M. Smith est profondément convaincu de l'exactitude de l'opinion qu'il a émise. Il cite le cas d'une femme qui avait l'humérus luxé congénitalement, et qui pourtant pouvait se servir de son membre et travailler. Une autre femme, qui travaillait aux champs se trouvait dans le même cas, et l'on n'avait jamais soupçonné sa difformité durant la vie.

Le président déclare qu'au point où la discussion est arrivée, la société ne peut prendre aucune décision jusqu'à l'époque où M. Smith aura présenté ses préparations.

(*Press. med. de Dublin.*)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Vous voyez le cas que je fais de votre équité, puisque je ne crains pas de vous adresser cette épître, *prophrenologia*, à vous l'auteur caustique de certaine satire assez connue des lecteurs de *Némésis Médicale!* Mais, je le sais, tout en vous inspirant de Sterne et de Lucien, et la verge même du Phocéen à la main, vous comprenez votre noble mandat, non comme l'entend le journaliste partial et passionné, ou le *justicier* de septembre, mais comme il convient au publiciste philosophe... Donc, sans autre préambule, j'aborde mon sujet.

Il y a quelques semaines déjà, ayant pris connaissance, dans votre excellent journal, d'une publication fort récréative, j'en attendais impatiemment, j'en souhaitais ardemment la continuation et les corollaires, pour adresser mes remercîemens et congratulations à l'auteur, quand j'ai vu avec peine que, par une de ces fatalités qui me sont propres, le cher auteur en avait décidé autrement, et, depuis lors, gardait un obstiné silence. Toutefois, je n'ai pas cru pour cela être quitte envers lui, et je viens vous prier, cher confrère, de vouloir bien ajouter à ma gratitude en me permettant de la rendre ici publique.

L'œuvre dont je parle, et que j'allais oublier de vous nommer, sans doute par la conviction où je suis que vous ne sauriez vous y tromper, est un article bifide intitulé *Leçons cliniques sur les Maladies mentales, professées par M.* LEURET (*voir* les nos 59 et 64, p. 233 et 254). Cet article, je le répète, bien que je ne rende pas son auteur responsable de certaines énormités dont on ne peut sans doute accuser que le prote, constitue une lecture extrêmement amusante, et je m'en suis fort diverti. Mais comme pour discuter, ainsi que pour faire de la musique, il faut être au diapason de son adversaire ou de sa partie, je vais tâcher, avant tout préliminaire, de me monter au ton de M. Leuret, et d'atteindre la hauteur de sa pensée et la gravité de son langage. — Oui, toutes réflexions faites, il vient de nous surgir là un nouvel et terrible adversaire, à nous autres pauvres phrénologistes, qui avions déjà bien assez de besogne sans lui, et, sérieusement, je sens que je serais tout étourdi, tout stupéfait de l'avoir simplement entendu, si de ma nature et au temps où nous vivons, rien pouvait désormais m'étonner... Aussi eût-il été peut-être plus prudent de nous tenir coi et de nous taire ; mais si nous ne voulons pas être condamnés sans être entendus, et brûlés ou enterrés tout vifs, il nous faut bien oser quelques mots pour notre défense. C'est dans ce but que, malgré la bienveillante *simplicité* dont il plaît à M. le professeur de Bicêtre de nous doter, je vais tâcher, moi le plus indigne des défenseurs de notre foi, je vais me permettre de lui soumettre quelques observations, objections et autres formes de dialectique.

Mais comme je n'ai pas l'honneur de connaître M. Leuret, honneur que j'aurais dû peut-être avant tout solliciter, afin de juger tout à la fois et les motifs de son attaque et l'utilité de ma défense, je prendrai d'abord la liberté de lui demander humblement s'il n'a point trop présumé de ses forces en osant relever le drapeau de l'insurrection ontologique, et se poser, seul à son rang, en face d'ennemis tels que Gall, Spurzheim, les deux Broussais, les deux Combes, Vimont, Bouillaud, Dannecy, Fossati, Voisin, etc., etc.? et si, en adversaire courtois et bien élevé, il n'aurait pu trouver, pour qualifier l'objet des méditations, de la vénération de tels hommes, la science, en un mot, que l'un des siens, et non pas le moins distingué, a été forcé de proclamer *la meilleure méthode de philosopher...*; si, dis-je, M. Leuret n'aurait pu, sans descendre de sa hauteur, qualifier autrement la phrénologie *qu'une chose absurde et ridicule?...*

Mais, tolérans comme il convient à des phrénologistes, pardonnons cette sainte indignation, digne de la Sorbonne ou d'un dévôt du moyen-âge, et abordons *les faits et la logique* dont étaie sa doctrine le savant professeur ! Cette tâche ici, toutefois, nous ne ferons que l'effleurer, voulant, dans l'intérêt même de notre cause, en réserver la gloire à notre excellent collègue Félix Voisin, dont le pouvoir vient, au moins dans son impartialité, de placer la chaire en face de celle de M. Leuret, et de donner à sa voix éloquente les moyens de régler notre arriéré avec ces messieurs, et de répondre à cette brusque provocation à l'aide des mêmes faits puisés à la même source.

1° Et d'abord M. Leuret, après avoir remonté jusqu'à Hippocrate pour revenir aux contemporains, en passant par Cœlius Aurelianus, Galien, etc., et avoir facilement *anéanti* la doctrine de chacun de ces philosophes ou manigraphes, affirme hardiment qu'il n'existe pas de bonne définition de la folie, et que le moindre des inconvéniens de celles de Boerhaave, de Georget, de Martini, de Broussais, qui diffèrent bien assez, je crois, pour n'être pas ainsi confondues, et sans doute aussi celle de Gall et Spurzheim que, dans son puritanisme classique, le savant professeur n'a pas même daigné citer pour mémoire, le moindre des inconvéniens de ces définitions, dis-je, est « de rejeter dans un abandon presque complet le traitement moral si justement vanté par presque tous les hommes qui se sont occupés sérieusement et sans idées préconçues de l'étude de la folie. » — Et moi je ne crains pas d'affirmer, contrairement à M. Leuret, qu'il existe à cette heure une définition, une bonne définition de la folie ; et en cela je ne fais point une simple pétition de principes, et je dis que cette définition se formule « une irritation inflammatoire, sub-inflammatoire ou nerveuse du cerveau prédisposé, c'est-à-dire d'un ou de plusieurs des organes qui le constituent... Mais, pour savoir cela, il faut être phrénologiste ou tout au moins avoir lu les ouvrages des phrénologistes ; et, en vérité, je ne fais pas l'injure à M. Leuret de croire qu'on puisse légitimement lui reprocher ce péché-là. — Quoi ! monsieur le professeur, vous prétendez que cette doctrine « rejette dans un abandon presque complet le traitement moral, etc. » — Mais, ou vous faites ici un singulier renversement d'idées, ou je n'ai pas encore le mot de votre énigme..... Eh ! qu'est-ce donc *le moral*, je vous prie, s'il n'est un résultat (remarquez bien que je ne dis pas l'*effet* ou la *cause*) de la condition matérielle des organes cérébraux... Et pourriez-vous m'indiquer un moyen, un système de moyens, un traitement plus capable de modifier, de changer cette condition organique du cerveau, que l'ensemble des modificateurs physiques et extra physiques ou *moraux* qui constitue la thérapeutique des maîtres que vous traitez si dédaigneusement ?

2° C'est chose vraiment admirable de voir, envers et contre tous, les destinées providentielles s'accomplir, et l'ennemi de la vérité s'évertuer fatalement à fournir des argumens irrésistibles au profit même des principes éternels contre lesquels il ose, lui, pygmée, faire entendre une voix sacrilège... : En effet, à peine M. Leuret a-t-il nié en masse et la physiologie du cerveau, et partant ses applications, qu'il se met aussitôt à faire de belle et bonne phrénologie, à laquelle il ne manque qu'un *aveu* et le langage de notre école. Ainsi, rangeant les idiots suivant une échelle ascendante des phénomènes instinctifs et intellectuels conforme, il peut le vérifier, à l'*échelle organique*, il dit : Voyez cet individu qui n'a de l'homme que l'écorce, et sait à peine qu'il existe, etc. ; voyez cette autre petite merveille à côté du premier : il semble comprendre quelques mots, etc. ; cet autre plus perfectionné encore, mais voleur et cyniquement vénérien,

---

dans sa vieillesse, trouva le repos à Paris, grâce à la famille du Bellay. Un canonicat à la collégiale de Saint-Maur, la cure de Meudon et 50 livres tournois de pension durent fournir à ses besoins, même aux restes de ses fantaisies. On dit, et nous aimons à le croire avec le père Nicéron, qu'il finit par mériter l'estime des admirateurs de son génie ; et que, sentant approcher le moment de rendre compte des trésors que le père de famille lui avait confiés, il changea de conduite et mourut comme il aurait dû vivre (1). Y. B.

(*Journ. de la Soc. de méd.-prat. de Montpellier*)

Un dispensaire ophthalmique vient d'être ouvert à Bruxelles, Montagne de la Cour, rue des Trois-Têtes, dans le local des bains Léopold. Une consultation gratuite y est tenue tous les jours de midi à deux heures, pour les indigens affectés de maux d'yeux ; les médicamens sont délivrés gratuitement dans le dispensaire même. Les frais de cette institution sont couverts par les dons de personnes charitables. Voici la composition du personnel médical de cet établissement :

Chirurgien oculiste : M. Florent Cunier, ex-médecin militaire, rédacteur en chef de l'Encyclographie des sciences médicales et des Annales d'oculistique, membre des Académies et Sociétés de medecine d'Anvers, Berlin, Bordeaux, Bruges, Bruxelles, Gand, Lyon, Mons, Montpellier, Paris, etc.

Médecin-adjoint : M. Th. Cutler, ex-médecin militaire, membre de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles et de Bruges, de la Société médicale de Londres, etc.

Médecins consultans : MM. Eugène Feigneaux, ex médecin principal de l'armée, membre de la commission médicale du Brabant et du conseil central de salubrité publique, correspondant de plusieurs Sociétés savantes. — J. Mouremans, ex-médecin militaire, membre du conseil central de salubrité publique, de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, de la Société de médecine de Gand, etc.

Pharmaciens : M. Pasquier, professeur à l'Université libre ; membre de la commission médicale de Bruxelles, etc.

Chefs de clinique : MM. Breyer, candidat en médecine, et Parkins.

(1) On ne connaît pas bien le lieu ni l'année où Rabelais est mort. Gui Patin prétend que ce fut en 1553, à Paris, dans la rue des Jardins, paroisse Saint-Paul.

Les délégués des pharmaciens de Paris ont été reçus aujourd'hui par M. le ministre de l'instruction publique, et lui ont remis une pétition signée de leurs confrères pour lui demander de préparer un projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. M. le ministre les a accueillis avec la plus grande bienveillance, et a été au-devant de leurs vœux, en les invitant à lui indiquer toutes les améliorations qui pourraient être obtenues en attendant la promulgation de la loi, s'engageant à les réaliser immédiatement soit par des ordonnances, soit par des arrêtés ministériels.

— La chambre des communes vient de voter une loi sur les vaccinations, où l'on remarque le passage suivant : « Désormais toute personne qui inoculera ou tentera d'inoculer la petite vérole par un moyen quelconque, sera passible de la peine d'emprisonnement ou de la détention dans une maison de correction pendant un laps de temps qui ne pourra excéder trois mois.

— En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 6 juillet, un concours public sera ouvert le 9 novembre 1840, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire d'opérations et appareils, vacante à cette Faculté par la mort de M. le baron Richerand.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie âgés de vingt-cinq ans au moins, qui désireront prendre part à ce concours, devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 9 octobre prochain.

— On a conduit à Charenton un sergent-de-ville dont la folie est singulière ; il danse toutes les danses prohibées que cet hiver il a eu tant de peine à réprimer ; il danse, puis il s'indigne, se prend au collet, et se conduit en prison.

Médecine Vétérinaire.

Gangrène traumatique. Mémoire et Observations cliniques sur une de ses causes les plus fréquentes dans les animaux domestiques ; par M. RENAULT, directeur de l'école d'Alfort, professeur de clinique et de médecine opératoire. — Prix : 2 fr. 50 c. pour Paris, et 3 fr., *franc de port*, par la poste.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

triste exemple de cette vérité incontestable ; dit en inspiré M. Leuret, comme si ce n'était pas là un axiôme trivial en phrénologie ! que ce sont toujours les instincts mauvais, les penchans honteux qui se développent les premiers chez les idiots.

Enfin, M. Leuret, que les bornes de ce journal ne me permettent pas de suivre dans son ascension analytique, s'élève encore de sept à huit degrés, suivant merveilleusement le dévelopement de la genèse organique, et si merveilleusement que j'ose lui affirmer qu'il est coupable, au premier ch f, de lèse rationalisme, psychologisme, ontologisme, etc., et qu'il fait de la physiologie du cerveau comme certains autres faisaient de la prose, sans le savoir... Et, assurément, je ne lui en fais pas un crime, car il ne fait en cela que subir la loi commune ; il en est ainsi des générations entières, des individualités les plus récalcitrantes soumises aux grandes révolutions, aux grandes réformes : elles assimilent leurs principes et jusques à leurs termes. Ainsi m'arrive-t-il souvent, dans le monde et parmi mes confrères, de rencontrer des adversaires de la médecine physiologique ou de la phrénologie, qui attaquent ces deux grandes découvertes avec les armes même qu'ils leur ont dérobées...

3° Pour combattre la localisation des facultés intellectuelles et morales mise en avant par les phrénologistes, et démontrer qu'elle n'est pas d'accord avec les faits anatomiques, M. Leuret, examine rapidement le développement progressif et comparatif du cerveau dans l'échelle animal ; et il nous montre cet organe formé, chez la grenouille, par deux lobes assez petits qui laissent à découvert et derrière eux les tubercules quadrijumeaux et le cervelet, se développant peu à peu en arrière, se rapprochant des premiers chez les reptiles, les recouvrant en partie chez les oiseaux, un peu plus chez le lapin, entièrement chez le loup et le chien, gagnant graduellement du terrain à mesure qu'on s'élève dans l'échelle des êtres, et finissant par recouvrir entièrement le cervelet lui-même chez le singe, l'éléphant et l'homme ; d'où l'on peut établir, comme loi générale, le développement progressif du cerveau en arrière coïncidant avec un développement semblable des facultés instinctives et de l'intelligence... ; d'où il faudrait aussi conclure, selon notre zoologiste, que l'animal est d'autant plus raisonnable ou plus intellectuel qu'il a de plus fortes masses en arrière de la tête... — Mais il n'y a là, Monsieur, qu'une petite difficulté : c'est que l'induction, sinon l'observation, est fautive. Non jamais, jamais la manifestation, dans le cerveau comme ailleurs, n'a fait défaut à la matière, et elle est constamment dans ce dernier, en raison du volume et de l'activité de cette matière...

L'intelligence grandit bien chez les animaux, je le reconnais, en raison du développement instinctif et affectif, ou des masses autrement dites, que vous indiquez, mais parce que les rudimens des organes ou des formes intellectuelles grandissent en proportion.... D'ailleurs, à part cette loi du développement nécessaire et graduel des facultés intellectuelles à mesure qu'on étudie l'animal dans ses échelons superposés, Spurzheim l'a démontré, ce sont moins encore ces facultés qui sont le cachet spécial, le sceau de Dieu pour l'homme, que ses forces morales supérieures : la vénération, la justice, etc.; autrement il faudrait pouvoir affirmer, d'une part qu'un beau front n'importe en rien comme signe d'une belle intelligence, et d'autre part, qu'un singe ou un loup ont la même conformation cérébrale qu'un savant ou un sage, un sophiste ou un ambitieux, qu'un logicien ou un preux..... Vous ne l'oseriez pas monsieur Leuret, car vous faites d'ailleurs preuve de trop d'esprit, et je présume que vous avez la tête trop bien faite pour cela.

4° « L'anatomie des circonvolutions cérébrales, si importantes cependant lorsqu'on a la prétention de localiser à leur surface les facultés intellectuelles et morales, n'est pas mieux connue des phrénologistes que la loi du développement progressif du cerveau, etc.» — *Pas mieux*, c'est possible, Monsieur, mais *aussi bien* ; et je ne puis mieux faire que de vous renvoyer, en suppliant nos juges de vous y suivre, aux magnifiques travaux de Rolando lui-même, qui ne connaissait guère l'importance philosophique de ses belles recherches sur ce point d'anatomie comparée ; de Gall, de Spurzheim et surtout de M. Vimaut, qui ne doit pas laisser que d'être très reconnaissant et très flatté de la part que vous voulez bien lui faire...

Mais sans me traîner plus long temps à votre remarque, permettez-moi de vous dire, monsieur le professeur, qu'il n'est point donné à l'anatomie, pas plus qu'à la physiologie et à la logique, d'infirmer la phrénologie, attendu que les moyens naturels, positifs d'investigation, ne peuvent que confirmer ce qui est positif et naturel en soi, c'est-à-dire VRAI Je vais plus loin, et je ne crains pas d'affirmer mal faites ou illogiquement commentées, les observations contraires à cette science. Telles sont les vôtres, ne vous en déplaise, Monsieur ; telles sont celles qui pour des yeux profanes, semblent résulter d'un travail excellent d'ailleurs, et dernièrement fort savamment analysé par M. Blandin devant l'Académie de médecine ; l'auteur n'ayant pas vu que les circonstances qui donnent à la tête la forme qu'il a appelée *ventriculaire* sont des circonstances, des conditions *morbides* qui ne peuvent faire loi, puisqu'elle ne sont elles-mêmes qu'une exception ; et son opinion fût-elle vraie, n'infirmerait en rien les bases de la science, et ne ferait tout au plus que d'en signaler un écueil.

Enfin, mon cher confrère, permettez-moi, en terminant cette trop longue lettre, d'exprimer ici hautement un regret bien sincère : celui de voir des hommes de tête et de cœur, je n'en voudrais douter, des écrivains de la valeur de MM. Lélut, Foville, Leuret, etc., user leur force et leur activité dans une voie pénible, ingrate, anti-progressive et impie, et retarder la marche et le développement de la plus grande et de la plus profitable des vérités humaines, alors qu'ils pourraient si puissamment nous seconder dans notre pieuse mission, et que nous serions si heureux de les accueillir et de les placer au premier rang parmi nous.

Agréez, etc. LA CORBIÈRE, D. M. P.

Paris, 8 juillet 1840.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 16 JUILLET 1840. (15e ANNÉE.) N° 84, TOME 2. — 2e SÉRIE.

(La Lancette Française.)

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Nouveau procédé opératoire pour la cure radicale des hernies.

Le nommé Vellazes, jardinier, âgé de vingt-quatre ans, couché au n° 10 de la salle Sainte-Vierge, est affecté d'une double hernie inguinale, mais à des degrés différens. Celle du côté gauche n'est que commençante et l'incommode fort peu; il ne veut pas qu'on s'en occupe. Mais celle du côté droit, qui date déjà de huit années environ, a acquis un tel volume et devient si difficile à contenir que ne pouvant plus supporter la gêne et la fatigue que cela lui occasionne, le malade demande qu'on tâche de l'en guérir radicalement. Du reste, aucune particularité ne se rattache à son état: c'est une hernie inguinale tout-à-fait simple, facilement réductible sous les plus légers efforts de taxis que le malade pratique lui-même souvent; tout le trajet du canal peu élargi est parfaitement libre, mou, tendu, en un mot dans ses conditions parfaitement normales, quand l'intestin a été refoulé au-dessus. N'ayant donc rien d'extraordinaire à noter, quant à la maladie elle-même, nous arrivons à parler de suite du nouveau mode de traitement qui a été mis pour la première fois en usage pour en tenter la guérison, et dont l'indication fait l'objet de cette note.

Nous ne suivrons pas M. Velpeau dans les développemens qu'il a donnés à l'examen de tous les différens procédés employés jusqu'à ce jour dans le but d'obtenir la cure radicale des hernies.

Parlant des topiques de mille et mille espèces dont on s'est tour à tour inutilement servi, il en a relégué l'usage aux prescriptions des charlatans et des bonnes femmes. Quant à la compression et à la position horizontale long-temps prolongée, que M. Ravin donne pour base d'un traitement secondé par l'emploi des topiques astringens et de la compression, M. Velpeau ne les regarde que comme des palliatifs presque toujours impuissans, à cause de la difficulté, des inconvéniens et du long ennui qu'ils entraînent.

Arrivant à juger les différens procédés opératoires qui ont été mis en pratique, M. Velpeau a passé en revue:

1° Les deux modes principaux de cautérisation, dont l'un, s'adressant aux tuniques herniaires, a pour inconvénient d'exposer à ne pas pénétrer d'abord assez profondément, ou, dans le cas opposé, à léser quelque organe important contenu dans le sac, le péritoine, par exemple, dont l'inflammation peut entraîner la mort; l'autre, attaquant au contraire l'orifice par lequel les viscères se sont échappés, et qui, pour offrir plus sûrement quelques chances de réussite, n'est pas cependant à l'abri de ce dernier danger.

2° La ligature, faite de tant de manières, vantée par ceux qui l'employaient en la modifiant chacun à sa manière; combattue par d'autres, puis laissée par le plus grand nombre dans l'oubli qu'elle mérite à cause de ses difficultés et surtout de son inutilité reconnue dans la plupart des cas.

3° La suture, qui n'est d'abord qu'une méthode spéciale à la hernie inguinale chez l'homme, et est infiniment plus dangereuse que la ligature comme la pratiquait Desault, sans être le moins du monde plus efficace.

4° L'incision, long-temps regardée comme un excellent moyen, mais abandonnée depuis long-temps déjà, à cause des graves dangers qu'elle fait courir et qui l'ont rendue redoutable aux yeux même de ceux qui la conseillaient.

5° L'excision qui, mieux encore que l'incision, a dû nécessairement être proscrite, puisqu'elle est plus difficile et surtout plus dangereuse.

6° Les scarifications qui, pratiquées comme d'habitude, ont pour inconvénient d'être à la vérité une modification du procédé par incision, mais aussi sont pour le résultat d'une valeur bien plus avantageuse, qui n'a pas été sentie anciennement, et qui va devenir la base des idées qui ont fait surgir l'innovation dont nous allons parler.

7° Enfin, les bouchons organiques, procédé qui comporte au moins cinq à six variétés principales: Bouchons d'épiploon, méthode peu applicable hors les cas de hernie étranglée: dont la pratique expose à des coliques, à des tiraillemens d'estomac, et de plus à de véritables étranglemens internes, mais démontre d'elle-même sa fréquente insuffisance, car, sans qu'on le veuille, souvent après l'opération de la hernie étranglée, l'épiploon se fixe derrière le canal ou dans l'intérieur du canal, de manière à y représenter la bride qu'on veut y amener quelquefois, et néanmoins la hernie reparaît; ce qui fait voir qu'il ne faut pas compter sur l'efficacité de ce moyen, soit que la nature, soit que l'art cherchent à l'utiliser. — Le bouchon avec le testicule, refoulé dans le canal, idée à laquelle il ne faut pas s'arrêter; ou avec le sac herniaire, pelotonné et repoussé dans l'intérieur du canal, moyen moins dangereux que l'autre, mais tout aussi inefficace. — Le bouchon de tégumens disséqués, dont s'est servi une seule fois M. Jameson, et dans des circonstances qui empêchent bien un peu de croire à l'authenticité du fait; méthode qui, d'une part, est aussi compliquée, aussi douloureuse, et pour le moins aussi dangereuse que l'incision et les scarifications, de l'autre, semble de nature à donner des résultats beaucoup plus certains, puisqu'à son aide on est sûr de fermer le passage des viscères, mais qui a besoin que l'expérience confirme les avantages que le raisonnement lui laisse attribuer. — Le bouchon avec la peau invaginée, comme le pratique M. Gerdy, ou avec la modification que MM. Leroy et Signorini ont fait subir à ce procédé, qui ne semble pas avoir donné encore des résultats assez positivement sûrs pour qu'on l'adopte préférablement aux autres, sans penser aux accidens consécutifs graves qu'il peut déterminer tout aussi bien qu'eux sans être plus certain. — Puis la méthode de M. Belmas, qui a lui-même changé sa première manière pour insinuer à l'intérieur du canal une poche ou de petits rubans de matière animale, gélatineuse, destinés à soutenir la matière plastique qui s'épanche à l'entour ou dedans, à se combiner avec elle et à contracter avec les tissus environnans des adhérences qui doivent faire de ce corps étranger réuni aux produits sécrétés par l'inflammation une barrière à la nouvelle sortie des viscères; mais ce moyen, bien qu'expérimenté assez souvent, n'a pu encore parvenir à se faire recommander et à paraître d'une efficacité qui puisse même valoir, théoriquement parlant, celle du précédent.

Pour ne rien oublier, M. Velpeau a aussi parlé de la pratique de M. Bonnet de Lyon, qui, par une méthode plus simple ou au moins d'une application plus facile, se borne à traverser l'épaisseur du scrotum, y compris le sac et près de l'anneau, avec plusieurs épingles qu'on recourbe sur elles-mêmes, et qui n'embrassent pas le cordon testiculaire. M. Mayor, de Lausanne, qui se contente d'un petit séton à la place d'épingle, pense que c'est une méthode merveilleuse et d'un succès presqu'immanquable; mais évidemment ce procédé doit être insuffisant, puisqu'il ne peut produire d'abord qu'une agglutination incomplète du sac, si elle a lieu encore, et qu'il laisse ensuite entièrement libre toute la longueur du canal inguinal. Mieux vaudrait, dans ce sens, la manière de faire de M. Malgaigne, qui conseille d'enfoncer quelques aiguilles sur le trajet du canal, et d'employer la compression dès que le collet du sac est légèrement enflammé.

Enfin, M. Velpeau a fini par exposer la méthode particulière qu'il avait été aussi tenté d'imaginer pour la cure radicale des hernies inguinales, et qui consiste à les traiter comme il le fait pour l'hydrocèle, c'est-à-dire par l'injection d'un mélange de teinture d'iode et d'eau. Poussé par cette idée, dont il avait acquis des preuves que les injections irritantes de la tunique vaginale, qui pénétraient dans le péritoine, étaient infiniment moins dangereuses qu'on ne le croit généralement. Enhardi par ces exemples d'injections tentées autrefois et encore de nos jours pour guérir radicalement l'ascite par ce fait d'une injection vineuse qui avait pénétré dans le ventre par une hydrocèle congénitale sans qu'il en soit résulté d'accidens sérieux, il s'était hasardé à traiter l'hydrocèle des enfans comme celle des adultes, et, convaincu par l'expérience qu'avec la précaution de comprimer le canal inguinal pendant l'opération il n'y avait aucun danger à se comporter ainsi, il était tout simple de penser que cette manière d'agir devait également convenir au traitement des hernieux. Aussi M. Velpeau l'a-t-il employée plusieurs fois dans ce cas, en injectant à travers le scrotum dans le sac herniaire et jusqu'à l'orifice supérieur du canal, la teinture d'iode convenablement étendue d'eau sans plus d'inconvéniens et sans que les phénomènes de réaction se soient autrement comportés que pour l'hydrocèle. Quant au résultat, beaucoup moins satisfaisant que dans le traitement de cette dernière affection, il a été long et difficile à obtenir pour le peu de cas qui ont réussi, et a failli dans beaucoup d'autres. Mais encore, dans l'application de cette méthode, comme dans celle de toutes les autres, il est indispensable d'y adjoindre l'usage d'un bandage que le malade doit conserver pendant fort long-temps avant qu'on puisse être sûr d'avoir tout à fait réussi; ce qui fait qu'on ne devrait livrer à la publicité ou ne croire exacts que des succès garantis par un long intervalle de temps, et d'où il suit que tant de guérisons prétendues radicales la plupart n'en sont pas moins incertaines, et que, par conséquent, tous les procédés dont nous avons parlé n'en sont que plus insuffisans.

C'est cette idée de l'inefficacité reconnue de nos moyens de traitement qui a engagé M. Velpeau à tâcher d'en découvrir un plus satisfaisant. Confirmé de plus en plus dans cette opinion par lui conçue et émise il y a long-temps, que de tous les procédés mis jusqu'ici en usage celui des scarifications serait le meilleur si on pouvait le rendre exempt des difficultés et des dangers de l'incision et de l'excision qui s'y rattachent. Eclairé par les utiles travaux de M. J. Guerin, qui ont de nos jours fait valoir les résultats si promptement avantageux des plaies sous-cutanées, M. Velpeau pensa que pratiquer les scarifications à l'intérieur du sac herniaire et du canal inguinal au moyen d'une incision extérieure si petite qu'elle ne permît que l'introduction d'un instrument très fin, serait offrir à cette méthode toutes les ressources possibles pour un complet succès.

Résolu à en faire l'expérimentation, qui était d'ailleurs à l'abri de tout danger autant que nul autre moyen, voici comment M. Velpeau y a procédé ces jours derniers pour la première fois. Le malade étant couché sur le dos, et les intestins refoulés facilement du canal inguinal dans l'abdomen, le chirurgien a insinué son doigt indicateur dans l'ouverture libre du canal, et, l'y ayant fait pénétrer le plus possible, à défaut d'instrument plus commode pour maintenir l'écartement de ses parois, il s'est servi d'une spatule qui a été poussée par un aide au même point d'introduction que son doigt, puis basculée en haut et en dehors, tandis que le doigt retenait en arrière et en dedans le cordon testiculaire sur la paroi correspondante du canal; ayant passé la pointe d'un instrument en fer de lance dans l'angle d'ouverture formé par la spatule et le doigt, une véritable ponction a fait pénétrer le tranchant dans la cavité du péritoine, au milieu du canal inguinal. Les scarifications ayant été faites en dedans sur la paroi antérieure ou supérieure et externe, jusqu'à l'orifice intérieur du canal inguinal, l'instrument a été retiré par la petite incision cutanée, sans qu'il en résultât, comme d'habitude, le moindre écoulement de sang.

Là se borne le procédé opératoire qui, comme on le voit, est extrêmement simple et facile; comme moyen auxiliaire pouvant encore mieux faciliter et garantir la guérison, M. Velpeau a fait faire l'application momentanée d'un bandage qui empêche les viscères de retomber dans le canal, et il a été heureux que M. Fournier ait bien voulu mettre à sa disposition un de ses appareils les plus sûrs et les plus commodes qui existent, pour exercer sur l'anneau intérieur du canal la compression qui était nécessaire dans ce cas, essentiellement sur ce point.

Nous sommes impatient maintenant de voir le résultat avantageux qu'on est en droit d'attendre; de savoir si le succès sera prompt, et quel degré de certitude il offrira pour qu'on puisse croire à la guérison radicale; nous ne désirons pas moins que d'autres occasions viennent donner matière à de nouvelles épreuves; nous tiendrons avec soin nos lecteurs au courant de tout ce que nous saurons à ce sujet.

Inutile de dire qu'aucune espèce d'accidens n'a suivi l'opération; le malade est comme s'il ne l'avait pas subie, et comme s'il portait un simple bandage.

L..... E.

HOPITAL DES ENFANS. — (Chirurgie.)

M. GUERSANT FILS.

Pieds-Bots.

On se rappelle qu'Elisabeth Vicet, âgée de trois ans, couchée au n° 9 de la salle Sainte-Thérèse, entrée à l'hôpital pour deux pieds-bots équins compliqués de varus, a été opérée par M. Guersant le 21 mai, du côté gauche seulement, et d'après le procédé de M. Bouvier. On doit aussi se rappeler qu'on lui appliqua des bottines mécaniques. Au 2 juin, le pied était revenu dans une position à peu près normale; mais à partir du 15, les phlyctènes qui se formèrent sans cesse sur le pied, vinrent entraver l'emploi de la bottine, bien que celle-ci fût journellement appliquée par le bandagiste lui-même. L'obligation dans laquelle on se trouvait placé de serrer fort peu l'appareil, faisait perdre au pied le peu qu'il avait d'abord gagné; et il revenait tellement à sa première position, que M. Guersant pensa un instant revenir à une nouvelle section. Sur l'avis de M. Bouvier, on insista sur l'usage de la bottine. Enfin, à partir du 22, le retour de nouvelles phlyctènes détermina M. Guersent à ne se servir que de l'appareil de Dupuytren, dans l'espoir de parvenir à son but, sans déterminer aucun accident; et depuis quatre jours que ce simple appareil est appliqué et renouvelé chaque matin, les phlyctènes ont disparu, et le pied reprend une bonne direction.

Tumeur composée.

Au n° 10 de la même salle, se trouve la nommée Marie-Thérèse, âgée de de cinq ans et demi, essentiellement scrofuleuse. Entrée le 15 juin, elle présentait au côté gauche, à quelques lignes du sein, une tumeur du volume d'un œuf ordinaire, aplatie d'avant en arrière, et dont le grand diamètre était perpendiculaire. Incolore, irrégulière, bossuée, sans fluctuation, de densité différente suivant les points que l'on touchait, mobile, glissante sous le

doigt, elle paraissait adhérer à la peau par son centre, où l'on remarquait une légère dépression. On diagnostique une tumeur composée.

L'opération a eu lieu le 18 de ce mois. On incisa la tumeur sur la ligne médiane de bas en haut, et l'on employa les ciseaux courbes pour reséquer ses adhérences avec le tissu cellulaire sous-jacent. A la peau peu d'écartement ; pas de ligature ; pansement avec bandelettes agglutinatives.

Lorsque l'on examina la tumeur, on la trouva formée de plusieurs petits kystes agglomérés, et remplis d'un liquide séro-sanguinolent écoulé en partie pendant l'opération ; au centre existait un kyste de la grosseur d'une noisette, à parois indurées et comme squirrheuses.

Jusqu'aujourd'hui, l'état de la malade est satisfaisant ; il n'y a eu qu'un léger mouvement fébrile ; pas d'érysipèle ; à peine de suppuration. Ce matin, les deux bords de la plaie sont réunis ; on enlève les bandelettes.

M. Guersant fait remarquer que le premier jour la malade a été pansée à l'eau froide, et dépansée le lendemain de l'opération ; méthode qu'il n'a jamais négligée d'employer depuis environ dix ans, dans toutes les opérations qu'il a pratiquées.

Carie du deuxième orteil ; désarticulation.

Entré le 9 juin pour une carie du deuxième métatarsien opéré le 1 , le nommé Poitevin, qui est au n° 23 de la salle Saint-Côme, n'a eu de la fièvre qu'un seul jour ; pas d'érysipèle, pas d'inflammation ; la suppuration peu abondante. Les bords de la plaie sont réunis par première intention.

Nous ferons ici la même remarque au sujet du pansement à l'eau froide.

Bec-de-lièvre congénial simple.

Le 16 juin, est entrée au n° 15 de la salle Sainte-Thérèse, Anisse Benoît, âgée de quatre ans et demi, d'une santé parfaite. Elle porte à la lèvre supérieure un bec-de-lièvre opéré sans succès en juillet 1837. Celui-ci est congénial et simple ; il occupe le côté gauche de la ligne médiane ; la fente comprend la totalité de la lèvre en hauteur, et vient s'ouvrir dans la narine. Les bords libres de la division sont arrondis, lisses, à bourrelet saillant, formant entr'eux un triangle dont le sommet, tronqué et arrondi, a quatre lignes de largeur, et dont la base a dix lignes. L'aile gauche du nez est aplatie d'avant en arrière, et fortement tiraillée en dehors. Le bord alvéolaire est divisé sur la ligne médiane, dans un espace transversal de six lignes ; cette division se prolonge jusqu'au voile du palais, qui lui-même est séparé en deux parties inégales. A la naissance, cet écartement était de dix lignes à peu près.

La sputation est difficile, la parole à peine articulée, et la déglutition n'est pas trop gênée, malgré la fissure de la voûte palatine.

On emploie pour opérer de forts ciseaux ; on commence par détacher le repli muqueux qui unit de chaque côté la lèvre au bord alvéolaire ; puis on avive de bas en haut les bords de la division, qui sont ensuite rapprochés au moyen de deux épingles d'argent terminées par un fer de lance mobile, maintenues en place par la suture entortillée. On applique le bandage de J.-L. Petit, que l'on fait coudre au serre-tête.

Bec-de-lièvre congénial simple.

Gusteve Richer, âgé de huit ans, couché au n° 10 de la salle Saint-Côme, a été aussi opéré sans succès à l'âge d'un mois, pour un bec-de-lièvre congénial simple situé à gauche, sous la narine correspondante. La fente ne prend point toute la hauteur de la lèvre ; à la partie supérieure de cette dernière, il existe un prolongement de la peau qui unit les deux bords de la division ; ceux-ci, par leur écartement, laissent voir la deuxième incisive, la canine et la première molaire. On ne remarque point qu'il y ait un sillon creusé sur le bord alvéolaire supérieur. Le triangle formé par les bords libres de la fente présente une base qui n'excède pas huit lignes. On pratique l'opération comme pour la précédente.

Ici, dans l'espérance d'avoir moins d'inflammation, M. Guersant voulut remplacer les épingles ordinaires par les épingles à insectes ; mais leur faiblesse et la densité du tissu en rend l'emploi impossible.

Hydrocèle simple.

Au n° 24 de la même salle est couché Joseph Aumann, âgé de quatre ans. Il présente dans le côté gauche du scrotum une tumeur qui offre tous les caractères d'un hydrocèle acquis et non congénial ; et, effectivement, la pression exercée sur le scrotum n'en fait point rentrer le liquide dans l'abdomen. La ponction avec un petit troquart amène au-dehors deux cuillerées de sérosité jaune citrin, sans mélange d'aucune matière. On n'injecte aucun liquide. M. Guersant a déjà vu plusieurs cas de guérison chez des enfans par la simple ponction. C. T.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lugol.

Conférences cliniques sur les maladies scrofuleuses.

DE LA SCROFULE CATARRHALE (Septième et huitième leçons.)

Bronchite. Les enfans scrofuleux s'enrhument souvent, quelques-uns sont toujours enrhumés, ou bien, quand ils s'enrhument, c'est pour long-temps ; il en est encore qui ont autant de rhumes que d'autres ont d'ophthalmies ; chez d'autres enfin, la toux persiste jusqu'à la puberté, époque à laquelle la tuberculisation s'effectue.

Quelquefois, l'enfant tousse et crache beaucoup, puis il est pris d'ophthalmie ; ou bien encore, étant atteint de cette dernière, la maladie passe tout-à-coup dans les bronches, et alors il survient une toux fréquente et un crachement abondant. D'autres fois, enfin, et ceci s'observe fréquemment, la bronchite catarrhale se combine à plusieurs autres maladies, et beaucoup d'enfans présentent simultanément une bronchite, un coryza, une ophthalmie, une otite catarrhales, auxquels s'ajoute une céphalalgie frontale, indice de la participation de la membrane muqueuse des sinus frontaux à l'état catarrhal. En un mot, tout le système muqueux est pris.

L'expectoration bronchique présente des recrudescences et des rémissions ; et l'on voit à cet égard se reproduire des phénomènes analogues à ceux que nous avons signalés pour l'écoulement puriforme de l'ophthalmie. C'est ici que nous devons étudier les rapports qui existent entre la bronchite catarrhale et les tubercules pulmonaires. Sous ce rapport, nous voyons encore se reproduire des phénomènes analogues à ceux sur lesquels nous avons insisté en parlant de la scrofule tuberculeuse et de l'ophthalmie. Ainsi, un enfant a des ophthalmies depuis dix ans, puis alors une génération tuberculeuse venant à s'accomplir au cou, l'ophthalmie disparaît pour ne plus revenir. Il en est de même de la bronchite, et la scrofule catarrhale des bronches peut être remplacée par une affection tuberculeuse du poumon. Ces phénomènes sont très communs.

Je crois, pour mon compte, que l'affection catarrhale des bronches est supprimée par la génération tuberculeuse qui s'effectue au sein du parenchyme pulmonaire. Il y a alors transformation, changement de forme. Aussi à cette époque, la toux cesse temporairement dans la majorité des cas ; et lorsqu'il n'en est point ainsi, il faut attribuer sa persistance à ce que la scrofule tuberculeuse du poumon et la scrofule catarrhale des bronches marchent en même temps et d'un pas égal.

Catarrhe intestinal. Il est des enfans qui ont la muqueuse du canal intestinal dans des conditions pathologiques analogues à celles de la conjonctive chez ceux qui sont affectés d'ophthalmie. D'où résulte une blennorrhée qui peut prendre toutes les nuances qu'elle est susceptible de nous présenter dans cette dernière affection, dans la bronchite, l'olite, etc. Mais les conséquences du catarrhe intestinal sont autrement graves que celles des maladies qui précèdent ; car, en effet, ici la nutrition se trouve arrêtée dans sa source : les enfans ne peuvent pas bien se nourrir ; l'appétit est nul ou irrégulier ; quelquefois, au contraire, il est insatiable. Mais ces enfans, dont on ne vient jamais à bout, pour ainsi dire, de ratisfaire la faim, qui mangent sans cesse, ne profitent pas. C'est un faux appétit, que celui par lequel ils sont tourmentés, qui est loin de résulter d'un véritable besoin de réparer les pertes effectuées ; partant le tube digestif n'est aucunement préparé pour le travail de la digestion, et celle-ci s'accomplit avec des coliques, du malaise, et les alimens ne sont pas convenablement élaborés.

Alors les enfans deviennent paresseux, nonchalans et se tiennent mal sur leurs jambes. Vous rencontrez ici encore les mêmes phénomènes que nous avons indiqués exister chez les enfans affectés d'ophthalmie qui fuient la lumière, évitent l'exercice, etc.

Je suis sûr qu'il est des enfans qui naissent avec cette affection catarrhale du tube digestif, comme il en est qui naissent avec des ophthalmies, des otites, etc. C'est pour ces enfans que trop souvent on invoque une mauvaise lactation, pour expliquer la présence des accidens actuellement existans. D'autres fois on les attribue à ce que l'enfant a été sevré trop jeune ou avec trop peu de ménagement. Au demeurant, la conduite à suivre, en présence de tels faits, est très souvent du monde la chose la plus difficile. Cette tâche est hérissée des plus grandes difficultés ; car l'enfant est scrofuleux et sa maladie est la seule cause des désordres existans, qu'il faut cesser d'attribuer aux conditions au milieu desquelles il est élevé.

La durée de cet état catarrhal du tube digestif, est analogue à celle des affections de même nature que nous venons d'étudier. Sa marche également, loin d'être continue, ne marche que par des recrudescences qui alternent avec des rémissions dont la durée est variable.

On trouve d'ailleurs le témoignage de la nature scrofuleuse du catarrhe intestinal, dans l'existence d'accidens scrofuleux chez les parens du petit malade qui sont ordinairement atteints soit d'ophthalmie, d'otite, de bronchite, de blénorrhée, etc. Des fois, enfin, on trouve dans la famille des individus affectés de la même maladie. Il y a dix ans que je fus consulté pour un enfant âgé de sept ans qui n'avait pas d'appétit, était tourmenté par des coliques sourdes, n'offrait pas de régularité dans ses digestions, avait des selles tantôt liquides, tantôt présentant des matières non élaborées, états qui alternaient d'ailleurs assez souvent avec une constipation opiniâtre. Cet enfant avait la figure pâle, il était faible, nonchalant, il ne parlait presque jamais, refusait de se lever, et quand cela lui arrivait il ne bougeait presque pas de son séant. Nous trouvâmes dans la famille de cet enfant une petite sœur qui était affectée d'ophthalmie catarrhale et en même temps de catarrhe intestinal. Alors nous n'hésitâmes pas à considérer l'affection intestinale de cet enfant comme étant de même nature que celle de sa sœur, et, au lieu d'avoir recours aux sangsues, nous employâmes avec modération une médication tonique qui nous réussit complètement. Cet enfant n'a jamais eu depuis de symptôme scrofuleux, quoique, en grandissant, il ait contracté la fâcheuse habitude de la masturbation.

Chez un autre enfant, la maladie catarrhale du tube digestif commença par une bronchite. Cet enfant eut trois recrudescences, dont chacune l'avait jeté dans un état de faiblesse extrême. A la quatrième recrudescence, l'affection catarrhale se porta successivement sur les bronches, sur les voies digestives et enfin sur les yeux, et l'ophthalmie se termina par un staphylôme énorme, dernier symptôme de la maladie, qui se termina par résolution sous l'influence du traitement général et sans opération chirurgicale.

Leucorrhée. Cette affection est très commune. Beaucoup de petites filles en sont atteintes en naissant, et elles y sont sujettes au milieu des meilleures conditions de la vie. Je ne m'arrêterai pas à vous dire que cette affection s'aggrave par les temps humides, et qu'elle varie sous l'influence des mêmes causes qui font varier l'ophthalmie, l'olite, etc.

Les lumières du diagnostic se tirent principalement des antécédens, des accidens concomitans ; et en leur absence, chez les petites filles, de l'existence des symptômes scrofuleux chez les parens. K.

Errata. Dans le n° du 16 juin, cinquième leçon de M. Lugol, au lieu des tubercules de l'oreille, lisez *de l'ovaire*. Et plus loin, à l'occasion des tubercules des vaisseaux : « M. Lugol a cité un cas de formation de tubercules dans le sang veineux ; ces productions, au nombre de dix, s'étaient développées dans les veines iliaques externe et interne, et dans la fin de la crurale. Les tubercules étaient nés dans le sang veineux, qui leur formait une espèce d'enveloppe, laquelle les séparait de la surface interne des veines. »

Jamais M. Lugol n'a vu les tubercules perforer les parois des vaisseaux et verser de la matière tuberculeuse dans le sang.

Quatre observations d'hémorrhagie utérine après l'accouchement, arrêtée par la compression de l'aorte abdominale; par MM. les docteurs Duchesne-Duparc, Braive, Larbaud et Payen, médecins à Paris.

Première observation. (M. Duchesne-Duparc.)

Au mois de novembre 1833, époque où j'étais élève interne à l'hôpital Saint-Louis, je fus appelé pour une femme qui se trouvait dans la salle des femmes en couches, et qui, aussitôt après l'accouchement, fut prise d'une hémorrhagie considérable : voici dans quelles circonstances.

Après la naissance d'un enfant volumineux, l'expulsion du délivre ne fut suivie que d'une petite quantité de sang ; trois quarts d'heure après, on vint me prévenir que l'accouchée avait une perte de sang. En effet, je la trouvai pâle, tremblante et baignée dans son sang : les matelas en étaient traversés, et de plus, on en voyait, sous le lit, une assez grande quantité. Le pouls était faible, et l'utérus à peine revenu sur lui-même.

Je fis aussitôt coucher la femme horizontalement, et j'employai les affusions d'eau froide, l'introduction de la main dans l'utérus, puis celle d'un citron dépouillé de son écorce. L'hémorrhagie ne cessa pas. Ce fut alors que je me rappelai la compression de l'aorte abdominale, conseillée par M. L. Baudelocque ; je ne balançai pas à l'employer, et le résultat fut des plus rapides et des plus heureux. Dix minutes après, les accidens avaient disparu, et l'utérus était revenu sur lui-même. J'ai continué la compression de l'aorte pendant vingt minutes environ.

Je dois ajouter qu'aucun accident n'est survenu pendant les couches, mais que l'accouchée fut long-temps à reprendre ses forces.

Deuxième observation. (M. Braive.)

Le 5 septembre 1836, une dame âgée de trente-quatre ans, grande, forte et bien constituée, accoucha naturellement après quelques heures de douleurs ; vingt minutes environ après la naissance de l'enfant, quelques coliques eurent lieu, et le placenta entier fut chassé au-dehors. Je crus, quelques instans après, sentir, malgré l'embonpoint de l'accouchée, l'utérus dur et contracté ; je me disposais à faire porter l'accouchée dans son lit, lorsqu'elle me dit qu'elle se sentait défaillir. En effet, son visage était devenu pâle, son pouls vif et intermittent, sa peau froide et légèrement humide de sueur. Je palpai le ventre avec plus d'attention, et je reconnus facilement que l'utérus, mou et distendu, remontait jusqu'au niveau de l'ombilic. Je me hâtai d'introduire la main dans la cavité de cet organe, et fis l'extraction d'une grande quantité de caillots. J'appliquai sur le ventre des serviettes imprégnées d'eau froide vinaigrée ; j'administrai en deux doses très rapprochées trente grains de seigle ergoté. Pendant quelques instans, l'utérus me sembla revenir sur lui-même, mais cet espoir fut de courte durée, et, malgré la persévérance des moyens ci-dessus indiqués, l'utérus se remplit de nouveau, et les symptômes généraux (syncope, refroidissement des extrémités, petitesse et irrégularité du pouls) augmentèrent d'une manière effrayante : alors je fis demander mon confrère, M. le docteur Lesaulnier. Après l'avoir instruit des accidens qui étaient survenus et des moyens que j'avais employés, je fis de nouveau l'extraction de caillots ; une main dans la cavité de l'utérus et l'autre sur les parois abdominales, je cherchai à exciter l'organe et à déterminer

des contractions. M. Lesaulnier me proposa alort d'essayer la compression de l'aorte tout en continuant l'usage des autres moyens. L'état de la malade ne nous laissait plus d'espoir, et nous l'avions dit à son mari. Nous éprouvâmes d'abord quelques difficultés à trouver l'aorte, à cause de l'épaisseur des parois abdominales ; mais enfin nous parvînmes à la sentir bien distinctement. Pendant que M. Lesaulnier comprimait cette artère, j'explorai avec soin le pli de l'aine de chaque côté, et ne découvris aucun battement des artères fémorales. Pendant la première heure, l'utérus n'augmenta pas bien certainement de volume, mais il formait toujours une tumeur molle et complètement insensible à des pressions énergiques. Nous continuâmes ainsi la compression de l'aorte pendant près de trois heures. Ce temps écoulé, l'utérus était devenu dur en sensible au palper à travers les parois du ventre. Je fis encore continuer pendant cinq ou six heures les applications froides. Vers minuit (l'accouchement avait eu lieu à une heure de l'après-midi), le visage se colora, le pouls, quoiqu'encore très faible et mou, était devenu régulier, la température de la peau bonne ; la faiblesse, suite de la perte de sang, se prolongea assez long-temps, et ne céda qu'à l'usage soutenu d'une nourriture fortifiante.

Troisième observation. (M. Larbaud.)

Au mois d'août 1836, étant à ma campagne, dans le département de l'Allier, un cultivateur vint me prier de donner mes soins à sa femme, qui, dit-il, se mourait Je me rendis immédiatement auprès d'elle : c'était une femme de quarante-cinq ans environ, d'une forte constitution. La perte de sang qu'elle éprouvait depuis plusieurs jours, et qui provenait sans doute d'une fausse-couche, ne l'avait pas empêchée de se livrer aux travaux des champs ; mais quand j'arrivai près d'elle, elle avait une perte de sang tellement copieuse, que le pouls était à peine sensible ; ses lèvres étaient pâles, ses yeux caves ; elle ne répondait plus aux questions qu'on lui adressait ; enfin elle présentait l'aspect d'un cadavre. Je me rappelai alors que M. L. Baudelocque avait, en pareil cas, employé la compression de l'aorte abdominale, je me décidai à l'opérer de suite. Un quart-d'heure après la malade avait recouvré un peu de forces, et me dit qu'elle ne perdait presque plus de sang. Me trouvant alors malade et dans l'impossibilité de continuer la compression de l'aorte, je me fis suppléer par le mari de cette femme ; mais la compression qu'il exerçait était douloureuse ; alors je la fis de nouveau aussi long-temps que cela me fut possible : elle dura deux heures. Trente heures après la malade eut quelques vomissemens ; mais, du reste, les suites de couches furent heureuses. Cette femme reprit ses travaux un mois après.

Je pense que cette malade aurait succombé si je n'avais appris que M. Baudelocque avait exercé avec succès la compression de l'aorte, dans des cas où la vie des femmes accouchées était en grand danger.

Quatrième observation. (M. Payen.)

Une dame primipare, de faible constitution, réglée tard, difficilement, et après l'usage des ferrugineux, ayant conservé une menstruation irrégulière, accoucha naturellement le 11 décembre 1838. La délivrance fut spontanée ; peu d'instans après, hémorrhagie externe et interne, affaiblissement, position inclinée du siége vers les épaules, applications froides, introduction de la main pour déterminer les contractions utérines et enlever les caillots. L'inertie persiste, la perte continue, et de temps en temps l'utérus se contracte passagèrement, et lance un jet énorme ; syncopes, pâleur extrême, pouls filiforme. tintemens d'oreilles, etc. Compression de l'aorte environ un quart d'heure après le commencement de l'hémorrhagie ; engourdissement des membres abdominaux, absence de pulsations aux artères crurales. Deux prises, de 12 grains chaque, de seigle ergoté. Après une demi-heure, le mari me remplace dans la compression ; l'hémorrhagie reparaît. Je comprime de nouveau, elle cesse pour reparaître, lorsque le mari essaie encore de me suppléer. Enfin, après avoir comprimé trois heures, donné du bouillon et du vin à la malade, je cesse la compression, et j'applique sur l'utérus des serviettes ployées, soutenues par un bandage de corps très serré ; l'hémorrhagie ne se renouvelle pas.

Une heure après, M. L. Baudelocque voit l'accouchée ; il est d'avis d'enlever l'appareil de compression, ce qui est fait ; conseille de donner un lavement de bon vin : l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

Les suites de couches ont été naturelles ; cette dame est parfaitement rétablie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 14 juillet.

M. le président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses membres correspondans, le docteur Grœfe, de Berlin.

M. Gueneau de Mussy dépose sur le bureau, pour être inséré dans le Bulletin de l'Académie, un tableau relatif aux revaccinations pratiquées par M. Manière à l'hospice des Sourds-Muets. Il résulte de ce travail, que les revaccinations ont réussi dans la proportion d'un huitième. Ce qu'il y a de plus remarquable en cela, c'est que chez plusieurs enfans qui avaient eu la petite vérole, et dont ils portaient des marques non équivoques, les revaccinations ont également pris et les boutons parcouru leurs périodes comme chez les autres.

M. Desportes lit un rapport verbal sur un travail de M. Pallas, membre correspondant à Saint Omer, relatif aux maladies des pays chauds, dont la source est dans l'absorption des miasmes. Le rapporteur termine en proposant à l'Académie de remercier M. Pallas, et de nommer une commission permanente qui serait chargée d'examiner la composition physico-chimique des miasmes qui s'exhalent de différentes localités du sol de la France, et à laquelle seraient alloués des fonds pour faire face aux frais des expériences et des voyages.

M. Dupuy appuie cette proposition. On s'imagine à peine, dit-il, les immenses marécages qui existent en France et les épizooties funestes qu'ils produisent.

M. Pelletier approuve la proposition de M. Desportes, mais il pense qu'il serait plus convenable que l'Académie en fît le sujet d'un prix à décerner au concours.

M. Chervin rappelle que Thouvenel s'était déjà occcupé de ce sujet, en faisant des espèces de marais artificiels autour desquels il faisait habiter des animaux divers, qui devenaient malades et mouraient plus ou moins promptement. Tout en appuyant la proposition de M. Desportes, M. Chervin pense que le but serait mieux atteint si l'Académie nommait des commissions parmi les membres correspondans qui habitent les lieux où l'on rencontre les miasmes. On aurait de la sorte un ensemble de travaux d'observateurs permanens dont le résultat pourrait être beaucoup plus important que celui que présenterait une seule commission ou un seul observateur auquel un prix serait adjugé.

M. Londe rappelle que l'Académie a été saisie d'un travail adressé par le ministre, relatif à la composition de l'air miasmatique dans différentes localités de France, et qu'une commission a été nommée pour en faire un rapport.

M. Boullay propose que la question soit renvoyée au conseil d'administration pour en faire un rapport à l'Académie. (Adopté.)

— *M. Gerdy* lit un travail sur la vision distincte et sur la vision confuse. Le point capital est que la vision distincte ne peut s'exercer que dans un espace excessivement limité ; tandis que la vision confuse s'exerce sur une grande surface, et cette vision confuse n'est pas moins utile à l'intelligence que la vision distincte.

M. Rochoux n'adopte pas l'opinion de M. Gerdy sur la vision distincte. Selon lui, Descartes, qui l'avait avancée le premier, s'était trompé, vu que la vision distincte s'exerce sur de surfaces très étendues et non sur un point mathématique.

M. Gerdy donde de plus amples détails sur l'idée de son travail et fait voir qu'elle diffère de celle de Descartes ; il cite des exemples pour faire mieux comprendre ce qu'il entend par vision distincte et par vision confuse.

— *M. Malgaigne* lit un travail critique sur les idées généralement admises concernant l'étranglement herniaire. L'auteur soutient que les chirurgiens se sont trompés en admettant un étranglement dans l'anneau ; selon lui, l'étranglement serait toujours dans le collet du sac.

— *M. Huguier* lit les conclusions d'un long mémoire relatif à la syphilis chez la femme enceinte et chez la nouvelle accouchée. L'auteur soutient, en s'appuyant sur des faits, que le traitement mercuriel, surtout à l'aide du sublimé, produit fort souvent l'avortement ou l'accouchement prématuré, tandis que le traitement non mercuriel ne détermine que fort rarement cet accident. Les frictions mercurielles, au reste, lui paraissent moins dangereuses que le sublimé, sous ce rapport.

— *M. Bouvier* présente un foie gras, dont une partie lui a fourni une énorme quantité de graisse à l'aide de l'ébullition ; cette graisse s'est solidifiée dans un pot où elle avait été décantée et qu'il présente à l'Académie.

M. Bricheteau présente plusieurs pièces pathologiques préparées d'après le procédé de M. Thibaut, relatives à un cas de dysphagie et de dyspnée dépendant de la présence d'une tumeur cancéreuse formée derrière le pharynx, et qui comprimait cet organe et la glotte à la fois. Il s'agit d'un militaire âgé de cinquante ans, soldat depuis vingt ans, n'ayant jamais eu la vérole. Il s'était toujours bien porté jusqu'au mois de janvier 1840, lorsqu'il a été saisi de mal à la gorge et de difficulté dans la déglutition, après s'être exposé au froid. Il entra à l'hôpital Necker le 15 mai dernier ; le larynx est gonflé, douloureux ; déglutition difficile ; rien d'apparent dans l'arrière-bouche ; voix rauque ; presque aphone ; respiration faible, tuberculeuse. La dysphagie et la dyspnée sont progressifs ; symptômes de suffocation. On pratique la trachéomie le 15 juin ; soulagement. Mort trois jours après.

A l'autopsie, la muqueuse trachéale était saine, la glotte et le pharynx étaient aplatis et obstrués par l'action compressive de la tumeur. Celle-ci a le volume d'un citron, est située à gauche et en arrière du pharynx ; sa substance est mollasse et offre une couleur marron, tirant sur le verdâtre.

M. Thierry lit une note sur une pièce pathologique qu'il a présentée.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les prix de vaccine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. FOUQUIER. — Séance du 4 juin 1840.

Le fauteuil est occupé par M. Emmanuel Rousseau.

M. Tanchou entretient la Société de l'ulcération du col de l'utérus, et de l'emploi des pessaires isolateurs du vagin pour empêcher le contact du col avec les matières muqueuses qui le baignent ordinairement. Quand on touche les femmes debouts, dit M. Tanchou, on trouve, chez presque toutes, la matrice antéversée ; le col de cet organe appuie plus ou moins fortement sur le périnée ou le rectum, et son fond pèse sur la vessie ou contre le canal de l'urètre ; il en est à peu près de même quand elles sont couchées. Quand on les examine au spéculum, le vagin se déroule au-devant de cet instrument ; mais on ne trouve pas toujours de suite le museau de tanche qui est presque toujours tourné en arrière ou touche la paroi antérieure du vagin, d'autant plus que sa lèvre antérieure est souvent gonflée et s'avance de manière à le couvrir ; quand on le découvre, il est rouge, excorié ; et si la femme a des flueurs blanches, il en est couvert, il est même baigné dans une petite cavité qu'il s'est creusé dans la paroi antérieure du rectum. D'après cela, il a pensé, qu'abstraction faite des causes qui augmentent le volume et le poids de la matrice et de certaines inflammations, on pouvait regarder la plupart des rougeurs, des excoriations, des ulcérations que l'on trouve sur le museau de tanche comme le résultat : 1° de la compression du col utérin sur les parties environnantes ; 2° du contact d'un liquide où il se trouve souvent plongé, macéré, d'autant plus que ce liquide est plus ou moins caustique selon le degré d'inflammation qui le détermine, et dont les ulcérations, d'après lui, sont souvent la cause et le produit. Ce qui le prouve, c'est que lorsqu'on parvient à engager le museau de tanche dans le cercle du spéculum, il pâlit ; quand on l'essuie et qu'on le laisse un instant au contact de l'air, il se ride à mesure qu'il se dessèche ; ce qui ne peut être attribué, d'une part, qu'à la soustraction de la compression, et, de l'autre, à l'absence d'un liquide plus ou moins irritant dont il vient d'être parlé.

Partant de cette idée fondamentale, M. Tanchou a pensé qu'en soutenant l'utérus d'une part et de l'autre, en le débarrassant le plus souvent possible de ce liquide, on parviendrait facilement à guérir la plupart des ulcérations du col utérin. C'est en effet ce qu'il a souvent observé ; il lui a suffi de recommander de faire des injections fréquentes ; la femme étant couchée, pour voir disparaître ces érosions. Dans d'autres cas, il se sert de gâteaux de charpie ou de coton qu'il interpose entre le col et les parois du vagin ; d'autres fois, il fait usage de pessaires, et il place le col utérin dans son centre, de manière qu'il s'y engage, mais non qu'il le traverse, dans la crainte qu'il n'aille frotter encore contre la paroi du vagin. Par ces espèces de pansemens, M. Tanchou a obtenu des succès nombreux et inespérés.

Ces éponges et ces tampons doivent être humectés de divers liquides ou roulés dans des poudres médicamenteuses ; les pessaires doivent varier de forme et de volume suivant les cas.

M. Puzin a remarqué la même influence fâcheuse qu'exerçait le contact du col de l'utérus sur la paroi inférieure du vagin ; aussi a-t-il, pour remplir la même indication que conseille M. Tanchou, porté sur le col, au moyen du spéculum, de la charpie anglaise enduite de digestif avec addition de baume du Pérou pulvérisé. Il ajoute qu'un médecin a imaginé d'isoler le col utérin des parties voisines avec une vessie remplie d'air. Presque tous les médecins ont abandonné l'usage du pessaire, qui est un corps étranger souvent nuisible ; aussi, pour soutenir la masse des intestins qui pèsent sur l'utérus, M. Bienaimé a-t-il imaginé une ceinture hypogastrique composée d'une plaque échancrée qui vient s'appliquer immédiatement au dessus du pubis et d'un cercle en acier qui prend son point d'appui sur les os des hanches.

M. Puzin dit avoir dilaté le col utérin avec l'éponge préparée pour faciliter la ligature des polypes.

M. Guersant fils n'emploie pas dans les maladies du col de l'utérus, le traitement préconisé par M. Lisfranc : la saignée n'est mise en usage que quand il y a une indication particulière à remplir. Les injections toniques lui réussissent ; le repos absolu comme la fatigue sont également nuisibles. L'isolement est utile en ramenant le col en avant ; il l'obtient au moyen d'un petit tampon de coton. Le pessaire ramène bien le col en avant, mais quelquefois il ne peut pas être supporté. L'éponge réussit assez bien. Quant à la ceinture dont a parlé M. Puzin, elle a été utile deux fois sur trois cas qu'il a eu occasion d'observer.

M. Pedelaborde répond que la saignée est généralement utile. Il demande si les mucosités dans lesquelles baigne le col utérin ne sont pas le résultat de la sub-inflammation, et alors les ulcérations ne seraient que secondaires. Sur neuf malades qu'il a observés, sept éprouvèrent après la saignée une congestion cérébrale qui lui semble alors pouvoir être utile. Il a, dans sa clientelle, deux autres cas dans lesquels ce moyen a réussi. Il ajoute que la saignée est utile, surtout en régularisant la menstruation. Le repos est utile pour combattre l'antéversion de l'utérus, et pour faciliter le séjour des injections dans le vagin. En réponse à ce qu'a avancé M. Tanchou, que les ulcérations sont souvent causées par l'immersion du col dans les matières muqueuses, M. Pedelaborde cite les femmes chlorotiques qui ont des leucorrhées abondantes sans déterminer d'ulcérations.

M. Sorlin dit avoir vu M. Lisfranc déroger à son système de traitement dans une circonstance particulière. Le repos, la saignée, lui ont paru surtout soulager les malades.

M. Tanchou ne prescrit pas la saignée, mais il discerne les cas où il y a congestion, car alors elle est utile. La ceinture est un excellent moyen quand elle est opportune ; lorsque les hanches sont larges, que la femme a eu beaucoup d'enfans, qu'elle a l'habitude de se serrer, que les parois abdominales sont lâches, il faut que cette ceinture ait de trois à quatre pouces de hauteur, qu'elle soit placée très bas et qu'il y ait antéversion et non pas prolapsus.

M. Guersant fils ajoute que la saignée est l'exception et que souvent les bains froids, sulfureux, le régime tonique, les injections de même nature et la cautérisaton, souvent avec le nitrate d'argent seulement, et quelquefois mais rarement avec le nitrate acide de mercure. sont les meilleurs moyens de combattre les ulcères du col de l'utérus.

M. Nauche annonce que les fièvres éruptives existent en grand nombre dans cette saison. Il a combattu avec avantage la toux, qui est leur compagne ordinaire, par des boissons adoucissantes, des cataplasmes sinapisés, quelquefois par des vomitifs. La roséole a présenté les mêmes symptômes que la rougeole ; mais son éruption ne persiste pas aussi long-temps, et elle n'est point compliquée de symptômes cérébraux ni de mal de gorge.

M. Masson a eu occasion de voir plusieurs varioles, entre autres chez une jeune fille qui pendant une longue route fut prise dans la voiture d'une éruption qu'elle chercha à repousser par des lotions froides. Arrivée à Paris, elle continua la même imprudece, et, malgré tout, elle guérit parfaitement. Il cite un autre cas survenu chez une nouvelle accouchée qui fut prise de fièvre et bientôt après d'une variole confluente compliquée d'accidens cérébraux fort graves. Il a aussi remarqué dans le poumon un râle muqueux et même sous-crépitant ; la malade présente encore une aphonie complète. Malgré le soin qu'on a pris de vacciner de suite son enfant, le quatrième jour l'éruption variolique s'est manifestée, et la mort est survenue quelques jours après.

A l'occasion des maladies régantes, M. Sorlin cite un cas fort curieux de grippe, accompagnée d'une irruption d'érithèmes qui, chaque soir, au moment des quintes de toux, apparaissaient larges et d'une vive coloration sur quelques parties du tronc d'une dame de soixante-sept ans. Le lendemain matin il n'y avait plus de rougeur et à peine de la fièvre. Ce genre d'alternatives, qui n'étaient pourtant pas de l'intermittence au point de constituer une fièvre de ce nom, a fini au vingt-huitième jour par un léger flux de sang intestinal précédé et accompagné de coliques atroces et suivi pendant quelques jours des accidens ordinaires à l'entérite, après quoi tout fut fini. M. Sorlin a surtout cité ce fait comme un exemple d'une prédisposition remarquable aux maladies régnantes, car il ne se manifeste pas à Paris une maladie tant soit peu populaire, sans que cette dame n'en subisse l'influence. A cette époque il régnait non seulement des grippes, mais encore en abondance des maladies éruptives ; cette dame avait eu il y a long-temps et la rougeole et la scarlatine ; il lui fallait apparemment une autre éruption pour lui tenir lieu de celles que l'atmosphère répandait avec profusion dans Paris, et cette éruption a consisté dans un exathème.

Pour extrait conforme : Le secrétaire annuel, DUHAMEL.

Observation d'adhérence contre nature du placenta à l'utérus; décortication partielle du délivre ; accidens graves; guérison. Séjour prolongé du délivre dans l'uterus ; sa résorption. Par M. Gourrier, de Mennecy, D.-M.-P.

Marianne Allais, âgée de vingt ans, assez fortement constituée, grosse pour la première fois, éprouvait depuis seize heures environ les douleurs de l'enfantement, lorsqu'elle me fit appeler pour lui donner des soins.

Le commencement de sa grossesse s'était assez bien passé, c'est-à-dire qu'elle n'avait éprouvé alors que les malaises ordinaires aux femmes enceintes, nausées, vomissemens ; mais à une époque plus avancée, elle avait été tourmentée de douleurs vagues dans les intestins, et incommodée par des éblouissemens, des bourdonnemens et des sifflemens dans les oreilles. (Saignée de 500 grammes.)

Quand j'arrivai près d'elle, je reconnus par le toucher que le col de l'utérus commençait à peine à se dilater. C'était le matin : la journée et la nuit se passèrent sans offrir rien de remarquable que la lenteur du travail.

Le lendemain, les contractions utérines étant très faibles encore, et le col de la matrice à peine dilaté comme un pièce de cinq fr., je me décidai à administrer le seigle ergoté (1,35 dans un demi-verre d'eau sucrée, en deux fois). Douze minutes après la première dose, les contractions utérines devinrnt très fortes ; le col se dilata, s'amincit, et quelques minutes après la seconde dose, l'accouchement était terminé naturellement.

J'opérai la section du cordon ombilical, j'en fis la ligature, et j'attendis pour délivrer la femme que de nouvelles contractions vinssent décoler le placenta. J'attendis en vain plusieurs heures; l'utérus était dans un état d'atonie tel que des frictions sur l'hypogastre et la malaxation de l'utérus à travers les parois de l'abdomen n'amenèrent aucun résultat, et ce fut en vain que j'opérai quelques tractions sur le cordon. (Administration du seigle ergoté, 1,50.)

L'atonie de l'organe restait toujours la même, la femme perdait une quantité de sang considérable ; elle était très fatiguée, abattue, et demandait du repos ; les battemens du pouls n'étaient pas sensiblement plus forts qu'avant l'accouchement, et leur nombre avait peu augmenté ; le ventre était souple. Je fis prendre quelques cuillerées de bouillon à la malade, et lui conseillai le repos.

Le soir, la forme globuleuse de la matrice, sa dureté, quelques contractions prouvant que la nature travaillait à l'expulsion des membranes de l'œuf, et la résistance de celles-ci, me firent penser qu'il y avait adhérence du placenta à l'utérus, et la forme de la cavité de cet organe ne me laissa plus de doutes. Cependant, je ne précipitai rien, et je laissai s'écouler un jour, afin de donner à la matrice le temps de se contracter et de résoudre l'adhérence naturelle des membranes.

Le lendemain, voyant qu'elle ne suffisait pas pour opérer la délivrance, j'essayai de nouveau des tractions sur le cordon : mais celui-ci, flétri déjà et fatigué des tentatives précéddentes, se rompit à son point d'insertion au placenta. J'en fus fâché d'abord, parce que je me proposais de faire des injections acidulées dans la veine ombilicale; mais plus tard, je vis qu'elles n'auraient point eu d'efficacité.

Je craignis que l'utérus, comme j'en ai déjà vu des exemples dans ma pratique, devenu corps étranger, n'irritât la matrice par sa présence, et ne déterminât une inflammation ou une hémorrhagie. A cette crainte se joignait celle de la putréfaction du délivre, la résorption de la saillie purulente, et ensuite des accidens plus graves ; d'un autre côté, les parens de la femme et celle-ci même me pressaient de finir la délivrance ; le col de l'utérus m'aurait laissé plus tard peu d'espoir de vaincre une rigidité toujours croissante, je me décidai donc à tenter l'extraction du délivre par la décortication.

Madame Benoît, sage-femme à Mennecy, voulut bien m'aider dans cette opération, et en partager avec moi la fatigue et la responsabilité. Nous portâmes alternativement la main dans l'utérus, dont le col présentait une rigidité déjà remarquable. Nous passâmes la main entre les membrane et la matrice, et, à l'aide de nos ongles, nous arrachâmes avec une peine infinie quelques petits lambeaux de membranes et de délivre ; mais les cris déchirans de la mère et les douleurs atroces qu'elle ressentait nous firent bientôt cesser toute tentative, et surtout lorsque nous vîmes se déclarer l'état suivant : syncope, face pâle, extrémités froides, dyspnée, douleur précordiale, battemens de cœur à peine sensibles, pouls petit, misérable, fuyant sous le doigt. A ce cortége effrayant de symptômes vint se joindre un hoquet de mauvais augure, et plus tard le ballonnement du ventre et une douleur hypogastrique très intenses. (Des synapismes furent promenés sur les extrémités inférieures.)

La femme revint à elle, la douleur au cœur cessa, le pouls reprit un peu de force, sans cependant perdre de sa fréquence ; la respiration fut moins gênée, mais le météorisme et les douleurs de l'utérus augmentèrent. (22 sangsues au bas-ventre, diète absolue, boissons délayantes, injections émollientes et narcotiques dans le vagin ; apposition de cataplasmes émolliens après la chute des sangsues.

Cet état dura toute la nuit ; il y eut même plus de dyspnée. Le lendemain matin je remarquai l'état suivant : langue blanchâtre à la base, rouge sur ses bords, inappétence, soif, respiration plus aisée, pouls plein, donnant 90 pulsations.

Le météorisme et la sensibilité du ventre avaient diminué, et la malade avait repris courage. Son état s'améliora encore dans la journée. (Continuation des injections et des boissons délayantes ; diète.)

La nuit fut bonne ; le lendemain le ventre avait considérablement diminué de volume ; les douleurs du bas-ventre avaient cessé ; mais il s'écoulait par le vagin une sanie purulente d'une odeur infecte, ce qui me fit présumer que le placenta, déjà si tourmenté, et dont nous avions retiré environ le quart, allait être enfin séparé de la matrice par un travail éliminatoire ; mais cette attente fut trompée ; il ne sortit avec l'écoulement purulent et les injections que plusieurs petits fragmens de membranes et de placenta que nos efforts n'avaient pu entraîner au-dehors.

La malade se rétablit très promptement. L'écoulement par le vagin cessa peu à peu, et les trois quarts du placenta restèrent dans l'utérus. Les seins, flasques jusqu'à cette époque, devinrent insensiblement très durs, la fièvre de lait survint, et la mère put alors nourrir son enfant.

Il y a huit mois de cela ; la matrice a repris peu à peu sa grosseur primitive ; la femme n'a point été délivrée et sa santé est toujours parfaite.

Cette femme n'a point conçu depuis.

Opération césarienne avec suture de la matrice.

Le docteur Godefroy a publié une observation pleine d'intérêt, dont nous extrayons les points principaux :

La femme Patrice, âgée de quarante-deux ans, haute d'un mètre 30 centimètres, d'une constitution grêle et rachitique, fut prise, le 25 mars, des douleurs de l'enfantement ; appelé près d'elle deux jours après, le docteur Godefroy jugea qu'il était indispensable de pratiquer l'hystérotomie (la tête était enclavée par son sommet, entre l'angle sacro vertébral et les pubis ; le diamètre antéro-postérieur était de 5 centimètres). La femme ayant été placée dans une position convenable, une incision verticale de 15 à 16 centimètres d'étendue fut pratiquée depuis l'ombilic jusqu'au pubis, puis l'utérus fut également incisé dans une étendue de 13 à 14 centimètres. Le placenta était fixé sur la paroi antérieure de l'utérus ; il fut extrait ainsi que l'enfant, qui était plein de vie et pesait 3 kilogrammes.

L'accouchement ainsi terminé, sans hémorrhagie, la matrice fut nettoyée, ses contractions se montrèrent, l'ouverture qu'elle présentait diminua d'étendue ; mais comme elle était assez considérable pour qu'une anse d'intestin ou une portion d'épiploon s'y engageât, le docteur Godefroy jugea à propos d'y faire trois points de suture qui avaient, en outre, pour but d'empêcher les lochies et la suppuration de s'épancher dans l'abdomen ; les fils furent coupés près des nœuds. La plaie de l'abdomen fut également réunie par des points de suture. Les suites de l'opération ne présentèrent rien de remarquable, et la guérison fut complète.

(*Gaz. Méd.*, 11 juillet.)

— A la suite de cette observation, M. le docteur Godefroy ajoute quelques réflexions où il cherche à se disculper d'avoir réuni la plaie de l'utérus par des points de suture, il rappelle que Désormeaux avait traité d'inhabile un accoucheur qui s'était servi de ce moyen dans une circonstance pareille. M. Godefroy se trouvait dans une position embarrassante, nous en convenons; mais, puisqu'il avait jugé convenable de recourir à la suture, peut-être eût-il été plus prudent de maintenir les fils au-dehors, au lieu de les couper près des nœuds ; car la plaie de l'abdomen étant cicatrisée, il est à craindre que ces fils, par leur séjour dans la cavité de l'abdomen, n'entraînent plus tard des accidens graves. Nous ajouterons que si un cas semblable se présentait, il serait convenable d'employer quelques doses de seigle ergoté pour ramener promptement l'utérus à un petit volume et diminuer par conséquent l'étendue de la plaie.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 18 JUILLET 1840. (13e ANNÉE.) N° 85, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, [illegible]

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Résumé général de la clinique pendant le mois de juin 1840.

Quoi qu'en puisse dire les adversaires acharnés de la statistique, ce n'est qu'à l'aide de ce moyen, mais en l'appliquant d'une manière exacte, c'est-à-dire en prenant pour base des faits recueillis avec un soin de tout instant et une attention scrupuleuse, que l'on peut arriver à des résultats qui permettent de juger de la valeur comparative des diverses méthodes de traitement. Ce n'est qu'à l'aide de la statistique exacte que l'on peut modifier ces méthodes suivant les circonstances, si nombreuses et si variées, qui viennent s'offrir journellement à l'observateur. Ce n'est qu'à l'aide des opérations qu'elle nécessite que l'on arrive à pouvoir formuler ces lois thérapeutiques sans lesquelles l'art de guérir resterait à tout jamais une science conjecturale; ce n'est qu'à leur aide enfin qu'une fois ces lois posées, chacun peut, par sa propre expérience, se convaincre d'une manière pour ainsi dire mathématique de la justesse de ces lois, et en reconnaître la vérité.

C'est sous l'influence de cette pensée que M. Bouillaud continue chaque mois à faire passer rapidement sous les yeux de ses élèves les relevés des cas qu'ils ont pu observer avec lui dans ses salles de clinique. C'est ainsi, à n'en pas douter, qu'il est arrivé à la découverte de plusieurs lois que l'expérience de chaque jour vient confirmer depuis huit années. Les résultats que nous allons exposer pour le mois qui vient de s'écouler, ne sont pas moins satisfaisans que ceux des mois précédens.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

La première catégorie, comprenant les malades qui sont entrés antérieurement au 1er juin, et sont encore dans les salles à cette époque, renferme 27 malades divisés en deux classes.

Première classe. Maladies chroniques ou sub aiguës, au nombre de 20.

Affections organiques du cœur ou de l'aorte. Salle St-Jean-de-Dieu, 12, encore à l'hôpital; *ibid.*, n° 15, sorti le 3 juillet; *ibid.*, n° 14, sorti le 10 juin.

Chloroses. Salle Sainte-Madelaine, 11, sortie le 6 juin; *ibid.*, n° 14, sortie le 21 juin; *ibid.*, n° 13, sortie le 15 juin; *ibid.*, n° 7, sortie le 15 juin.

Pleurésie chronique. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 26, sorti le 27 juin.

Pleurésie et péritonite chroniques. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 2, mort le 16 juin.

Bronchite avec emphysème. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25, sorti le 8 juin.

Affection saturnine. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 9, sorti le 6 juin.

Paraplégie légère. Salle Sainte-Madelaine, 7, sortie le 30 juin.

Fièvre intermittente. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 17, sorti le 17 juin.

Idem. Salle Sainte-Madelaine, 2, sortie le 18 juin.

Phthisie pulmonaire. Salle Sainte-Madelaine, 1, encore à l'hôpital.

Hémorrhagie cérébrale. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 23, encore à l'hôpital.

Idem. Salle Sainte-Madelaine, 9, encore à l'hôpital.

Embarras gastro-intestinal. Salle Sainte-Madelaine, 8.

Cystite chronique. Salle Sainte-Madelaine, 5.

Névralgie rhumatismale. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13, sorti le 13 juin.

Deuxième classe. Maladies aiguës, au nombre de 7.

Entéro-mésensérite typhoïde, 3 cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 16, sorti le 13 juin.

Idem, 6, sorti le 10 juin.

Salle Sainte-Madelaine, 10, sorti le 28 juin.

Péritonite, puis choléra. Salle Sainte-Madelaine, 4, sortie le 29 juin.

Rhumatisme articulaire, 2 cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4, sorti le 10 juin.

Idem, 24, sorti le 24 juin.

Pleurésie. Salle Sainte-Madelaine, 3, sortie le 4 juillet.

DEUXIÈME CATÉGORIE.

Nous arrivons à la seconde catégorie, qui comprend les malades entrés à l'hôpital depuis le 1er juin jusqu'au 1er juillet exclusivement. Comme ceux de la première, nous les avons divisés en deux classes; ils sont au nombre de 47.

Première classe. Elle comprend les affections chroniques ou sub-aiguës au nombre de 27, répartis ainsi qu'il suit:

Fièvre intermittente,	3
Bronchite chronique,	3
Phthisie pulmonaire,	5
Affections organiques du cœur,	3
Chloroses, ou anémies,	3
Rhumatisme,	2
Névralgie lombaire,	2
Tumeur blanche du pied,	1
Hystérie,	1
Vomissemens nerveux,	1
Embarras de la parole,	1
Anévrisme de la carotide droite,	1
Embarras gastrique,	1
	27

Deuxième classe. Maladies aiguës, au nombre de 20.

Pleuro-pneumonie, 4 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 19. Pleuro-pneumonie mal caractérisée, et symptôme de fièvre dite typhoïde (cas douteux). Homme de dix-neuf ans, malade depuis six jours. Trois saignées, dont une locale. Convalescence le quatrième jour. Total du sang tiré, 9 palettes (2 livres 4 onces). Durée depuis le début, 9 jours; depuis l'entrée à l'hôpital, 3 jours.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4. Bronchite générale avec engorgement pneumonique à la partie inférieure du poumon droit (cas grave). Homme de dix-neuf ans, malade depuis deux jours. Quatre saignées générales, une locale. Convalescence le quatrième jour. Le malade a perdu, en trois jours 15 palettes de sang (3 livres 12 onces). Durée de la maladie depuis le début, cinq jours; depuis l'entrée du malade à l'hôpital, trois jours.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Pleuro-pneumonie au second degré, occupant les 4/5e postérieurs externes du côté droit, avec commencement de formation de caillots dans le cœur (cas grave.) Homme de quarante-deux ans, malade depuis trois jours. Quatre saignées générales, deux locales, en tout 22 palettes (5 livres 8 onces). Convalescence le sixième jour. Durée de la maladie depuis le début, huit jours; depuis l'entrée, 5 jours.

Ce cas a offert ceci de remarquable, qu'il a présenté la forme bilieuse, si commune dans les inflammations du côté droit de l'appareil respiratoire; et en outre, un commencement de formation de caillots dans le cœur, accidens qui n'ont cependant pas sensiblement influé sur la durée de la convalescence, vu l'énergie du traitement employé.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Pleuro-pneumonie du côté gauche en arrière, second degré (cas grave). Homme de trente-quatre ans, malade depuis quatre jours. Quatre saignées générales, deux locales, en tout, 18 palettes de sang (4 livres 12 onces). Convalescence le cinquième jour.

Le treizième jour, une diarrhée opiniâtre se déclare, le lendemain d'une visite que lui fit sa femme, qui lui avait apporté des alimens. Quelques jours après, érysipèle phlegmoneux du bras droit, accident qui retient encore le malade à l'hôpital.

Pleurésie, 1 cas. Salle Saint-Jean-d-Dieu, 7. Pleurésie droite avec épanchement assez considérable (cas moyen). Homme de trente-neuf ans, malade depuis sept jours. Quatre saignées générales, deux locales, 19 palettes (4 livres 12 onces), 2 vésicatoires. Convalescence le sixième jour; rechute le huitième. Trois nouvelles saignées. Nouvelle convalescence le onzième jour. Ce malade est sorti le 27 juin, parfaitement guéri.

Rhumatisme articulaire, 5 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Rhumatisme articulaire aigu généralisé. Le cœur et l'aorte légèrement pris

FEUILLETON.

BONS EFFETS DE LA SAIGNÉE DANS QUELQUES FIÈVRES A ACCÈS PERNICIEUX.

Observations adressées à la Société médicale d'Émulation (séance du 1er juillet), par le docteur C. BERNARD, médecin de l'Hôtel-Dieu et des épidémies à Apt (Vaucluse).

« Dans les affections intermittentes et rémittentes que je viens de décrire, et dont le règne comprend les années de 1826 à 1834, la saignée a été aussi puissante pour dissiper l'accès, que le quinquina pour prévenir son retour. »

Cette proposition, extraite de l'histoire d'une constitution médicale marquée par la périodicité, que je publierai un jour, sera étayée de nombreuses preuves. En attendant, je présente quelques faits qui témoignent de l'efficacité de la saignée pratiquée durant l'accès, et même au moment où les malades semblaient toucher à l'agonie.

Fièvre céphalique, rémittente, quotidienne; hémorrhagie nasale tierce; accès pernicieux. Saignées, sulfate de quinine; guérison.

Mademoiselle Marie Bourgues, âgée de vingt ans, d'un tempérament très sanguin, d'une forte constitution, ressentait depuis quelque temps des maux de tête habituels; huit jours avant l'invasion de la maladie, un bain de jambes à l'eau froide détermine une plus grande pléthore cérébrale.

Le 11 août 1832, malaise plus marqué; céphalalgie plus intense que les jours précédens.

Le 12, la fièvre débute à trois heures après midi, par un violent frisson.

Le deuxième jour, diète; la malade demeure couchée: point de frisson.

Le troisième, à cinq heures du soir, épistaxis très abondant à la suite d'un redoublement de fièvre et de céphalalgie.

Le quatrième, fièvre continue; exacerbation légère dans la soirée, précédée d'un frisson peu intense.

Le cinquième, ma première visite a lieu dans la matinée. L'historique de la maladie, et l'observation des symptômes, tels que la céphalalgie, la rougeur de la langue à ses bords, la sensibilité de l'épigastre, me font diagnostiquer une gastro entérite et une congestion cérébrale. L'ardeur que la malade ressent en urinant, et la toux, prouvent que les muqueuses en général sont dans un état de vive irritation; la fièvre paraît affecter la marche continue exacerbante, avec alternative d'aggravation un jour et l'autre non; le pouls, petit et mou, bat 100 fois à la minute. L'hémorrhagie de l'avant-veille, la sueur générale qui baigne la malade, me font repousser la saignée dont l'idée s'offre à mon esprit.

A quatre heures après-midi, forte hémorrhagie nasale qui, plus ou moins abondante, dure trois heures; elle répond périodiquement en tierce à celle du troisième jour. Je ne vois point la malade dans la soirée.

Le sixième, assoupissement, surdité; pouls petit, accéléré. Le soir, absence de paroxysme; l'état inflammatoire général diminue sous l'influence des hémorrhagies; le jour de la rémission se dessine mieux.

Le septième, assoupissement plus profond; céphalalgie gravative plus marquée à droite; surdité plus profonde de ce côté; quelques soubresauts des tendons.

Pour prévenir le retour du paroxysme, je prescris, quelques heures avant son arrivée, un pédiluve fortement sinapisé, dix sangsues aux malléoles, et des cataplasmes très chauds aux pieds. Ces moyens révulsifs ne préviennent point l'accès marqué par la congestion cérébrale; cependant, l'épistaxis qui devait se reproduire ce jour-là, ne paraît point. Je fais appliquer douze sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le huitième, assoupissement, débilité poussée jusqu'à la prostration, dans la vue d'opérer le dégorgement du cerveau; dix sangsues sont appliquées à la base du crâne.

La fréquence du pouls, la rougeur de la langue, me déterminèrent à agir encore sur le paroxysme du neuvième jour, par des révulsifs et par des évacuations sanguines. Je regarde la prostration comme dépendante de l'engorgement cérébral.

Le neuvième, le paroxysme devance; la surdité, que la malade sent augmenter, lui fait annoncer l'afflux du sang à la tête, quelques gouttes de sang coulent par le nez; j'ouvre la saphène, qui donne à peine une once de sang; dans la journée, la rémission est très marquée; la malade se sent mieux.

Le dixième, amendement de tous les symptômes; la fièvre a presque disparu; le besoin des alimens se fait sentir. Croyant le moment venu de donner le sulfate de quinine, j'en propose l'administration à un de mes confrères que je priai de voir la malade avec moi ce jour-là.

Le peu d'intensité de l'accès du nenvième jour, la crainte de surexciter, lui firent opiner pour l'abandon des paroxysmes à la diminution graduelle qu'ils semblaient affecter. Malgré les fréquens exemples que je possédais du changement brusque des paroxysmes en accès pernicieux au moment où l'intermittence survient, les considérations sur lesquelles se base l'avis de mon confrère, m'ayant servi de règle les jours précédens, m'empêchent encore aujourd'hui de tenir à remplir une indication toute évidente qu'elle me paraît.

Le onzième, l'état de la malade avait été très satisfaisant. A la visite du soir, je m'étais applaudi de voir la journée passée sans accès, lorsqu'à minuit on m'appela en toute hâte. J'apprends qu'à neuf heures il s'est opéré un raptus vers la tête, et que l'hémorrhagie, arrivée aussitôt, durait depuis trois heures, malgré les pédiluves synapisés et les applications d'eau froide sur la tête.

A mon arrivée la malade semble près d'expirer; on la soutient assise sur son lit. Le sang pâle, aqueux, coule par gouttes qui se succèdent rapidement. Le pouls petit, misérable, semble se précipiter de plus en plus à chaque instant. Les yeux ternes, couverts de brouillards; les paupières à demi abaissées, donnent à la figure froide et pâle l'aspect de la mort. La respiration est courte et fréquente; les extrémités sont glacées. Ces signes, auxquels se joignent les craintes de la malade qui se sent mourir, me font juger qu'il est de la dernière urgence que l'hémorrhagie soit arrêtée, mais par quel moyen? Tamponner les fosses nasales, c'est long et non sans danger. M. M... est mort apoplectique après le tamponnement opéré par ses assistans; saigner, c'est un moyen efficace peut-être, mais qui aussi peut hâter la mort. Cependant chaque minute d'inaction me semble dérobée au salut de la malade; j'ouvre la veine du bras; après l'évacuation de trois onces de sang, la malade perd l'usage des sens. La main au pouls, j'attendais la syncope que les assistans crurent être la mort. L'hémorrhagie est arrêtée. Le vinaigre, les sinapismes, le bouillon, réveillent les sens, et cet accès est terminé.

Quelques heures après je commence l'administration du sulfate de quinine à la dose de 18 grains, divisés en six prises. Les accès sont remplacés par trois ou quatre légers redoublemens, décroissant chaque jour, à la suite desquels il s'établit des sueurs très abondantes. La malade était guérie depuis quinze jours, et l'usage

(cas moyen). Homme de vingt-quatre ans, malade depuis six jours. Six émissions sanguines, dont deux locales, 19 palettes (4 livres 10 onces). Durée de la maladie, depuis le début, douze jours ; depuis l'entrée, six jours.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10. Rhumatisme articulaire aigu presqu'universel (cas assez grave). Homme de dix-neux ans, malade depuis quinze jours. Six saignées générales, deux locales ; deux vésicatoires. Convalescence le douzième jour. Total du sang tiré, 24 palettes (6 livres). Durée depuis le début, 26 jours ; depuis l'entrée, 11 jours.

3° Salle Sainte-Madeleine, 11. Rhumatisme articulaire aigu généralisé. Hypertrophie moyenne du cœur, et suites d'endocardite rhumatismale chronique. (Quatre attaques antérieures de rhumatisme.) Femme de trente-un ans, un peu anémique, malade depuis dix jours. Trois émissions sanguines, 8 palettes (2 livres). Convalescence le cinquième jour. Sortie guérie le 20 juin.

4° Saint-Jean-de-Dieu, 25. Rhumatisme articulaire aigu généralisé, datant de seize jours ; tendance à l'endocardite (cas grave). Homme de vingt-quatre ans, malade depuis seize jours. Quatre saignées, une application de ventouses, 19 palettes (4 livres 12 onces). Convalescence le quatrième jour. Il est sorti parfaitement guéri le 27 juin.

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 16. Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec endocardite (cas très grave). Homme de dix-huit ans, malade depuis sept jours. Quatre saignées, deux applications de ventouses ; en tout 17 palettes (4 livres 12 onces). Un vésicatoire. Convalescence le sixième jour. Quinze jours environ après le commencement de la convalescence, quelques imprudences déterminent l'invasion d'une pleuro-péricardite qui jette le malade dans un état très grave, où il est encore aujourd'hui 16 juillet.

Fièvre typhoïde, 7 cas.

1° Salle Saint Jean-de-Dieu, 14. Symptômes de fièvre typhoïde bénigne mal caractérisée (cas douteux). Homme de dix-huit ans, malade depuis huit jours. Une saignée de 3 palettes. Convalescence le troisième jour.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 5. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, à la fin de la première période. (Cas moyen) Homme de dix-neuf ans, malade depuis six jours. Quatre saignées, dont une locale, 12 palettes (3 livres). Convalescence le sixième jour.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, à la première période. (Cas moyen.) Sujet de vingt-cinq ans, malade depuis huit jours. Trois saignées dont une locale. Convalescence le sixième jour.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 26. Entéro-mésentérite bien caractérisée, vers le commencement de la deuxième période. (Cas moyen.) Homme de dix-neuf ans, malade depuis six jours. Cinq saignées, dont deux locales. Convalescence le septième jour. Total de sang retiré, quatorze palettes (3 livres 8 onces).

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Entéro-mésentérite bien caractérisée, au commencement de la deuxième période (cas grave). Quatre saignées générales, deux applications de ventouses, dix-sept palettes et demie (4 livres 6 onces). Convalescence le dixième jour. Durée depuis le début, 18 jours ; depuis l'entrée à l hôpital, 9 jours.

3° Salle Saint-Jean-de Dien, 1. Entéro-mésentéro-typhoïde bien caractérisée, au commencement de la deuxième période (cas grave). Homme de vingt-neuf ans, malade depuis quatre jours. Quatre saignées dont deux locales, douze palettes (3 livres) de sang. Convalescence le septième jour.

Le seizième jour, on envoya le malade au bain ; le lendemain, il fut pris de douleur dans le côté gauche ; et le 29 juin, le malade succomba à une pleuro-pneumonie tuberculeuse, à une *phthisie aiguë*, ainsi que le démontra l'autopsie. La fièvre typhoïde avait été guérie le sixième jour.

7° Salle Sainte-Madeleine, 12. Entéro-mésentérite-typhoïde bien caractérisée ; agravée par un traitement vomi-purgatif avant l'entrée ; arrivée à une période qui ne permet plus le traitement convenable (cas mortel). Jeune fille de dix-sept ans, malade depuis quinze jours ; morte douze jours après son entrée, au milieu des symptômes typhoïdes les plus prononcés, sans avoir été traitée.

Fièvre éruptive, un cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 9. Rougeole hémorrhagique avec mélange de scarlatine (cas très grave) Homme de vingt-quatre ans, malade depuis quatre jours. Deux saignées. Mort le lendemain de l'entrée.

Péritonite, un cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Péritonite aiguë, affectant particulièrement la région sous-ombilicale (cas moyen). Homme de vingt-trois ans, malade depuis six jours. Trois saignées. Convalescence le quatrième jour.

Ramollissement cérébral.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Homme de trente-un ans, malade depuis un mois ; entré le 16 juin, mort le 6 juillet. Une saignée de trois palettes.

— Nous avons pour le mois de juin deux morts dans les fièvres typhoïdes ; mais l'un est mort un mois après la guérison de sa première maladie d'une affection tuberculeuse, et l'autre, arrivée presque mourante à l'hôpital, n'a pas été traitée. Le sujet affecté de rougeole hémorrhagique qui a succombé le lendemain de son entrée, et celui qui a présenté un ramollissement cérébral, n'ayant pas été traités par la nouvelle méthode, ne peuvent non plus être compris dans le relevé des maladies aigues. En retranchant ces 4 morts, nous trouvons 16 malades traités par la nouvelle formule des émissions sanguines, et répartis ainsi qu'il suit :

Pleuro-pneumonies, 4 cas.
Cas léger, 1 ; graves, 3.
Pleurésie, 1 cas.
Rhumatisme articulaire, 5 cas.
Cas moyen, 1 ; assez graves, 2 ; grave, 1 ; très grave, 1.
Entéro-mésentérite typhoïde, 5 cas.
Cas douteux, 1 ; moyens, 3 ; grave, 1.
Péritonite, 1 cas. — Total, 16.

Nous trouverons, en ajoutant ce relevé à ceux des deux mois précédens, les résultats suivans, dont l'exactitude ne pourra être contestée.

Entéro - mésentérites typhoïdes. Avril, 11 ; mai, 4 ; juin, 5-20.
Pleuro-pneumonies. Avril, 6 ; mai, 4 ; juin, 4-14.
Rhumatisme articulaire. Avril, 1 ; mai, 3 ; juin, 5-9.
Pleurésie. Mai, 2 ; juin, 1-3.
Péritonite. Avril, 3 ; juin, 1-4.
Variole, rougeole, scarlatine. Avril, 4 ; mai, 1-5.
Méningite cerébrale et rachidienne. Avril, 2-2.
Angine, bronchite, érysipèle, œdème, etc. Avril, 5 ; mai, 1-6. — Total général, 63.

Sur soixante-trois malades, atteints d'affections aiguës et traités par la nouvelle formule des émissions sanguines en usage à la Charité depuis plus de huit années : mortalité *nulle* ; passage à l'état chronique *nul*.

De pareils résultats parlent assez d'eux-mêmes pour nous dispenser d'y ajouter la moindre réflexion. F...

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. J. Cloquet.

M. H. Larrey, suppléant.

Plaie pénétrante de l'abdomen. Hernie de l'épiploon. (Observation recueillie et publiée par M. A. Sicard.)

Petitjean, âgé de vingt-deux ans, d'une forte constitution, reçut, dans une rixe, le 9 avril 1840, un coup de couteau-poignard qui pénétra dans le flanc gauche, un peu au-dessus de la crête de l'os iliaque. Quelques heures après, transporté à l'hôpital des cliniques, il se plaignait de douleurs vagues dans tout le ventre, de tiraillemens qui répondaient à la plaie et qui augmentaient dans les mouvemens des membres inférieurs, surtout de la jambe gauche. Le blessé avait perdu peu de sang ; la plaie ayant été probablement oblitérée aussitôt par l'issue d'une portion de l'épiploon, dont il ne s'aperçut qu'après s'être déshabillé, et l'attribua aux efforts qu'il avait faits pour quitter ses habits. Potion calmante pour la nuit.

Le lendemain, voici dans quel état le trouve M. Larrey : il a peu dormi la nuit ; le faciès est bon ; pas de mal de tête. Le pouls est plein, mais peu fréquent ; la langue est un peu blanche ; quelques légères douleurs dans le ventre ; pas de hoquets, pas de vomissemens.

Au flanc gauche existe une plaie dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, ayant 10 lignes de longueur. Une portion d'épiploon, longue de 6 centimètres sur 3 de large et 1 d'épaisseur, sort entre ses bords, qui sont écartés. Cette masse est rougeâtre, assez molle, un peu sensible au toucher.

Dans cette occasion, trois moyens thérapeutiques se présentaient à employer.

1° Faire simplement la réduction.
2° Débrider pour réduire.
3° Faire la ligature de la portion herniée, et réduire.

Le premier de ces moyens était le mieux indiqué, puisque la masse d'épiploon n'avait encore subi aucune altération. La réduction fut donc tentée avec ménagemens, mais sans succès. Le taxis était douloureux ; l'épiploon paraissait étranglé dans la plaie, et M. H. Larrey ne voulait pas s'exposer par des manœuvres violentes et long-temps continuées, à faire rentrer dans l'abdomen une partie déjà mortifiée.

Fallait-il alors débrider? Tel ne fut pas l'avis de M. H. Larrey, et voici quelles sont les raisons qui lui firent rejeter ce second moyen. Dans cette circonstance, l'indication d'agir n'était pas pressante ; il n'y avait point de vomissemens, pas de hoquets, pas de tiraillemens ; enfin, aucun de ces accidens qui le nécessitent habituellement lorsqu'ils existent ; d'ailleurs, le débridement, qui n'est pas toujours sans quelque difficulté, donne une cicatrice plus étendue, qui prédispose le blessé aux éventrations, suite ordinaire des grandes plaies de l'abdomen, et l'assujétit à porter pendant long-temps une ceinture compressive.

Ensuite il peut arriver qu'il ressorte par la plaie une nouvelle masse d'épiploon beaucoup plus considérable, ce

---

du sulfate avait été suspendu, lorsque l'impression d'un vent froid et humide rappelle la fièvre sous le même type que précédemment, mais sans hémorrhagie. Une saignée et le sulfate de quinine en triomphent aisément en quelques jours.

Fièvre céphalique rémittente quotidienne ; accès graves mais non pernicieux ; saignées ; sulfate de quinine ; guérison.

Le 6 mai 1834, Sollier Elzéard (sculpteur), âgé de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, sujet habituellement à un peu de céphalalgie, se fatigua beaucoup à divers exercices au milieu desquels une poutre ayant failli l'écraser, il ressentit une vive frayeur. Dans la nuit, agitation, sommeil inquiet ; le lendemain céphalalgie très forte ; perte de l'appétit. Appelé dans la journée, je trouve le malade dans un état fébrile violent ; céphalalgie forte ; yeux rouges, injectés. Aucun frisson n'a marque le début de la fièvre. Le pouls plein, fort, développé, résiste à la pression ; la peau est chaude, mais hali tueuse ; la langue, rouge aux bords, est blanchâtre au milieu ; toux sèche, fréquente ; point de soif, point de sensibilité à l'épigastre. Abdomen à l'état normal ; urines rouges, ardentes.

Saignée de 10 onces ; syncope complète.

Nuit assez calme ; un peu de sommeil ; diminution de la céphalalgie.

Second jour, dans la matinée, rémission voisine de l'apyrexie. A midi, la céphalalgie redouble. La chaleur, la fréquence du pouls augmentent sans frisson avant coureur ; les yeux s'injectent ; les artères temporales battent avec force ; la face est vultueuse ; les veines du cou et du front sont saillantes ; la rougeur de la face arrive peu à peu à l'état violacé. Saignée de 12 onces ; nouvelle syncope ; la sueur s'établit aussitôt et le paroxysme va en s'affaiblissant.

Le troisième, nouvel accès, semblable en tout au précédent. Saignée à la saphène, syncope, diminution soudaine de tous les phénomènes inflammatoires. La toux et l'opression qui accompagnent la congestion cérébrale, disparaissent promptement. Une sueur générale s'établit.

Le quatrième, la reprise paroxystique a lieu à midi. L'état inflammatoire général et la fluxion vers la tête, sont aussi prononcées que les jours précédens, durant le cours desquels la syncope m'a empêché de pousser la saignée aussi loin que je l'aurais désiré.

Dans cette quatrième reprise une hémorragie abondante à lieu ; mais loin de dégager la tête, elle semble avoir donné un libre cours à la fluxion sanguine, et avoir favorisé un grand engorgement du cerveau. Après sa disparition, je fais appliquer vingt sangsues à la base du crâne, le mieux ne se prononçant pas ; de nouveau je pratique la saignée à la saphène. Nouvelle syncope qui termine brusquement l'accès.

Le cinquième, deux heures avant l'accès, vingt sangsues aux malleoles ; elles donnent abondamment : l'accèe est moindre. Le pouls, jusqu'alors plein et fort, se laisse déprimer ; mais il bat encore quatre-vingt-dix pulsations à la minute. La langue perd de sa rougeur ; la toux diminue ; les urines commencent à déposer un sédiment épais et blanchâtre ; je me propose d'administrer le sulfate de quinine après l'accès du lendemain.

Le sixième, accès aussi violent que les autres. Les évacuations sanguines me paraissent avoir été poussées assez loin ; mais ne voulant pas me priver de l'effet sédatif produit par la syncope, je fais prendre au malade un bain de jambes : l'appareil de la saignée est préparé, et je simule celle-ci, sans cependant tirer une goutte de sang. Le malade, croyant que le sang coule, recommande de ne pas en tirer une trop grande quantité. Peu à peu il se sent défaillir ; enfin, la syncope arrive aussi vite que les jours précédens.

Le septième, l'accès devance de deux heures ; il est marqué par du froid aux pieds, et par le frisson qui se répand par tout le corps. Ce signe, auquel je reconnais que le système sanguin a perdu de sa domination, et que le système nerveux prend une plus grande part à la réaction, me décide a administrer le sulfate de quinine, lequel n'est plus contre-indiqué par l'état inflammatoire général, et en particulier par la phlogose de la muqueuse gastro-intestinale. Pour plus grande assurance, je prescris l'application de dix sangsues à l'épigastre qui doivent produire leur effet à l'heure de l'accès suivant. Sulfate de quinine, 9 grains en trois pilules, avec addition de 10 grains d'extrait de laitue.

Le huitième, accès très faible ; le neuvième, plus faible encore. Le dixième jour, la convalescence est établie ; dès lors, le malade se remet promptement et n'éprouve point de rechute.

Fièvre thoracique-intermittente quotidienne ; accès pernicieux ; mort.

M. Pierre C..., âgé de soixante-quatre ans, tempérament sanguin, constitution forte, athlétique, fut pris, en 1827, de mouvemens convulsifs qui le privaient durant quelques secondes de sentiment, et qui revenaient d'un quart d'heure à l'autre ; une forte saignée à la cheville le guérit sur-le-champ. Depuis cette époque ; le malade a ressenti de vifs chagrins en 1828 ; il lui survient des douleurs dans les mollets, douleurs qui ne cèdent pas complètement à la saignée du pied. Le dimanche 7 juin 1829, M. C... éprouve une vive frayeur causée par la poursuite d'un mulet. Le même jour, disparition des douleurs aux jambes.

Dans la nuit du 8 au 9, suffocation, douleur sous-sternale, expectoration de quelques filets de sang ; on m'appelle, je note ce que je viens de relater quant à la cause déterminante. Il n'y a point de fièvre ; je pratique une saignée de quinze onces, et prescris un pédiluve sinapisé. La translation sur les poumons de la névralgie fixée d'une manière chronique sur les nerfs des membres inférieurs me paraît évidente (1).

Le 10, à onze heures du matin, douleur vive dans la poitrine durant une heure. Le reste de la journée, apyrexie complète ; le malade ne ressent aucune douleur, il marche, il se promène ; la respiration est parfaitement libre : il n'y a point d'expectoration.

Le 11, à onze heures du soir, le malade souffre pendant une heure environ ; le calme a été très marqué après le dégagement d'une grande quantité de vents que la liqueur minérale d'Hoffmann a favorisés. Fixant mon attention sur le retour régulier de la douleur, je parle de l'administration du sulfate de quinine. Les parens du malade persuadés qu'il ne s'agit que de tiraillemens nerveux, sont dans une sécurité que l'apparence de la légèreté du mal me fait trouver assez fondée ; je temporise, et malheureusement je n'insiste pas sur l'indication de l'antipériodique.

Le 12, la journée est assez bonne ; le soir, le malade se promène ; à sept heures, il soupe avec appétit, mais très légèrement ; il se couche et il s'endort. A onze heures, les douleurs vives dans la poitrine le réveillent, puis elles le pressent avec violence ; un poids énorme, dit-il, lui serre les poumons. Après quelques secondes de relâche, elles deviennent plus affreuses qu'auparavant. Un combat des plus pénibles s'engage jusqu'à trois heures du matin ; alors seulement je suis appelé. L'idée d'un accès pernicieux me poursuit depuis que l'on est venu me prendre. C'est en vain que je franchis en quelques instants l'espace d'une lieue qui me sépare du malade ; a mon arrivée je le juge mort. Il est assis sur une chaise ; la poitrine découverte, les yeux chargés

(1) Casimir Médicus cite une apoplexie intermittente provenant de la disparition d'une névralgie aux jambes.

qui rend l'opération inutile et augmente les difficultés que rencontrait déjà le chirurgien.

Le troisième moyen de traitement présente encore plus d'inconvéniens que celui-ci, et cependant tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la confiance qu'on doit lui accorder.

Voici ce que dit Ambroise Paré sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen avec hernie de l'épiploon.

« Si l'omentum est sorty, il doit être remis le plustost possible, car il est sujet à soy putréfier, étant de substance pingueduineuse, laquelle étant exposée à l'air se congèle, et la chaleur naturelle s'éteint, et tost après il tourne en pourriture. »

Plus loin il dit : « Si l'omentum est putréfié, il faut faire la ligature au-dessus de la partie putréfiée, exciser cette partie et réduire. »

Enfin il ajoute : « Aucuns ont voulus laisser l'omentum dehors étant lié, ce qu'il se faut bien garder de faire, à cause que ce faisant, il est tenu suspendu, n'étant couché sur les intestins qui est son propre lieu, dont s'en suit grandes douleurs et tranchées au ventre, et pour éviter tels accidens, le faut remettre comme nous avons dit, qui pourrait faire quelque pourriture comme chose étrange à nature. »

A une époque plus rapprochée de nous, Pipelet et Louis, membres de l'Académie royale de chirurgie, firent plusieurs expériences sur des animaux vivans, afin d'éclairer ce point de la thérapeutique. Voici quels en furent les résultats :

Ils ont pris des chiens, ont incisé les parois de l'abdomen de manière à faire sortir une partie de l'épiploon. Aux uns ils ont froissé l'épiploon et l'ont ensuite réduit ; aux autres ils l'ont lié et réduit après avoir enlevé la portion comprise par la ligature. Les premiers n'ont point paru souffrir après l'opération ; les autres ont été souffrans et ont perdu l'appétit pendant plusieurs jours. Ayant tué ces animaux après la cicatrisation complète de la plaie, voici ce qu'ils ont trouvé :

Chez les premiers, légères adhérences de l'épiploon aux lèvres de la plaie ; chez les seconds, constamment vers la portion liée de l'épiploon une tumeur du volume d'un œuf ou plus considérable, contenant du pus qui se serait probablement épanché dans la cavité abdominale, après avoir percé le foyer qui le renfermait.

Pipelet et Louis furent donc conduits d'après ces expériences, à regarder comme dangereuse la réduction de l'épiploon après la ligature, et cette opinion a été partagée par la plupart des chirurgiens de nos jours, entre autres Boyer et Dupuytren. Mais revenons à notre blessé.

M. H. Larrey, pensant que l'étranglement qui existait ne persisterait pas ou bien au contraire serait suffisant pour mortifier la portion herniée de l'épiploon, le laissa donc au-dehors, en ayant soin de le recouvrir d'un linge fin enduit de cérat. Saignée du bras, diète.

Les deux jours suivans (11 et 12) les douleurs que le blessé ressentait dans le ventre se calment, cependant lorsqu'il étend trop les membres inférieurs, il ressent quelques tiraillemens dans l'abdomen : la position qu'il conserve le plus volontiers, consiste dans la demi-flexion des cuisses sur le bassin. L'état général est bon ; pas de hoquets, pas de vomissemens ; il va bien à la garderobe ; le pouls conserve sa plénitude ; l'épiploon est d'une couleur plus foncée et commence à entrer en suppuration. Même pansement ; soupes ; bouillons maigres.

Le 13, le pourtour de la plaie est enflammé, un peu douloureux au toucher ; l'épiploon est toujours sensible, il continue à suppurer ; pas de symptômes généraux. (15 sangsues autour de la plaie, grand bain.)

Le 16, la rougeur de la plaie diminue ; l'épiploon ne paraît pas devoir se putréfier, il devient plus rose et d'une consistance assez ferme ; M. H. Larrey avait encore à choisir entre ces trois méthodes différentes de traitement :

1° Faire la ligature de l'épiploon ;

2° Retrancher la partie herniée ;

3° La laisser au dehors se réduire peu à peu, ou fondre par la suppuration.

Les deux premières, quoique peu graves en apparence, déterminent souvent des accidens très graves, et même quelquefois la mort du malade.

Pipelet fait voir, dans un mémoire sur la ligature de l'épiploon, tous les dangers qui peuvent résulter de cette ligature ; selon lui elle est très dangereuse, presque toujours suivie de symptômes fâcheux et causant souvent la mort du malade lors même que l'on agirait sur une portion très petite d'épiploon.

Il cite une observation qui nous montre combien elle est dangereuse.

Observation. A la suite de l'opération d'une hernie entéro-épiplocèle, il restait à réduire une portion d'épiploon du poids d'une livre ; une partie rentra naturellement, la suppuration détacha ce qui n'avait pu se revivifier, et le quatorzième jour, il n'y avait plus au dehors de l'anneau qu'une portion d'épiploon longue d'un demi-pouce et grosse comme une plume. Le vingt-septième jour, l'épiploon, au lieu de se réduire, avait augmenté d'un pouce ; on en fit la ligature près de l'anneau ; deux heures après, le malade fut pris de nausées, de vomissemens, de malaise général, symptômes qui persistèrent avec assez de violence jusqu'à ce que la portion comprise par la ligature fût mortifiée, ce qui arriva vingt-quatre heures après.

Dans deux autres observations du même mémoire, les malades sont morts peu de temps après que l'on eut pratiqué la ligature.

Pouteau fils, correspondant de l'Académie de chirurgie, perdit un malade trente-six heures après la ligature de l'épiploon. A l'autopsie, on trouva une suppuration gangréneuse dans toute l'étendue de cet organe. Cet insuccès le détermina dans des circonstances semblables à ne plus pratiquer la ligature.

M. Larrey père, dont l'opinion doit nous servir de guide, et qui, par sa haute position dans la chirurgie militaire, a été à même d'observer un très grand nombre de cas de ce genre, ne parle pas plus avantageusement de la ligature. Dans sa Clinique chirurgicale, il dit :

« La ligature *totale* faite sur la portion saine de l'épiploon est généralement suivie d'une irritation profonde, violente, accompagnée d'inflammation, d'abcès, souvent de la gangrène et de la mort. J'en ai vu un grand nombre d'exemples. »

Le second moyen, c'est-à-dire l'excision de la portion herniée de l'épiploon, n'est pas toujours sans dangers. Lorsque cet organe n'a pas contracté d'adhérences, ou lorsqu'elles sont trop faibles, il arrive que dans les mouvemens que fait le malade elles se rompent ; l'épiploon rentre dans l'abdomen, et les vaisseaux qui ont été coupés peuvent alors donner lieu à une hémorrhagie qui, entretenue par la chaleur et l'humidité de cette cavité, devient quelquefois mortelle.

Si l'épiploon était sorti depuis long-temps, on pourrait l'exciser sans dangers ; en le laissant au dehors cependant, on a l'avantage d'avoir après la guérison un bouchon qui ferme exactement la plaie, et s'oppose à toute formation de hernie consécutive.

M. H. Larrey aurait pu, dans ce cas, exciser l'épiploon ; mais puisqu'il y avait, à le laisser au dehors, cet avantage que nous avons signalé, il préféra en abandonner la réduction aux seules forces de la nature, et continua les mêmes pansemens.

Le 18 avril, c'est-à-dire neuf jours après l'accident, l'état général était très satisfaisant ; la masse d'épiploon, plus rosée, commençait déjà à se réduire ; le blessé ressentait moins de tiraillemens dans le ventre, lorsqu'il faisait de grands mouvemens. Une petite eschare s'était formée à l'angle inférieur de la plaie, et ne permettait plus de reconnaître une blessure faite par un instrument piquant et tranchant (1).

Le 24, l'épiploon a considérablement diminué ; il ne présente plus que la grosseur d'une noix, conserve toujours sa sensibilité. Les tiraillemens ont complètement disparu. Le quart du régime.

Rien de particulier jusqu'au 4 mai. A cette époque, l'épiploon n'a plus que la grosseur d'une aveline. Quelques légères douleurs se font sentir dans le côté gauche de l'abdomen, et disparaissent après une application de ventouses sèches. On touche légèrement l'épiploon avec le nitrate d'argent, et on exerce la compression. Sous l'influence de ces derniers moyens, la réduction complète s'est graduellement opérée ; et le 19 mai, l'épiploon était de niveau avec la peau. De la charpie râpée fut appliquée sur la plaie, et maintenue par un carré de diachylon.

Le 1er juin, le malade a quitté l'hôpital parfaitement guéri.

Ce qu'il y a de remarquable, et que M. Larrey père a signalé dans ses ouvrages, c'est la sensibilité excessive de l'épiploon, qui, chez ce blessé, a persisté même jusqu'à ce que la cicatrice fût complète.

Académie des Sciences. — Séance du 13 juillet.

Prix de statistique. Le prix est décerné à M. Dausse pour son travail sur la statistique des principales rivières de France.

Deux mentions honorables sont accordées ; savoir : à M. Gauthier pour sa statistique de la Charente-Inférieure ; et à M. Ragut, pour sa statistique du département de Saône-et Loire.

— *M. Flourens* prononce ensuite l'éloge de M. Frédéric Cuvier.

« Frédéric Cuvier, membre de l'Académie des sciences, de la Société royale de Londres, professeur au Muséum d'histoire naturelle, naquit à Montbéliard, le 27 juin 1773.

» Plus jeune de quatre ans que son illustre frère, Georges Cuvier, il commença comme lui ses études au collége de Montbéliard, mais il ne les poursuivit pas jusqu'au bout ; et, se sentant du goût pour la mécanique, il se destina à la profession d horloger. Il y a tout lieu de penser qu'il fût devenu un artiste habile s'il eût persévéré dans cette carrière ; mais les circonstances l'en détournèrent et le jetèrent dans une autre qu'il a honorablement parcourue.

» En 1797, Georges Cuvier, qui occupait déjà dans les sciences un rang éminent, appela près de lui son père et son frère, c'est-à-dire tout ce qui lui restait de sa famille, car il avait perdu sa mère en 1793.

» Une fois à Paris, Frédéric Cuvier reconnut tout ce qu'avait

(1) Un médecin légiste, M. Ollivier (d'Angers), ne fut convaincu que la plaie avait été faite par un couteau qu'après qu'il eût examiné les vêtemens qui avaient été perforés.

---

de nuages, la face baignée d'une sueur froide, les traits décomposés. « J'étouffe, je meurs, me dit-il, agissez vite. » Les artères des extrémités ne battent plus, la respiration courte, précipitée, est à peine sensible ; une douleur atroce déchire la poitrine quelques instans, puis fait rémission pendant quinze secondes environ. Je me saisis d'un pot renfermant de la tisane presque bouillante pour opérer la vésication. Le malade exprime le besoin d'aller à la selle ; quelques secondes après, il est saisi d'une nouvelle crampe thoracique ; et il expire au milieu de mouvemens convulsifs des traits de la face. Une heure après la mort, j'employai encore pour la satisfaction des parens et pour la mienne tous les moyens excitans propres à réveiller une vie qui venait de s'éteindre. Dans la journée une grande quantité de sang s'échappe par la bouche.

Je ne pus point faire l'autopsie, mais je puisai dans ce cas un terrible avertissement pour l'avenir.

Fièvre thoracique rémittente, quotidienne ; accès pernicieux ; saignées, sulfate de quinine.

Marie Jussieu, âgée de vingt-un ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, au milieu d'une discussion vive avec une parente, reçoit quelques coups ; la frayeur succède à la colère. Dès cet instant, elle est prise de lassitudes, de brisemens de membres, de perte de l'appétit.

C'était le 4 octobre 1834 : sous quelques jours ses règles devaient paraître, je comptai sur leur influence pour dissiper cet état maladif encore indécis. Ses règles coulent comme à l'ordinaire, mais n'apportent aucun soulagement. Aux symptômes énumérés se joignent de la suffocation, un tremblement nerveux erratique et une douleur à l'épigastre. Le pouls est fébrile. Dans la vue de dissiper le trouble de l'appareil circulatoire et de calmer les excitations du système nerveux, je psatiqué une saignée de 10 onces. Il n'en résulte aucune amélioration. La gastralgie persiste, elle en devient même plus vive le soir. Le jour, la malade se lève, elle use de quelques substances alimentaires liquides ; mais la nuit, la douleur épigastrique cause l'insomnie. En quelques jours la suffocation, que j'ai cru être nerveuse, rend impossible le décubitus horizontal. Les jambes s'œdématient ; le pouls se précipite et s'affaiblit ; la face se couvre de paleur, et les forces musculaires s'abattent de plus en plus. Considérant cette affection comme une névralgie gastrique continue soumise la nuit à des exaspérations, je me borne à l'emploi des antispasmodiques.

Le quinzième jour, la médication employée n'a apporté aucun soulagement.

Le seizième, après une journée fatigante, la suffocation est beaucoup plus forte durant la nuit.

Le dix-septième, il s'opère un changement en mieux ; la douleur de l'épigastre disparaît pour toute la journée. La respiration est libre. J'espère que cette affection est à la veille de céder aux opiacés. Il n'en est rien cependant, car c'est l'intermittence qui précède la continuité. A l'entrée de la nuit, sans que la douleur à l'estomac se réveille, la suffocation reparaît, le pouls devient fébrile ; la rémission de la journée et le retour nocturne de la suffocation me confirment alors dans la pensée, que les phénomènes ont passé à l'intermittence périodique. Mais je ne vois ici rien de redoutable.

Cependant, la malade se trouvant de plus en plus mal, on m'appela à minuit. La gêne de la respiration s'est accrue ; le pouls, d'une grande petitesse, donne 120 pulsations à la minute ; la face est très pâle. Je prescris un bain de pied fortement synapisé, et une potion antispasmodique. Mon pronostic n'était point encore fâcheux ; je ne voyais dans ces phénomènes qu'un accès spasmodique et peut-être fluxionnaire aussi, fixé sur la poitrine. J'espérai le voir se dissiper d'un moment à l'autre, et je me proposai de prévenir son retour à l'aide du quinquina J'observe que la malade ne ressent plus aucune douleur à l'épigastre.

De grand matin, je me rends auprès de la malade ; contre mon attente tous les symptômes se sont aggravés ; la respiration est courte, haute, haletante, très précipitée et gutturale ; le pouls petit, filiforme, bat avec une extrême précipitation ; la malade peut à peine prononcer quelques monosyllabes entrecoupés par des inspirations forcées. A cela se joint la pâleur de la face, la décoloration complète des lèvres, l'obscurcissement de la vue et un sentiment de défaillance des membres. Cet accès, dont j'avais cru être maître dans le principe, s'offre à présent avec un caractère tellement pernicieux, que je le juge devoir êtse promptement funeste. Le souvenir de la terminaison fatale du cas précédent se présente à mon esprit. Je reconnais alors une frappante analogie entre ces deux cas. Il ne manque à ce dernier que les crampes thoraciques. Ayant prié un de mes confrères, avec lequel je visitais un malade dans le voisinage, de me donner son avis sur l'état de cette fille, à la vue des signes d'agonie, dont le nombre augmente d'un instant à l'autre, il ne lui reste, à lui aussi, qu'à prescrire des synapismes. Nous quittons la malade dans la persuasion que quelques heures plus tard elle aura cessé de vivre.

Quelques minutes après, me reprochant de n'avoir point prévenu cet accès pernicieux, alors que les phénomènes étaient à l'état bénin, l'idée de la saignée s'offrant à mon esprit, me ramène auprès de la malade. Mettant de côté le mauvais effet que peut produire, contre le médecin la mort du malade sous la lancette, par une large ouverture, je tire quatre onces de sang du bras : la malade n'est pas plus mal. Puis encore quatre onces ; les inspirations me semblent alors un peu plus profondes ; l'air pénètre un peu mieux. Je fais alors plonger les jambes dans un bain de pied très chaud et fortement sinapisé. Le pouls se ralentit ; chaque minute emporte une partie de la suffocation, et, au bout d'une heure, la respiration ne conserve qu'une faible gêne. Dans la journée, en instruisant mon confrère du moyen que j'avais employé, je pus lui assurer que la malade était hors de danger.

Le sulfate de quinine, administré dans la matinée, prévient le retour du spasme et de la congestion pulmonaire que la saignée a dissipés avec une incroyable promptitude. Au bout de cinq jours les fonctions sont revenues à l'état normal ; l'appétit se pronce et la convalescence est assurée. Après un bien-être de deux semaines, la maladie semble se reproduire à un faible degré ; la gastralgie reparaît, et avec elle l'insomnie et la gêne de la respiration. J'ai recours de nouveau au sulfate de quinine. La malade en prend 40 grains en quinze jours. Le mieux est visiblement soumis à l'emploi de l'anti-périodique. Pour prévenir une seconde rechute, pendant un mois je soumets la malade à l'usage d un vin amer.

Réflexions. — Considérés dans leurs causes, leurs élémens constitutifs et dans leur traitement, ces quatre faits offrent la plus frappante analogie. Chez mademoiselle Marie Bourgues, l'action d'un bain froid agit comme cause déterminante, et décide un raptus cérébral auquel une cépalalgie habituelle prédisposait la malade. Chez les trois autres une cause morale, la frayeur, imprime au système nerveux une secousse violente, à la faveur de laquelle tous les mouvemens vitaux sont refoulés sur le cerveau chez les deux premiers, et sur la poitrine chez les deux autres.

Quant à la nature des phénomènes, l'analyse démontre une altération locale fixée sur les organes affectés, et un appareil fébrile ressemblant parfaitement à l'appareil fluxionnaire. Chez les deux

de désavantageux pour lui une éducation incomplète ; il le reconnut et ne se découragea point. On le voit, dit M. Flourens, dès son arrivée, suivre les cours de physique, de chimie, d'histoire naturelle. En 1801, il se joint à M. Biot pour des recherches sur les propriétés de la pile, recherches qui ont donné un résultat important. En 1802, il se charge de la rédaction principale du Journal de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale.

» Mais des circonstances plus fortes devaient bientôt donner à son activité une direction plus fixe. Il était impossible de vivre auprès de Georges Cuvier, d'y vivre dans l'intimité fraternelle, sans devenir naturaliste. C'est même par un travail entrepris d'abord pour son frère, que Cuvier fit ses premiers pas dans l'histoire naturelle.

» La collection d'anatomie comparée, commencée par Buffon et par Daubenton, recevait alors de M. Cuvier ces grands développemens qui en ont fait une création nouvelle. M. Cuvier voulut en avoir le catalogue, et c'est à son frère et à M. Duvernoy qu'il le demanda.

» M. F. Cuvier fut chargé de la description des squelettes, et telle a été l'origine de son grand ouvrage sur les dents des mammifères, ouvrage qui est devenu fondamental en zoologie. C'est en effet l'étude la plus complète des caractères tirés des dents; c'est l'application la plus habile de ces caractères à la formation des genres...

» Mais un travail d'un autre genre, et le travail sans contredit le plus important, le plus original de M. F. Cuvier, ce sont ses observations sur l'instinct et l'intelligence des animaux, observations qui n'intéressent pas moins le philosophe que le naturaliste, et auxquelles il a consacré trente années d'études suivies et consciencieuses.

» M. F. Cuvier fut chargé en 1804 de la direction immédiate de la ménagerie du muséum d'histoire naturelle. Jamais position n'avait été plus favorable sans doute pour l'étude des facultés et des actions des animaux; mais aussi jamais observateur n'a-t-il plus fait pour cette branche de l'histoire naturelle que M. F. Cuvier.

.... » M. F. Cuvier avait été nommé membre de l'Académie des sciences en 1826. Il y remplaçait Pinel.

» Le 24 décembre 1837, il fut nommé professeur au Muséum d'histoire naturelle. La chaire à laquelle il était appelé venait d'être créée, et elle l'avait été pour lui. M. de Salvandy, alors ministre de l'instruction publique, payait ainsi noblement, par une création utile, la dette du Muséum et de la science.

» Mais c'est à ce moment même, c'est au moment où il allait enfin, ce qui avait toujours été son vœu le plus cher, enseigner la science qu'il avait fondée, et à laquelle il avait dévoué sa vie, qu'il fut frappé de la maladie terrible à laquelle il a succombé.

» Il est mort à Strasbourg le 21 juillet 1838.

» On remarqua entre sa maladie et celle à laquelle avait succombé son illustre frère une analogie frappante. Ces deux hommes, qui avaient été si étroitement unis, sont morts au même âge, de la même maladie, et avec la même sérénité d'esprit, la même intrépidité d'âme. M. F. Cuvier calculait aussi, comme l'avait fait son frère, les progrès du mal ; il les épiait, les annonçait. Il conservait en ce moment toute sa pénétration comme observateur, et toute sa fermeté comme homme.

» Son fils était parti de Paris à la première nouvelle qu'il eut de sa maladie ; mais lorsqu'il arriva à Strasbourg, M. F. Cuvier n'était déjà plus ; il était mort entre les bras de M. Dutrey, son compagnon de voyage et son collègue d'inspection, de M. Colmann, son ami de trente années, et de M. Duvernoy, l'ami et le compagnon de toute sa vie.

» Ses dernières paroles ont été : « Que mon fils mette sur ma » tombe *Frédéric Cuvier, frère de George Cuvier,* » rappelant ainsi ses deux plus chères affections, et associant dans une dernière expression les deux sentimens les plus forts de son âme, sa tendresse pour son fils et son admiration pour son frère. »

— On lit ce qui suit dans le livre spirituel de M. Munaret, *le Médecin des villes et le Médecin de campagne* :

« Un fabricant de produits crimiques et pharmaceutiques (M. Arrault, rue Jacob, 6, à Paris), a eu l'obligeance de me montrer une petite pharmacie portative. C'est une boîte longue, solide et recouverte en cuir, pouvant être sanglée comme un portemanteau, et portée à la main à l'aide d'une anse supérieure et moyenne. Outre les médicamens que je vous ai indiqués, elle contient une trousse, une boîte à sangsues, des bandes *dextrinées* pour certaines fractures, etc.

» *Si vous exercez à la campagne, je vous engage à l'acheter.* »

premiers malades, à une pléthore cérébrale succède une sur-excitation plus ou moins voisine d'une phlegmasie ; à cette altération persistante, s'ajoute, durant les accès, une fluxion hémorrhagique intermittente soumise à la périodicité.

Chez les deux derniers malades, la sur-excitation pulmonaire n'est-elle pas évidente, quoique moins prononcée? Je ne note qu'une différence avec les deux premiers malades. Chez ceux-ci, les nerfs du sentiment paraissent être le siége de l'altération vitale avant que le système sanguin devienne celui de la fluxion. En effet, des crampes thoraciques chez le n° 3, gastriques chez le n° 4, précèdent la congestion sur la poitrine, traduite chez le premier de ces deux malades par le crachement de sang, et par la suffocation chez le second.

Mais bientôt les vaisseaux sanguins pulmonaires s'engorgent considérablement, soit que le sang stationne par suite du spasme fixé sur le système nerveux, soit, ce que je crois plus probable, qu'appelé par la douleur il afflue en plus grande quantité. En quelques heures la congestion devient tellement forte, que chez le premier, Pierre C..., elle se termine par l'apoplexie pulmonaire, et que si l'art n'eût apporté ses secours, elle allait se terminer chez cette dernière par l'asphyxie, suite de la congestion.

Quant à la marche qu'ont suivie ces affections, remarquons que, rémittentes dans le principe, elles ont passé plus ou moins vite à l'intermittence. Tant que l'organe où siégeait l'altération locale a été vivement sur-excité, l'appareil fébrile n'a marqué sa reprise que par un peu de refroidissement des pieds. Quand l'orgasme inflammatoire a été combattu à l'aide des saignées, l'apyrexie s'est prolongée, et l'accès intermittent s'est plus franchement dessiné. Notons surtout que les phénomènes pyrétiques, loin de suivre le décroissement de l'affection locale, se sont revêtus trois fois du caractère pernicieux, au moment où le mieux apparent semblait devoir faire espérer une diminution progressive dans l'intensité des accès. C'est ainsi que les affections les plus bénignes dans le principe, viennent quelquefois foudroyer les malades, au moment où l'on croit pouvoir les abandonner à elles-mêmes.

Dans l'intermittence nerveuse bénigne, ainsi que dans les affections périodiques sans fièvre en général, on ne saurait trop répéter que le médecin doit se tenir en garde contre l'apparition de quelques phénomènes insidieux qui viennent tout-à-coup compromettre les jours du malade.

Dans les affections intermittentes, et dans toutes celles qui ont des accès incomplets, le passage à l'intermittence m'a paru marqué le plus souvent par la diminution notable et inattendue de l'accès, ou par l'arrivée du frisson qui jusqu'alors n'avait point précédé l'accès, celui-ci est d'autant plus formidable qu'un calme plus profond l'a précédé.

La reprise des fièvres cérébrales pendant le jour, et le retour des fièvres thoraciques pendant la nuit, confirment les observation que j'ai faites déjà ailleurs sur la prédilection de ces affections pour le temps de la journée que je viens de désigner. Trois fois le type a été quotidien, à moins qu'une alternative de rehaussemens peu marqués un jour et l'autre non ne le fasse appeler double-tierce.

Venons-en enfin à la saignée. Dans tous les cas elle a servi de base au traitement de l'accès. 1° Par leur emploi l'orgasme inflammatoire général a été abattu ; 2° employée comme révulsive, loin du centre de la fluxion, elle a eu pour résultat de rompre, à titre de moyen perturbateur, l'appareil fébrile; 3° enfin elles ont agi à la manière des résolutifs, en dégorgeant les organes envahis par la fluxion ; mais les effets les plus marqués ont été obtenus durant les accès. C'est à l'impossibilité où je me trouvai de saigner que j'attribue l'issue funeste de la maladie de M. C... Un prompt secours eut, je crois, prévenu l'apoplexie pulmonaire. Les deux cas dans lesquels je l'ai pratiquée (*in extremis*) offrent la preuve la plus éclatante de la puissance de cette médication. Je ne dirai rien des effets du sulfate de quinine, si ce n'est qu'ici, comme dans presque toutes mes autres observations, il s'est montré le plus précieux, le plus héroïque des médicamens.

Désorganisation de l'œil produite par une névralgie de la cinquième paire.

John Hanlon, homme de moyen âge, fort et bien constitué, avait été soumis pendant les mois d'octobre et de novembre derniers au traitement que réclamait une névralgie aiguë dont il souffrait beaucoup, et qui occupait le côté droit de la tête et de la face ; les mouvemens des deux joues se faisaient bien, la mastication s'opérait également bien à droite et à gauche ; la paupière supérieure du côté malade ne présentait rien de remarquable. Après avoir quitté l'hôpital à la fin de novembre, il fut obligé d'y retourner en janvier. A cette époque, il se plaignait d'une douleur vive et lancinante qui avait son siége dans la moitié droite du bord alvéolaire de l'os maxillaire supérieur, dans la région sus-orbitaire, dans la fosse temporale et dans la joue du côté droit ; la membrane pituitaire de la narine droite était sèche, et l'affection était plus obtuse de ce côté que de l'autre. La joue et la narine étaient ridées et tirées en dehors et en haut, de manière que le côté droit de la face paraissait plus court que le côté gauche. Du côté malade, les mouvemens s'accomplissaient très bien. Différens traitemens furent mis en usage. Quoique le malade souffrit beaucoup de passer les nuits sans sommeil, cependant son état général était satisfaisant.

Le 1er février, il commence à se plaindre de son œil ; la conjonctive oculaire est injectée, l'œil est recouvert d'une matière mucoso-purulente.

Le 2, chemosis occupant l'angle interne de l'œil, opacité partielle de la cornée, pupille légèrement dilatée, conjonctivite intense.

Le 3, outre les symptômes observés la veille, on remarque un amas de pus d'environ deux lignes de diamètre, occupant le bord interne et inférieur de la cornée ; cette collection paraît avoir son siége entre les lames de cette membrane.

Le 5, la face postérieure de la cornée transparente a crevé, et l'abcès s'est fait jour dans la chambre antérieure ; la matière de l'épanchement occupe un tiers de la hauteur de cette chambre. L'iris adhère à la cornée vers son bord interne et inférieur; la vision est presque nulle.

Le 6, l'opacité de la cornée est complète ; on dirait que cette membrane a été macérée, à l'exception d'une petite portion de son étendue dont le diamètre égale celui d'une tête d'épingle. Le malade peut à peine distinguer le jour de la nuit. La névralgie a diminué d'intensité.

Cette observation vient, comme on le voit, à l'appui des belles expériences de M. Magendie ; d'où il résulte que les lésions de la cinquième paire produisent des désordres plus ou moins graves dans l'organe de la vision. (*The Dublin med. Press*, 8 juillet.)

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 21 JUILLET 1846. (13e ANNÉE.) N° 86, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5fr.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Ricord.

Leçons sur les maladies vénériennes.

(Neuvième article. — Suite du n° 79.)

Deuxième méthode. *Cautérisation.* On a donné à cette méthode le nom de *méthode ectrotique*, et elle a rencontré d'assez nombreux opposans; il n'en eût pas été ainsi si son auteur, M. Ratier eût insisté davantage sur la nécessité d'anéantir la pustule du chancre, en faisant entrevoir les conséquences fâcheuses que son évolution entraînait après elle. Quoi qu'il en soit, c'est, entre les mains du praticien, un moyen thérapeutique très puissant et plus généralement praticable que celui que nous avons indiqué plus haut; il excite moins de répugnance, et il est d'une application beaucoup plus facile.

On pratique la cautérisation abortive avec le crayon de nitrate d'argent. Ce caustique, généralement répandu, est des plus commodes à manier; mais dans le cas dont il s'agit, il a le très grave inconvénient d'être borné dans ses effets, et de ne pas toujours agir assez profondément pour remplir le but qu'on se propose.

Nous avons expérimenté avec le plus grand succès la pâte de Vienne, ainsi composée :

Chaux vive,	5 parties.
Potasse à l'alcool,	6 parties.

Au moment où on emploie ce mélange, on le réduit en pâte au moyen d'une quantité suffisante d'alcool. Avec le secours de ce caustique, on peut toujours arriver à emporter exactement les tissus qui servent d'élémens à l'ulcération virulente, et réussir à produire une plaie simple au lieu de la plaie syphilitique.

Il est néanmoins quelques conseils à donner, quant aux points où l'on peut et l'on doit l'appliquer. Ainsi, il faut proportionner avec soin l'épaisseur de la couche de pâte mise en usage à l'épaisseur des tissus sur lesquels on agit, afin de bien limiter son action dans de justes bornes; car chez quelques individus un cautérisation trop profonde est suivie d'une grande infiltration des parties, surtout sur le fourreau de la verge, le prépuce, etc.

D'autres points sont si minces, qu'il faut entièrement renoncer à appliquer la pâte sur les pustules qui s'y développent; tels sont le frein du prépuce.

En un mot, il est de la plus grande importance pour le praticien d'arriver à manier le caustique avec expérience; car entre des mains intelligentes, il rendra d'immenses services aux malades en les sauvant de l'infection générale et en les préservant de ces ulcères syphilitiques parfois bornés, mais parfois aussi interminables.

Toutes les fois donc que, dans les premiers jours qui suivront un coït suspect, on trouvera sur les organes soumis à la contagion une pustule, de quelque nature qu'elle soit, et sans qu'on ait besoin d'un diagnostic rigoureux, il faudra la diviser et cautériser profondément les parties qui en forment la base. En effet, quel mal y aurait-il à s'être trompé, et à avoir cautérisé des pustules d'herpès ou d'exéma? Serait-il possible de mettre en parallèle la petite douleur qu'on aurait occasionnée, avec les chances contraires, d'avoir laissé se développer un chancre?

De même, toutes les fois qu'une pustule douteuse siégera sur des tissus mobiles et faciles à isoler, on pourra pratiquer l'excision, à laquelle nous donnerions alors la préférence, si le plus souvent les malades ne manifestaient une grande répugnance pour cette petite opération. Pour la pratiquer, il faudra employer des ciseaux courbes et exciser plutôt un peu plus qu'un peu moins, afin de faire porter la perte de substance dans les tissus sains, qui se cicatrisent ensuite avec une grande rapidité.

A-t-on, au contraire, affaire au chancre d'emblée que nous avons vu apparaître fréquemment par suite de diverses circonstances, ou par suite de la prompte rupture de la pustule, on agira de même, en excisant et cautérisant ensuite.

Le chancre peut aussi succéder à un abcès précédé d'un travail phlegmoneux, et avoir pour siége un follicule, le tissu cellulaire, un vaisseau lymphatique ou un ganglion. Toutes les fois qu'à la suite des conditions sous lesquelles se contractent les chancres, les parties soumises à l'infection présenteront un engorgement d'un ou de plusieurs follicules, il faudra, sans hésiter, en pratiquer l'excision, qu'on fera suivre d'une application de nitrate d'argent.

Lorsque déjà on aura affaire à un chancre folliculaire, et que les parties malades seront encore limitées, on aura recours au même procédé; dans le cas contraire, on ouvrira, pour donner issue au pus et cautériser profondément le foyer.

Il en sera de même dans les petits abcès circonscrits du tissu cellulaire et qui se développent par voie d'imbibition, au voisinage d'un chancre.

Mais soit que les moyens que nous venons d'indiquer n'agissent pas assez profondément et que l'on n'arrive pas à détruire d'emblée la partie affectée, soit que les malades vous consultent trop tard, il faut avoir recours à d'autres moyens. L'emploi de ceux-ci constitue un autre mode de traitement.

B. *Méthode curative.* Il est important, pour ce point du traitement, de tenir compte des différentes variétés du chancre que nous avons établies.

Chancres larvés. Lorsque le canal de l'urètre est le siége d'un chancre, que les symptômes ordinaires de la blennorrhagie aiguë l'accompagnent et le compliquent, c'est au traitement antiphlogistique qu'il faut en premier lieu avoir recours. Sangsues au périnée, au pénis le long du canal de l'urètre; bains locaux émolliens, opiacés; bains généraux, boissons abondantes. Le malade doit éviter les érections qui distendent les parties malades, les éraillent et augmentent ainsi l'ulcération et l'inflammation. Dans le but d'y remédier, on prescrit tous les soirs deux des pilules dont la formule suit :

Camphre pulvérisé,	26 décigr.
Extrait gommeux d'opium,	4 décigr.
Mucilage,	*q. s.*

Mêlez et faites seize pilules.

Si des petits abcès se développent sur les points du canal qui correspondent au siége du chancre, il faut avoir la précaution d'en pratiquer l'ouverture de bonne heure; puis, quand l'inflammation a cédé à l'emploi des moyens indiqués, on fait pratiquer au malade des injections de vin aromatique dans le canal de l'urètre: dans les premiers temps, on le mélange à parties égales avec une décoction de têtes de pavot, et plus tard, lorsque le canal est habitué et n'éprouve pas d'irritation, on peut l'employer pur. On peut aussi au début, lorsque les symptômes de la blennorrhagie ne paraissent pas être trop intenses, avoir recours à la cautérisation avec le nitrate d'argent porté à l'aide de l'instrument du professeur Lallemand, de Montpellier; cette cautérisation de l'urètre devient très avantageuse quand la blenorrhagie est calmée ou que le chancre existe seul, et elle agit ici comme dans les cas de chancres situés à l'extérieur

Lorsque le chancre siége à l'entrée du canal et qu'il peut être aperçu, le traitement indiqué pour les autres chancres lui est tout à fait applicable, seulement il est très utile, dans les cas où les malades peuvent le supporter de faire tenir un petit cylindre imprégné des matières du pansement entre les lèvres du méat urinaire pour les empecher de se toucher.

Si le chancre, développé chez la femme, siége au fond du vagin sur le col utérin dans la cavité de celui-ci, on doit mettre ces parties à découvert au moyen du spéculum chaque fois que l'on fait un pansement, d'ailleurs on cautérise et on a recours aux mêmes applications topiques que dans les autres cas. Quant aux chancres de l'anus et de la partie inférieure du rectum, ils réclament les plus grands soins de propreté et des pansemens répétés, surtout après les garderobes, qui doivent être rendues faciles par tous les moyens possibles, et qu'on doit toujours faire précéder, autant qu'on le peut, d'un quart de lavement fortement mucilagineux pour que des matières trop dures ne viennent pas érailler les parties malades. Ce ne serait que dans le cas où la canule, du reste en gomme élastique, produirait plus de douleur que le passage des matières, qu'il faudrait renoncer à ces précautions qui sont dans la plupart des cas indispensables.

On maintiendra les pansemens avec une petite mèche; on pourra aussi les porter au moyen d'injections; on pourra les appliquer simplement à plat, si la présence d'un corps étranger dans le sphincter paraît déterminer trop de spasme et de douleur.

Chancres superficiels. Dans la plupart des cas ces chancres ne présentent aucune indication particulière. Lorsqu'ils ont pour siége le pourtour du gland ou le prépuce, et qu'il existe en même temps des symptômes de balanite, on peut les confondre avec les érosions simples qui accompagnent parfois cette inflammation, quand ils ne sont pas indurés; mais il suffit alors d'une cautérisation superficielle et de l'interposition d'un petit morceau de linge fin, ou d'un peu de charpie entre le gland et le prépuce pour les faire disparaître en fort peu de jours. Dans les cas rares, lorsqu'ils sont rebelles à l'emploi de cette médication, on emploie le traitement complet que nous indiquerons.

Chancre simple ou régulier. C'est cette forme du chancre qui nous a servi de type pour le traitement. L'application de celui-ci est modifiée selon les variétés que la maladie présente.

Et d'abord, nous commençons à établir un principe contraire aux habitudes généralement suivies dans le traitement des ulcères. On conseille, en effet, de ne pas panser trop fréquemment un ulcère ordinaire, une plaie, dans le but de ne pas déranger le travail de cicatrisation. Il faut bien se garder de suivre ce précepte pour le chancre à la période de progrès. Il ne faut pas oublier, dans ce cas, que la matière sécrétée par les parties malades, est une cause permanente de maladie, et qu'il est important de l'empêcher de séjourner dans la crainte d'inoculations subséquentes. Les pansemens devront donc être répétés selon l'abondance de la suppuration. En général, trois ou quatre pansemens par jour suffiront.

Il est de précepte que les parties malades soient à découvert; en conséquence il faudra avoir bien soin, pour les chancres cutanés, de ne pas les laisser se couvrir de croûtes sous lesquelles le pus croupit et creuse.

Tant que le chancre est à la période d'ulcération, il faudra répéter la cautérisation au moyen du crayon de nitrate d'argent aussi souvent qu'on retrouvera à la chute des escharres produites, soit au fond, soit aux bords de l'ulcère, les caractères qui distinguent cette période. Dès que la réparation paraîtra commencer, il faudra s'abstenir de porter le caustique sur la partie en voie de guérison, tout en ayant soin d'en continuer l'emploi sur les points encore en progrès d'ulcération spécifique.

En général, les corps gras sont de mauvais moyens à employer pour le pansement des ulcères syphilitiques; ils ont de nombreux inconvéniens; les pommades mercurielles, à plus forte raison encore, sauf les cas exceptionnels que nous signalerons, sont plus nuisibles que toutes les autres. Rien de plus commun que de voir les chancres se multiplier, s'étendre et s'enflammer, lorsque, exempts d'induration, on les panse avec l'onguent mercuriel.

Il est bon, comme nous l'avons dit, de ne pas laisser le pus du chancre en contact avec la surface qui le sécrète; mais il importe aussi de chercher à diminuer la quantité de cette sécrétion morbide. La charpie, qui forme en quelque sorte une éponge, remplit une de ces indications; mais un des traitemens qui donnent les guérisons les plus rapides, les cures locales les plus promptes, c'est le vin aromatique préparé selon la formule suivante :

Espèces aromatiques,	125 gram.
Vin rouge,	1 kilog.
Alcoolat vulnéraire,	60 gram.

Faites macérer les espèces aromatiques pendant huit jours dans le vin; passez et exprimez; filtrez et ajoutez l'alcoolat vulnéraire.

On prescrit aux malades de laver avec soin l'ulcération au moyen de ce liquide, sans cependant l'irriter ou la faire saigner; ensuite ils la recouvrent d'un peu de charpie fine que l'on imbibe assez pour qu'elle puisse rester humide sans couler; car lorsqu'elle est trop mouillée, l'espèce de macération qui en résulte en retarde les bons effets. A chaque pansement on a soin, pour détacher la charpie, de bien l'imprégner du même liquide, afin de ne pas déchirer les parties auxquelles, en se séchant, elle pourrait adhérer, et aussi dans le but de prévenir les douleurs. Je puis avancer qu'au moyen de ce traitement bien employé, il n'arrive jamais, dans mon service, de chancres successifs, comme cela a lieu assez souvent avec les autres pansemens. Le vin aromatique diminue la sécrétion purulente, contribue à amener la cicatrisation en modifiant la surface de l'ulcère, et en agissant sur les parties voisines comme un astringent énergique, ce qui empêche ces parties de s'inoculer par le contact du pus virulent.

Il existe cependant des malades chez lesquels la sécrétion de l'ulcère continue à être très abondante et alors les pansemens faits avec la décoction de tan ont parfaitement réussi. Celle que je prescris est faite comme suit :

Vin rouge du Midi,	180 grammes.
Tannin pur,	1 gramme.

On double la quantité de tannin quand on veut agir sur le vagin.

Lorsqu'il existe de la douleur et que les pansemens avec le vin aromatique la rendent plus vive, il faut employer de préférence la préparation suivante :

Vin aromatique,	250 grammes.
Extrait gommeux d'opium,	2 gr.

Mêlez.

Ainsi préparé, le vin aromatique constitue le moyen le plus avantageux. Il est bon toutefois de faire observer que l'on arrive par le tâtonnement à faire reconnaître quelle est la dose d'opium à employer; en effet, chez les uns on fait diminuer les douleurs en augmentant la dose d'opium, tandis que chez les autres il faut la diminuer.

Enfin, il est quelques circonstances dans lesquelles il faut renoncer entièrement à l'emploi du vin médicamenteux quel que soit son mode de préparation, ou bien seulement suspendre son emploi. Ainsi, lorsque la suppuration venant à cesser, l'ulcère reste stationnaire; dans ce cas on a recours à une décoction émolliente ou au cérat opiacé pour remplacer le vin. De même, lorsque l'induration de l'ulcère arrive, le vin accroît celle-ci et retarde

par conséquent la marche de la cicatrisation. Dans ces deux cas, il faut modifier le traitement.

Toutefois, lorsque la période de réparation arrive, tant qu'elle suit ses phases avec régularité il faut continuer les pansemens avec le vin, et reprendre la cautérisation lorsqu'il faut réprimer l'exubérance des bourgeons charnus. Il peut arriver quelquefois qu'il ne manque que l'épiderme pour compléter la guérison : la surface de l'ulcère, arrivée au niveau des parties voisines, reste rouge et sans produire de sécrétion, et cependant, elle ne se cicatrise pas ; l'application du crayon de nitrate d'argent, de manière à blanchir seulement la surface de l'ulcère, sans produire la cautérisation plus profonde, suffit ordinairement pour terminer.

En général, le traitement local suffit lorsque le chancre est exempt de complications, lorsqu'il ne laisse aucune induration dans le point qui en était affecté. On doit se contenter pendant ce temps de faire garder au malade le plus de repos possible, et de le soumettre à un régime en rapport avec sa constitution, un régime débilitant, la diète, les boissons délayantes et les antiphlogistiques locaux et généraux, ne sont indiqués que chez les individus robustes, pléthoriques et disposés à l'inflammation ; les mêmes moyens employés chez des sujets lymphatiques débilités, serait essentiellement dangereux. Ici un régime tonique modéré et en général tout ce qui peut corriger les déviations du tempérament ou remédier à un état maladif existant, doit être employé avec soin ; car il faut se rappeler que d'une mauvaise constitution ou de maladie actuellement existante, résultent les complications et la marche vicieuse que peuvent affecter les chancres.

Lorsque le chancre régulier est cicatrisé, que les tissus sur lesquels il siégeait sont complètement revenus à leur état normal, le malade peut, après quelques jours de guérison, se livrer de nouveau et sans crainte aux rapports sexuels. Il n'en est pas de même s'il existe des indurations sur lesquelles se sont faites les cicatrices, car celles-ci pourraient alors se rompre et donner lieu à des récidives ; dans ces cas, il faut attendre jusqu'après l'entière guérison.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Leçons sur les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

ÉRYSIPÈLE PHLEGMONEUX. (Suite du nº du 11 juin.)

Après le soin qu'il faut donner à reconnaître vite l'érysipèle phlegmoneux, d'après les caractères distinctifs que nous avons énoncés, rien n'est si important que de ne pas confondre les périodes principales qui en sont le caractère essentiel ; il en est une première, purement inflammatoire, pendant laquelle il est quelquefois possible d'en arrêter les progrès, si l'on y remédie avant que les tissus soient privés de leurs matériaux de nutrition, avant qu'ils aient commencé à se mortifier. C'est pour cela qu'il ne suffit pas d'être promptement fixé sur la nature de la maladie, mais qu'il faut encore se hâter de la combattre, car malheureusement cette première période dure si peu, que souvent au bout de trois ou quatre jours, il est déjà trop tard pour espérer d'enrayer sa marche même par les plus puissans moyens ; alors rien ne peut empêcher que la suppuration arrive, et que toutes les phases de la maladie accomplissent leur funeste cours.

Nous avons donc à nous occuper des indications thérapeutiques à l'aide desquelles on peut tenter et obtenir la résolution de l'érysipèle phlegmoneux ; ce qui va constituer des remèdes qu'on pourrait dire abortifs pour la première période, et curatifs pour la seconde. Parmi les premiers, il n'en est guères qu'un seul qui mérite confiance. Les autres sont assez nombreux ; nous allons passer en revue les principaux.

Et d'abord, pour n'avoir plus à en parler spécialement, faisons ressortir une idée, la première, la plus prompte à venir à l'esprit, idée que toutes les raisons imaginables indiquent avant même qu'on se soit rendu compte de la nature de la maladie, et qui pousse chacun à employer toutes ces sortes de moyens antiphlogistiques, au nombre desquels il faut avant tout compter la saignée. Rien ne paraît donc si pressé que de prescrire les émissions sanguines locales ou générales, suivant les individus ; les uns se contentent d'une seule saignée copieuse, prolongée ; les autres la veulent répétée à plusieurs reprises et pendant plusieurs jours. Mais de l'une au de l'autre de ces manières, on ne voit que rarement l'érysipèle phlegmoneux vrai s'arrêter sous leur influence, à quelqu'époque qu'on les ait mises en usage ; si cela est arrivé quelquefois, ce n'a été que par exception ; la seule modification que la saignée puisse procurer à la maladie, c'est de faire diminuer la rougeur, de rendre l'inflammation moins active, d'amoindrir peut-être l'ardeur des symptômes généraux ; mais comme remède spécial, c'est sans contredit un moyen très peu efficace et trop insuffisant pour qu'on ne se hâte pas d'en chercher d'autres qui puissent le remplacer ou lui être associés.

Le plus précieux alors est sans aucun doute la compression qui, dans certains cas, peut être dite un remède vraiment héroïque. L'application d'un pareil moyen peut paraître irrationnelle au premier abord ; agir de la sorte sur une partie chaude, rouge, douloureuse, vivement enflammée, doit sembler singulier. Aussi alla-t-on jusqu'à récuser l'exactitude des premières expériences et des bons résultats de ce procédé que M. Velpeau fit connaître en 1826 ; quand on fut obligé de croire à l'évidence par la multiplicité des faits, on prétendit que ce moyen devait être dangereux, qu'il pouvait aisément amener la gangrène. Tout au contraire son but et son résultat est de l'empêcher ou de la borner si elle existe déjà ; aucune expérimentation n'a encore failli dans ce sens, et ce depuis les premiers essais que M. Velpeau fit de ce moyen à l'hôpital de Tours, dans le service de M. Bretonneau, continués ensuite à l'hôpital de l'Observance de Paris, et publiés alors dans différens cahiers des Archives de médecine, jusqu'aux applications multipliées qu'une pratique étendue lui a permis de faire jusqu'à présent.

Parmi les antagonistes de cette méthode, il en est auxquels on ne doit rien répondre. Mais il est d'autres observateurs pleins de bonne foi et animés du meilleur zèle pour s'instruire, qui, en consultant le résultat de leurs propres expériences ou de celles des autres praticiens, sont aussi arrivés à conclure très consciencieusement que la compression n'était pas contre l'érysipèle phlegmoneux un moyen si recommandable qu'on voulait le faire croire. Ceux-ci méritent d'être éclairés, et pour les convaincre de leur erreur il suffit de faire envisager qu'on n'a point su jusqu'ici distinguer exactement les caractères particuliers de chacune des espèce de phlegmasies dont nous nous occupons. Si l'on oublie qu'elles diffèrent essentiellement dans leur nature, dans leurs symptômes et dans leur marche, on ne s'apercevra pas non plus qu'elles réclament des remèdes également variés, et alors est-il donc étrange que, par suite de cette fâcheuse confusion, le même moyen appliqué tantôt dans un cas, tantôt dans l'autre, manque souvent de réussir, déjoue toutes les prévisions et contredise les assurances que d'autres expérimentations avaient fait concevoir ? Mais, de plus, comme s'il ne résultait pas déjà trop d'inconvéniens de cette confusion de diagnostic qui fait appliquer à un genre d'affection le remède qui ne convient qu'à l'autre, et, par conséquent, laisse ignorer ce qui en adviendra. L'erreur a été poussée jusqu'à faire ordonner des prescriptions tout à fait contraires. Ainsi on a dit que la compression était utile contre l'érysipèle proprement dit, mais ne réussissait pas dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux. Or c'est tout l'opposé qui est vrai. Mais d'où vient cette contradiction ? De ce que les uns prenant un érysipèle phlegmoneux pour un érysipèle simple et appliquant la compression, en ont retiré tout le succès qu'elle comporte contre cette espèce d'inflammation ; tandis que les autres, tombant dans la confusion inverse, se croyaient, à titre de contre-épreuve, fondés à proscrire ce moyen.

Rien ne démontre donc mieux l'indispensable nécessité de pouvoir dès le début caractériser positivement l'invasion de tel ou tel genre d'affection, parce que l'érysipèle phlegmoneux étant promptement reconnu, il est un moyen, mais un moyen presque unique d'en arrêter le développement : c'est la compression, à la condition expresse qu'elle sera bien faite et surtout appliquée promptement, au plus tard le second ou le troisième jour, avant que le pus, produit si rapide de l'inflammation, ne soit formé.

Néanmoins, il ne faudrait pas craindre de recourir à ce moyen, à une époque de la maladie un peu plus avancée que le terme si court que nous venons de fixer ; dans ce délai seulement, la compression peut la faire avorter ; mais si la formation du pus s'est déjà faite, quand même l'infiltration serait commencée, il ne faut cependant pas balancer à l'employer. Bien qu'on puisse s'effrayer de l'application d'un bandage en pareille circonstance, il n'y a certainement aucun danger à la faire ; au contraire, sous l'influence de ce mode de thérapeutique, les foyers gangréneux sont circonscrits, les tumeurs s'amollissent plus rapidement, la mortification se fait mieux, les lambeaux se détachent et sortent plus facilement, la cicatrisation devient plus active et la guérison plus prompte.

En tel temps qu'on emploie la compression, la chose importante est qu'elle soit bien faite ; son action dépend toute entière des soins et de l'attention de celui qui se charge de l'appliquer. Cela devrait être un bonheur, mais devient plutôt, et le plus souvent, un désavantage ; car rarement on réussit à la faire comme il la faudrait, méthodique, régulière et peu forte ; elle doit être un soutien plutôt qu'un étranglement ; on a à considérer la force des membres, celle des os qui sont au centre, l'épaisseur des tissus, leur densité, leur degré d'inflammation, etc., etc. : tout cela amène des modifications. Comme dans l'application de tous les bandages compressifs, il faut veiller à ce que l'effet s'en fasse sentir uniformément sur tous les points ; à l'avant-bras, par exemple, garnir soigneusement la partie médiane en avant et en arrière, en faire une surface bombée afin que la compression ne s'exerce pas, comme cela arriverait sans cette précaution, dans le sens du diamètre transversal, sur les os et une très petite portion de tissus enflammés, où elle se ferait d'abord inutilement là, mais encore au détriment des parties plus étendues du membre, qui en seraient privées. De semblables précautions sont nécessaires à la cuisse, à la jambe, où l'application d'une bonne compression n'est pas toujours chose si facile ; elle n'est aisée qu'au bras et sur les parties également cylindriques.

Pour y bien réussir, les praticiens et surtout les élèves devraient donc s'exercer à la pratiquer souvent entr'eux, les uns sur les autres, et sur eux-mêmes quand ils ne trouveraient ni malades ni complaisans qui leur en fourniraient l'occasion ; car c'est une affaire non-seulement d'habitude, mais autant d'intelligence toute mécanique qu'elle soit et qui ne doit pas être négligée. La compression, en pathologie externe, est chose aussi nécessaire et aussi usitée que le bistouri en médecine opératoire.

Quant l'état de suppuration ou de mortification des tissus ne permet pas qu'on fasse la compression directement sur la partie malade, on peut l'établir, soit au-dessus, soit au-dessous, sur des surfaces moins altérées ; on empêche ainsi la gangeène de s'étendre davantage en l'enfermant dans une espèce de fenêtre qui lui pose des limites, comme on le fait, par comparaison, pour un incendie qu'on essaie de borner.

Mais ce moyen, tout avantageux qu'il soit dans presque tous les cas, ne peut cependant pas rester l'unique remède pour combattre l'érysipèle phlegmoneux ; d'ailleurs, il y a des circorstances dans lesquelles on n'y peut plus songer ; quand, par exemple, il s'agit de régions où son application devient impossible, ou quand la période trop avancée de la maladie ne permet plus de compter sur son efficacité.

Parmi les autres moyens qu'on emploie, il faut compter avant tout, et pour sa réputation, et pour son utilité, l'usage de l'onguent mercuriel en onctions. On a considérablement vanté ce médicament dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux, et aussi dans l'érysipèle simple ; c'est encore un fâcheux effet de cette malheureuse confusion de diagnostic qui a fait préconiser par les uns des résultats que les autres ne pouvaient jamais rencontrer, et qui, en définitive, a laissé le plus grand nombre des praticiens dans le doute et la perplexité.

Or, il certain que chacun des genres d'érysipèle étant spécialement reconnu d'après les caractères qui lui appartiennent, l'emploi de l'onguent mercuriel est d'un précieux avantage dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux, tandis qu'il est complètement inutile dans l'érysipèle proprement dit ; il n'en abrège pas la durée seulement de quelques heures. Mais, sans aucun doute, c'est un des meilleurs topiques pour combattre l'érysipèle phlegmoneux ; son effet, cependant, n'est pas si souverain que celui de la compression, mais il a sur ce dernier moyen l'avantage de pouvoir être employé à toutes les périodes de la maladie, et de ne pas nécessiter, de la part de celui qui l'applique, l'intelligence et la grande attention qu'il faut pour que celui-ci réussisse, ainsi que nous l'avons fait remarquer.

La quantité d'onguent à user à chaque fois se règle d'après la grandeur de la surface qui a besoin d'en être couverte. C'est bien assez quand on en a étendu quelques gros, au plus quelques onces ; sans en employer des livres entières comme on a fait très souvent sans aucune réflexion ; car quand la peau est recouverte d'une couche tant soit peu épaisse, à quoi serviraient cinquante livres d'onguent dont on surchargerait la partie ?

Un mode excellent de traitement c'est d'associer l'emploi de la compression et des frictions mercurielles. La nécessité où l'on est de renouveler souvent celles-ci, loin de nuire au bon effet du bandage, lui devient au contraire très avantageuse ; car rien n'est surprenant comme l'activité de la marche rétrograde qu'on imprime à la maladie quand on l'a prise à temps par le bandage compressif, si on défait celui-ci pour le refaire, trois quatre et cinq fois dans vingt-quatre heures, et cela se conçoit bien du reste ; le dégorgement produit par la première compression s'étant opéré au bout de quelques heures, l'acte de résolution demeure stationnaire jusqu'à ce qu'un nouvel excitant revienne l'actionner ; donc si on le poursuit au fur et à mesure qu'il tend à s'arrêter, le résultat sera continuellement progressif et par conséquent définitivement beaucoup plus prompt à venir. Et pour preuve, M. Velpeau cite un homme affecté à l'un des membres inférieurs d'un érysipèle phlegmoneux bien caractérisé, mais encore à sa première période, arrivé dans les salles, un matin, après la visite faite, et sur lequel lui, interne alors, fit l'application d'un bandage compressif qu'il renouvela quatre fois durant la journée, au fur et à mesure que le dégorgement se faisait ; et la résolution fut ainsi accélérée au point que le lendemain matin, à l'inspection du chef de service, la maladie était presque disparue et l'aspect du membre entièrement méconnaissable.

Voici donc déjà deux principaux moyens, indépendamment d'un troisième moins puissant, il est vrai, dont nous allons parler plus bas, qu'on peut employer soit ensemble, soit isolément, dans la première et même dans la seconde période de l'érysipèle phlegmoneux ; mais qui sont recommandables surtout dans la première, et la compression avant tout. Occupons-nous maintenant un peu des remèdes à opposer quand la suppuration est formée et que la gangrène arrive.

Nous avons, entr'autres, les incisions, le vésicatoire et le fer rouge.

Il faut tout d'abord séparer les incisions des scarifications et des mouchetures qui seraient évidemment d'un trop faible secours contre une altération si profonde ; il faut, en effet, pour être efficaces, que les solutions de continuité ou les incisions à proprement dire, intéressent sa peau tout entière et même le tissu cellulaire sous-cutané à une profondeur qui dépend de son épaisseur dans les différentes régions du corps ; qu'elles soient longues d'au moins deux à trois centimètres et multipliées suivant l'étendue de la partie malade, quelquefois au nombre de douze à quinze et davantage.

Ce moyen, d'ailleurs excellent dans beaucoup de cas, est loin d'être le plus facile à employer à cause de la répugnance qu'il cause le plus souvent à ceux qui en auraient besoin. Et, en effet, on s'effraie d'abord à la vue de l'instrument tranchant, on craint la douleur que causent les ouvertures, puis on a encore l'ennui d'une cicatrisation quelquefois longue à venir et la contrariété de la trace qu'elle laisse toujours, plus ou moins désagréable suivant les personnes et selon les points du corps qui en sont le siége. C'est sans doute l'aversion qu'inspire ce mode de

traitement qui a fait regarder comme cruels ceux qui l'appliquent te qui a fait dire avec injustice que les incisions étaient le remède préféré des chirurgiens.

Pour démontrer, quant à nous, la fausseté de cette idée, commençons par proclamer bien vite qu'il ne faut les employer qu'à défaut de moyen meilleur ; ainsi, dans la période d'inflammation, il n'y faudra donc pas songer tout d'abord.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAUX ITALIENS.

Plusieurs cas remarquable de placentite; par M. Ghersi.

Premier fait. (Gangrène du placenta.) Francesca Maroceu, vingt-six ans, grêle, tempérament sanguin, était habituellement sujette à des irritations gastro-entériques qui occasionnaient parfois des dérangemens dans les fonctions de l'utérus. A l'âge de vingt-quatre ans elle se marie; deux mois après elle éprouve une métrorrhagie qui dure deux jours, avec douleur aux reins, et qui est suivie de l'expulsion d'un fœtus de quarante jours. L'année suivante elle redevient enceinte et continue à se bien porter jusqu'au quatrième mois, lorsqu'elle est prise (25 février 1839) de douleurs aux lombes et à la région sus-pubienne, et bientôt après de métrorrhagie. Six jours se passent dans cet état, et l'on ne fait pour tout remède que d'appliquer un emplâtre aux lombes, d'après le conseil d'une sage-femme. Les symptômes augmentant, on appelle le docteur Manca, qui trouve l'état suivant :

Céphalalgie gravative, langue un peu sèche, soif, lassitude générale; pouls plein et vibrant, douleur gravative à la région pubienne ; métrorrhagie d'intensité variable dans les différentes heures de la journée. On prescrit saignée du bras, diète sévère, boissons acidulées, repos absolu. La métrorrhagie et les autres symptômes se sont dissipés dans l'espace de quatre jours.

Dix jours plus tard (17 mars), les douleurs lombaires et pubiennes reparaissent et se continuent pendant dix jours, puis elles augmentent et déterminent de nouvelles hémorrhagies. C'est alors que M. Ghersi a été appelé. Il pratique une petite saignée du bras, mais la métrorrhagie augmente considérablement ; le sang se précipite par torrent de la matrice à mesure qu'on laisse couler le liquide de la veine du bras. On ferme celle-ci, et l'hémorrhagie utérine diminue, mais elle reparaît par intervalle jusqu'au soir, 28 mars.

Alors les douleurs lombaires et pubiennes deviennent de plus en plus fortes, et la métrorrhagie plus abondante encore. On applique sur la région hypogastrique des compresses trempées dans de l'eau froide vinaigrée, mais l'hémorrhagie paraît augmenter sous leur influence, ce qui étonne beaucoup le médecin. On substitue les boissons chaudes aux boissons froides. Les mouvemens du fœtus sont sensibles à la mère et à la main des assistans ; l'auscultation fait d'ailleurs sentir les battemens du cœur. On présume que l'hémorrhagie a sa source dans une maladie du placenta. On prescrit pendant plusieurs jours, mais sans avantage, des pilules d'alun, opium et cathechou.

Le 31 mars, l'hémorrhagie devient plus abondante ; vertiges, tintemens dans les oreilles, vue trouble, pouls petit et fréquent, respiration anxieuse. Ces phénomènes sont attribués à la vapeur de charbon émanant d'un fourneau allumé dans la chambre de la malade. On remédie à cet état ; l'hémorrhagie continue ; l'avortement paraît imminent. Application d'un sinapisme entre les épaules : l'écoulement sanguin s'arrête pendant dix-huit heures.

L'examen du linge qui avait reçu le sang fait reconnaître, au milieu des caillots, plusieurs fragmens de placenta gangrenés, au nombre de quatre ou cinq. La métrorrhagie reparaît et se continue.

Le 8 avril au soir, les douleurs hypogastriques et lombaires recommencent, les mouvemens du fœtus deviennent très fréquens ; écoulement des eaux de l'amnios. On prescrit de l'eau de cannelle ; les douleurs s'apaisent : vésicatoire à l'hypogastre ; syncopes. On tamponne le vagin. L'hémorrhagie offre des alternatives ; la malade est très faible.

Le 22 avril l'avortement s'accomplit sans beaucoup de douleurs ; le fœtus est mort-né, très pâle, très grêle. Le placenta ne sortant pas, on fait des tractions ménagées sur le cordon, mais inutilement ; on tire davantage et il se casse. La mère est très faible. On abandonne le tout à la nature jusqu'à la soirée du 24. Alors on veut essayer l'extraction du placenta, mais la malade éprouve une telle agitation qu'il n'est pas possible d'en venir à bout. Dans ces entrefaites, l'utérus s'est contracté et a expulsé le placenta, conjointement avec des fragmens gangrenés de ce même corps et des caillots sanguins.

Le placenta, examiné attentivement en présence du docteur Cannas, a paru sain dans une moitié ; dans l'autre il était tout à fait détruit dans une partie de sa substance, et cette partie était précisément celle qui avait été expulsée par fragmens ; le reste était d'une couleur cendrée obscure, sans apparence de cotilédons, très fétide, à l'état pultacé et tombant en lambeaux à la plus légère traction.

« Pouvait-on, dit l'auteur, prévenir la gangrène du placenta dans ce cas ? Nul doute si la malade se fût fait soigner à temps. Remarquez, en effet, ce qui s'est passé après la première métrorrhagie qui a duré dix jours et qui fut arrêtée à l'aide de la saignée. La femme se porta bien pendant dix jours ; puis des douleurs aux lombes et dernière le pubis se manifestèrent qui furent complètement négligées, la malade se livrant d'ailleurs à des travaux pénibles et à des influences qui favorisaient singulièrement le travail morbide. Une seconde métrorrhagie se manifesta, laquelle prit le caractère intermittent, et il eût été facile alors de diagnostiquer la gangrène placentaire par l'écoulement noirâtre et fétide qui avait lieu par le vagin dans les intermittences des hémorrhagies. Je suis convaincu qu'on aurait prévenu ou arrêté les progrès d'un pareil désordre si la femme eût été soumise dès l'apparition de la seconde hémorrhagie à l'usage du seigle ergoté. »

— Les données thérapeutiques posées par l'auteur dans ce fait, ne sont point en opposition avec les idées reçues sur la vertu antihémorrhagique du seigle ergoté ; mais, d'une part, pouvait-on savoir au juste à quelle espèce de lésion on avait affaire, d'après les symptômes ci-dessus ; de l'autre, l'état de désorganisation du placenta est-il réellement le résultat d'un travail phlogistique pour pouvoir être combattu à l'aide du remède en question, que l'école italienne a rangé au nombre des hyposthénisans ? La science n'est pas encore, à ce que nous croyons, assez avancée sur ces matières pour pouvoir établir *à priori* un diagnostic avec toute l'assurance que paraît avoir M. Ghersi.

Deuxième fait. (Placentite.) Une femme, âgée de trente ans, robuste, mère de trois enfans, enceinte pour la quatrième fois, était arrivée heureusement au cinquième mois de sa grossesse, lorsqu'elle a été saisie de douleurs aux lombes et à la région pubienne, puis de perte sanguine. Une saignée a arrêté l'hémorrhagie pendant dix jours ; mais elle a reparu au bout de ce temps, pour disparaître encore sous l'influence du même moyen. Le même phénomène s'est reproduit plusieurs fois tous les dix ou quinze jours. La femme est en attendant arrivée au terme de la grossesse, et est accouchée d'un enfant vivant qui est mort le cinquième jour.

Le placenta offrait des marques non équivoques de phlogosé ancienne ; il était couvert de lymphe plastique sur sa face postérieure ; cette matière avait amalgamé ensemble et confondu les cotylédons dans un tiers de sa largeur.

Troisième fait. (Idem.) Une femme enceinte, âgée de vingt-trois ans, entra à l'hôpital le 29 août 1839, pour être traitée d'une syphilis confirmée ; elle offrait en même temps des douleurs aux régions lombaire et hypogastrique, et de la fièvre à type intermittent. J'ai diagnostiqué une placentite sourde suppurante et un avortement prochain, ce qui n'a pas manqué d'avoir lieu le 10 octobre, au septième mois de la grossesse. L'enfant était grêle et de l'apparence d'un être décrépit ; il est mort quelques jours après la naissance.

A l'examen, le placenta était manifestement ulcéré sur deux points de sa périphérie, dans la longueur d'un pouce et demi et dans la largeur d'un pouce. Au centre, la masse placentaire était convertie en tissu lardacé dans l'étendue d'un pouce et demi. Plusieurs points de suppuration existaient en même temps.

« A la suite de ces faits, j'aurais pensé avec Simpson, dit l'auteur, que les symptômes propres à la placentite sont des douleurs lombaires, pubiennes et hypogastriques, si les deux observations suivantes n'étaient venues infirmer cette croyance. »

Quatrième fait. (Gangrène placentaire ; nécropsie.) Une jeune dame, noble, de très faible constitution, avait eu une grossesse très pénible et un accouchement laborieux. Elle devient enceinte pour la seconde fois. Vers le septième mois, elle est menacée de métrorrhagie à la suite d'une courte promenade ; cette menace se reproduit souvent et s'accompagne de douleurs lombaires. La métrorrhagie s'arrête promptement sous l'influence d'une petite saignée du bras. Vers le huitième mois, la malade est réveillée d'une manière inattendue par une douleur intense, mais fugace, qui donne lieu à l'écoulement des eaux de l'amnios. Les choses cependant ne vont pas plus loin. Un mois se passe dans cet état, et la femme arrive jusqu'au neuvième mois; alors une hémorrhagie se déclare, qui dure pendant huit jours ; la vie de la femme est en grand danger : écoulement d'un liquide très fétide par le vagin ; ce canal est plein de caillots sanguins. Mort par hémorrhagie excessive.

A l'autopsie, on trouve l'orifice utérin très dilaté ; le fœtus est décoloré, exsangue ; il présente l'épaule droite à l'orifice ; les membranes amniotiques sont rompues. Le placenta est excessivement fétide ; il adhèrent morbidement à l'utérus ; sa substance est fort mince, ou des deux tiers moins épaisse qu'à l'ordinaire ; sa couleur est noirâtre comme de la lie de vin ; sa résistance est si faible qu'elle tombe en lambeaux sous la plus légère traction. Dans plusieurs endroits, sa substance est tout à fait pultacée.

Cinquième fait. (Adhérence du placenta à la tête de l'enfant.) Dans le cas suivant, la placentite s'est passée d'une manière tout à fait sourde. Une femme, âgée de trente-neuf ans, de tempérament lymphatique, mère de sept enfans, enceinte pour la huitième fois, éprouve à la suite de quelques légères douleurs aux reins, et vers le troisième mois, une rupture à la poche des eaux de l'amnios. Deux heures après, des douleurs à l'utérus et un écoulement de sang par le vagin se manifestent; une heure et demie plus tard, elle accouche d'un fœtus enveloppé de ses membranes. A l'examen, on trouve que le placenta adhère tellement fortement à la tête de l'enfant qu'il n'est pas possible de l'en séparer sans le déchirer. Il est incontestable, dit l'auteur, que cette adhérence aux tégumens du crâne a été la conséquence d'une phlogose, et que cette phlogose a été elle-même la cause de l'avortement. Une métrorrhagie assez abondante, qui a duré quarante jours, a suivi l'avortement.

Il reste donc prouvé, selon lui, que la placentite peut exister quelquefois d'une manière latente jusqu'à l'époque de l'avortement. Dans quelques cas elle provoque une sorte de petite fièvre à type intermittent, c'est lorsque des points de suppuration s'établissent dans la substance placentaire. En général, cependant, il est toujours vrai de dire que des douleurs lombaires et hypogastriques, et des métrorrhagies intercurrentes en forment les caractères principaux.

(*Annali universali di medicina*, mai et juin 1840.)

HOPITAUX ALLEMANDS.

Bons effets du suc de citron contre l'hydropisie; par M. Cahen, de Posen.

Premier fait. Une jeune personne de bonne constitution, habituellement pâle, éprouvait depuis sept ans des douleurs spasmodiques et intermittentes à la région gauche du bas-ventre. On en espérait la guérison par l'apparition des règles, mais les douleurs augmentèrent au contraire à l'occasion d'un refroidissement. Il s'en est suivi une hydropisie universelle qui a résisté à tous les remèdes ordinaires ; la jeune personne était gonflée de la tête aux pieds ; les règles se sont supprimées, soif ardente ; diarrhée obstinée et colliquative, inappétence, fièvre parfois intermittente. On prescrit : suc de citron récemment exprimé, une cuillerée à soupe, à répéter toutes les deux heures ; abstinence de toute espèce de boisson. On suit ce traitement pendant quatre semaines, au bout desquelles la malade était perfaitement guérie.

— Cette observation aurait eu une plus grande importance à nos yeux, si elle eût présenté plus de détails; c'est le défaut radical de beaucoup d'observations qui nous viennent de l'étranger. Toujours est-il cependant que l'acide citrique a été ici d'une grande utilité. Ce qui confirme l'idée que nous avons développée ailleurs sur l'action antiphlogistique des acides. (*V.* Diction. des diction., art. *Acides*.)

Deuxième fait. Un homme, de petite stature, robuste, habituellement ivrogne, hémorrhoïdaire, a été souvent sujet à des congestions pulmonaires et enfin à une violente pneumonie. Il lui est resté une gêne de la respiration qui a augmenté par degrés, au point que le malade ne peut respirer qu'assis ; il ne peut se coucher horizontalement un instant sans étouffer. Un examen attentif a fait reconnaître un hydrothorax ; les pieds sont gonflés et luisans ; le scrotum également ; les mains sont œdémateuses. Plus tard, le ventre se ballonne à son tour par la présence d'une collection séreuse dans le péritoine.

On pratique des mouchetures aux pieds. Des remèdes divers sont administrés inutilement ; le malade est très faible. On prescrit le suc de citron comme dans le cas ci-dessus. L'amélioration ne s'est pas fait long-temps attendre. Huit jours après, le malade était déjà beaucoup mieux. Dans l'espace de quatre semaines, le malade avait déjà consommé deux cents citrons. Retour graduel des forces. Guérison radicale.

Troisième fait. Dans un troisième cas, il est question d'une vieille femme atteinte d'hydropisie enkystée à l'ovaire droit, accompagnée de soif ardente. La malade désire ardemment les boissons acides ; on la met à l'usage du jus de citron. La tumeur a bientôt commencé à diminuer et la femme à prendre des forces ; mais des accidens étrangers au traitement étant survenus, la malade est morte neuf mois après la cessation de l'usage du médicament. A l'autopsie on a trouvé l'ovaire dégénéré et contenant un kyste rempli d'un liquide gélatineux d'une couleur rouge-brun.

Quatrième fait. Le quatrième fait est relatif à un vieux postillon, menant une vie irrégulière, et devenu leucophlegmatique à la suite d'affections rhumatismales. Il offrait les symptômes suivans : faiblesse, inappétence, diarrhée, ictère, suppression des urines, maigreur extrême. Après cinq mois de traitement inutile, le mal empirait de plus en plus ; collection péritonéale ; diarrhée, épistaxis abondante tous les jours ; langueur générale. On soumet le malade à l'usage de l'acide citrique. Peu de jours après amélioration remarquable. La diarrhée et l'épistaxis sont arrêtés ; l'écoulement des urines reparaît. Huit jours après le médicament est suspendu à cause du prix élevé des citrons. Les symptômes se sont reproduits comme précédemment, et l'état du malade est devenu alarmant ; il a succombé au milieu des accès de fièvre intermittente.

A ces faits, l'auteur en ajoute un autre en peu de mots. Il est relatif à un homme de cinquante-six ans atteint d'hydropisie universelle, avec fièvre ; il avait été inutilement traité par d'autres remèdes ; il a été guéri à l'aide du jus de citron. (*Woschenschrift für die gesamente Heilkunde*, 1839.)

— La médication dont il s'agit est si simple, si économique, que, nous n'en doutons point, les praticiens s'empresseront de l'imiter. S'il est vrai que l'acide citrique jouit d'une pareille efficacité contre l'hydropisie active, il est plus que probable que la même efficacité, mais à des degrés variables sera rencontrée dans d'autres acides soit végétaux soit minéraux. Nous ne pensons pas cependant qu'il soit utile de défendre aux malades de prendre d'autres boissons antiphlogistiques à-la-fois, ainsi que l'établit l'auteur de ce travail, puisqu'il est reconnu que la sécrétion aqueuse se rattache au travail morbide de la séreuse et nullement à la quantité plus ou moins grande d'eau qu'on pourrait introduire dans les organes digestifs et

dans le sang. Lorsqu'un remède détermine une sécrétion abondante dans les urines et par conséquent une diminution dans les eaux de l'hydropisie, ce n'est pas, ainsi que le vulgaire le croit, que ces dernières se précipitent dans l'émonctoire rénal; les urines s'écoulent parce que le remède a combattu la condition morbide qui empêchait la fonction des reins, et les eaux de l'hydropisie diminuent parce que d'une part le médicament a dissipé la lésion matérielle de la séreuse qui donnait lieu à la sécrétion morbide, de l'autre le sérum est lui-même résorbé comme celui qui infiltre les tissus d'une région atteinte de phlegmon, et que les vaisseaux absorbans charrient dans le torrent circulatoire comme tant d'autres matières désassimilées. En conséquence, tout autre moyen qui agit sur les solides, à la manière de l'acide citrique ou d'une manière analogue à la sienne, qui rétablit leurs fonctions en un mot, donnera le même résultat.

On ne s'étonnera donc pas que chez celui-ci l'hydropisie active, ou dont le fond est d'excitation, guérisse chez celui-ci à l'aide de l'acide citrique, chez celui-là au moyen de l'acide sulfurique, nitrique, carbonique ou même arsénieux; que chez d'autres la gomme-gutte à haute dose, la limonade tartarisée, le colchique, la ciguë, etc., aient produit le même effet, etc. Ici, comme ailleurs, le praticien doit moins viser à triompher à l'aide de tel ou tel moyen empirique, car cela serait toujours incertain et quelquefois même dangereux, qu'à saisir la véritable indication que présentent les organes sécréteurs de l'eau de l'hydropisie. On comprend que la médication devient alors une véritable science appliquée, et appuyée sur de larges base.

On voit que nous attachons moins d'importance aux faits isolés que nous venons de reproduire qu'au principe que nous venons de rappeler et auquel ils se rattachent tout naturellement. Qu'est, en effet, un fait isolé, empirique, dont on ne comprendrait pas la véritable portée scientifique et pratique?

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

Vous m'obligerez de donner place à la note suivante dans votre feuille; ayant intention de confier à un pharmacien la recette qu'elle renferme, je dois avant tout en publier la formule, afin d'éviter que le charlatanisme ne s'en empare pour en faire un remède secret.

J'ai l'honneur de vous saluer avec considération.

17 juillet 1840. F.-V. RASPAIL.

Eau sédative contre les migraines, les congestions et fièvres cérébrales.

Ammoniaque liquide.	1 décilitre ou 100 gram.	
Eau distillée.	9 déc.	900 gr.
Sel marin gris purifié à l'eau.		20 gr.
Camphre.		2 gr.
Essence de rose ou autre *ad libitum*.		q. s.

Le tout dissous à froid.

On trempe dans cette eau le linge que l'on applique ensuite sur la partie du crâne que le malade indique comme le siége de la douleur, en ayant soin de recouvrir d'un bandeau épais les arcades surcilières, crainte que quelques gouttes du liquide ne se glissent jusque dans les yeux.

L'effet sédatif de cette eau a lieu presque instantanément; j'ai vu bien des maux de tête d'une violence intolérable, accompagnés de photophobie et de rétraction des globes oculaires, disparaître complètement au bout d'un à deux quarts d'heure, et sur la simple application d'un linge imbibé une première fois.

On imbibe le linge toutes les fois qu'un nouvel accès menace de se déclarer, et on le laisse sur la tête jusqu'à ce qu'il soit nécessaire de l'imbiber de nouveau.

Dans les nombreux essais que j'ai déjà eu occasion de faire de cette eau, et sur moi d'abord et ensuite sur les autres, il est deux circonstances qui m'ont paru dignes de fixer l'attention, dans l'intérêt des théories de chimie organique et peut-être aussi dans celui de la symptomatologie.

Lorsque, dans un violent accès de fièvre cérébrale, on applique sur le siége principal de l'inflammation une dissolution concentrée de sel marin gris, il se dégage une odeur prononcée de chlore, en sorte qu'il se produit dans cette réaction maladive quelque chose d'analogue à l'action décomposante et désoxygénante du manganèse dans l'élimination du chlore du sel marin, au moyen de l'acide sulfurique.

Ce signe sera-t-il constant dans ces sortes d'affections? C'est à l'expérience à prononcer.

Lorsqu'au contraire on emploie l'eau ammoniacale, il se manifeste une odeur hircine fortement caractérisée.

D'un autre côté, j'ai déjà eu occasion de faire remarquer ailleurs que l'application de l'acide hydrochlorique sur la peau en dégage également une odeur hircine.

Tout m'autorisait dès-lors à penser que l'odeur caractéristique de la graisse de bouc pourrait bien n'être due qu'au mélange d'un corps gras, par lui même inodore, avec de l'hydrochlorate d'ammoniaque alcalin. L'expérience directe a confirmé ma prévision; car je n'ai eu qu'à imprégner un corps gras inodore avec de l'acide hydrochlorique et de l'ammoniaque pour obtenir l'odeur hircine, variable selon les proportions des élémens du mélange. L'hydrochlorate alcalin d'ammoniaque communique sa volatilité au corps gras, et à son tour le corps gras modifie l'odeur du sel alcalin, et devient odorant par ce mélange.

Les personnes trop exclusivement imbues des principes de l'ancienne chimie organique pourraient peut être objecter que l'analyse élémentaire n'a jamais signalé, dans la graisse de bouc, ni acide hydrochlorique, ni azote. Mais je crois avoir démontré ailleurs le peu de fondement de cette objection.

Jamais l'analyse ne s'est occupée d'étudier l'acide carbonique dégagé; on ne cherche qu'à en connaître le volume directement ou le poids par son absorption au moyen de la potasse. Dans l'une et l'autre méthode, bien des acides peuvent passer sur le compte de l'acide carbonique.

Quant à l'azote, il se combine en grande quantité avec le cuivre, et voilà pourquoi l'analyse n'en découvre pas même des traces dans des substances fortement ammoniacales.

Pour arriver à des résultats plus positifs, il sera nécessaire de modifier entièrement nos procédés trop expéditifs d'analyse élémentaire.

J'ai cru devoir soumettre ces réflexions aux praticiens qui auront l'occasion de faire usage de la formule ci-dessus, afin de fixer principalement leur attention sur des signes qui pourraient bien devenir caractéristiques d'affections spéciales.

F.-V. RASPAIL.

Mon très honoré confrère,

Mon nom se trouvant mêlé à la relation incomplète d'un fait relatif à des pieds-bots dans le compte-rendu de la clinique de M. Guersant fils, contenu dans votre numéro du 16 juillet, je viens vous prier de vouloir bien insérer dans vos colonnes la suite de ce fait, telle que M. Guersant lui-même m'autorise à vous la communiquer.

L'enfant Vicet, traité par M. Guersant pour un varus congénial, porte de nouveau depuis le 27 juin, au pied gauche, l'appareil mécanique que M. Guersant avait cru devoir remplacer pendant quelques jours par le bandage de Dupuytren pour la fracture du péroné. Les excoriations ne se sont pas reproduites, et aujourd'hui 17 juillet, le redressement du pied est à peu près complet.

Agréez, etc. Dr BOUVIER.

Ce 17 juillet 1840.

— La lettre suivante vient d'être adressée à M. le ministre de l'intérieur par les médecins du bureau central:

Monsieur le ministre,

» Le conseil des hospices a, dans sa séance du 1er juillet, décidé qu'un nouveau service, destiné au traitement des personnes atteintes de la gale, serait créé à l'hôpital Saint-Louis, et a immédiatement désigné, pour y remplir les fonctions de médecins, trois candidats dans l'ordre suivant: MM. les docteurs Cazenave, Bazin, Guillot.

» Nous croyons devoir vous informer, monsieur le ministre, que, par cette décision, le conseil a interverti l'ordre des nominations établi par le concours; que d'ailleurs, les médecins des hôpitaux, ignorant la création d'un nouveau service à l'hôpital Saint-Louis, se trouvent aujourd'hui dans l'impossibilité d'adresser leur demande au conseil.

» M. le docteur Cazenave, en acceptant une faveur qu'il a, sans doute, sollicitée lui même, manque à une promesse sacrée, puisque, il y a quelques mois à peine, il signait, conjointement avec ses collègues du bureau central, la convention par laquelle ceux ci s'engagent à n'accepter leur nomination de médecin des hôpitaux que dans l'ordre établi par le concours.

» Nous ne craignons pas de vous dire, monsieur le ministre, que si la nomination de M. Cazenave était sanctionnée par vous, cet acte d'une insigne faveur nuirait à la considération des médecins du bureau central, et leur inspirerait, pour l'avenir, de sérieuses inquiétudes.

» Suivent les signatures de MM. LEGROUX, REQUIN, NONAT, VALLEIX. BAZIN, GUILLOT, DUPLAY, JULES PELLETAN, GRISOLLE et BEAU. »

Rapport du cervelet avec les testicules. — Un chat âgé de douze ans fut tué par une blessure du cœur. Immédiatement après la mort, M. Budga ouvrit le crâne à l'aide de ciseaux; la cavité abdominale fut également ouverte et les deux testicules, ainsi que les cordons spermatiques furent mis à découvert. On irrita le cervelet avec la pointe du scalpel, et aussitôt un des testicules s'éleva et s'éloigna du cordon spermatique; les mouvemens étaient en rapport avec la forme de la piqûre. Quand on irritait le lobe droit et la moitié droite de la commissure, c'était toujours le testicule gauche qui se mettait en mouvement et *vice versâ*. Ces expériences furent continuées avec succès pendant une demi-heure. (*Arch. gén.*)

Ces expériences présentent un intérêt d'actualité au moment où M. Bouillaud, par ses expériences, cherche à établir, contrairement à Gall, que le cervelet préside surtout à la locomotion et à la station, sans nier toutefois qu'il ne puisse tenir les organes génitaux sous sa dépendance.

Examen d'un cal. — Chez un homme qui mourut subitement dans le quatrième mois, après une fracture du tibia, on remarqua les particularités suivantes:

L'os paraissait sain à l'extérieur; sa partie postérieure ayant été sciée, on vit avec surprise que les deux extrémités fracturées pouvaient se mouvoir librement l'une sur l'autre, et n'étaient point réunies, quoique quatre mois se fussent écoulés depuis l'accident; ces extrémités étaient réunies par une substance molle et rougeâtre qui formait une sorte de virole. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le malade marchait librement depuis quelque temps.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

23 JUILLET 1840. (13e ANNÉE.) N° 87, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Il paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
e de Bussy, 13.
75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus; fausse articulation; considérations thérapeutiques concernant cet état pathologique.

Au n° 23 de la salle Sainte-Agnès est couché un homme qui est entré à la clinique, il y a un an environ, pour une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Ce malade, qui n'a jamais été pénétré de la gravité de son état, a eu, dès son entrée dans le service, son membre emboîté dans un appareil dextriné ; mais, nonobstant toutes les précautions prises, la consolidation de la fracture ne s'est point effectuée; et il faut indubitablement attribuer à son indocilité la fausse articulation qui s'en est suivie, laquelle subsiste encore aujourd'hui.

Depuis quelques jours seulement cet homme commence à mieux comprendre combien il est important pour lui de condamner son membre au repos le plus complet. L'appareil a été renouvelé aujourd'hui, nous allons dire tout-à-l'heure dans quel but, et le malade nous a promis de se tenir tranquille.

Quelle a pu être, dans le cas pathologique que nous examinons, la cause de la non-consolidation? Quoique avancé en âge, cet homme n'est pas vieux, ses forces sont assez développées, et le défaut de consolidation ne peut être attribué à un état de faiblesse générale. Sa constitution se présente dans des conditions plausibles, et dans l'histoire médicale du sujet, on ne trouve aucun accident antérieur ou actuel qui puisse être regardé comme le critérium d'une maladie constitutionnelle, scrofuleuse, vénérienne, cancéreuse, etc., qu'il serait permis d'invoquer comme ayant apporté obstacle à la formation d'un cal régulier.

D'autre part, la fracture n'était point compliquée, et partant il est difficile d'admettre que l'irritation occasionnée par quelque esquille ait enrayé le travail de consolidation, ou que celle-ci ait été troublée par l'obliquité trop prononcée de la solution de continuité de l'os, et du défaut de contact des fragmens qui auraient pu en résulter.

Jusqu'à présent, nous ne voyons donc que l'indocilité du malade qui puisse expliquer la non-consolidation de la fracture. Bien plus, nous devons ajouter qu'antérieurement à la fracture de l'humérus, cet homme a eu le fémur fracturé, et que cette fracture, pour laquelle nous lui avons donné nos soins, n'a présenté rien de particulier, et s'est régulièrement consolidée : antécédent qui témoigne encore contre la non-existence d'une maladie constitutionnelle, et confirme les soupçons d'indocilité de la part du malade.

Au demeurant, quelle que soit la cause qui s'est opposée à la consolidation de la fracture, il existe aujourd'hui une pseudarthrose à l'extrémité supérieure de l'humérus, qui réclame toute notre sollicitude. Avant de rien entreprendre de décisif, on a à se demander quel est le rapport qui existe entre les extrémités osseuses; et ce point est difficile à déterminer. Le plus ordinairement, une substance fibreuse, intermédiaire aux fragmens, établit la continuité de l'os ; d'où résulte une amphyarthrose : travail qui s'effectue par suite d'une transformation de la matière du cal en tissu fibreux ou cartilagineux, ou dans les deux os à la fois. Dans quelques cas, dont Boyer et Chaussier citent des exemples, il en résulte des articulations diathrodiales; les extrémités osseuses s'arrondissent et se creusent, de manière à se présenter réciproquement des surfaces correspondantes. Une membrane synoviale accidentelle donne naissance à des cartilages articulaires, et un développement du périoste donne lieu à la formation d'une capsule articulaire assez régulièrement disposée. Boyer cite un fait de ce genre observé à la suite d'une fracture des deux os de l'avant-bras.

Les fausses articulations consécutives aux fractures réclament un traitement particulier, auquel il est plus ou moins urgent de recourir, selon l'importance des usages que le membre est appelé à remplir ; selon la perte plus ou moins complète des mouvemens de celui-ci ; selon le plus ou moins de gravité des accidens que cet état anormal peut entretenir, etc.

Chez notre malade, certains mouvemens, peu étendus du reste, sont conservés ; mais la fausse articulation a fait perdre au membre une grande partie de sa force : circonstance qui mérite, avant tout, d'être prise en considération lorsqu'il s'agit d'un ouvrier qui tire de ses bras tous ses moyens de subsistance. Plus graves à la cuisse et à la jambe, on peut néanmoins quelquefois éluder aux membres abdominaux les effets des pseudarthroses, et assurer la station debout au moyen de cuissards ou de bandages lacés garnis de baleines ; d'autres fois il convient d'appliquer un membre artificiel au naturel. Dans le cas qui nous occupe, il serait inutile d'avoir recours à ces sortes de moyens : l'espoir de faire disparaître la fausse articulation n'est pas perdu.

La première indication que nous ayons donc à remplir chez notre malade, consiste à supprimer toute sorte d'appareil exerçant une compression quelconque, et à assurer le repos absolu du membre au moyen de la simple suspension avec une écharpe capable de s'opposer à la divagation. Cette écharpe, vous nous avez vu l'appliquer ce matin à la visite, et le but principal que nous nous proposons d'atteindre par son emploi, c'est de favoriser autant que possible le rétablissement de la circulation dans le membre, qui a été pendant long-temps gêné par l'appareil contentif ; et par suite la disparition de son atrophie par le retour de conditions nutritives plus favorables. Pendant un mois nous persisterons dans l'usage de ce moyen, et alors seulement nous aurons à opter entre l'emploi des procédés capables de procurer la guérison de la fausse articulation moyennant l'ablation des extrémités osseuses, ou sans toucher aux fragmens.

Comme moins graves, plusieurs de ces derniers méritent avant tout d'être essayés. Ainsi le frottement des extrémités des fragmens, conseillés par Celse le premier, dans le but de déterminer une irritation des surfaces articulaires capables de provoquer un travail de consolidation; si ce premier résultat était obtenu, il ne resterait plus qu'à appliquer un appareil inamovible. Dans le cas d'insuccès, nous essaierions la cautérisation : celle-ci, pratiquée à l'extérieur, présente peu de chances de succès, et selon nous, il faut regarder comme de simples coïncidences les exemples de guérison que l'on invoque comme témoignage de son efficacité. Il n'en est pas de même de la cautérisation pratiquée sur la fausse articulation elle-même : cellle-ci comporte plusieurs méthodes. Carle, après l'incision des parties molles, a exercé la cautérisation de la pseudarthrose avec la potasse caustique ; d'autres ont préféré le nitrate d'argent, le beurre d'antimoine, etc. Tout autre caustique peut être indifféremment employé, M. Mayor, de Lausanne, conseille le fer chauffé au moyen de l'eau bouillante. Le baron Percy et Physic ont simultanément employé le séton, à l'insu l'un de l'autre, dans une époque où, la liberté des mers étant entravée, les travaux du chirurgien américain ne pouvaient être connus de Percy, en France, et réciproquement. Ce dernier dit avoir réussi chez deux militaires, à la suite de blessures par armes à feu.

Je crois que je m'arrêterai à l'emploi de ce dernier moyen : une aiguille très déliée, portant un fil de soie mince, traversera la fausse articulation ; et en agissant ainsi, nous n'aurons qu'une plaie très petite et par conséquent peu de craintes à l'égard d'une inflammation trop intense.

A défaut de ce moyen une dernière ressource nous resterait encore, savoir la résection ; mais quoique dans ce cas cette opération ait lieu sur la continuité de l'os, elle se présente avec une certaine gravité et les dangers d'une infection purulente l'accompagnent. Dans le cas où nous nous déciderions à avoir recours à cette opération, la nécessité d'épargner les nerfs et les vaisseaux et surtout d'éviter la section du nerf deltoïdien et de l'artère circonflexe, nous imposerait de pratiquer l'incision des parties molles en dehors et en avant.

Nous reviendrons sur ce malade.

Hypospadias pénien congénital; considérations thérapeutiques.

Au n° 17 de la salle Sainte-Agnès, est couché un jeune

FEUILLETON.

REVUE ÉTRANGÈRE.

Nous avons sous les yeux une suite de mémoires publiés à Bruxelles par le docteur J. Hoebeke, de Sottegem (Flandre orientale), sous le titre de : *Mémoires et observations pratiques de chirurgie et d'obstétricie*. Parmi les sujets les plus importans, ce travail renferme une série d'observations sur « le rétrécissement du bassin pouvant nécessiter l'opération césarienne, et sur les causes qui peuvent le produire. » Le but de l'auteur est d'appeler l'attention des praticiens sur une espèce de rétrécissement du bassin jusqu'ici peu fréquente et surtout peu connue, ainsi que sur les causes qui peuvent la produire.

Deux points principaux méritent ici de fixer l'attention : 1° L'opération de la gastro-hystérotomie, envisagée sous le point de vue chirurgical, et relativement aux résultats qui ont été obtenus ; 2° l'examen des causes qui ont pu déterminer l'altération des os, et la déformation du bassin ; en un mot, l'histoire de ce nouveau mode de rétrécissement pelviel.

Première partie. — *Rétrécissement du bassin.*

Le 3 décembre 1828, dit M. Hoebeke, je fus invité à donner des soins à l'épouse de B. Bolman, âgée de trente-deux ans, mère depuis sept ans d'un enfant venu à terme et par les seules forces de la nature. Jusqu'en 1822, elle avait toujours joui d'une bonne santé et conservé une forte constitution ; à cette époque elle accoucha naturellement d'un enfant vivant et bien constitué. Dix-huit à vingt mois plus tard, elle commença à ressentir des douleurs rhumatismales dans plusieurs parties, et notamment aux hanches et aux cuisses ; on leur opposa une foule de remèdes populaires, parmi lesquels on n'oublia pas l'huile de poisson prise à l'intérieur ; sous l'influence de ce traitement la maladie ne fit que s'aggraver, bientôt les douleurs devinrent générales, et la malade fut obligée de rester couchée sans pouvoir faire aucun mouvement, au point que l'on devait porter les alimens à sa bouche. Depuis cinq ans, elle se trouvait dans cet état, lorsqu'elle devint enceinte pour la seconde fois.

Elle était au sixième mois de sa grossesse, on sentait distinctement les mouvemens du fœtus ; cette femme était d'un tempérament bilioso-nerveux ; la colonne vertébrale n'était nullement déformée ; les trochanters étaient moins saillans que d'habitude ; les membres inférieurs comme atrophiés, fléchis sur eux-mêmes et sur le bassin, serrés l'un contre l'autre ; il était impossible de les allonger ou de les écarter sans occasionner de violentes douleurs.

Au toucher, je trouvai un rétrécissement remarquable du diamètre transversal du détroit inférieur ; les ischions étaient rapprochés de manière à empêcher le doigt explorateur de pénétrer jusqu'à la seconde phalange ; ce diamètre pouvait présenter au plus trois quarts de pouce, et le détroit avait la forme d'un huit de chiffre d'avant en arrière.

Tel est l'énoncé de la première observation. Les sept qui suivent ont avec celle-ci la plus grande analogie, et il suffira d'en connaître les points principaux. Comme nous l'avons vu, la première malade avait eu un accouchement naturel, la seconde en eut cinq, la troisième et la quatrième trois, la cinquième deux, la sixième et la septième trois, la huitième deux avant qu'elle ressentît les douleurs rhumatimales, deux ensuite qui se terminèrent naturellement ; mais à cette époque, elle n'avait pas pris d'huile de poisson.

Toutes ces femmes appartenaient à la classe indigente, mais elles étaient fortes et bien constituées, et d'un tempérament bilioso-sanguin, une seule était d'une constitution lymphatico-sanguine ; chez une autre le système nerveux prédominait. Aucun symptôme de scrofules ne se remarquait chez elles.

Ce fut en général quelque temps après leur dernier accouchement naturel qu'elles ressentirent les premières atteintes d'une affection rhumatismale caractérisée par des douleurs dans les cuisses, les hanches, les lombes, les bras, etc. Aucune ne réclama les secours de l'art ; elles se bornèrent à employer les remèdes populaires ou ceux des charlatans ; elles eurent ensuite recours à l'huile de baleine prise intérieurement. C'est cette huile que le vulgaire regarde comme un remède infaillible contre les maladies articulaires.

La déformation du bassin fut constatée bientôt chez ces huit malades. Chez la première, le rétrécissement porta sur le diamètre transversal du détroit inférieur ; chez la seconde, même rétrécissement, le diamètre était d'un pouce neuf lignes ; chez la troisième, même rétrécissement, les ischions se touchaient et ne laissaient entre eux qu'un intervalle de deux lignes ; chez la quatrième, le pelvimètre ne donna dans le même point qu'un pouce et demi d'étendue ; chez la cinquième, seulement trois quarts de pouce; chez la sixième, moins d'un pouce et demi ; chez la septième, union presque intime des branches du pubis et des ischions, de manière que le détroit inférieur offrait la forme d'un cœur de carte à jouer dont la pointe répondait vers le pubis, ce qui permettait à peine l'entrée de trois doigts dans la partie la plus large de l'ouverture. Enfin chez la huitième, le diamètre transversal inférieur avait dix-huit lignes.

Comme on le voit, la déformation, souvent très considérable, porta dans tous les cas sur le diamètre transversal du détroit inférieur ; cette difformité est d'autant plus remarquable, qu'elle avait pour siége des parties du bassin qui ne sont que rarement altérées dans les cas où le rétrécissement reconnaît pour cause le rachitisme.

Après la publication du mémoire où sont consignées les observations que nous venons de rapporter, M. Hoebeke eut occasion d'observer plusieurs autres faits analogues. En mai 1839, il délivra une autre femme, âgée de trente-neuf ans, ayant eu précédemment trois accouchemens naturels; depuis ce temps elle avait été prise de rhumatisme, et avait fait usage d'huile de baleine, dont elle prit une livre environ. On put encore constater chez elle une déformation du diamètre transversal du détroit inférieur du bassin ; les branches des pubis et les tubérosités ischiatiques étaient au point de se toucher, l'intervalle qui les séparait était tout au plus de deux lignes; la distance entre les ischions et le coccyx ne permettait l'entrée que d'un seul doigt.

Une autre femme, âgée de trente-cinq ans, eut quatre enfans. Vers sa seconde grossesse, des douleurs rhumatismales se manifestèrent ; néanmoins cet accouchement, ainsi que le troisième et le quatrième, furent faciles. Après ce dernier accouchement, la malade commença à faire usage d'huile de baleine ; pendant deux ans elle continua à faire usage de cette substance, sans éprouver d'allégement à ses douleurs.

Pendant l'emploi de ce médicament, dont elle prit environ six pots sans compter les frictions faites à l'extérieur, la malade ressentit d'abord un peu de difficulté dans la marche; cette difficulté augmenta de plus en plus, jusqu'à rendre la progression impossible. Le toucher fit reconnaître que les branches des pubis et les tubérosités ischiatiques se touchaient ; en arrière, il y avait un espace compris entre les tubérosités ischiatiques en avant, le coccyx en arrière et, latéralement, les ligamens sacro-ischiatiques ; il avait la forme d'un cœur de cartes à jouer, dont la pointe regardait le pubis : le plus grand diamètre parut être d'un pouce et et demi.

homme atteint d'hypospadias pénien congénital. Ce vice de conformation consiste dans la non-continuation du canal de l'urètre jusqu'au gland et dans la perforation d'un méat urinaire accidentel sur un point quelconque de la portion de l'urètre comprise entre les bourses et le gland.

Pour appliquer le mode suivant lequel cet état s'est établi, M. Blandin rappelle aux élèves que l'occlusion de la gouttière qui représente primitivement l'urètre s'effectue des parties latérales vers la ligne médiane, en procédant d'arrière en avant, et que c'est dans les cas où cette occlusion se fait incomplètement et s'accomplit d'une manière non suivie, que l'hypospadias arrive.

Deux graves inconvéniens résultent de ce vice de conformation, savoir : l'écoulement des urines en avant et l'impuissance ou inaptitude à la procréation par suite du défaut de projection du sperme au moment de l'éjaculation.

Dans le cas qui nous occupe, ce dernier inconvénient est encore aggravé par suite de la transformation de la portion du canal qui est occluse, en une sorte de tissu de cicatrice ou de bride non élastique, qui maintient habituellement la verge courbée en bas, disposition qui se trouve beaucoup exagérée pendant l'érection.

M. Blandin rappelle ici, incidemment, le sujet couché au n° 1er de la salle Sainte-Agnès, lequel présente une disposition congénitale anormale des organes génitaux très intéressante, savoir : un épispadias, c'est-à-dire l'ouverture urétrale opposée au précédent, puisque le méat urinaire existe au dos de la verge. Ici la gouttière urétrale existe à la partie supérieure de la verge et détermine la traction de cet organe en haut. A cet état de l'urètre s'ajoute l'atrophie de la vessie. Ce réservoir, qui est privé de sa paroi antérieure, présente au dehors et à travers des parois abdominales sa membrane muqueuse sous la forme d'une tumeur rougeâtre. Il existe quelques traces à peine du canal de l'urètre. Cet état, ajoute M. Blandin, n'admet pas de traitement et est tout-à-fait incurable.

Il n'en est pas de même de l'hypospadias pénien, qu'il importe de ne point confondre, soit avec celui des bourses, soit avec celui du périné. Nous pouvons, dit ce chirurgien, prétendre à rétablir à peu près l'état normal. Une opération chirurgicale est indiquée par la gène qu'éprouve l'écoulement des urines; elle est imposée, on peut le dire, par l'inaptitude à la procréation, qui résulte de la disposition des organes sexuels, laquelle apporte obstacle, comme nous l'avons dit, à l'accomplissement normal de l'éjaculation séminale. Le malade même, averti de cet inconvenient par la traction de la verge en bas, en est très affecté, et demande instamment les secours de la chirurgie.

Nous avons deux routes à suivre dans ce cas; et premièrement la destruction de la bride et le rétablissement de l'urètre, depuis le méat anormal jusqu'à l'extrémité du pénis.

Pour refaire l'urètre en avant, et emporter la bride au moins en partie, une sonde ne touchant point à la partie opérée serait introduite dans la portion de l'urètre qui existe, en l'introduisant dans le méat naturel. Nous disséquerions la peau sur les parties latérales de la bride, qui serait réunie sur la ligne médiane au moyen d'une suture, et alors une sonde serait engagée dans la portion du canal nouvellement créée, et dirigée vers le méat anormal.

Après la formation du canal, il resterait au niveau du méat anormal une fistule urétrale sous-pénienne : une sonde serait engagée dans la totalité du canal urétral et laissée jusqu'à ce que la cicatrisation fût entièrement achevée; et alors seulement nous nous occuperions du traitement de la fistule.

En résumé, l'opération comprendrait trois époques distinctes, savoir :

1° La destruction de la bride et la formation du canal urétral;

2° L'introduction d'une sonde à demeure dans la totalité du canal, pour assurer la consolidation de la cicatrice et favoriser la formation d'une muqueuse accidentelle;

3° L'oblitération de la fistule.

Je crois qu'une opération analogue a été pratiquée une fois par M. Roux; mais si mon souvenir ne me trompe, ce chirurgien creusa la portion complémentaire du canal dans l'intérieur du corps caverneux.

Or, la seconde route que nous aurions à suivre, dans ce cas difficile, consisterait dans l'emploi d'un procédé en quelque sorte analogue à celui de M. Roux. Toutefois, nous nous attacherions principalement à éviter la lésion des corps caverneux qui peut avoir des résultats fâcheux, et nous nous efforcerions de pratiquer la ponction dans l'épaisseur des parties molles comprises entre ces mêmes corps caverneux et le fourreau de la verge. K.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DU COEUR; PAR M. GENDRIN.

(Recueillies par MM. E. Colson et E. Dubreuil-Hélion.)

§ III. *Des phénomènes morbides des actes du cœur ou séméiologie générale des maladies du cœur.*

Sommaire. (a) *Des palpitations.* Des différens phénomènes qui se rapportent à chaque acte du cœur dans les palpitations. Des bruits anormaux du cœur que les palpitations font naître. Des phénomènes qui se présentent dans l'action des artères et des veines par suite des palpitations. Observations générales sur les symptômes secondaires des maladies du cœur. — (b) *Des deplacemens de la pointe du cœur.* Des signes qui indiquent que ce déplacement est lié au déplacement de tout le cœur ou seulement a un changement dans le volume du cœur. Des différens changemens de position de la pointe du cœur. — (c) *Des changemens dans la sonoréité précordiale.* Limites normales de la matité precordiale. De l'influence de l'emphysème pulmonaire sur la matité précordiale. Rapports de la matité précordiale avec les changemens de volume du cœur. De la matité dans les épanchemens péricardiaques. De la matité due aux tumeurs anévrismales des grosse artères, même du cœur.

Le plus simple des phénomènes morbides qui se produise dans les actes de l'appareil central de la circulation, sont les palpitations. Dans l'état physiologique, le choc du cœur sur les parois du thorax, les mouvemens qu'il accomplit dans ses différens actes ne sont pas perçus par le sensorium; ils se font sans que le sujet en ait conscience. Cependant cette condition de l'état normal, comme toutes les conditions physiologiques de nos organes et de nos fonctions, subit des variations dans de larges limites sans que pour cela l'état morbide puisse être considéré comme existant; c'est ainsi qu'à la suite d'un exercice musculaire insolite, comme après des commotions morales, la force et la rapidité du cœur s'accroissent et deviennent appréciables au sensorium pourvu qu'on apporte un certain degré d'attention à interroger les santimens que l'on éprouve. Lorsque les battemens du cœur sont accélérés et se joignent à une impulsion augmentée de cet organe contre les parois thoraciques par suite d'un état morbide, le malade perçoit ordinairement la plus fréquente répétition et l'impulsion exagérée des battemens du cœur. Si ces phénomènes sont modérés, le sensorium n'est averti de leur présence que par le secours d'un certain degré d'attention; s'ils ont quelque intensité, ils provoquent des impressions pénibles, de véritables douleurs. Chaque impulsion mécanique du cœur étant perçue par le malade, il apprécie leur plus grande énergie, leur accélération et l'irrégularité avec laquelle elles s'accomplissent. Chaque battement transmet au malade la sensation du choc intense du cœur contre la paroi thoracique; quelquefois une douleur fixe et gravative continue se fait sentir en même temps à la région précordiale : nouvelle preuve que les phénomènes actifs du cœur correspondent à sa contraction.

La manifestation des palpitations a nécessairement pour effet de modifier la circulation. Cette modification est la cause première d'un phénomène constant, inhérent à l'irrégularité et à l'augmentation d'énergie et de fréquence des battemens du cœur; nous voulons parler de la sensation d'étouffement que les malades éprouvent d'ordinaire en même temps que les palpitations. Cette sensation est l'effet de l'accélération de l'action du cœur qui rend la circulation plus rapide. Cette plus grande activité de la circulation, surtout dans les poumons dont l'appareil circulatoire fait seul équilibre à tout le grand appareil de la circulation, est nécessairement suivie d'une hématose plus rapide et aussi d'une plus grande activité dans l'action régulière et successive des muscles inspirateurs et expirateurs. C'est cet accomplissement précipité des fonctions pulmonaires, ces contractions musculaires plus souvent répétées qui occasionnent le sentiment de fatigue si pénible que les malades ressentent dans toute l'étendue de la poitrine dans ces circonstances.

Les palpitations seraient toujours un signe de maladie, si tous les phénomènes de l'état physiologique ne pouvaient varier dans des limites écartées sans que ces variations constituent réellement un état morbide. Ainsi les palpitations peuvent survenir dans l'état de santé, mais alors elles n'ont pas de durée, c'est un phénomène transitoire qui indique simplement que la circulation est momentanément activée. Il suffit d'une commotion morale excitante, de l'influence de boissons stimulantes, d'un exercice musculaire forcé, par des efforts instantanés trop intenses, par des efforts trop répétés ou trop prolongés, pour qu'il survienne des palpitations quelquefois fort intenses qui n'ont qu'une durée très passagère et constituent plutôt une indiposition qu'un état de maladie.

Les phénomènes qui constituent les palpitations consistent dans une accélération de fréquence et de vitesse des chocs du cœur.

L'impulsion systolique devient alors plus brusque que dans l'état normal. La main, appliquée sur les parois thoraciques, perçoit un soulèvement de ces parois plus énergique et sur une plus grande étendue du côté gauche. En appliquant immédiatement ou médiatement l'oreille sur la région précordiale, on reconnaît une modification remarquable dans le timbre et l'éclat des bruits du cœur. L'impulsion systolique du cœur est plus sonore et plus retentissante, son bruit s'entend dans une plus grande étendue. Le bruit de diastole a aussi augmenté d'intensité et surtout de vitesse. Chez les sujets dont les parois thoraci-

---

Plus tard enfin, deux observations en tout semblables vinrent se joindre à celles que nous venons d'analyser. Le sujet de la première est une femme de vingt-neuf ans mère de trois enfans, devenue difforme seulement à sa quatrième grossesse, après avoir ingéré au moins douze litres d'huile de poisson. La seconde était dans des conditions semblables. Chez toutes deux la difformité du bassin portait sur le détroit inférieur.

Comme on peut s'en convaincre, ces douze observations ont une telle analogie, qu'elles paraissent calquées l'une sur l'autre. Il est au moins remarquable qu'un chirurgien pratiquant sur un petit théâtre ait pu, dans la courte période de dix années, recueillir ue pareil nombre de faits, tous en désaccord, pour ainsi dire, avec les faits généralement connus.

La cause qui occasionne une telle difformité ne peut être qu'un ramollissement des os du bassin, et il est peu probable qu'on puisse attribuer au vice rhumatismale la faculté de produire une semblable altération du tissu osseux; car dans les localités même où le rhumatisme est fort commun, des femmes en sont attaquées quelquefois depuis plusieurs années, sans que l'accouchement soit pour cela plus difficile. Il résulterait, au contraire, des observations recueillies par M. Hoebeke, que, pour peu que les malades aient fait usage d'huile de poisson, elles présentent toujours plus de difficulté dans la parturition.

« Dans nos localités, dit-il, ce n'est que depuis l'introduction de l'usage de cette huile, que les cas qui réclament la gastrotomie sont devenus si fréquens. Dans les localités où l'on n'emploie pas cette substance, cette opération est bien plus rare, et lorsqu'on doit la pratiquer, c'est sur des sujets dont les bassins sont viciés par suite du rachitisme. »

Plusieurs fois ce praticien a été à même de suivre les progrès de la déformation, comme le prouvent les deux faits que voici :

La femme D., âgée de trente-six ans, eut trois accouchemens naturels; quelque temps après son troisième, un rhumatisme général la mit dans l'impossibilité de marcher. Après avoir employé plusieurs moyens, elle eut recours à l'huile de poisson, qu'elle prit pendant peu de temps, son affection ayant promptement cédé. Rétablie entièrement, elle a eu depuis deux accouchemens dans lesquels l'enfant présentait chaque fois le sommet de la tête dans la première position; arrivée au détroit inférieur, la tête ne pouvait le franchir, les bosses pariétales restant comme arc-boutées contre les tubérosités ischiatiques. Il a fallu chaque fois recourir au forceps pour terminer l'accouchement. Ici, probablement, la difformité a cessé de faire des progrès dès le moment où l'on a cessé l'emploi de l'huile de poisson.

L'observation qui suit est encore plus remarquable, parce que le praticien a été à même de suivre le développement de la maladie depuis son début.

La nommée L., d'une forte constitution, bien conformée, a déjà eu plusieurs accouchemens naturels. Depuis plusieurs années elle est atteinte de rhumatisme, et dans cet espace de temps elle a encore mis au monde, et très facilement, deux enfans, dont le dernier est né il y a dix-huit mois. Depuis neuf mois elle fait usage de l'huile de baleine : ses symptômes rhumatismaux sont amendés au point qu'elle peut marcher en s'aidant d'un bâton.

Curieux de m'assurer si les dimensions de son bassin n'avaient pas changé, je l'engageai à se laisser visiter. Je constatai que le diamètre transversal du détroit inférieur ne présente pas deux pouces et demi; la base du sacrum fait une saillie plus considérable que dans l'état naturel. A la base de la colonne vertébrale, il n'y a point d'enfoncement remarquable, mais la distance qui sépare les crêtes de l'os des îles est plus grande que dans un bassin bien conformé. Ainsi, la femme L., qui n'est âgée que de trente à trente trois ans, devra probablement se soumettre à l'opération césarienne si elle devient encore enceinte.

M. Hoebecke ne fut pas trompé dans son pronostic, comme le prouve la douzième observation, que nous allons analyser.

En 1838, Marie L. devint enceinte pour la quatrième fois. Le 23 juin, les douleurs de la parturition se déclarèrent, et l'on reconnut que l'accouchement était impossible par les voies naturelles. L'exploration des parties fit reconnaître qu'il n'y avait ni difformité des membres, ni déviation sensible de la colonne vertébrale, l'examen extérieur permettait seulement de remarquer une grande distance entre les crêtes iliaques, et le rapprochement des trochanters; le toucher faisait sentir que les os des îles avaient chevauché de manière que la tubérosité ischiatique gauche était d'environ un demi-pouce plus en avant que la droite, et que la distance qui les séparait n'était pas suffisante pour permettre l'introduction d'un doigt.

Nous n'insisterons pas plus long-temps sur les faits qui ont entre eux l'analogie la plus parfaite, sous le point de vue de la marche de la maladie, de la nature et du siége de la deformation. Mais ils soulèvent une question du plus haut intérêt. L'huile de foie de morue ou de baleine peut-elle, prise à l'intérieur, déterminer des altérations osseuses telles que celles que nous venons de décrire? Le mémoire de M. Hoebeke, et les observations qui l'ont suivi ont été soumis à plusieurs sociétés savantes qui ont laissé la question indecise, et ne se sont prononcés qu'avec doute; quelques-uns de leurs membres ont pensé que l'humidité, la misère, la nourriture insuffisante étaient, chez les malades observées par M. Hoebeke, autant de causes pouvant avoir déterminé le rachitisme, et que l'administration de l'huile de poisson avait probablement coïncidé avec l'ostéomalaxie sans avoir eu aucune influence sur son développement.

Ajoutons que, pour certains peuples du nord, l'huile de poisson est un mets précieux, et qu'ils en consomment des quantités énormes sans que leur système osseux paraisse en souffrir. Ajoutons encore la consommation énorme que les Allemands font de ce médicament depuis quelques années contre la carie des os, la scrofule, la phthisie, etc.

Quelques observations réunies par d'autres médecins sembleraient cependant confirmer les craintes de M. Hoebeke. Ainsi M. Janson a publié deux faits en tout semblables à ceux que nous venons d'analyser; de plus, M. Delavacherie, professeur de clinique chiruagicale à l'Université de Liége, a fait des recherches sur l'emploi de l'huile de morue, et il semble partager les mêmes idees; il a constaté, dit-il, dans quelques circonstances une amélioration notable dans la santé de quelques malades affectés de carie, auxquels il fit prendre ce médicament. Chez d'autres il a constaté au contraire des modifications fâcheuses qu'il est important d'indiquer; nous citerons, entre autres, l'histoire suivante :

Maigret (Charles), tisserand, âgé de vingt quatre ans, rachitique, né et domicilié à Encival, près de Verviers, est apporté à l'hôpital le 17 juillet 1838 Il est atteint d'une fracture de la cuisse droite vers son tiers inférieur, déterminée en tombant de sa chaise. Le membre fracturé est ankylosé dans la flexion par suite d'une tumeur blanche du genou, qui s'est manifestée à l'occasion d'un coup ou d'une chute sur cette partie.

Outre cette difformité, Maigret est au plus haut degré cagneux des deux jambes. Cette dernière déviation ne date que d'un an, époque à laquelle il fit usage d'huile de morue pour remédier à des douleurs qu'il ressentait dans différentes parties du corps. Depuis l'usage de ce médicament il est devenu difforme à tel point qu'il peut à peine marcher. Est-ce le cas de dire : *post hoc, ergo propter hoc*? dit M. Delavacherie.

Le même chirurgien a publié dans les Annales de médecine de Gand, l'observation suivante, qui est encore plus curieuse.

Le 7 juillet 1838 me fut adressé le nommé Dehallieux (Joseph),

ques sont minces, la main, appliquée sur la région précordiale, perçoit une sensation de secousse ou de choc diastolique très courte.

Lorsqu'il existe des palpitations, les bruits du cœur s'entendent dans une plus grande étendue des parois du thorax que dans l'état normal; ils se perçoivent le plus souvent d'une manière distincte à l'ouïe du malade lui-même; ils sont plus éclatans, plus métalliques et plus précipités. Les chocs du cœur sont plus brusques, et se font avec plus de vitesse que dans l'état normal. Les intervalles des bruits successifs du cœur sont plus courts. Ce raccourcissement est surtout marqué pour la périsystole. La durée de la péridiastole est rarement diminuée à un degré bien évident; sa longueur est, dans la plupart des cas, presque physiologique.

Dans la plupart des cas où il existe des palpitations, les intervalles des bruits du cœur quant à leur durée, les mouvemens du cœur quant à la vitesse et à la force avec laquelle ils s'accomplissent, présentent beaucoup d'irrégularité.

Les palpitations provoquent presque toujours, pour peu qu'elles aient une certaine énergie, la production d'un bruit de frottement anormal qui se joint aux systoles comme aux diastoles du cœur. Ce bruit de frottement sec, superficiel, qui se limite rigoureusement à la durée de la systole et de la diastole, qui ne s'entend pas hors des limites de la région précordiale, est un bruit de frottement périphérique; il provient du froissement que les mouvemens du cœur, devenus plus précipités et s'accomplissant avec plus de force, provoquent entre les surfaces séreuses opposées du péricarde cardiaque et du péricarde pariétal.

Les phénomènes qui annoncent la présence des palpitations ne sont pas seulement évidens à la région précordiale, ils se retrouvent aussi à l'exploration du système artériel; les diastoles artérielles sont plus courtes, plus précipitées, et en observant leur succession, on reconnaît qu'il y a des irrégularités quant à leur force et quant à leurs intervalles. Il existe un isochronisme parfait entre ces irrégularités et les irrégularités qui se produisent dans la succession des systoles du cœur. Il ne saurait d'ailleurs en être autrement; toutefois, on ne doit pas entendre par isochronisme une simultanéité parfaite, car il y a toujours entre l'impulsion du cœur et la diastole artérielle un intervalle d'autant plus grand qu'on explore des artères plus éloignées du cœur.

Pendant les palpitations, et à leur plus haut degré, on voit les veines des parties latérales du cou présenter une distension insolite. Cet engorgement du système veineux démontre évidemment, ou que le sang éprouve une plus grande difficulté ou un ralentissement prononcé à traverser les orifices du cœur, ou bien que ce fluide se trouve ramené vers le cœur en quantité ou avec une rapidité insolite. Il est probable que ces deux effets des contractions spasmodiques précipitées du cœur se produisent simultanément.

Evidente dans les veines jugulaires externes et jusque dans les veines thyroïdiennes, et même dans les veines jugulaires internes et dans les thoraciques supérieures, dans les palpitations violentes, cette stase sanguine est l'image de ce qui se passe dans les organes qui reçoivent une grande quantité de sang veineux, comme le foie et le poumon; elle est la cause de la dyspnée, ou au moins de l'accélération des mouvemens respiratoires, tout comme de la céphalalgie dont s'accompagnent les palpitations intenses. C'est à elle aussi qu'il faut rapporter la douleur gravative que les malades éprouvent pendant les palpitations dans l'hypochondre droit, du volume insolite que le foie acquiert dans quelques cas, de même de la tension de l'abdomen dont les palpitations sont presque toujours accompagnées à un certain degré.

Les palpitations surviennent comme symptômes de la plupart des maladies du cœur; vous ne devrez donc pas rapporter aux maladies organiques du cœur tous les phénomènes accessoires dont je viens de parler, car ils sont dus jusqu'à un certain point aux palpitations.

Cette observation sur l'influence exercée par les palpitations sur la production de quelques symptômes des maladies du cœur doit être généralisée; elle appartient à toutes les maladies du cœur. La plupart des phénomènes qui surviennent dans ces maladies deviennent la cause de phénomènes secondaires qui ne se rattachent qu'indirectement à l'état pathologique antécédent; de ce nombre sont la dyspnée, la douleur à la région précordiale et vers les hypochondres, l'engorgement des veines du cou, etc., etc.

Les palpitations sont un phénomène nerveux, un véritable état spasmodique du cœur; qu'elles se montrent comme maladie idiopathique et comme phénomène isolé et sans perturbation d'aucun autre système organique, ou comme symptôme de maladie organique du cœur, ou comme symptôme de maladie d'autre organe que le cœur: dans tous les cas elles ont ce caractère spécial commun à toutes les affections nerveuses, de se produire à des intervalles plus ou moins variables, et que les symptômes de congestion sur divers organes qui les accompagnent ne persistent pas ordinairement après elles, ou au moins disparaissent en grande partie avec elles.

Les palpitations ne sont, en réalité, que l'expression de l'irritabilité du cœur, d'un trouble ou d'un excès d'action de cet organe sous l'influence du système nerveux, ou par suite de la stimulation que le sang exerce physiologiquement sur l'appareil circulatoire: telles sont les palpitations qui se montrent à la suite de l'ingestion des boissons alcooliques, celles qui se manifestent comme phénomènes de consensus dans l'hystérie, les affections de matrice, d'estomac, ou celles encore qui résultent de certains états pathologiques, de certains troubles de l'innervation. Dans tous ces cas le cœur revient promptement à son état physiologique. Les palpitations ne durent jamais fort longtemps; rarement elles dépassent vingt-quatre heures. Lorsqu'elles sont liées à une lésion organique du cœur, elles se montrent à peu près avec les mêmes caractères, c'est-à-dire comme des phénomènes purement nerveux, indépendamment de tout état pyrétique.

L'appréciation exacte de l'origine et des causes immédiates des palpitations est extrêmement difficile et souvent impossible. On ne peut déterminer la cause immédiate des palpitations qu'à l'aide des signes fournis par l'auscultation, qui sont les seuls pathognomoniques et qui doivent toujours entrer comme élémens principaux dans le diagnostic.

La manifestation des palpitations chez les sujets atteints de maladies organiques du cœur est souvent liée à un état fébrile dont elles constituent un des symptômes. Ces palpitations indiquent que le cœur participe à la surexcitation du système vasculaire avec d'autant plus d'activité que le cœur doit à son état de maladie une activité contractile insolite et une irritabilité exagérée.

(b) Du déplacement de la pointe du cœur.

Le déplacement de la pointe du cœur est un phénomène constant dans un très grand nombre de maladies du cœur. C'est un symptôme de ces maladies le plus facile à constater, et il a par lui-même une grande valeur, parce qu'il est nécessairement l'effet d'un déplacement du cœur ou de changemens dans la longueur et le volume de cet organe. Il importe d'autant plus de le constater qu'il suffit qu'il n'existe pas pour qu'on doive rejeter l'existence de maladies qui occasionnent des changemens dans le volume, la forme ou la position du cœur.

Il est toujours assez facile de reconnaître le siége de l'extrémité inférieure du cœur par le point où se perçoit le choc systolique du cœur. Si le déplacement de la pointe du cœur dépend de l'abaissement du cœur dans sa totalité, on ne trouve pas seulement la pointe du cœur dans un lieu insolite déterminé par le point où se perçoit le choc systolique du cœur; on reconnaît en même temps que la base a changé de place. Ce dernier point n'est pas, à la vérité, toujours très facile à constater; on parvient cependant assez souvent à le faire par des phénomènes qui se rapportent aux actes du cœur appréciables sur les points du thorax qui correspondent à sa base. Parmi ces phénomènes, l'un des plus saillans et aussi le plus prononcé, est celui qui résulte de la perception insolite d'une impulsion diastolique. Cette impulsion n'existe que dans certaines conditions morbides; elle est fréquemment produite par le seul abaissement de la totalité du cœur, quoiqu'elle se produise dans d'autres conditions. Toutefois, quand elle se constate dans un point du thorax situé au-dessous de la troisième côte, et que la pointe du cœur est en même temps abaissée, on ne peut guère douter qu'il n'y ait un déplacement réel de la totalité du cœur.

Le point du thorax où le bruit diastolique du cœur s'entend à son maximum, quand la base du cœur n'est pas déplacée, correspond au-dessous de l'articulation synchondro-sternale de la troisième côte, dans l'intervalle de la troisième et de la quatrième; si ce bruit s'étend à son maximum, sous la quatrième côte, il est presque certain que le cœur est abaissé en totalité.

Ces déplacemens de la totalité de la masse du cœur sont très rares. Leur diagnostic n'est pas seulement éclairé par les signes que nous venons d'indiquer, il l'est aussi par des phénomènes qui se rapportent à la cause du déplacement, tels que la déviation du rachis, les anévrismes de l'aorte, la présence de tumeurs dans le médiastin, etc.

Dans presque tous les cas, le déplacement de la pointe du cœur est dû à l'augmentation de volume et à des changemens de forme de cet organe. La pointe du cœur peut être alors portée en bas et en dehors, ou en bas et en dedans.

(La suite à un prochain numéro.)

Académie de Médecine. — Séance du 21 juillet.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre que l'autorité municipale de Laval adresse à l'Académie. Cette lettre fait part de l'inauguration solennelle de la statue d'Ambroise Paré, exécutée par M. David, laquelle doit avoir lieu prochainement dans la ville natale du grand chirurgien.

M. Roux propose que l'Académie se fasse représenter dans cette cérémonie par M. Pariset, qui se rendrait sur les lieux.

---

cardeur, âgé de vingt-neuf ans, rachitique, né et domicilié à Verviers, qui me dit porter un calcul de la vessie. Cet homme, qui avait subi l'opération de la taille (méthode latéralisée) onze ans auparavant, éprouvait depuis quelques mois tous les symptômes qui autrefois firent présumer qu'il avait la pierre. La colonne vertébrale et la poitrine étaient déviées de manière à constituer une difformité hideuse; le bassin était rétréci à tel point que ce ne fut pas sans la plus grande difficulté que je parvins à introduire un cathéter dans la vessie qui, explorée attentivement, ne me fit reconnaître l'existence d'aucun corps étranger; mais je remarquai une saillie très forte, formée par l'éminence sacro-vertébrale, ce qui expliquait suffisamment les sensations qu'éprouvait ce malade, qui nous dit qu'il n'avait commencé à devenir difforme que depuis un an, après avoir fait usage d'huile de morue pendant très long temps, pour combattre un lombago qui l'incommodait beaucoup. Dehalleux est devenu plus petit de plusieurs pouces.

M. Simon, professeur d'accouchemens à Liége, a aussi pratiqué plusieurs fois depuis quelques années l'opération césarienne et la symphysiotomie, chez des femmes dont le bassin s'était rétréci pendant qu'elles faisaient usage de l'huile de morue.

Rien, que nous sachions, n'a été publié en France qui puisse éclairer cette question, et cependant on commence depuis quelque temps à voir proscrire l'huile de foie de morue; nous connaissons seulement un médecin des hôpitaux qui, un jour, a pris la parole à l'Académie de médecine en faveur de la substance dont nous parlons. Ce praticien, grand partisan des expériences térapeutiques, ne compte ses observations et ses succès que par centaines, il avait donné avec avantage, disait-il, l'huile de morue à plusieurs malades; nous pouvons en parler sciemment, car nous étions interne dans un service très-voisin du sien, il n'en était rien, et la plus célèbre de ses malades versait, depuis trois mois, sa dose quotidienne d'huile dans son vase de nuit, *sans jamais en avoir avalé une seule cueillerée*, et voilà comme on fait de la thérapeutique.....

Quoi qu'il en soit, les observations que nous venons de parcourir sont fort curieuses; elles méritent toute l'attention des praticiens exacts et consciencieux. Y a-t-il eu pour les faits que nous venons de voir, action réelle du médicament, ou simple coïncidence entre son emploi et le ramollissement osseux, ou bien, comme l'ont dit MM. Seutin et Marinus, cette huile, qui contient de l'iode ne pourrait-elle pas amender l'état d'*osteite* par l'action énergique qu'elle imprime aux vaisseaux absorbans, et, au contraire, affecter l'os sain en y déterminant une absorption trop active qui tendrait à le rapprocher de son état primitif et rudimentaire? Attendons des faits!

(La suite à un prochain numéro.)

Guérison du mal caduc ou du mal de la terre, par deux cautérisations dans le gosier; par M. le docteur Ducros jeune.

Fany Fournier, Suissesse, en proie à la sycose au dernier degré, s'offre chez nous les derniers jours du mois de mai; elle est pâle et décolorée; elle a des douleurs de tête térébrantes; l'hypocondre droit est légèrement douloureux. Elle est en proie aux attaques du mal caduc depuis trois ans. Le docteur Sue et notre frère lui ont prodigué, à l'Hôtel Dieu, des soins assidus et empressés pour la guérir de son mal caduc, de sa chlorose et de son *spleen*; rien n'a pu surmonter la sidération du système nerveux; rien n'a pu empêcher les attaques épileptiques. En voyant Fany Fournier, on croit apercevoir un des êtres abreuvés de fluides blancs, à la suite de grandes hémorrhagies; le corps est parsemé de rousseurs ou d'éphélides naturelles; l'estomac ne peut digérer.

J'examine le pharynx de la malade, en paralysant la langue: le voile du palais est tout à fait blanchâtre sur certains points; il offre çà et là quelques taches sous forme de rousseurs; le plancher du pharynx est recouvert d'une couenne adhérente à la mu queuse; il y a des vaisseaux variqueux au-dessous. Je console la malade; je lui promets une prompte guérison. Je pratique deux cautérisations au premier degré. Des escharres se forment et se détachent; le voile du palais devient vermeil, et dans huit jours la malade offre les attributs de la plus brillante santé.

Plusieurs élèves, qui ont vu Fany Fournier à l'Hôtel-Dieu, sont frappés d'étonnement; la malade est elle-même enthousiaste d'une guérison aussi rapide. Fany Fournier est soumise encore pendant quelque temps à l'usage des pilules composées d'iodure de potassium et d'extrait de ciguë, pour combattre le vice sycosique; ce vice sycosique est caractérisé, sur les diverses parties du corps, par des éphélides et par des verrues.

Deux mois se sont écoulés, et les attaques épileptiques ne sont plus revenues. Ce fait authentique de guérison sera-t-il dénié? MM. Reimonet et Martin, chirurgiens en chef de l'Hôtel-Dieu; MM. Thomas et Brengues, chirurgiens chefs internes; M. Sue et notre frère, médecins en chef, ne pourront-ils pas dire quel était l'état de Fany Fournier avant sa sortie? Tous les élèves, les sœurs hospitalières ne savent-ils pas que depuis onze mois Fany Fournier languissait dans l'Hôtel-Dieu, au milieu de ses attaques terribles, lorsqu'elle souffrait déjà depuis deux ans auparavant?

(Gazette médicale de Marseille.)

Étranglement de l'intestin grêle à travers le grand épiploon.

Une femme de quarante-neuf ans, affectée depuis trois ans d'un cancer utérin, se plaignit d'une douleur et d'une grande chaleur dans les intestins; elle rendit plusieurs fois par le vomissement un fluide qui répandait une odeur stercorale. Les lavemens et les purgatifs les plus violens ne produisirent aucune selle. Le pouls était fréquent, facilement dépressible; la langue était rouge, sèche et brune au centre; la soif était vive, mais l'estomac ne pouvait rien garder. La malade mourut au bout de deux jours. Le paquet intestinal présentait à gauche son aspect normal, qui contrastait singulièrement avec l'aspect du tube intestinal du côté droit, qui présentait une couleur d'un rouge foncé, presque noir et gangréneux. Le péritoine était enflammé; les gaz qui s'échappèrent à l'ouverture du ventre étaient d'une odeur repoussante. On vit que ces désordres provenaient de ce qu'une portion de l'intestin grêle s'était engagée dans une perforation de l'épiploon et s'y était étranglée. Des matières fécales endurcies s'étaient rassemblées au niveau de l'étranglement.

(The medical Times, 18 juillet.)

— Chez un homme chez lequel on avait extrait les deux clavicules, et qui guérit parfaitement, on remarquait les particularités suivantes: l'épaule privée de la clavicule se trouvait légèrement abaissée, approchée du sternum, sans nuire en rien à la symétrie des parties. Le bras pouvait se mouvoir dans tous les sens, sans que ses mouvemens fussent plus limités. Cet homme l'étendait horizontalement, le portait à la tête, grimpait facilement sur les arbres. *(Gaz. méd., 18 juillet.)*

(Appuyé par plusieurs voix.)

M. Pariset : Je suis tout à fait aux ordres de l'Académie.

M. Renauld : Je demande que M. Desportes soit adjoint à M. Pariset.

M. Orfila (très affectueusement) : Je pense qu'il est important que l'Académie soit représentée dans cette cérémonie ; je demande qu'il y ait décision de l'Académie à ce sujet, pour M. Pariset seulement.

M. Desportes : Je ne sais en vérité à quoi peut servir une pareille démonstration ! L'Académie va se faire représenter, pourquoi faire ? La dignité de l'Académie n'a rien à gagner par de pareilles démonstrations ; j'ajouterai même que ces démonstrations ont de nos jours un certain air que je n'ose pas caractériser de son véritable nom. Je m'oppose formellement, en conséquence, que l'Académie prenne aucune détermination à ce sujet.

M. Nacquart : Il faudrait savoir d'abord en quoi consiste cette cérémonie ; s'il n'y avait que quelques médecins des alentours qui y assistassent, il serait inutile que l'Académie se fît représenter.

M. Renauldin (à très haute voix) : L'Académie ne peut se dispensor de se faire représenter dans l'inauguration de la statue du prince de la chirurgie française. Je suis d'avis que l'Académie demande d'abord à M. Pariset s'il veut accepter cette honorable mission.

M. Pariset (le bonnet à la main) : Je suis aux ordres de l'Académie.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

— *M. le Président* déclare que la séance de mardi prochain sera remise au jeudi de la même semaine, à cause des fêtes de juillet.

— *M. Chevallier* fait un rapport officiel favorable sur un travail de M. Grimaud ayant pour but de faire adopter que tout l'acide arsénieux du commerce fût colorié, afin de prévenir beaucoup d'empoisonnemens soit criminels, soit accidentels. Cette mesure ne pouvant pas être adoptée d'une manière générale, parce que l'arsenic colorié ne pourrait plus servir dans une foule d'arts, M. le rapporteur propose d'écrire au ministre qu'il serait à désirer qu'une commission fût nommée à ce sujet pour déterminer les cas dans lesquels la coloration pourrait être adoptée sans inconvénient. Une foule de questions secondaires se rattachent à ce grand problème d'utilité sociale.

M. Pelletier insiste sur l'importance d'une pareille nomination officielle (1).

— *M. Hamel* fait plusieurs rapports officiels sur des remèdes secrets. (Conclusions défavorables.)

— *M. Gerdy* continue sa lecture sur la vision physiologique. Il discute cette fois la question de savoir si dans le regard binocle nous voyons avec un œil ou avec les deux yeux. La conclusion est que, pour les objets placés très près de nous, nous les voyons avec les deux yeux ; quant aux objets éloignés, au contraire, nous ne les voyons le plus souvent qu'avec un œil. L'auteur cite des expériences qui lui sont propres à l'appui de son opinion.

M. Rochoux est d'opinion contraire à celle de M. Gerdy. Il revient sur la vision distincte et la vision confuse, et pense autrement que M. Gerdy.

M. Pelletier fait quelques objections que M. Gerdy retourne à son avantage.

M. Bouvier adopte en partie l'opinion de M. Gerdy.

On reviendra sur cette matière.

— *M. Amussat* présente une grosse tumeur fibreuse qu'il a extraite heureusement de la paroi postérieure de l'utérus d'une femme de 48 ans.

Cette tumeur, du volume du poing d'un homme adulte, de forme ovoïde, pesait au moment de son extraction 338 grammes, environ onze onces : elle était contenue dans un kyste complet, formé par la paroi postérieure de l'utérus, descendait dans la cavité et dans le col de la matrice où elle se confondait avec la lèvre postérieure, et formait une saillie considérable non pédiculée. L'opération a été pratiquée le 11 juin : la matrice a été abaissée, la coque d'enveloppe de la tumeur en partie détruite, et celle-ci détachée de l'utérus renversé complètement dans sa propre cavité comme un doigt de gant. L'utérus a été replacé et réduit ensuite. Il ne s'est point développé de péritonite, mais seulement des phénomènes de phlébite crurale et pelvienne, comme on en voit souvent à la suite de l'accouchement.

Le danger de l'opération et des suites fait penser à M. Amussat qu'en pareil cas il faudrait chercher à préparer les voies à la nature pour favoriser l'expulsion du corps étranger, ou à déterminer un travail naturel d'expulsion en incisant largement la coque et en débridant le col. Il est probable que, par ce secours, la nature parviendrait à convertir la tumeur en un polype pédiculé qu'elle pourrait ensuite expulser, ou dont l'extraction deviendrait plus facile pour le chirurgien. Si M. Amussat faisait de nouveau la même opération, il ne réduirait pas la matrice immédiatement, comme il l'a fait dans ce cas.

Tel est le plan de conduite qu'il se propose de tenir envers plusieurs malades portant des tumeurs analogues, auxquelles il donne actuellement des soins.

— *M. Renault*, membre de l'Académie et directeur de l'École vétérinaire d'Alfort, présente quelques pièces pathologiques que l'Académie a observées avec un grand intérêt. Il s'agit d'un cheval bien portant qui a été rendu morveux à l'aide de l'injection dans les veines d'une certaine quantité de pus provenant d'un abcès traumatique d'un cheval non morveux. Ainsi, voilà une morve développée artificiellement avec du pus d'un simple abcès. Le cheval a offert tous les symptômes et les lésions pathologiques de la morve aiguë dans les narines, dans le cœur, dans la rate, dans les poumons, etc. Ce fait jette un grand jour sur la question des causes et de la pathogénésie de la morve ; il change tout à fait les idées reçues, puisqu'il ne s'agit plus désormais, si l'expérience le confirme, d'une maladie virulente, le pus le plus simple pouvant la produire (1).

(1) Il serait à désirer qu'au nombre des membres de cette commission, M. le ministre fît entrer des médecins qui ont étudié à fond la question de l'arsenic. Un travail de cette nature qui ne serait confié qu'à des chimistes serait nécessairement incomplet sous beaucoup de rapports. Si une instruction doit être formulée dans cette occasion pour éclairer le public sur un pareil sujet, on doit nécessairement entrer dans la partie médicale de la question. Malheureusement les livres les plus accrédités dans notre langue fourmillent d'erreurs graves sur la matière. Tout est encore à faire sur ce sujet. Aussi serait-il désirable que la commission fût composée d'hommes réellement compétens.

(1) La question de la morve vient d'être mise au concours par la Société royale d'Agriculture de Caen. Le fait de M. Renault vient à propos pour ouvrir une nouvelle voie expérimentale aux candidats, et éclaircir les *desiderata* du programme de M. Lair, secrétaire de cette Société.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

Mes collègues du Bureau central vous ont adressé une protestation qu'ils avaient fait insérer d'abord dans les journaux politiques. Cette fois le terrain est plus convenable, et on peut l'y suivre. Je ne veux m'occuper d'ailleurs que de l'imputation grave qui me présente comme manquant à une promesse sacrée par laquelle nous étions tous engagés à ne pas sortir du Bureau central avant notre tour.

Cette imputation, je la repousse, car elle est fausse, doublement fausse, ces messieurs le savent bien.

1° *Elle est fausse*, car tout engagement a été rompu entre nous, et cela à une époque où *quatre places*, bien réellement vacantes, me mettaient tout naturellement le premier à sortir... ; ce qui veut dire que cette rupture n'était pas et ne pouvait pas être un moyen de manquer à mon engagement.

2° *Elle est fausse* ;..... car il a plu à M. le docteur Basin, le seul qui soit avant moi, de ne pas vouloir de la place des Incurables ; or, il ne peut plus aujourd'hui invoquer à mon égard sa priorité. On comprend l'abus qui pourrait résulter de cette extension de ce droit de priorité, surtout si, par hasard, c'était en vue d'une place prochaine et dans l'intention d'en écarter un autre collègue. Faut-il ajouter que parmi les signataires figurent les noms de collègues, aujourd'hui médecins d'hôpital, et qui, par conséquent, se mêlent de ce qui ne les regarde pas : Je veux parler de MM. les docteurs Legroux, Requin, Nonat, et de M. Duplay qui, lui, bien que *quatrième*, a été nommé à la place des Incurables, dont n'a pas voulu M. Basin.

A ce sujet, je ferai remarquer qu'à propos des délibérations à la suite desquelles M. le docteur Duplay, le *quatrième à sortir*, a pu demander la place dont M. le docteur Basin n'a pas voulu (et dont je n'aurais peut-être pas voulu non plus, c'est possible, mais ce n'est pas là la question), mes collègues ne m'ont prévenu de rien, ils ne m'ont demandé, *à moi second*, ni mon avis, ni mon autorisation pour les démarches qui ont été faites... N'est-ce pas la meilleure preuve qu'à leurs propres yeux, tout engagement était rompu entre nous ?

En résumé, il y avait *cinq* places vacantes ; j'étais le *cinquième* à placer. Il est difficile de comprendre que je n'aie pas eu le droit de prétendre à cette dernière, même sans manquer à une promesse dont, comme on le voit, évidemment j'étais dégagé.

AL. CAZENAVE.

22 juillet 1840.

Expulsion de douze tœnias ayant ensemble la longueur de 48 mètres ; observation recueillie par le docteur Mongeal. — Dans les premiers jours de janvier dernier, je fus consulté par madame B., demeurant à Paris, rue Feydeau, 7 ; cette dame, âgée de trente-deux ans, blonde, d'une constitution assez robuste, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, éprouvait cependant depuis sept à huit mois un malaise général, un sentiment de gêne et de pesanteur dans tout l'abdomen, mais principalement dans la région épigastrique. Plusieurs fois son ventre devint tout-à-coup volumineux. Elle avait presque toujours un profond dégoût pour les alimens ; quelquefois, au contraire, elle était tourmentée par une faim violente, revenant par accès irréguliers par de fréquentes envies de vomir, mais sans vomissemens. Langue large et blanche, bouche amère et pâteuse. Selon les expressions de la malade, il lui semblait souvent que quelque chose lui piquait ou lui déchirait l'estomac. Elle indiquait la région épigastrique comme le seul siége de ces sensations fort douloureuses. Lorsque la malade courait, elle sentait dans la même région descendre et remonter un corps qu'elle comparait à une vessie pleine de liquide. Diarrhée fréquente. Deux fois pendant la nuit, elle fut agitée de mouvemens convulsifs très violens, avec perte complète de connaissance. Pendant ces accès, qui durèrent plus d'une heure chaque fois, le mari de la malade avait beaucoup de peine à la contenir. En revenant à elle, elle se rendormait, et n'avait le lendemain aucun souvenir de ce qui s'était passé. A ces symptômes, je soupçonnai l'existence de vers intestinaux, et j'engageai madame B. à examiner les garde-robes avec attention. Au bout de quelques jours, elle m'apporta un fragment de tœnia qu'elle venait de rendre. Je prescrivis pour le lendemain, 60 grammes d'écorce de racine de grenadier, en décoction dans 1000 grammes d'eau réduite à 750 grammes par l'ébullition. Une heure après l'injection du premier verre, la malade rendit tout-à-coup, et en une seule fois, une masse considérable de tœnias pelotonnés. On me fit appeler aussitôt. A mon arrivée, je fus surpris par le volume du ver, que je croyais solitaire, et c'est en le mesurant que je pus constater par le nombre de têtes que je trouvai successivement que douze tœnias avaient été expulsés. Ils avaient ensemble une longueur de 48 mètres.

D'après l'auteur de cette observation, les tœnias rendus par la malade auraient eu leur siége dans l'estomac, ce qui le porte à admettre cette idée, c'est la sensation de ballottement que la malade éprouvait à la région épigastrique.

(*Arch. gén.*, juillet 1840.)

— *Ganglions nerveux du cœur.* M. Romak, après avoir trouvé un grand nombre de ganglions nerveux dans la substance du cœur de plusieurs mammifères domestiques, est parvenu à les voir aussi dans la substance du cœur de l'homme. On les trouve dans la rainure transversale, surtout sur les plexus nerveux qui existent entre les oreillettes et les ventricules. Ils sont très petits ; mais on reconnaît à l'aide du microscope leur structure propre aux ganglions. On peut de cette manière expliquer l'activité du cœur, indépendante du cerveau jusqu'à un certain point, même quand il est hors du corps. (*Idem.*)

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 25 JUILLET 1840. N° 88, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Nouveau procédé pour la cure radicale de l'hydrocèle.

L'attention des chirurgiens a été dirigée tout récemment, par les travaux de M. Jules Guérin, sur les opérations qui peuvent être pratiquées avec une parfaite innocuité, lorsqu'on a soin de ne pas permettre le contact de l'air sur les parties divisées; autrement dit, lorsqu'à l'aide d'une simple ponction de la peau on pénètre ou milieu des tissus que l'on divise largement, en ayant soin toujours de respecter l'enveloppe tégumentaire. La méthode sous-cutanée porte déjà ses fruits, et promet encore de féconds résultats.

De nombreux faits démontrent la valeur de cette méthode dans le traitement des infirmités les plus compliquées, et constamment ou presque constamment après les opérations les plus graves en apparence, on demeure étonné de ne rencontrer aucun symptôme indiquant une réaction inflammatoire quelconque. Entre les mains de plusieurs chirurgiens, la méthode des incisions sous-cutanées reçoit de nouvelles applications qui peuvent être adoptées à cause de l'absence de danger que présentent les expériences.

Déjà, dans ce journal, on a décrit un procédé né de cette méthode, et qui a été mis et usage par M. Velpeau, pour obtenir la cure radicale des hernies.

Aujourd'hui nous signalons une innovation heureuse introduite par M. Jobert dans le traitement de l'hydrocèle. Ce procédé, tel qu'il est exécuté par le chirurgien de Saint-Louis, nous paraît offrir de grands avantages: nous en parlerons; mais avant tout nous allons le décrire, en donnant l'observation d'un des malades qui a été opéré et guéri par la nouvelle méthode.

Observation. — Le malade qui fait le sujet de cette observation est entré à l'hôpital Saint-Louis le 22 juin 1840. Il a toujours joui d'une bonne santé; sa constitution est bonne; son tempérament est sanguin; il se nomme Jean-Frédéric Leydel, et il est âgé de cinquante ans. Il porte une tumeur des bourses siégeant à droite, et présentant tous les caractères les plus tranchés d'une hydrocèle simple. Le malade croit que cette affection s'est développée à la suite d'une contusion violente du testicule, contusion qui daterait de deux ans.

Ce malade était dans d'excellentes conditions; M. Jobert se décida à l'opérer le 22 juin, et voici comment il s'y prit. Sur la partie antérieure et moyenne de la tumeur, le chirurgien plongea perpendiculairement la pointe d'un bistouri droit à lame longue et effilée, présentant une largeur de 4 ou 5 millimètres; l'instrument était tenu de façon que le tranchant regardait en dedans et le dos en dehors. Quand la tunique vaginale fut percée, ce dont il s'aperçut facilement en voyant sortir quelques gouttes de sérosité, M. Jobert abaissa le manche de l'instrument de telle sorte que la pointe fut dirigée à peu près dans le sens du cordon testiculaire, et quand il eut atteint avec l'extrémité du bistouri le sommet de la tumeur, alors il fit exécuter à la lame une demi-rotation qui ramena le tranchant en avant, comme si la peau devait être incisée. Ceci fait, le chirurgien, en retirant son bistouri en dehors, incisa d'arrière en avant et de haut en bas, avec la pointe du bistouri, la tunique vaginale depuis son sommet jusqu'au point où elle avait été ponctionnée avec la peau. Pendant que ce temps s'exécutait, les assistans purent entendre distinctement le craquement que produisait la section de la tunique vaginale. Quand le bistouri fut retiré complètement, l'opérateur immédiatement le replongea par la ponction première, et le dirigea en bas jusqu'à la partie la plus déclive; et procédant comme en haut, à cela près qu'il agissait de bas en haut, il incisa de même toute la partie inférieure de la tunique. Alors, par la petite ponction tout le liquide fut évacué, et un emplâtre de diachylon fut appliqué sur la plaie.

M. Jobert fit mettre sur les bourses des compresses imbibées d'une forte solution de sel ammoniaque.

Le malade avait à peine souffert pendant l'opération; seulement, lorsqu'on incisait la séreuse vaginale, il manifestait d'une manière intermittente quelques douleurs, mais très légères et locales, et dès le moment que l'opération fut terminée, elles cessèrent pour ne jamais reparaître.

Le lendemain de l'opération, aucun accident n'était survenu; on sentait avec le doigt sur le scrotum, à peine tuméfié, une petite dépression longitudinale indiquant le point où la tunique avait été divisée.

Le 25, le testicule avait son volume presque normal et était tout à fait indolore.

Le 1er juillet, le malade était dans un état parfait, c'est-à-dire qu'il n'était pas possible de constater la moindre différence entre les deux testicules.

Le 11 juillet, cet homme put partir; on l'avait conservé quelques jours dans la crainte qu'il ne survînt une récidive.

Voilà donc une méthode qui, outre qu'elle réussit promptement, ne détermine que très peu de douleur, et seulement pendant l'opération. Les accidens consécutifs sont nuls; il n'y a pas même de réaction locale sensible. Quant au manuel opératoire, il est facile; le chirurgien suit de l'œil la pointe de l'instrument, et tandis qu'il s'assure que la peau n'est pas divisée, son oreille lui indique si la tunique vaginale est coupée.

Jusqu'à ce jour, le faits observés dans la pratique de M. Jobert semblent très favorables à cette méthode; un malade nouveau a été opéré il y a peu de jours, et son état est très satisfaisant. Dans ce cas le chirurgien a fait en outre de l'incision longitudinale une incision transversale, ce qui peut être donnera encore plus de certitude de réussir.

Quelques objections pourront être faites sur la valeur de ce procédé, mais nous sommes loin de le prôner d'une manière exclusive; nous admettons volontiers que de nouvelles expériences doivent être faites avant de se prononcer définitivement. Ce que nous constatons seulement, c'est que le petit nombre d'observations que nous possédons sur ce sujet paraît devoir faire juger la méthode d'une manière favorable; et, ce qui est précieux surtout, c'est qu'en aucune façon son usage ne compromet la santé des malades.

Fracture du sternum. Nouveau bandage contentif pour empêcher le déplacement des fragmens.

Le 8 juin 1840, est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, salle Saint-Augustin, le nommé Saint-Aulaire (Jean), âgé de quarante-trois ans, exerçant l'état de maréchal rue du Porche, 12.

Cet homme avait été renversé par un cheval, qui lui avait ensuite marché sur la poitrine. Le pied de l'animal avait porté sur la partie antérieure de la poitrine à la partie moyenne du sternum. Immédiatement le malade ressentit un craquement violent et une grande difficulté dans la respiration.

Voici, quand nous l'avons vu, quel était l'état du malade:

On remarquait sur la poitrine, à 11 centimètres de distance de la tête du sternum, une ligne saillante formée par le bord supérieur du fragment inférieur. En effet, en examinant cette partie, on s'apercevait facilement que le sternum avait été divisé transversalement à la hauteur que nous avons indiquée, le fragment supérieur restait dans sa position, tandis que l'inférieur, poussé en avant et en haut, chevauchait légèrement sur le premier. Si on exerçait une forte pression sur la partie inférieure du sternum, on ramenait les fragmens dans leurs rapports normaux. La saillie que faisait la face supérieur du fragment inférieur était au moins de 15 millimètres. L'état général du malade indiquait que du côté de la poitrine il existait une grande gêne, la respiration se faisait sentir péniblement, et chaque inspiration était douloureuse. Toutefois, le cœur ne présentait aucun signe de lésion; ses battemens conservaient une grande régularité.

M. Jobert fit exercer, à l'aide de compresses graduées et d'un bandage de corps, une compression sur le fragment inférieur; mais ce moyen ne suffisant pas, il pria M. Martin de faire, pour ce malade, un bandage approprié à la circonstance.

Ce mécanicien en confectionna un d'une simplicité extrême, et qui remplissait parfaitement les indications. Voici en quoi il consistait:

Sur le dos d'une pelote oblongue présentant treize centimètres de hauteur, il fixa une traverse d'acier de 38 centimètres de longueur; cette tige, qui passait transversalement sur la pelote, et suivant son petit diamètre, présentait une légère concavité antérieure, de telle sorte que les deux extrémités étaient légèrement relevées. A chacune de ces extrémités était un bouton, et sur ces boutons on fixait une ceinture qui passait derrière le dos du malade; la largeur de la tige d'acier était de 4 centimètres.

On appliquait la pelote sur le sternum au niveau de la fracture préalablement réduite, et sur les extrémités de la tige située transversalement, on attachait la ceinture; de cette façon, grâce à la longueur de la tige, les côtés de la poitrine étaient libres, la ceinture ne prenant son point d'appui que sur le dos, et s'éloignant ensuite des côtés pour gagner les extrémités de la tige sur lesquelles on la fixait.

Par ce procédé la fracture était parfaitement réduite, et le malade, qui a pu sortir le 20 juillet, ne présentait qu'un très faible déplacement qu'il devait à son indocilité, car il desserrait lui-même son appareil pendant le traitement.

Dans un prochain article, nous parlerons de plusieurs malades intéressans qui sont maintenant dans le service de M. Jobert. Nous citerons, entr'autres, une tumeur érec-

---

FEUILLETON.

De la saignée au début de la grossesse, comme moyen de prévenir l'avortement; par le docteur A. Legrand.

En 1832, je fus consulté par une dame qui, par suite d'un retard de trois semaines dans sa menstruation, présumait un commencement de grossesse. Les nombreux symptômes de pléthore sanguine qu'elle ressentait et une toux fatigante, m'engagèrent à lui conseiller une saignée du bras, avec d'autant plus de raison qu'elle offrait tous les caractères les plus évidens d'un tempérament très sanguin. On m'opposa quelque résistance, par suite de l'opinion qu'avait la malade que la saignée au début de la grossesse pouvait provoquer l'avortement. Cependant, cette opération fut pratiquée avec l'assentiment de l'accoucheur de cette dame.

Le sang offrit une couenne inflammatoire telle, que le lendemain je voulus pratiquer une seconde saignée, qui n'eut lieu qu'après une consultation avec l'accoucheur, homme d'une grande réputation. Malgré son consentement, il fut évident pour moi que ce médecin avait quelque répugnance pour la saignée au début de la grossesse. Le sang était encore couenneux, mais moins que celui de la première saignée. Tous les accidens se calmerent rapidement, la grossesse suivit depuis un cours calme et régulier, et se termina par un accouchement parfaitement heureux.

Je n'avais jamais pensé que la saignée dût être considérée comme généralement dangereuse au début de la grossesse; le raisonnement m'avait fait concevoir une opinion contraire. En effet, à quoi doit servir cette portion de sang que la femme perdait chaque mois avant le moment de l'imprégnation? Il est évidemment destiné à fournir au produit de la conception les élémens nécessaires à son développement. Mais dans les premiers temps, la nourriture nécessaire à l'embryon n'absorbe pas toujours toute la quantité de sang qui était perdue par la menstruation, et l'utérus doit souvent se trouver dans un état de turgescence sanguine, favorisé par l'afflux menstruel qui peut bien ne pas se trouver immédiatement suspendu. Les mêmes conditions se présenteront encore chez les femmes dont l'utérus est doué d'une grande susceptibilité nerveuse.

Que doit-il arriver dans ces conditions? ou des symptômes généraux de pléthore sanguine, ou des signes de congestion vers l'utérus. Dans le premier cas, l'équilibre pourra fort bien se rétablir avec le temps; dans le second, où la menstruation continuera de s'opérer encore une, deux, trois et même un plus grand nombre de fois, ou bien l'embryon sera frappé de mort par une alimentation trop abondante; ou bien encore il sera expulsé par les contractions anormales, dont l'utérus surexcité deviendra le siége.

Dans tous ces cas, quel sera le remède? La saignée du bras... La saignée, qui sera déplétive et révulsive quand on tirera une quantité un peu notable de sang; mais qui ne sera que révulsive quand on n'en soustraira que de 125 à 250 grammes. Je ne crois point avoir besoin de chercher à déterminer ici les conditions qui demanderaient une forte ou une petite saignée; je dirai seulement que quand il peut y avoir des doutes sur la constitution de la femme, il vaut mieux ne faire qu'une petite saignée, qu'on réitérerait ensuite au besoin.

Telle a toujours été ma règle de conduite toutes les fois que j'ai été consulté par des femmes récemment grosses, et je n'ai jamais eu à regretter d'avoir pratiqué la saignée dans les cas dont j'ai plus haut déterminé les conditions. Toutes les fois, au contraire, que je l'ai mise en usage, j'ai vu la grossesse suivre après parfaitement son cours. Aussi étais-je fort convaincu que l'opinion que je m'étais formée était généralement admise. Dernièrement j'ai appris qu'il n'en était point ainsi; c'est ce qui m'a déterminé à publier cette note. Voici le fait auquel je fais allusion.

Madame ***, âgée de vingt ans, d'un tempérament nerveux et peu sanguin, après un retard de six semaines dans sa menstruation, fut prise de quelques douleurs dans le bas-ventre. Cette région, quoique souple, avait toujours été douloureuse à la pression depuis le mariage, qui ne datait que de quelques mois. Bientôt il s'écoula un peu de sang. On conseilla le repos et la diète. Consulté officieusement par le mari, avec lequel je suis lié, je proposai la saignée, avec d'autant plus de raison qu'elle venait de me réussir dans un cas tout à-fait semblable. Cette opération fut repoussée par le médecin ordinaire et par un médecin consultant, homme d'une très grande science dans la matière: avortement à deux mois environ.

Deux mois après, nouvelle grossesse; elle datait d'un mois ou cinq semaines, quand madame *** contracta une bronchite qui s'accompagna d'une toux nerveuse fort fatigante. Je parlai immédiatement de la saignée qui fut repoussée d'abord par le médecin de la malade, vu son état de grossesse commençante. Par suite de mon insistance, elle fut pratiquée, et produisit un amendement notable dans la bronchite, sans nuire à la grossesse qui, arrivée aujourd'hui (15 juillet 1840) à deux mois et demi, s'annonce sous les plus heureux auspices. Mais j'avais rencontré deux opposans à ma manière de voir sur l'emploi de la saignée au début de la grossesse; je ralliai mes souvenirs, et je me livrai à quelques recherches.

tile veineuse de la langue ; une fistule vésico-vaginale, une recto-vaginale, et deux malades présentant des tumeurs cancéreuses.

Ces deux malades ont été opérés, et la réunion par première intention a été obtenue d'une manière presque complète. Dans ces deux cas, M. Jobert a employé, pour arrêter les hémorrhagies artérielles, la torsion suivant la méthode de M. Amussat, et ce moyen a parfaitement réussi, et a permis de réunir avec plus de facilité les lèvres de la plaie à l'aide de la suture entortillée. E. L.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Leçons sur les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

Érysipèle phlegmoneux. (Suite du n° 86.)

On a eu recours aux incisions dès les temps les plus reculés ; c'était un moyen fort recommandé par Galien ; et par une confiance que lui vaut sa grande réputation, les hommes du nord et les Bretons en font usage dans beaucoup de circonstances.

En 1820, Béclard, à la Pitié, remit en vogue ce mode de traitement contre l'érysipèle phlegmoneux ; on crut même pendant quelque temps qu'il en était l'inventeur, et à cause des succès qu'il obtint, on parla beaucoup alors de la méthode Béclard.

Beauchene à l'hôpital Saint-Antoine, et à la même époque plusieurs chirurgiens anglais, dans leur pays, firent des applications de ce moyen qui parurent réussir complètement, en sorte qu'il eût passé pour être le meilleur, sans les inconvéniens que nous venons de signaler. C'est donc pour cela que son emploi, devant être négligé pendant la durée de la première période, à moins qu'il ne devienne indispensable, il n'a plus été prescrit que pour combattre les accidens de suppuration et de gangrène qui marquent la seconde période, et tâcher d'en borner les effets ou d'en hâter la terminaison. Et alors, les uns ont voulu qu'on attendît que les clapiers fussent formés, les autres sachant qu'au bout de deux ou trois jours le pus est infiltré, n'ont pas eu besoin de laisser venir la fluctuation pour être sûrs qu'il était temps de favoriser l'élimination des parties qui allaient être aussitôt gangrénées ; c'est, en effet, le plus sage avis à mettre à exécution.

Pour expliquer le mode d'agir des incisions, on a dit que l'inflammation était rendue plus active parce que les tissus étaient étreints, resserrés entre l'aponévrose et la peau, et qu'en détruisant par les incisions les lames, les brides qui les retenaient ainsi comprimés on modérait l'intensité du mal. M. Velpeau ne pense pas de même, car on n'incise que des parties mollasses, qui semblent moins tendues avant qu'après ; il n'y a d'ailleurs point d'étranglement ; c'est en formant des issues par où le pus, comprimé par la peau qui se rétracte, sort plus vite et plus facilement, et en favorisant, sur chaque point d'irritation qu'elles occasionnent, l'agglomération d'une quantité de matière infiltrée, ce qui en fait une collection de petits foyers au lieu de la laisser toute entière amassée dans un seul.

Nous arrivons à parler maintenant du vésicatoire : ce remède a été beaucoup vanté, précisément parce qu'il a été beaucoup employé ; mais, malheureusement, comme presque tous les autres, à tort ou à travers, sans distinction des cas auxquels il convenait uniquement, et toujours par suite de cette fâcheuse confusion dans l'examen des caractères particuliers à chaque espèce d'érysipèle ; ce qui a donné aux uns beaucoup de succès, aux autres beaucoup de revers, et ce qui doit laisser au plus grand nombre beaucoup d'embarras pour se faire une opinion sûre au milieu de tant de contradictions. Sans s'arrêter aux précédens, il ne s'agit aujourd'hui pour ces derniers que de porter avant tout un bon diagnostic et d'appliquer ensuite le vésicatoire au seul genre d'érysipèle qui en réclame l'emploi.

Dupuytren, dit-on, le prescrivait contre l'érysipèle proprement dit, et non contre le phlegmoneux ; d'autres veulent le contraire. On ne manque pas de praticiens d'opinion également opposée ; il n'y a qu'à consulter, pour le savoir au long, la thèse de M. Rodamel, de Montpellier, en 1801, et ce que M. Patissier a écrit sur les expériences qu'il fit à ce sujet en 1815, dans le service de Dupuytren.

C'est un moyen qui, à la première idée, ne paraît pas trop rationnel, au moins ; car il empire l'inflammation, comme on dit, il la concentre en un seul endroit, et la preuve, c'est que souvent au dessous de la surface sur laquelle le vésicatoire a été appliqué, il se forme un dépôt, un vaste abcès.

Tout cela étant vrai, M. Velpeau en conclut encore que ce remède ne sert à rien du tout, dans le traitement de l'érysipèle proprement dit, en quelque endroit qu'on le pose, et qu'il est excellent contre l'érysipèle phlegmoneux, même à ses deux états. Si l'inflammation s'est établie en nappe et non en noyau, et qu'on s'y prenne de très bonne heure, on peut le juguler à sa première période ; le vésicatoire est alors un résolutif puissant, pourvu que l'érysipèle soit encore assez peu étendu et sur une surface telle que l'emplâtre puisse l'envelopper tout entier même en débordant se limites. Plus tard, il n'a plus le même avantage ; mais si la suppuration est établie et qu'on applique un vésicatoire au centre de la partie malade ; il semble arrêter l'inflammation d'alentour et l'attirer sous sa surface ; alors un abcès s'y forme ; il faut l'ouvrir aussitôt.

Mais ce que le vésicatoire procure dans la première période, la compression le fait tout aussi bien et avec moins de désagrémens ; c'est donc à elle qu'il faut recourir d'abord, et n'y renoncer que si la disposition des parties la rend tout-à-fait impossible à bien faire.

Alors, dans ce cas, et dans celui où l'on serait arrivé à la seconde période, les incisions deviendraient peut-être encore préférables au vésicatoire, puisque celui-ci ne les fait pas éviter. Cependant elles devraient être moins nombreuses et moins profondes, s'il ne s'agit plus que d'ouvrir un abcès qui se serait formé. Dans ces circonstances il faudrait se comporter suivant le goût et le plus ou moins de courage des individus auxquels on a affaire.

Enfin, nous n'avons plus que quelques mots à dire sur l'emploi du fer rouge.

C'est, en vérité, une singulière idée que celle de combattre une inflammation aiguë par un pareil moyen ; idée qui a pu être probablement empruntée à l'art vétérinaire, où elle est souvent mise en pratique précisément contre la même affection chez les chevaux.

Quoi qu'il en soit, ce mode de traitement a non-seulement été tenté parmi nous, mais pratiqué à différentes reprises avec succès, et sous plusieurs formes. Ainsi, M. Larrey se sert d'un cautère cutellaire, avec lequel il fait des raies de feu ; il en applique partout, jusque sur la peau du crâne. M. Velpeau avoue qu'il a été surpris de voir les effets de ce moyen thérapeutique sur des militaires au Gros-Caillou. Ce qui lui a paru remarquable surtout, c'est qu'au moment de l'application, la rougeur disparaissait complètement autour de la raie de feu ; mais comme, en définitive le résultat n'est pas plus satisfaisant que par les autres procédés, et que celui-ci est, de tous, le plus effrayant et le plus dur, ce dernier chirurgien est loin de le vanter ; il pense seulement que dans l'état très avancé de suppuration, ce moyen pourrait avoir un avantage sur les incisions, en ce que la cicatrisation des plaies produites par le feu, et surtout sur une étendue presque linéaire, se fait beaucoup plus vite que celle des solutions de continuité causées par l'instrument tranchant.

M. Baudens préfère se servir du cautère ordinaire à olives, et faire des boutons de feu. M. Velpeau n'a expérimenté que deux ou trois fois cette manière d'agir, mais dans des cas tellement graves qu'il n'en pouvait espérer aucun succès. Du reste, il a trop de confiance dans tous les autres moyens que l'expérience lui a fait trouver bons, pour qu'il se sente le moins du monde disposé à leur en substituer un qui ne lui paraît pas devoir être plus efficace, outre qu'il est plus terrible.

La cautérisation par le fer rouge, sur un individu qui ne redouterait pas la douleur, pourrait toutefois servir à faire au mal une enceinte qui le limiterait comme un incendie ; car la gangrène ne dépasserait pas la ligne de feu.

Mais, en général, l'emploi d'un pareil remède doit se borner à bien peu de cas ; pour se trouver dans la nécessité d'y recourir, il faut que l'on ait été appelé beaucoup trop tard, et que tous les autres moyens que nous avons énoncés, les principaux et les seuls bons pour combattre et guérir *l'érysipèle phlegmoneux*, aient tour à tour échoué.

Dans un prochain article, nous nous occuperons de décrire les caractères spéciaux de *l'érysipèle proprement dit*, afin de faire établir d'une manière exacte son diagnostic ; après quoi nous ferons aussi connaître les indications thérapeutiques qui conviennent particulièrement à son traitement. L. E..

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Variété d'inflammation de la peau non décrite jusqu'à ce jour ; par A. Chéreau, élève du service.

Malgré les travaux entrepris dans ces derniers temps pour localiser les différentes espèces de phlogose du tissu cutané, toutes les variétés d'érysipèle ne paraissent pas avoir été décrites. Un cas très curieux, qui vient de se présenter à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, a permis à ce chirurgien d'ajouter aux divisions adoptées jusqu'à ce jour une nouvelle forme de cutite, différente de toutes les autres, sous le double rapport du siége et des symptômes. Voici le cas dont il s'agit.

Le nommé Huvé, âgé de trente-quatre ans, batteur de ciment, d'une constitution lymphatique, quoiqu'il ait le système musculaire assez prononcé, portait depuis longtemps un hygroma derrière l'olécrâne du côté droit. A la suite de travaux fatigans, cette tumeur augmenta de volume et devint douloureuse. Obligé de cesser son travail, le malade fut admis à l'hôpital Beaujon le 1er juin dernier. La tumeur avait le volume d'un œuf de pigeon ; elle était très dure, très sensible à la pression ; les tégumens amincis offraient une couleur rouge violacée. A la visite du matin, M. Robert pratique une ponction à cette tumeur, et donne issue à une petite quantité de pus séreux.

Le lendemain, une teinte érysipélateuse peu prononcée avait envahi une partie de l'avant-bras et la main ; toutefois les symptômes généraux étaient peu graves. (Bains locaux, cataplasmes.) Le 10 juin, on voit apparaître sur l'avant-bras, à des distances plus ou moins éloignées les unes des autres, de petites phlyctènes ou vésicules remplies de sérosité. Dans les autres points du membre l'épiderme est légèrement soulevé.

Le lendemain, on perce ces petites vésicules, et l'on met ainsi à découvert quelques portions de la face superficielle du derme. C'est alors que M. Robert nous fait remarquer sous les vésicules un grand nombre de petits points blancs, d'une grandeur variable, et desquels la pression fait sortir des gouttelettes de pus. Dans les autres points de la peau de l'avant-bras où n'existaient point de phlyctènes, on découvre aussi, en détachant l'épiderme, de ces trous qui donnent de même issue à de la matière purulente.

Les jours suivans, quelques-uns de ces points de suppuration s'étant agrandis et réunis aux vésicules, forment des espèces de plaques d'une à deux lignes de diamètre dans lesquelles le tissu du chorion ayant disparu semblait remplacé par du pus et un détritus rougeâtre. Le tissu cellulaire sous-cutané était sain, et toute l'altération se bornait à la peau.

Le 20, la tuméfaction de l'avant-bras et de la main était plus considérable, l'inflammation paraissait s'étendre au tissu cellulaire sous-cutané ; et les jours suivans, quelques abcès se manifestèrent dans ces parties et furent successivement ouverts. Le membre fut placé dans l'appareil à incubation de M. Jules Guyot ; et sous l'influence de ce moyen, la tuméfaction diminua, les petits abcès du derme se vidèrent, et la suppuration finit par cesser dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Mais l'état général du malade subit de grands changemens. Les deux poumons devinrent le siége d'une bronchite capillaire presque générale, caractérisée par un râle muqueux dans toute l'étendue de la poitrine, et par une dyspnée très intense. (Application d'un vésicatoire sur le thorax.)

De plus, la vessie se paralysa et nécessita plusieurs fois le cathétérisme. Les matières fécales, liquides et très abondantes, s'écoulaient à l'insu du malade ; les forces diminuèrent de jour en jour, une cachexie générale survint, et la mort eut lieu le 13 juillet.

Si on lit avec attention cette observation, si on analyse tous les symptômes qui se sont présentés, et qu'on les compare avec ceux qui caractérisent les autres formes d'érysipèles, on voit (dit M. Robert) des différences assez tranchées, pour pouvoir en faire une maladie à part dont le siége jusqu'ici n'avait pas encore été déterminé. Pour bien comprendre ce qui va suivre, que le lecteur se rappelle la structure anatomique du derme.

On sait que le derme ou chorion est la couche la plus profonde, la plus résistante, la plus importante de la peau.

J'ouvris d'abord Baudelocque (1), et voici ce que j'y trouvai... « Si la saignée a été employée avec tant de succès en des cas où l'avortement paraissait sur le point de se terminer, à plus forte raison doit-on en attendre de bons effets, quand la cause qui tend à le provoquer n'a pas encore porté son action sur la matrice, de manière à ébranler aussi fortement la grossesse. Nous connaissons des femmes qui n'ont eu d'enfans à terme qu'après avoir fait trois ou quatre fausses-couches, à celui de six semaines, de deux, de trois et quatre mois, et qui n'ont été redevables encore de cet avantage qu'à la saignée du bras, faite peu de jours après le temps où les règles avaient manqué pour la première fois, et répétée dans le cours de la grossesse aussitôt que le moindre symptôme de pléthore se manifestait. C'est à cette précaution qu'une femme qui avait fait dix-huit ou vingt fausses-couches dans les sept premières années de son mariage, dut ensuite la conservation de onze enfans. Si la saignée est aussi avantageuse aux femmes qui sont d'une constitution sanguine, elle ne l'est pas moins chez celles dont la sensibilité de la matrice, ses mouvemens spasmodiques, la raideur de ses fibres, etc., ont donné lieu plusieurs fois à l'avortement. Les boissons délayantes, telles que l'eau de veau, l'eau de poulet, ainsi que les bains ne doivent pas être négligés chez ces dernières femmes ; mais ils ne peuvent dispenser de la saignée, qui doit être répétée souvent avec la précaution d'évacuer peu de sang chaque fois. C'est le plus puissant antispasmodique, celui qui réussit le mieux chez les femmes dont les convulsions ne dépendent que de ces causes ; souvent il est important d'y recourir de très bonne heure et d'y revenir plusieurs fois, même dans les quatre à cinq premiers mois. »

(1) Septième édition, tom. II, pag. 552.

Dionis conseille aussi la saignée, et il veut qu'on la pratique huit jours avant la deuxième époque menstruelle ; car c'est, selon lui, un excellent moyen d'arrêter l'avortement.

Je pourrais pousser mes citations beaucoup plus loin ; celles qui précèdent doivent suffire et je terminerai par le fait suivant, que je tiens de la malade elle-même. Cette dame, âgée de vingt-quatre à vingt-cinq ans, avait déjà fait trois fausses-couches, une à deux mois, l'autre à cinq semaines, et la dernière à trois, quand elle prit le parti de consulter son accoucheur, homme d'une grande pratique. Celui-ci lui recommanda de l'appeler sitôt qu'elle aurait un retard de quelques jours, ce qu'elle ne manqua pas de faire ; il lui a pratiqué une petite saignée du bras et elle est arrivée aujourd'hui au cinquième mois de la grossesse.

Faut-il inférer de ce qui précède qu'on doive saigner toutes les femmes qui offrent les symptômes imminens d'une fausse-couche ? certes non ; et Baudelocque a dit aussi : « On doit se conduire différemment quand la faiblesse de la femme est la cause de l'avortement ; il faut en épargner le sang et chercher à la fortifier. » J'approuve cette sage réserve, mais je dirai, avec M. Dugès, qui se montre si partisan de la saignée pour prévenir l'avortement (1), qu'il l'appelle le moyen par excellence : « que les préventions du public et de quelques médecins contre cette médication, viennent de ce que, *employée trop tard*, elle n'arrête pas le travail et paraît même le précipiter..... qu'elle n'agit ainsi qu'alors que l'avortement était inévitable. » A. Legrand, méd.

(1) Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. III, au mot *Avortement*.

Or, si par la macération on détruit le tissu cellulaire qui entre dans sa composition, il est facile de constater que cette membrane cellulo-fibreuse est percée d'un grand nombre de trous arrondis, réguliers, qui lui donnent l'aspect d'un crible. Ces trous, ces vacuoles, donnent probablement passage aux radicules veineuses, artérielles, et nerveuses qui vont se ramifier sous les papilles dont est parsemée sa face superficielle. De plus, ils contiennent de petites masses de tissu cellulaire adipeux, lesquelles se continuent avec le tissu cellulaire sous-cutané.

Comme on va le voir tout à l'heure, la connaissance de ces petits pelotons cellulo-graisseux est de la plus haute importance pour le sujet qui nous occupe; car c'est là que M. Robert place le siége de l'affection dont j'ai donné l'observation ci-dessus.

Se basant sur l'anatomie pathologique, on admet aujourd'hui, avec le professeur Sanson, trois espèces d'érysipèle : l'érysipèle veineux, l'érysipèle lymphatique et l'érysipèle proprement dit. On y joint une quatrième espèce qui débute par le tissu cellulaire et auquel on donne le nom de phlegmon érysipélateux ou érysipèle phlegmoneux.

Or, dit M. Robert, en comparant ces diverses espèces d'érysipèle avec l'affection cutanée que nous avons sous les yeux, il est impossible de rapporter cette dernière à l'une des divisions adoptées par M. Sanson.

Dans l'érysipèle *lymphatique*, en effet, on voit au côté interne des membres, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, apparaître de petites stries d'une belle couleur rosée, parallèles entre elles, formant des espèces d'ondulations et situées dans l'épaisseur de la peau. Ces stries se multiplient, se rapprochent, se confondent et forment bientôt de larges plaques qui ne diffèrent de l'érysipèle simple que par la couleur qui est plus éclatante. De plus, les ganglions voisins s'engorgent et deviennent douloureux.

Dans l'érysipèle *veineux*, la couleur de l'érysipèle est loin d'être rosée et violette. On voit quelquefois les veinules de la peau sous la forme de stries arborisées et d'un rouge brun. Presque toujours des symptômes graves et analogues à ceux de la fièvre typhoïde coïncident avec cette forme d'érysipèle.

Voilà donc déjà deux affections qui ne peuvent être confondues avec celle qui nous occupe. Il en sera de même de l'érysipèle phlegmoneux, de l'anthrax et du furoncle.

Dans l'érysipèle *phlegmoneux* c'est le tissu cellulaire sous-cutané qui est affecté, conjointement avec la peau, et il diffère du phlegmon proprement dit, en ce que l'inflammation n'est point bornée, circonscrite, comme dans celui-ci.

Le siége de l'*anthrax* et du *furoncle* n'est point encore bien connu, suivant M. Robert. Peut-être ces maladies ont-elles pour point de départ les vacuoles que M. Eichorn a décrites dans l'épaisseur du chorion, et qui contiennent du tissu cellulaire. Peut-être aussi siégent-elles dans l'appareil cripteux ou folliculaire de la peau. Dans tous les cas, elles ont pour caractères :

1° Une tuméfaction inflammatoire, circonscrite, de tout le chorion qui acquiert plusieurs lignes d'épaisseur, et dont le tissu devient comme lardacé et crie sous le scalpel qui le divise.

2° La formation de petites masses blanchâtres, comme pultacées, disséminées dans la partie superficielle du chorion et connues sous le nom de bourbillon.

Or, les symptômes, la marche de cette affection sont si tranchées qu'il est impossible de la confondre avec la maladie dont il s'agit ici.

En résumé, cette observation mérite de fixer l'attention des praticiens sur une forme d'érysipèle qui, jusqu'ici, n'avait point été envisagée sous sa véritable face, et que M. Robert a déjà eu l'occasion d'observer deux fois.

HOPITAL DES ENFANS. — (Chirurgie.)

M. GUERSANT FILS.

N. 9. *Salle Sainte-Thérèse.* (Filles.) *Pieds-bots.*

Les phlyctènes n'ayant pas reparu pendant le temps qu'a été appliqué l'appareil simple, on a repris l'usage de la bottine pour agir avec plus de force; cette bottine mécanique redresse, il est vrai, le pied et le maintient mieux. Aujourd'hui il est à angle droit avec la jambe, mais on remarque de nouveau des points fortement comprimés où l'épiderme se soulève. Cependant on doit dire que cela est moins marqué que dans le principe; il semble que la peau de cette enfant s'endurcit. On peut considérer qu'elle est guérie de ce côté du pied équin et du varus. Elle doit néanmoins porter encore long-temps la bottine, sous peine de récidive. Quant au pied droit, sur lequel on n'a pas encore pratiqué la section du tendon, comme on a essayé la bottine mécanique et qu'elle a encore produit des phlyctènes, M. Guersant n'applique aucun bandage sur ce pied; il se promet, lorsqu'il n'y aura plus d'excoriation, d'inciser le tendon et de n'employer qu'après les moyens pour redresser le pied; il annonce qu'il désire mettre en usage les bandages simples et qu'il tâchera de se passer des bottines mécaniques. Nous observerons ce qui arrivera. Il serait bien utile de pouvoir traiter les pieds-bots sans avoir besoin des mécaniciens.

N. 10. *Tumeur composée.*

L'enfant dont nous avons parlé dans le précédent article, et qui a été opéré d'une tumeur formée d'une réunion de plusieurs kystes est dans un état très satisfaisant; la réunion s'est faite par première intention sans aucun accident.

N. 15. *Bec-de-lièvre congénial.*

Depuis jeudi dernier, jour de l'opération, l'enfant n'a pas été très docile; cependant les aiguilles et le bandage appliqués sont restés en place.

Quatre jours après l'opération, M. Guersant a retiré les aiguilles; ce n'est que le sixième jour qu'il a enlevé complètement les fils qui étaient adhérens à la cicatrice. On a trouvé les lèvres de la plaie parfaitement réunies : on a appliqué de nouveau le bandage de J.-L. Petit, et aujourd'hui l'enfant est guérie. Il y a une légère brèche vers le bord de la lèvre, à la partie inférieure de la cicatrice. On appliquera encore le bandage quelques jours, afin que les mouvemens de la lèvre ne viennent pas à rompre la réunion qui a été obtenue si promptement.

N. 10. *Salle Saint-Côme.* (Garçons.) *Bec-de-lièvre congénial.*

Cet enfant, opéré en même temps que la petite fille dont nous venons de parler, a été traité de même; on a retiré les aiguilles le quatrième jour, on a continué quelques jours l'emploi du bandage unissant. Chez cet enfant, qui a huit ans et qui a été raisonnable, la réunion est bien plus complète; il n'existe pas chez lui la brèche qu'on remarque chez la petite fille, qui était plus indocile, et qui n'a que quatre ans.

N. 24. *Hydrocèle.*

A ce numéro est couché le petit garçon de quatre ans qui a été opéré par une simple ponction; la tunique vaginale paraît épaissie, il n'y a pas apparence que le liquide revienne; il faut attendre avant de considérer cet enfant comme guéri.

M. Guersant, après ce compte-rendu, pratique trois opérations.

D'abord, il fait la section de brides à la suite de brûlures sur la main gauche de l'enfant qu'il a déjà opéré du côté droit. Ce garçon, couché au n° 30 de la salle Saint-Côme, et dont nous avons parlé, a été opéré de même qu'on l'avait fait à la main droite, qui aujourd'hui est complètement cicatrisée, et dont l'enfant peut se servir; les doigts, bien qu'un peu fléchis, s'étendent; le malade ferme très bien la main et peut serrer avec force.

Excision de l'amygdale.

Après cette opération, on amène une petite fille de dix à douze ans très fréquemment affectée d'angines tonsillaires; depuis trois semaines environ on a mis en usage les gargarismes d'alun, les frictions sur le cou avec la pommade d'hydriodate de potasse; tout cela sans succès, l'amygdale gauche est très volumineuse. M. Guersant en fait l'excision avec beaucoup de facilité à l'aide de l'instrument de Fenestock. L'enfant n'a pas voulu se prêter à l'excision de la seconde amygdale.

Grenouillette.

Enfin une petite fille de deux ans subit l'opération pour une grenouillette du volume d'une petite noix. On se contente de traverser de part en part la tumeur avec une aiguille courbe; elle entraîne un fil double qui est ensuite noué à l'aide de deux nœuds. De cette manière, le liquide s'écoule par les piqûres, et la tumeur est traversée par un séton que M. Guersant se propose de laisser au moins un mois.

C. T.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours d'opérations pour les maladies des yeux; par M. ANDRIEUX, médecin de l'hospice royal des Quinze-Vingts.

EMPLOI DE L'OPHTHALMOPHANTÔME.

Parmi les nombreux cours qui se font chaque jour à l'Ecole pratique, il en est quelques-uns qui ont pour but, et quelquefois pour résultat, de servir à l'éducation pratique des élèves cherchant à se familiariser avec les difficultés que présentent l'étude, et surtout le traitement chirurgical des nombreuses maladies de nos organes. Tel est celui de M. Andrieux qui, dans son enseignement sur les maladies des yeux, s'est attaché avant tout à en faire bien reconnaître les formes si diverses, et à rendre facile le manuel opératoire parfois si minutieux que leur traitement réclame. Tel au moins était le but qu'il se proposait, et nous croyons que le plus souvent il y est parvenu, grâce aux soins qu'il a pris.

Les nombreux ouvrages publiés en France sur les maladies des yeux font connaître les caractères qui les distinguent et le traitement qu'on doit leur opposer; mais pour la pratique des opérations, l'étude des livres ne suffit pas; il faut être naturellement doué d'une adresse et d'un sang-froid qui sont le privilége du plus petit nombre; il faut surtout avoir une grande habitude de l'exécution minutieuse de chacun des temps de l'opération, et pour atteindre ce but, le jeune médecin rencontre des difficultés souvent insurmontables. Veut-il s'exercer sur les cadavres? il peut à peine s'en procurer, et la loi et les réglemens ne lui permettent d'y toucher que plus de vingt-quatre heures après la mort, quand déjà la texture des membranes de l'œil et leur degré de tension ont subi des modifications considérables; il est d'ailleurs très peu commode de placer un cadavre dans l'attitude où se trouve le malade au moment de l'opération, et les essais faits ainsi ne donnent qu'une idée très incomplète des obstacles qu'on rencontre sur le vivant.

Dans le but de remédier à ces inconvéniens, M. Andrieux a essayé l'emploi d'un appareil simple et fort ingénieux qui promet aux élèves de se placer à peu près dans les conditions qu'ils doivent rencontrer sur le vivant et de simuler avec exactitude le manuel des différens temps opératoires et les positions diverses de l'opérateur et de ses aides.

Le mécanisme à peu près inconnu en France, qu'on nomme *ophthalmophantôme*, paraît être, d'après ce que nous avons entendu dire, de beaucoup préférable aux moyens analogues d'un emploi en Allemagne.

L'ophthalmophantôme est un buste de grandeur naturelle, placé sur un socle d'un mètre de haut, avec lequel il est articulé de manière à pouvoir être incliné à droite, à gauche, en avant, en arrière, pour pouvoir prendre et garder d'une manière fixe la position que l'on donne au malade pendant chaque opération.

La partie postérieure du crâne de ce buste peut être enlevée, et elle laisse voir un mécanisme destiné à porter des yeux naturels ou artificiels qui se trouvent maintenus dans les ouvertures palpébrales d'une manière assez mobile pour qu'on puisse leur imprimer des mouvemens semblables à ceux que l'œil humain exécute naturellement. Des yeux de porc, dont la structure se rapproche beaucoup de ceux de l'homme, puisqu'ils n'en diffèrent que par des dimensions un peu plus considérables de toutes leurs parties, sont placés dans les ouvertures palpébrales du buste, et l'élève exécute sur eux toutes les opérations que nécessite le traitement des maladies des yeux.

Pour l'abaissement de la cataracte qui ne peut être simulé que d'une manière incomplète, parce que la transparence du cristallin et de sa capsule ne permet pas de juger avec certitude des mouvemens imprimés à cette lentille. Comme c'est une des opérations que l'on a le plus fréquemment occasion de pratiquer, le docteur Andrieux a mis à la disposition des élèves des yeux artificiels qui se placent comme les autres dans son ophthalmophantôme; ces yeux contiennent dans leur intérieur un cristallin en nacre de perle, articulé de manière à pouvoir exécuter sous l'instrument le mouvement que le cristallin opaque doit éprouver dans l'œil pendant l'opération de la cataracte par abaissement.

Outre cette innovation assez heureuse, le cours de M. Andrieux s'est encore distingué par les sages préceptes que les élèves ont pu y puiser; nous avons remarqué plusieurs modifications importantes. Ainsi, pour l'opération de la cataracte par extraction, le professeur s'est montré partisan de la section de la cornée à sa partie supérieure; et plaçant son buste sur une table, dans l'attitude d'un malade couché sur un lit de repos, il a fait voir que cette opération était rendue très facile quand le chirurgien, placé derrière le lit, enfonçant lui-même dans l'orbite la paupière supérieure avec l'index, fixait l'œil avec le médius; que la section s'opérait alors avec le couteau de Beer tout aussi aisément que quand on la pratiquait à la partie inférieure de la cornée, et qu'alors le cristallin sortait moins vite, que la cicatrice était toujours cachée par la paupière supérieure, et qu'enfin le chirurgien, tenant lui-même cette paupière, était indépendant de l'aide qui est habituellement chargé de la relever; chose désavantageuse, car cet aide, en comprimant l'œil, ou en ne lâchant pas la paupière assez tôt, peut compromettre le succès de l'opération.

Le docteur Andrieux rejette encore l'emploi du couteau à double lame de Jæger, et en général tous les instrumens compliqués, persuadé que toutes les fois qu'un résultat peut être obtenu par l'adresse de l'opérateur, c'est la dextérité qu'il faut cultiver plutôt que de rendre le but plus facile à atteindre en se servant d'instrumens dont le mécanisme minutieux peut être imparfait, ou bien encore se déranger pendant l'opération et laisser le chirurgien dans le plus cruel embarras.

En faisant exécuter aux élèves l'opération qui faisait le sujet de la leçon, et en les forçant à répéter, au moment même où ils les appliquaient sur le sujet, les préceptes qu'il venait de leur donner, M. Andrieux a encore introduit une heureuse innovation qui permet aux élèves d'essayer leurs forces, et au professeur de mieux juger des effets de ses leçons; c'est un exemple à suivre pour les autres cours qui se font à l'Ecole pratique, et nous ne pouvons que faire des vœux pour qu'il soit imité.

Nous dirons en terminant que ce cours, remarquable en plusieurs points, a rendu un véritable service, et qu'il a été un des plus suivis.

Encore un progrès de l'enseignement particulier à enregistrer.

X, D.-M.-P.

— L'Académie des sciences a accordé, dans sa séance annuelle du 15 juillet un prix de 3,000 fr. à M. le docteur Vincent Duval, pour son ouvrage intitulé : *Traité pratique du pied-bot*. Voici plusieurs passages du rapport relatif à l'ouvrage de M. Vincent Duval :

« Depuis l'origine de l'art jusqu'à nos jours, la difformité en question n'avait été combattue que par des moyens mécaniques plus ou moins ingénieux, plus ou moins compliqués, mais d'ordinaire insuffisans ou même nuisibles.

» Ces machines s'étaient successivement perfectionnées sans doute depuis l'appareil proposé par Hippocrate jusqu'aux appareils employés par Venel et par M. d'Yvernois. Il y a cependant

cela de vrai que, dans toutes ces machines, on luttait en vain contre la cause la plus générale de la difformité, contre le raccourcissement, soit congénial, soit acquis, des muscles et des tendons.

» La nature ou la cause générale du pied-bot une fois nettement résumée et clairement démontrée, il était facile, ce semble, d'en déduire le moyen de guérison le plus rationnel et le plus certain. Déjà, depuis long-temps, la science était en possession de la plupart des élémens propres à la solution de ce problème. Une étude approfondie des cas variés, nombreux de rupture accidentelle du tendon d'Achille; la connaissance rationnelle des phénomènes de continuité qui se manifestent pendant la guérison de cette solution; la certitude acquise, d'ailleurs, que la rupture des tendons en général et du tendon d'Achille en particulier, n'est accompagnée, pour l'ordinaire, d'aucun accident redoutable, constituaient comme autant d'indices qui devaient mener tout naturellement à la tentative de la section des tendons malades dans les diverses difformités du pied-bot.

» Ce ne fut cependant qu'en 1782 que Thilenius eut la pensée de faire cesser, au moyen de la section du tendon d'Achille, l'action des muscles qui par leur raccourcissement s'opposent à la restitution normale du pied. Il s'agissait d'un pied-bot équin très prononcé. Le malade avait huit ans. L'opération fut suivie de succès. Il ne paraît pas, du reste, que le médecin saxon ait eu l'occasion de répéter cette ingénieuse opération.

» La voie nouvellement ouverte en Saxe ne fut suivie que vingt-sept ans plus tard, en 1809, par Michaelis de Marbourg. Celui-ci eut plusieurs occasions de pratiquer cette opération; mais, ou il n'avait saisi que d'une manière imparfaite la pensée profonde de Thilenius, ou il ne voulut s'astreindre qu'en partie à copier son modèle. Michaelis fit autrement, mais il fit aussi bien que son prédécesseur.

» En 1812, Sartorius guérit un pied équin par la section pure et simple du tendon, telle que l'avait indiqué l'habile praticien saxon.

» Au mois de mars 1816, Delpech, l'illustre et trop infortuné chirurgien de Montpellier, qui s'était déja occupé beaucoup des difformités du corps humain, porta sur les pieds-bots une attention particulière. Il pratiqua une fois seulement l'opération du tendon d'Achille; et quoiqu'il n'eût réussi qu'à grand'peine et avec un long temps, ou peut-être même à cause des difficultés de sa réussite, il s'attacha avec opiniâtreté à l'étude de cette maladie et de l'opération qui lui est applicable.

» Le 28 février 1831, Stromeyer, médecin à Hanovre, qui avait médité à fond les ouvrages de Delpech, suivit à peu près exactement la méthode de notre chirurgien de Montpellier. Stromeyer prit seulement des précautions plus grandes, plus fructueuses pour faire les plaies extérieures aussi petites que possible, afin de s'opposer à l'introduction de l'air dans les plaies, et de prévenir ainsi la suppuration et l'exfoliation du tendon.

» La science et l'art en étaient là quand M. Vincent Duval, en 1836, appliqua le premier, à Paris, la section du tendon d'Achille au traitement et à la guérison du pied bot. Jusqu'à M. Duval, cette opération, pratiquée uniquement pour le pied équin, n'avait guère donné que sept à huit guérisons dans un espace de soixante ans. En moins de cinq ans, M. Duval a eu l'occasion de faire plus de trois cents opérations de cet ordre et toujours avec succès.

» Enhardi par l'infaillibilité de la ténotomie appliquée au pied équin, M. Duval, agrandissant encore la ligne tracée par Stromeyer, a eu l'idée d'étendre cette opération à toutes les variétés du pied-bot. Il a coupé le tendon du muscle tibial antérieur pour guérir le pied-bot varus; il a fait la section du tendon du long péronier latéral pour le pied-bot valgus; la section du tendon du tibial antérieur, celle de l'extenseur propre du gros orteil, du court fléchisseur, de l'extenseur commun, et du péronier, dans les cas divers de renversement du pied.

» M. Duval, outre ses nombreuses et nouvelles opérations de ténotomie, apporte encore, comme titre aux récompenses du legs Montyon, l'ouvrage qu'il a publié sur cette matière. Ce livre, profitable aux gens du monde autant qu'utile aux gens de l'art, entre autres qualités estimables, aura celle de vulgariser chaque jour davantage un procédé curatif assuré.

» La commission, de son côté, présente avec confiance, comme un droit non moins recommandable, en faveur de M. Duval, les services que ce médecin a rendus dans les hôpitaux de la capitale, par la grande quantité d'opérations de ce genre pratiquées sur des individus de la classe indigente à laquelle l'illustre fondateur de nos prix portait un si vif et si prévoyant intérêt. »

— Dans la séance de l'Académie des sciences du 20 juillet, M. Donné a présenté un appareil d'éclairage pour les microscopes destinés aux démonstrations qu'on peut avoir besoin de faire dans des cours publics. C'est une sorte de lanterne sourde fixée à l'instrument que l'on peut ainsi faire circuler entre les mains des élèves, comme on fait circuler des objets d'histoire naturelle dans un cours de botanique ou de minéralogie.

Nomination de membres correspondans de l'Académie de médecine.

Les membres choisis sont :

MM. 1. Lassaigne, prof. à l'Ecole vétérin. d'Alfort. 2. Taillefer, méd. à Honfleur. 3. Fontan, méd. à Bagnères de Luc. 4. Scoutetten, prof. à l'hôp. mil. d'instr. de Metz. 5. Bonnet, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. 6. Raynard, prof. à l'Ecole de méd. vétérin. de Lyon. 7. Salgues, prof. de clin. interne à l'Ecole de Dijon. 8. Favart de Montluc, méd. des eaux de Néris. 9. Gendron, méd. à Château-Renault. 10. Landouzy, prof. de l'Ecole second. de méd. de Reims. 11. Gaillard, prof. à l'Ecole de méd. de Poitiers. 12. Priou, méd. à Nantes. 13. Gerdy, méd. à Uriages. 14. Mondière, méd. à Loudun. 15. B. Voisin, méd. au Mans. 16. Chapeau, méd. de l'Hôtel Dieu de Lyon. 17. Carant, méd. à Sens. 18. Dubourg, méd. è Marmande. 19. Philippe, chirurg. de l'Hôtel-Dieu de Reims. 20. Caussail, méd. à Verdun (Tarn-et-Gar.).

La commission avait présenté les candidats suivans :

MM. 1. Ahronson, agrégé de la Fac. de Srasbourg. 2. Bonnet, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. 3. Boyer, prof. à la Fac. de Strasbourg. 4. Carant, méd. à Sens. 5. Cayré-Mirabel, méd. à Reuilly. 6. Cazauvieilh, méd. de l'hosp. de Liancourt. 7. Chapeau, méd. de l'Hôtel-Dieu de Lyon. 8. Chomet, chirurg. en chef de l'hôp. de Bordeaux. 9. Cornuel, méd. de la marine à la Guadeloupe. 10. Des Alleurs, prof. à l'Ecole secondaire de Rouen. 11. Dieulafoy, chirurg. en 2e de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. 12. Dubourg, méd. à Marmande. 13. Falvard de Montluc, méd. des eaux de Néris. 14. Faure, méd. de l hôp. mil. d'inst. de Srasbourg. 15 Fontan, méd. à Bag.-de-L. 16. Geillard, prof. à l'Ec. de méd. de Poitiers. 17. Gaussail, méd. à Verdun (T.-et-G.). 18. Gendron, méd. à Ch.-Renault, 19. Hullin, méd. à Mortagne. 20. Lassaigne, prof. à l'Ecole de méd. vétér. d'Alfort. 21. Landouzy, prof. de l'Ecole second. de méd. de Reims. 22. Lefebvre, prof. à l'Ecole de méd. nav, de Rochefort. 23. Levicaire, méd. en second de la mar. à Toulon. 24 Levrat, ex-doyen des méd. de Lyon, 25. Loiset, méd. vétér. à Lille. 26. Maillot, prof. à l'hôp. mil. d'instr. de Metz. 27. Ménard, méd. à Lunel. 28. Millon, méd. à Sorrèze. 29. Mondière, méd. à Loudun. 30. Munaret, méd. à Lyon. 31. Philippe, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Reims. 32. Pichausen, méd. à Clairac. 33. Priou, méd. à Nantes. 34. Putégnat, méd. à Lunéville. 35. Raynard, prof. à l'Ec. de méd. vét. de Lyon. 36. Rétif, chirurg. des hôpitaux de Sens. 37. Saigues, prof. de clin. int. à l'Ecole de Dijon. 38 Scouttetten, prof. à l'hôp. mil. d'inst. de Metz. 39. Taillefer, méd. à Honfleur. 40. B. Voisin, méd. au Mans.

Strabisme. Guérison par l'opération

M. le docteur Huet, chirurgien en chef de l'hôpital du Havre, vient de pratiquer plusieurs fois avec succès l'opération du strabisme par la section du muscle droit interne.

La première opération a été pratiqué il y a quinze jours sur un enfant de dix ans.

La deuxième, il y a dix jours, sur un enfant de neuf ans.

La troisième et la quatrième, tout récemment.

Aussitôt après l'opération, l'œil a repris sa position naturelle, et la difformité a disparu.

La guérison a eu lieu sans accidens chez les deux premiers sujets.

— On lit ce qui suit dans le livre spirituel de M. Munaret, *le Médecin des villes et le Médecin de campagne* :

« Un fabricant de produits crimiques et pharmaceutiques (M. Arrault, rue Jacob, 6, à Paris), a eu l'obligeance de me montrer une petite pharmacie portative. C'est une boîte longue, solide et recouverte en cuir, pouvant être sanglée comme un portemanteau, et portée à la main à l'aide d'une anse supérieure et moyenne. Outre les médicamens que je vous ai indiqués, elle contient une trousse, une boîte à sangsues, des bandes *dextrinées* pour certaines fractures, etc.

» *Si vous exercez à la campagne, je vous engage à l'acheter.* »

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 28 JUILLET 1840. (13e ANNÉE.) N° 89, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5[illegible].

— Les ateliers étant fermés à l'occasion de l'anniversaire des Journées de Juillet, le Journal ne paraîtra pas mercredi, 29 juillet.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lugol.

Conférences cliniques sur les maladies scrofuleuses.

DE LA SCROFULE CUTANÉE. (Septième leçon.)

La scrofule cutanée commence quelquefois par une simple fissure ou gerçure, qui cause des démangeaisons qui sollicitent les malades à se gratter. Consécutivement, il se forme des croûtes qui, au moment de leur chute, laissent derrière elles des ulcérations qui s'étendent et creusent plus ou moins profondément.

D'autres fois, la scrofule cutanée débute par une plaque rouge, la peau s'épaissit, se durcit, prend un aspect livide, et sur cette plaque se développent des pustules ; ou, en d'autres termes, il s'y manifeste une éruption de forme pustuleuse.

Parfois, les pustules sont excessivement dures, et quelques auteurs leur consacrent alors improprement la dénomination de tubercules : en effet, ceux-ci finissent toujours par suppurer, et n'offrent point de différence alors avec les pustules.

Dans quelques cas, l'esthiomène commence par la génération d'un peu de matière tuberculeuse sous la peau, qui soulève celle-ci, la détache et l'isole. Par l'effet du temps, elle devient rouge, se perce, et sa collection primitive se trouve transformée alors en une véritable pustule.

La scrofule cutanée affecte de préférence la figure ; elle se montre assez souvent au début aux ailes du nez, aux joues, au menton, aux paupières ; plus rarement au col, aux membres supérieurs, aux inférieurs et au tronc. En un mot, elle peut affecter toutes les régions de la peau.

Quelquefois l'affection commence par les membranes muqueuses, et l'on peut même dire exclusivement par la membrane pituitaire et par la muqueuse buccale. Dans le premier cas, elle creuse de dedans en dehors, opère la destruction de la cloison du nez, et cet organe affecte alors la disposition infundibuliforme que vous observez chez plusieurs des scrofuleux du service.

Quelquefois même l'esthiomène comprend dans sa destruction les os. Les os propres du nez, par exemple, se perdent, s'anéantissent insensiblement. On n'a aucune conscience de ce phénomène, aucune esquille ne tombe, et ces os sont pour ainsi dire broyés par le génie scrofuleux.

Cette maladie, quoique pustuleuse, suppure très peu, et à peine se sécrète-t-il de la matière pour donner naissance à des croûtes. Il est rare que par son abondance, la sécrétion soit comparable à celle que déterminent les tubercules de la gonorrhée, etc.

Un phénomène également remarquable de l'esthiomène, c'est l'absence totale de toute sorte de douleur ; quelquefois seulement les malades accusent un sentiment de brûlure et encore cela arrive-t-il très rarement et d'une manière tout-à-fait exceptionnelle.

A l'égard de la marche que suit la maladie, nous devons dire que l'esthiomène commence d'ordinaire sur plusieurs points distincts à la fois. Mais le développement de chacun de ces points venant à s'effectuer simultanément, ces points se rapprochent graduellement et finissent par se toucher par leur circonférence et font totalement disparaître l'espace qui les séparait d'abord.

D'autres fois la surface de la peau, qui était d'abord tombée malade se guérit, et sur sa limite se montrent d'autres pustules, de sorte que cette espèce de migration suivie forme des anneaux au centre desquels s'observent des cicatrices qui témoignent de l'existence passée des pustules qui ont marqué le début de l'affection cutanée.

Dans quelques cas, la maladie reste stationnaire pendant des années, semblable en cela aux tubercules, puis, tout-à-coup elle prend son essort et se développe avec rapidité et envahit plus ou moins d'espace.

Les progrès de la scrofule cutanée occasionnent assez souvent des accidens et peuvent apporter de la gêne ou un obstacle au libre accomplissement de quelques fonctions. Ainsi le nez est quelquefois bouché, et la respiration nasale se trouve empêchée. Cette occlusion des narines antérieures, je l'ai vue parfois occasionnée par suite de l'hypertrophie de la lèvre supérieure.

Ce dernier état est douloureux parfois à cause des déchirures ou crevasses qui l'accompagnent et qui en sont le résultat ; mais ces douleurs mêmes ne sont pas aussi intenses qu'elles le seraient si elles étaient l'expression de ces mêmes déchirures ou crevasses existant sans la complication du principe scrofuleux.

Quelquefois les tissus qui présentent un tel état d'induration et de gonflement saignent, et lorsque les malades y touchent il s'ensuit la chute de quelques détritus de parties molles.

Assez souvent les pustules qui siégent sur les paupières provoquent la formation d'un ectropion et d'une ophthalmie scrofuleuse concomitante.

L'état moral des sujets atteints de scrofule cutanée, offre ceci de particulier qu'ils en sont d'ordinaire fort peu affectés ; ils restent souvent indifférens au milieu de l'affection repoussante qui déforme leur visage, ce qu'il faut attribuer probablement en grande partie à l'accomplissement de ces désordres sans accompagnement de douleur. Au demeurant, ils s'y accoutument facilement.

Une complication assez fréquente de l'esthiomène, c'est l'érysipèle de la face. Il est d'ailleurs excessivement rare que l'érysipèle soit alors fâcheux, et loin de là, le plus souvent il détermine la résolution des indurations de la peau sur lesquelles reposent les pustules. D'ailleurs, les malades en sont si fréquemment atteints qu'il existe indubitablement un rapport entre l'érysipèle et l'esthiomène dont nous ne nous rendons pas compte.

(Huitième leçon.)

Cet état anormal de la peau chez les scrofuleux entraîne nécessairement de l'irrégularité dans l'accomplissement de ses fonctions ; mais un phénomène digne avant tout d'être marqué, c'est le surcroît qui s'établit dans la sécrétion de la sueur aux aisselles, aux pieds, aux mains, etc. C'est une sorte de fonction supplémentaire qui s'établit, se régularise, et qui devient un besoin et une condition indispensable de la santé. Je vois assez fréquemment une jeune fille qui présente cette transpiration abondante des régions indiquées, et qui, avec cela est affectée de leucorrhée.

Si on ne sespecte pas ces sueurs, et si l'on était assez imprudent pour en provoquer la répercussion, il se manifesterait d'autres accidens, et principalement de la toux, du malaise, etc. Accidens d'ailleurs qui surviennent également lorsque ces sueurs s'arrêtent spontanément.

Je dois vous annoncer, non comme signe de la scrofule cutanée, mais comme coïncidence assez fréquente de cette affection, la génération des poux : la plupart de nos scrofuleux en sont atteints, et ce serait une erreur d'invoquer la malpropreté pour en expliquer l'existence ; car tous les malades sont soumis à tous les soins de propreté nécessaires ; et d'ailleurs on voit ces insectes se produire chez les enfans scrofuleux des classes aisées de la société, vivant au milieu des conditions les plus favorables, et qui sont entourés de toute sorte de soins.

Un autre signe de la scrofule cutanée, ce sont les engelures : méfiez-vous principalement des sujets chez lesquels elles sont rebelles ; leur valeur confirmative de la scrofule augmente d'ailleurs lorsqu'il existe des accidens antécédens ou actuels de scrofule chez les parens, etc.

D'autres fois la peau des scrofuleux est sèche, et il n'est pas rare alors de voir survenir des papules prurigineuses. Dans d'autres circonstances elle est grasse et onctueuse comme une couenne de lard.

On a dit que le gonflement de la lèvre supérieure était un signe pathognomonique de la scrofule : c'est un ereeur ; mais ce gonflement donne une idée parfaite de l'état général dans lequel se présente la peau chez certains scrofuleux. On s'est de même trompé en signalant cet état de la lèvre et le gonflement des ailes du nez au faciès scro-

---

FEUILLETON.

OPHTHALMIE DES ARMÉES.

Rapport à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics sur l'ophthalmie régnante en Belgique; par M. P.-L.-B. Caffe, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. etc. (1).

En 1838, M. le docteur Caffe entreprit à ses frais et sous les auspices du gouvernement français un voyage scientifique dans le Nord, ayant pour but d'étudier l'ophthalmie contagieuse qui afflige depuis tant d'années l'armée belge. Afin de remonter plus sûrement à l'origine de cette cruelle maladie, d'en suivre la marche, de bien apprécier les causes de son développement, de sa cessation temporaire ou définitive, etc., etc., il se rendit dans tous les lieux que ravageait l'épidémie et dans ceux qu'elle avait déjà quittés ; toutes les villes de la Belgique où il y avait garnison, hôpitaux, campemens ou dépôts militaires, plusieurs villes de la Hollande, celles de la Confédération germanique, toute la Prusse rhénane, etc., furent successivement visitées par notre confrère. Partout il a rencontré le concours obligeant de médecins instruits qui, par leur position ou par leurs études spéciales, étaient les plus à même de faciliter ses recherches ; recueillant les opinions, les idées théoriques et les résultats pratiques de chacun, interrogeant en leur présence les faits qu'il avait sous les yeux, puis soumettant les uns et les autres à une discussion sévère et impartiale, il en a déduit des corollaires d'une grande lucidité sur une question déjà tant débattue, et qui avait donné naissance à un très grand nombre de travaux importans, tant de la part de médecins belges que de médecins anglais, allemands, hollandais et italiens. Tel est le travail que M Caffe vient de publier.

Plus d'une fois nous nous sommes étonné que la France, si rapprochée du lieu de l'épidémie, ne prenait aucune mesure pour s'en faire rendre compte, et rechercher les moyens d'en arrêter la marche, si elle venait à franchir ses frontières ; plus d'une fois aussi nous avons regretté que les journaux de médecine de Paris ne s'occupaient de cette question que de loin en loin, et ne lui accordaient pas toute l'importance qu'elle mérite. Grâce au zèle désintéressé de M. Caffe, à son amour pour la science, les médecins français pourront puiser dans son rapport des notions positives sur le fléau qui désole l'armée belge. En publiant le résultat de ses laborieuses recherches, ce médecin n'aura pas seulement été utile à son pays pour le cas éventuel où l'ophthalmie contagieuse viendrait à y éclater, mais il a contribué à éclairer une question de la plus haute importance et toute d'humanité pour les gouvernemens qui son intéressés à voir disparaître cette funeste maladie des rangs de leurs armées.

M. Caffe commence par rappeler que la maladie qui fait l'objet de son rapport s'est montrée spontanément, ou a été importée en Belgique en 1814 ; que depuis ce temps elle a continué de sévir parmi les soldats, mais que c'est surtout à partir de 1830 qu'elle a acquis sa plus grande intensité, au point qu'un huitième des militaires en étaient atteints ; que le gouvernement belge, dans sa sollicitude pour mettre l'armée à l'abri de l'épidémie, ordonna la création d'une commission de recherches composée de médecins instruits, et fit venir à ses frais un ophthalmologiste distingué de Berlin (M. Jungken), et que malgré leurs importans travaux, la maladie, dont la marche s'est déjà plusieurs fois ralentie, n'en a pas moins continué d'exercer ses ravages.

L'ophthalmie dont il est ici question a reçu diverses dénominations : on l'a appelée *ophthalmie militaire, ophthalmie contagieuse, blennorrhée de l'œil, ophthalmie d'Egypte, ophthalmie purulente, blennophthalmie des armées*; c'est cette dernière dénomination que M. Caffe lui conserve, comme exprimant mieux sa nature. C'est une inflammation spécifique commençant d'abord par la conjonctive palpébrale, et s'étendant bientôt aux diverses parties du globe de l'œil ; elle est caractérisée par l'injection, le ramollissement et la tuméfaction de la muqueuse palpébro oculaire, par le développement de granulations au niveau du repli de cette membrane, au point de jonction des bords adhérens des paupières avec le globe lui-même, principalement à la paupière inférieure, et par la sécrétion d'un liquide séreux qui devient ensuite mucoso-purulent, et enfin purulent. Sa marche est quelquefois si rapide, que la cornée se ramollit dans l'espace de quelques heures, se perfore et laisse évacuer les humeurs de l'œil ; d'autres fois des ulcérations s'établissent sur la cornée et sont suivies de taies, d'albugo, de leucoma, etc. Dans certains cas, et ce sont les plus fréquens, la muqueuse persiste injectée, gonflée et blafarde ; les granulations continuent à faire saillie ; la sécrétion diminue de quantité et de densité sans redescendre à l'état normal ; la cornée présente un nebulum, et dans cet état, il y a toujours imminence que la maladie passe à l'état aigu.

Après avoir indiqué les caractères de la maladie, M. Caffe passe à l'examen des causes qui ont pu la produire et servent à la propager. Il discute avec impartialité et avec convenance les opinions qui ont été successivement émises par des auteurs recommandables ; il rejette avec raison l'usage du carbonate de chaux et du tripoli pour nettoyer la buffleterie des soldats ; l'abus des boissons spiritueuses ; la nourriture du soldat, qui est très saine ; la coupe trop fréquente des cheveux ; les transpirations cutanées brusquement arrêtées ; l'emploi de substances ou de vapeurs plus ou moins irritantes dans des affections psoriques, ou dans certaines dégénérescences syphilitiques ; les actions et les réactions sympathiques morales ou physiques, que l'on a tour à tour invoquées comme causes productrices de l'ophthalmie dont il est ici question, mais dont l'expérience et le raisonnement ont depuis long-temps montré l'insuffisance.

M. Caffe s'arrête particulièrement aux deux causes qui ont le plus divisé les médecins belges, la *compression* du cou et du front par l'habillement du soldat, et la *contagion*. Il tire parti de toutes les objections qui ont été faites au premier de ces systèmes, à la tête duquel on compte M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée belge ; il y ajoute des considérations plus puissantes encore tirées de la comparaison de l'uniforme des troupes françaises avec celui des soldats belges, et il arrive ainsi à prouver d'une manière incontestable que la compression du cou et du front n'est qu'illusoire dans la production de l'ophthalmie militaire. Parmi les raisons qu'il fait valoir à l'appui de cette opinion, il en est une très concluante et qui jusqu'ici avait échappé aux médecins belges qui ont attaqué le le système des *compressionnistes*; c'est la suivante : « Avant 1830, le poids du schako du fantassin français était, pour tous les régimens, d'un tiers plus lourd que celui du fantassin belge, parce qu'il était en cuir de vache recouvert de drap noir ; le collet de l'habit était agraphé très juste et contenait dans son application une lumière de cuir qui, tout en empêchant le col de se plisser, maintenait le soldat dans une raideur tellement forte que, chaque fois qu'il voulait baisser la tête, il était obligé de ployer le corps ; *et il n'y a pas eu d'ophthalmie en France parmi les troupes.* »

L'auteur, d'accord avec les ophthalmologistes qui ont étudié avec

---

(1) Paris, 1840. Michel Fossone, imprimeur-éditeur, rue de Vaugirard.

fuleux. Cela, quoique vrai dans quelques cas, est néanmoins rellement rare, que je n'en ai en ce moment aucun cas dans le service à vous présenter.

Au demeurant, comme dans l'ophthalmie, la vue est plus altérée le matin que le soir ; de même la lèvre est plus raide et plus enflée au moment du lever que dans les heures avancées de la journée. Dans quelques circonstances, on voit survenir des pustules affectant une forme analogue à l'impétigo ou au mélitagre. Je n'entends pas dire par là que ces affections soient scrofuleuses ; je dois vous dire cependant que ces formes se rencontrent fréquemment chez les jeunes filles, qui auront plus tard des ophthalmies, des leucorrhées, etc., et qu'elles établissent une sorte de confin où se terminent ces affections cutanées avec leurs véritables caractères, et où commencent ces formes de la scrofule.

Dans quelques cas, et quel que soit d'ailleurs celui de ces états qui existe, la peau s'écorche, ce qui peut arriver sur plusieurs points à la fois et donner aux ulcérations une grane extension. J'ai donné des soins à un jeune homme qui avait les deux bras réellement écorchés, comme si la peau avait été entièrement enlevée. Les deux membres inférieurs offraient une dénudation analogue, mais plus incomplète. Lorsque la guérison a commencé à s'effectuer, j'ai vu la peau se reproduire de toutes pièces et des vaisseaux capillaires sillonner en tous sens la surface de la peau déjà formée. Cette réproduction de la peau commença à la fois sur un nombre variable de points disséminés, de sorte que, dans plusieurs endroits, l'on remarquait des espèces d'îles, entourées encore d'une surface ulcérée dans une étendue variable. L'extension progressive de ces îles fit disparaître peu à peu les espaces qui les séparaient d'abord, jusqu'à ce que la peau se trouva complètement reproduite.

Mais les désordres n'existent pas toujours dans une aussi grande étendue. Les ulcères sont ronds ou ovoïdes, les bords en sont situés dans un plan inférieur à celui qui est représenté par leur fond ; celui-ci est rempli d'une matière grumeleuse purulente, et sa couleur apparaît pâle dès qu'on a enlevé cette matière. De même qu'il est des sujets qui sont affectés par une série d'ophthalmies qui se suivent, de même que d'autres présentent successivement plusieurs générations de tubercules, de même aussi il est des scrofuleux qui offrent une suite non interrompue de ces ulcères.

Quelquefois enfin ce sont des pustules qui se groupent et constituent la scrofule cutanée de l'esthiomène. K...

HOPITAUX DE LONDRES.

Tumeur graisseuse sous la langue ; par M. Arnott.

M. Arnott a présenté à la Société médico-chirurgicale de Londres une pièce pathologique et un dessin relatifs à une tumeur graisseuse de la langue. L'individu qui avait offert cette tumeur était un homme âgé de trente-huit ans ; son mal s'était déclaré depuis huit ans, avait atteint le volume d'une noix et était situé au-dessous de la langue. Lorsqu'il ouvrait la bouche, la tumeur formait une grande saillie et empêchait la parole ; elle présentait les apparences d'une muqueuse rouge, épaisse et rugueuse ; son tissu était mou, compressible et de figure variable. On l'avait prise pour une grenouillette et opérée comme telle. M. Arnott l'avait saisie avec des pinces et excisée en partie, croyant donner issue à un liquide ; il s'est aperçu qu'elle ne renfermait que de la graisse ; aussi en a-t-il fait l'extirpation. (*The Lancet*, 20 juin 1840.)

— Dupuytren avait observé un fait pareil, le voici :

« Une femme âgée de soixane-neuf ans, lingère, est reçue dans les salles de l'Hôtel-Dieu. Depuis quatre mois elle avait éprouvé les accidens suivans : Une tumeur tout-à-fait indolente s'était manifestée au-dessous et à gauche de la pointe de la langue ; peu à peu elle avait repoussé cet organe par son développement, enfin elle avait franchi le plancher de la bouche et était venue faire saillie à la partie supérieure et latérale gauche du cou. Plusieurs médecins avaient été consultés et avaient prononcé que la malade portait une grenouillette. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, quatre mois après l'apparition de la maladie, la langue était fortement soulevée et repoussée à droite par une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, indolente, présentant de la mollesse et une fluctuation assez évidente. Elle se prolongeait, en traversant le plancher musculeux de la bouche, jusqu'à la partie supérieure du cou. Là, elle se renflait de nouveau et formait une nouvelle tumeur du volume d'une pomme ordinaire. Indolente comme la première, celle-ci offrait aussi une apparence de fluctuation. Du reste, l'état général de la malade était assez bon ; seulement on remarquait chez elle une grande irritabilité physique et morale. Le mode d'origine de la tumeur, sa forme, sa consistance, pouvaient en imposer sur sa véritable nature. On pouvait avoir affaire soit à une grenouillette, soit à un lipôme.

Afin de lever toute espèce de doute, Dupuytren fit avec un bistouri droit une ponction dans la partie de la tumeur qui soulevait la langue. Le bistouri fut enfoncé assez profondément, et ne donna issue à aucun liquide ; mais des flocons graisseux vinrent faire saillie entre les lèvres de la plaie, et démontrèrent la nature lipomateuse de la tumeur. L'extirpation fut décidée et pratiquée le 4 juillet. Bien que ce cas offrît, comme on vient de le voir, un exemple des nombreuses difficultés que l'on rencontre dans le diagnostic des tumeurs en général, il existait cependant quelques particularités qui, indépendamment de la ponction explorative, pouvaient conduire à la vérité. Son volume dans l'intérieur de la bouche était moins considérable qu'il ne l'est ordinairement dans les grenouillettes anciennes qui descendent jusqu'à la partie supérieure du cou. Avant de refouler ainsi les muscles qui forment le plancher de la bouche, la tumeur formée par la distension du conduit de Warthon acquiert dans la cavité buccale un développement très considérable, et d'autant plus facile que la langue offre une résistance bien moins grande que les muscles de la région sus hyoïdienne. Un second caractère de cette tumeur, lequel ne se remarque que dans la grenouillette, c'est cette espèce d'étranglement qu'elle présentait à sa partie moyenne et sur le point où de la bouche elle passait à la partie supérieure du cou.

Lorsque la grenouillette s'étend jusque-là, elle forme une tumeur plus arrondie qui se continue plus uniformément avec la partie d'elle-même qui soulève la pointe de la langue.

Tels sont les caractères qui pouvaient *à priori* faire soupçonner sa véritable nature. On a vu que le moyen que M. Dupuytren emploie avec tant de succès dans beaucoup de cas divers, la ponction explorative a dissipé toute espèce de doute. » (*Leçons orales*, t. III, p. 427, 2e édit.)

On trouve un fait analogue dans l'ouvrage de M. Liston.

Obstruction congénitale de l'œsophage; par M. Warner.

Une femme accouche à terme d'un enfant bien portant en apparence, mais de petit volume. Il prend bien le sein, mais il rejette constamment le lait. On lui administre des lavemens qu'il rend avec des garderobes. Les vomissemens continuent ; le lait est rendu par régurgitation ; on s'aperçoit que rien ne passe dans l'estomac, bien que l'enfant donne des signes de faim en s'appliquant avec avidité au sein. On a compris, par l'examen de ce qui se passait dans la déglutition, que l'œsophage était bouché. L'enfant est mort le quatrième jour. A l'examen on a trouvé que le pharynx se terminait en cul-de-sac, et que l'ouverture cardiaque de l'estomac et l'œsophage se terminaient aussi en cul-de-sac, à un pouce et demi du cardia. L'espace compris entre les deux impasses offrait un cordon de réunion formé par l'œsophage atrophié ou arrêté dans son développement. Les muscles élévateurs du pharynx étaient complets, et les portions libres du canal œsophagien étaient normalement conformées. Le reste de l'organisme n'offrait rien de remarquable. (*Ibid.*)

— Ce vice de conformation présente une ressemblance parfaite avec la même lésion qu'on rencontre quelquefois au rectum. Quelles en sont les véritables causes ?

Anévrisme de l'artère innominée. Ligature de la carotide et de la sous-clavière correspondantes. Par M. Wickham, chirurgien à Winchester-hospital.

Un marin, âgé de cinquante-cinq ans, grand, mince, est reçu à l'hôpital en septembre 1839, pour une grosseur placée sur la clavicule droite, du volume d'un œuf de poule, offrant tous les caractères de l'anévrisme de l'artère innominée. Elle s'étend sur la partie inférieure de la carotide, jusqu'à la hauteur des muscles omo-hyoïdiens, et en dehors sur l'artère sous-clavière. Une consultation a lieu, qui reconnaît l'impossibilité de placer une ligature sur le vaisseau malade. On décide, en présence de sir Astley Cooper, qu'on lierait la carotide et la sous-clavière. En conséquence, M. Wickham lie d'abord la carotide le 25 septembre, ce qui n'a offert rien d'extraordinaire. Aussitôt après cette ligature, le sac anévrismal s'est affaissé, et les pulsations ont diminué d'une manière évidente. Le malade s'est immédiatement senti soulagé de la toux et de la dyspnée. Trois semaines après, le malade allait bien, et il a voulu absolument quitter l'hôpital, en promettant toutefois de rentrer une semaine plus tard. Au moment de sa sortie, le volume de la tumeur était moindre, et tel qu'on l'avait remarqué immédiatement après la ligature. Le malade cependant n'est pas rentré à l'époque convenue, et ce n'est que plus tard, lorsque la dyspnée s'est de nouveau reproduite, que le malade a redemandé à rentrer. La tumeur avait acquis le double de son volume primitif.

Le 3 décembre, on pratique la ligature de la sous-clavière, malgré que le malade semble prêt à succomber à la suffocation. On craint qu'il ne meure durant l'opération. L'artère liée, le malade se sent beaucoup soulagé de la dyspnée, il va seul de l'amphithéâtre à son lit ; sa respiration paraît libre. Quatre jours après il est pris subitement de délire, qui est pourtant combattu avantageusement. Depuis cette époque le volume de la tumeur augmente lentement, mais le malade prend des forces, se promène plus tard, et demande à quitter l'hôpital. On le retient malgré lui.

Le 5 février, la ligature tombe ; le malade quitte l'hôpital et s'en va chez lui avant d'être guéri. Le sac a continué à faire des progrès ; il crève le 16 du même mois, et le malade meurt d'hémorrhagie.

A l'autopsie, on trouve la vérification exacte du diagnostic : la tumeur appartenait à l'innominée. La pièce anatomique a été présentée à la société médico-chirurgicale, séance du 26 mai 1840.

L'examen attentif a montré que la tumeur résultait d'une véritable dilatation du tube artériel, et qu'elle ne contenait point de caillots. La poche n'était remplie que de sang liquide. M. Brodie examine attentivement la préparation, et confirme cette opinion, toutes les tuniques du vaisseau étant saines. M. Arnott déclare n'avoir jamais vu un anévrisme de ce volume sans rupture de la tunique interne. M. Brodie répond qu'il existe au Muséum du Collége des chirurgiens une pièce pareille, la tunique interne étant entière et recouverte de fibrine.

Les deux vaisseaux avaient été parfaitement liés. On s'est donc demandé pourquoi l'opération avait échoué. M. Arnott en trouve la raison dans la présence des branches anastomotiques qui existaient entre les ligatures et le sac. Ces anastomoses entre la ligature de la sous-clavière et le sac, avaient, selon M. Arnott, empêché la formation du caillot oblitérant de la poche. Il ajoute néanmoins que, bien qu'il fût possible de lier ces mêmes branches, il est douteux que la tumeur pût guérir par coagulation. Sir Astley Cooper trouve la raison du non-succès de l'opération dans la nature de la tumeur, ou plutôt dans l'intégrité de sa tunique interne. Tant que cette tunique reste entière, dit-il, la formation du coagulum n'est pas possible ; et tant que le sang de la tumeur reste liquide, la guérison n'a point lieu lorsqu'on a opéré d'après la méthode de Braidor. Il survient une accumulation de sang dans la tumeur, mais non une véritable coagulation.

M. Wickham fait remarquer que dans l'état actuel de la science, nous manquons de données certaines pour reconnaître chez le vivant quand la tunique interne n'est point rompue. Cet insuccès, du reste, ne peut préjudicier, la bonté de la méthode en question. M. Mayo se demande si le soulagement que le malade a éprouvé après chaque

---

soin la blennophthalmie des armées, se déclare partisan de la contagion, et il penche à croire qu'elle a été importée d'Egypte par les armées françaises et anglaises, opinion déjà exprimée dès 1819 par M. le professeur Kluyskens, de Gand. Fort de sa conviction, M. Caffe prouve, les faits à la main, que cette inflammation oculiare est contagieuse par l'inoculation, par le transport immédiat, au moyen des linges, des doigts ou des fluides imprégnés de la sécrétion provenant des surfases affectées de cette espèce de maladie, qui se communique, en outre, par le contact d'un air vicié par les miasmes dus à l'évaporation du liquide sécrété dans la même maladie.

A ces causes de propagation, il en ajoute une autre qui rend compte du grand nombre d'individus qui sont atteints à la fois ; c'est *l'encombrement*. « Plusieurs soldats couchent dans une chambre close, non ventillée ; un seul, la veille, était atteint de l'affection à un degré sub aigu, et le lendemain les deux tiers ont déjà contracté la maladie ; un tiers est resté sain, manquant de prédispositions suffisantes. » La maladie ne se contente pas de faire des victimes dans les rangs de l'armée : elle frappe encore sur ceux qui lui sont étrangers lorsque la contagion vient les rencontrer au milieu de circonstances favorables à son développement. M. Caffe rapporte à ce sujet des exemples frappans de militaires retournés en permission dans leurs foyers atteints de l'ophthalmie, qu'ils ne tardèrent pas de communiquer à leur famille. Ces exemples, et bon nombre d'autres relatifs à la contagioe immédiate et médiate sont, la plupart, puisés dans les écrits des médecins belges qui se sont occupés de cette instéressante question, et qui sont, d'après l'ordre chronologique, MM. Kluyskens, Grœnendaels, Dekirckhoff, Marinus, Fallot, Varlez, Cunier, Decondé, Gouzée et Hairion. M. Caffe appuie encore ses assertions des expériences faites sur l'homme et les animaux pour prouver le mode transmission par inoculation. Les faits qu'il groupe les uns après les autres ne laissent plus aucun doute dans l'opinion du lecteur sur la nature contagieuse de la maladie qui nous occupe, et nous avons vu avec satisfaction quo l'Académie royale de médecine, appelée à se prononcer sur le mérite du travail que nous analysons, n'a pas hésité à partager les convictions de l'auteur.

Après s'être occupé de l'étiologie de la blennophthalmie, M. Caffe en décrit succinctement, mais avec précision, les symptômes, ainsi que les diverses nuances sous lesquelles elle se présente, afin d'établir sûrement le diagnostic ; il expose ensuite le traitement curatif, et s'arrête principalement à discuter les avantages de la cautérisation et de l'excision des granulations de la conjonctive, sujet qui, dans ces dernières années, a principalement attiré l'attention des médecins militaires. M. Caffe a suivi leurs premiers essais, et il a pu apprécier la valeur de ces moyens thérapeutiques.

Mettant à profit les observations qu'il a recueillies sur les lieux mêmes du théâtre de l'épidémie, l'auteur termine par l'indication des mesures prophylactiques qui lui paraissent les plus propres à faire disparaître la maladie, et qui sont :

1° D'éloigner des rangs de l'armée tout individu menacé ou affecté de l'ophthalmie, à quelque degré que ce soit, en faisant constater deux fois par jour, par des médecins-experts, l'état sanitaire des hommes de chaque compagnie ;

2° De diriger sur des dépôts différens, qui seraient disséminés dans toutes les provinces, les hommes considérés comme en état de suspicion et ceux qui seraient réellement infectés ;

3° De ne réintégrer ces hommes dans leurs corps respectifs qu'après leur avoir fait passer un certain temps, au sortir des dépôts, dans des compagnies d'attente, que l'on pourrait préposer à la garde des citadelles et des places fortes.

Ces mesures que M. Caffe propose sont à peu près les mêmes que celles mises en usage dans l'armée belge depuis que l'opinion de la contagion a prévalu, et l'on en a obtenu le plus grand bien, puisque aujourd'hui l'ophthalmie a considérablement diminué ses ravages dans toutes les garnisons où elle s'est implantée.

En résumé, le travail de M. Caffe est d'une grande importance dans l'état actuel de la question ; il est venu renforcer des opinions déjà émises et basées sur l'expérience pratique et l'observation consciencieuse des faits ; il aura contribué, nous n'en doutons pas, à éclairer un point de science qui depuis une vingtaine d'années fait l'objet de discussions vives et animées, et à la solution duquel le gouvernement belge est particulièrement intéressé. Engagé nous-même dans cette discussion depuis 1827, nous faisons des vœux pour que la vérité se fasse jour : il en résultera le plus grand bien pour l'humanité, et du profit pour le budget de l'Etat qui doit supporter l'entretien des malheureuses victimes de l'ophthalmie qui ont perdu la vue en servant la patrie.

J. R. Marinus, d.-m.-c.

opération n'aurait pu dépendre plutôt d'un certain effet sur le système nerveux, ou de la perte du sang occasionnée par l'opération, que de la diminution de sang dans la tumeur.

Plusieurs membres partagent le doute du préopinant.

— M. Perry rapporte un cas d'anévrisme de l'artère innominée guéri à St-Barthelemew'shôspital, par M. Earle à l'aide des saignées et de la faim.

M. Lloyd fait remarquer que le traitement de l'anévrisme à l'aide de la saignée n'a pas été poussé, jusqu'à présent, au plus haut degré possible; aussi n'a-t-il pas donné tous les résultats avantageux dont il serait capable.

M. Wilson pense que l'amélioration que le malade avait éprouvée après chaque opération tenait incontestablement à la ligature, puisque la tumeur s'était affaissée et avait cessé de comprimer la trachée. (*Ibid.*)

Fracture de la jambe non-réunie. Carie des fragmens. Amputation; par M. Arnott.

Un individu vérolé venait de subir un traitement mercuriel. Il tombe et se fracture la jambe. Sa constitution était en très mauvais état. La fracture est très oblique, et intéresse les deux os. Appareil depuis le mois de juin jusqu'au mois de septembre. Pas de réunion. Vésicatoire autour du membre; pas de changement. On présume que le manque de réunion tient à une esquille interposée entre les fragmens. On incise les parties molles, on met la fracture à découvert; pas d'esquille intermédiaire. Le péroné est réuni; mais les deux bouts des fragmens du tibia sont cariés. Erysipèle. Amputation du membre. Guérison.

(*Ibid*, 6 juin.)

— L'auteur fait observer avec raison que le manque de réunion ne dépendait point d'un vice constitutionnel, puisque le péroné s'était réuni. La présence de la carie, survenue consécutivement à la fracture, rend ce fait remarquable et rare.

Empoisonnement par le laudanum d'un enfant âgé d'une semaine. Enquête judiciaire.

« Mercredi dernier, a eu lieu à Town-Hall, en présence de M. de Richard Palmer, *Coroner*, et un respectable jury, une enquête judiciaire touchant la mort d'un enfant âgé d'une semaine, nommé Ellen Anderson, qu'on présumait être mort en conséquence d'une dose de laudanum, imprudemment administré par Richard Worsley, veuve, et un praticien empirique en médecine.

» M. Wm. Howitt, chirurgien, fait l'autopsie.

» J'ai examiné hier le cadavre succombé depuis la veille. La surface du cerveau est considérablement congestionnée de sang. Il y avait du fluide dans les ventricules du cerveau. Les poumons et le cœur étaient naturels. Le sang était partout dans un état de fluidité. Les intestins étaient sains. L'estomac était également sain, excepté sa tunique interne qui était ramollie. Toute la surface du corps était excessivement livide. J'ai analysé les matières contenues dans l'estomac, ainsi que le liquide de la bouteille qu'on m'avait confié. Je n'hésite point à dire que la mort a été causée par l'administration d'une solution d'opium.

» Anne Anderson, mère de l'enfant, est entendue.

« Je suis mère du décédé. Il était né bien portant et avait joui d'une bonne santé jusqu'à lundi dernier. Il ne dormit point pendant tout le lundi. Le mardi matin, M. Richard Worsley vint à la maison, et me demanda comment l'enfant allait. Je lui répondis qu'il était agité. Il me dit qu'il me donnerait une certaine potion (some stuff) pour faciliter les garderobes et le calmer. Il m'a donc remis une médecine dans une fiole; il m'a dit d'en donner à l'enfant une cuillerée à café dans un thé léger. Aussitôt après l'enfant est tombé dans le sommeil, je l'ai couché; il dormit jusqu'à quatre ou cinq heures du soir. Alors son état est devenu alarmant, j'ai cru qu'il allait mourir; il m'a paru dans un accès. Il a continué dans cet état au point que nous l'avons cru mort; mais il s'est réveillé de nouveau. Vers les sept heures du soir, j'ai fait appeler M. Worsley, qui est venu de suite; il m'a dit qu'il ne fallait pas m'alarmer s'agissant d'accès convulsifs; il s'en est allé, et l'enfant a continué dans le même état. M. Worsley est revenu une seconde fois: je lui ai dit qu'il avait assassiné mon enfant avec le laudanum. « Non, non, m'a-t-il répondu; ce n'est pas la potion, ce sont des accès convulsifs; je ne crains pas qu'on examine la fiole. » Je ne connaissais M. Worsley que depuis un mois; j'avais entendu dire qu'il était bon pour les enfans. Je ne l'ai pas fait revenir avant que l'enfant eut des accès convulsifs.

» Le savant *Coroner* a exposé soigneusement le cas au jury, qui, après une courte délibération, a rendu ce verdict: *Mort accidentelle*. L'accusé a été acquitté. » (*Ibid.*)

HOPITAL DE LA PITIÉ.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DU COEUR; PAR M. GENDRIN.

(Recueillies par MM. E. Colson et E. Dubreuil-Hélion.)

Quatrième leçon. — Suite du n° 87.

Le déplacement en bas et en dedans porté à l'extrême a pour résultat d'amener la pointe du cœur sous l'extrémité du cartilage de la sixième côte, jusqu'au contact de l'appendice xyphoïde. Les déplacemens en bas et en dehors sont les plus communs; lorsqu'ils existent, la pointe du cœur descend jusqu'au dessous de la sixième côte, et se porte à gauche à un décimètre et même un décimètre et demi, et plus encore de l'appendice xyphoïde. Ce dernier mode de déplacement se produit d'autant plus facilement qu'il se fait dans la direction dans laquelle la poche péricardiaque présente le plus de laxité et cède le plus facilement, par suite de sa structure d'abord, et ensuite parce que dans cette direction la paroi péricardiaque n'est pas soutenue extérieurement par le médiastin, ni par le plancher du diaphragme, ni par le plan incliné du corps des vertèbres. Quand sa pointe est déplacée en bas et en dehors, le cœur est presque tout à fait couché sur le diaphragme; son extrémité refoule en dehors le bord antérieur du poumon gauche; la surface mate à la percussion du côté gauche du thorax gagne en étendue transversalement au niveau de la pointe du cœur; on le constate aisément à la percussion et à l'auscultation qui font reconnaître le siége immédiat du bord antérieur du poumon gauche.

L'abaissement de la pointe et sa déviation en dehors sont les conditions anomales les plus fréquentes; elles sont l'effet des maladies qui ont pour effet d'augmenter l'étendue des parois du ventricule gauche. Dans ces cas, le ventricule gauche en se dilatant quitte en partie sa position postérieure, et se rapproche des parois thoraciques; l'oreillette droite acquiert plus de volume par la dilatation alors très fréquente de sa cavité. Son poids augmente par l'augmentation de la quantité du sang qu'elle contient. Cette augmentation de poids augmente l'obliquité de la base du cœur par sa partie droite, et cet organe exécute un mouvement de bascule qui écarte sa pointe du sternum.

Les déviations en dedans de l'extrémité du cœur sont plus rares que les déviations en dehors; elles se rattachent ordinairement à un état d'hypertrophie moins prononcé du ventricule gauche, et surtout à une hypertrophie de la base, avec distension de l'oreillette gauche. On observe le mode de déplacement dans les lésions du cœur qui consistent dans l'insuffisance de la valvule mitrale. Dans le déplacement de la pointe du cœur en dedans, le bord du poumon gauche conserve avec le cœur ses rapports physiologiques; quelquefois même cette partie du poumon vient jusqu'auprès du médiastin, surtout lorsqu'elle est à l'état d'emphysème. La largeur de la région précordiale appréciée par la matité du thorax est alors moindre que dans l'état physiologique. Il n'est cependant pas très rare d'observer le déplacement en dedans de la pointe du cœur dans quelques cas d'hypertrophie de cet organe où le volume augmenté de l'extrémité du cœur est assez prononcé pour écarter le bord du poumon gauche, et agrandir élargir ainsi de cinq à six centimètres lames ure transversale de la surface précordiale mate à la percussion.

Les chocs systoliques du cœur varient dans leur mode d'accomplissement suivant la direction du déplacement de l'extrémité du cœur. Dans les déplacemens en dehors et en bas, le choc se fait toujours sentir sur une grande surface, au moins sur une étendue de 5 à 6 centimètres transversalement; il s'accomplit presque toujours d'une manière prolongée et comme progressive, c'est que, par suite de ce déplacement, ou plutôt du mouvement de torsion que le cœur éprouve sur son axe, le côté le plus large de l'extrémité du cœur soulève la poitrine sur toute sa largeur à chaque systole du cœur. Dans les déplacemens en dedans, le choc du cœur ne soulève la poitrine que sur une très petite étendue transversale, c'est l'extrémité du bord du ventricule droit, qui se trouve seule, dans ces cas, en rapport avec la paroi de la poitrine à chaque mouvement de systole.

Les déplacemens du cœur se font quelquefois de bas en haut. L'impulsion systolique se fait alors sentir plus près de la partie supérieure du thorax qu'à l'état physiologique. Dans plusieurs cas, nous avons trouvé la pointe du cœur au-dessous de la troisième côte: ce déplacement peut se présenter dans des anévrysmes de l'aorte descendante, ou bien dans des abcès par congestion qui se font sur les corps des cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales. La pointe du cœur, et par suite la totalité de ce viscère, est refoulée de bas en haut par la tumeur médiastine. Les lésions morbides à laquelle ce déplacement se rapporte le plus souvent, ce sont les épanchemens dans le péricarde. On pourrait aisément penser *à priori* que les déplacemens de la pointe du cœur de bas en haut devraient arriver souvent dans la péricardite, par suite de l'épanchement qu'elle provoque. Ce déplacement n'est cependant rien moins que constant dans la péricardite. Le plus souvent l'impulsion de la pointe du cœur s'éteint dans cette maladie plutôt qu'elle ne se déplace. Dans la plupart des cas, quand il existe un épanchement dans le péricarde, et que la région précordiale est mate à la percussion, il est très difficile de reconnaître à quel point du thorax correspond la pointe du cœur; car l'impulsion se perçoit dans une très grande étendue, et d'une manière obscure, à cause des ondulations produites dans le liquide contenu dans le péricarde.

Il est d'autres impulsions qui peuvent exister à la région précordiale, et qu'il ne faut pas confondre avec les battemens cœur. Ce sont celles qui accompagnent les tumeurs anévrysmales de l'aorte siégeant sous le sternum: dans ces cas la pointe du cœur est repoussée en dehors et il est possible de sentir ses battemens sous la cinquième ou sous la sixième côte, en même temps que ceux de la tumeur anévrysmale.

(c) Des changemens dans la sonoréité précordiale.

Le bord antérieur du poumon gauche s'avance jusqu'au niveau d'une ligne qui partirait de l'articulation synchondro-sternale de la deuxième côte et qui irait se perdre à cinq ou six centimètres du milieu de l'appendice xyphoïde à gauche sur le bord de l'hypochondre. En dedans de cette ligne, la percussion donne une matité qui n'est pas absolue, mais qui, cependant, est très prononcée, comparativement à la sonoréité qui se trouve, par la percussion, sur les côtés du thorax à l'état sain. Dans l'état normal, cette matité s'étend du siége habituel de la pointe du cœur jusqu'au sternum, transversalement et de bas en haut, en suivant le bord gauche du sternum jusqu'à l'articulation synchondro-sternale de la deuxième côte.

L'étendue de la surface mate précordiale, le degré de la matité, sont modifiés dans certains états pathologiques du cœur et de ses annexes, et ces modifications fournissent des signes de maladie d'une grande valeur.

L'emphysème du bord antérieur du poumon gauche amène ordinairement cette partie des poumons jusqu'au contact de l'appendice xyphoïde et de l'extrémité du sternum. Alors presque toute la région précordiale devient sonore et même acquiert quelquefois une sonoréité véritablement tympanique. Dans ce cas là on peut reconnaître à l'ausculation le processus du poumon gauche sur la région précordiale, les chocs du cœur ne sont plus sensibles et les bruits du cœur sont étouffés et profonds.

L'emphysème de la base et des bords du poumon droit, quand il est porté très loin, déplace la matité précordiale en repoussant le médiastin et le cœur dans le côté gauche. La région de la moitié inférieure du sternum devient alors sonore et cette sonoréité se continue à droite de cet os sur la région antérieure de la poitrine. La matité précordiale qui représente alors le siége immédiat du cœur est, dans ce cas, déplacé à gauche en dehors de la ligne des articulations synchondro-sternales gauches.

S'il existe sur le bord du poumon gauche quelque maladies qui en produise l'induration, comme la pneumonie, les tubercules qui occupent la partie du bord antérieur de cet organe qui s'étend au-devant de l'oreillette gauche, de la base du ventricule gauche et du ventricule droit, la matité précordiale est augmentée en étendue.

L'extension en largeur de la surface mate de la région précordiale et en même temps l'augmentation du degré de matité de cette région, sont des phénomènes de maladie du cœur qui ont une grande valeur; ils se rapportent à toutes les circonstances qui rendent plus immédiate ou plus étendue en surface les rapports du cœur avec les parois de la poitrine, ou aux conditions morbides qui entraînent la production d'épanchemens dans le péricarde.

L'augmentation d'étendue de la surface précordiale mate est nécessairement liée, quand elle n'est pas le résultat d'une maladie des bords du poumon gauche, au déplacement en dehors des bords de ce viscère, par suite des changemens morbides qui surviennent soit dans le volume, soit dans la position du cœur, soit dans le péricarde.

Quand la matité précordiale est augmentée d'étendue par suite d'une maladie organique du cœur, la pointe de ce viscère est toujours déplacée en bas et en dehors, et l'on reconnaît facilement à l'auscultation qu'il y a refoulement du poumon gauche en dehors.

Dans les cas d'épanchemens de liquide dans le péricarde, la matité précordiale s'étend en surface transversalement, à cause de la laxité plus grande du sac péricardiaque dans ces cas. Cette matité est absolue; elle survient progressivement, et commence toujours par la partie inférieure. On la reconnaît d'abord à la région de la pointe du cœur par une matité absolue, qui contraste avec la matité encore incomplète et physiologique de la base du cœur. La surface mate augmente ensuite en largeur, à mesure que l'épanchement dans le péricarde repousse le bord antérieur du poumon gauche en dehors. Quand le péricarde est complètement rempli de liquide, la matité s'étend à toute la région du cœur jusqu'au niveau de la deuxième côte. La surface mate décrit un grand triangle isocèle, dont le sommet se trouve sous l'articulation synchondro-sternale de la deuxième côte.

Dans les cas d'hypertrophie du cœur, la matité est toujours augmentée quant à l'étendue, sinon quant à l'intensité: il faut que l'hypertrophie soit bien considérable pour que la matité de la région précordiale devienne absolue.

Lorsque la matité disparaît à la base du cœur et qu'elle est conservée vers la pointe, elle peut être due à une tumeur du médiastin; si elle s'établit à la base du cœur, principalement sous le sternum, elle peut être l'effet de la présence d'un anévrisme de l'aorte ou de l'artère pulmonaire. Dans ces cas, la véritable cause de cette matité se reconnaît en rassemblant tous les symptômes de la maladie, parmi lesquels cependant les modifications de sonoréité à la percussion ne sont pas les moins importans.

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Homme de soixante-douze ans. Calcul d'acide urique de la grosseur d'une petite noix. Trois séances de lithotritie par M. Civiale. Guérison.

Dans le mois de mai dernier est entré à la Maison de

Médecine opératoire un malade âgé de soixante-douze ans, d'un tempérament sanguin. Il aperçut, pour la première fois, il y a une douzaine d'années, du sable rouge dans les urines ; depuis trois ans seulement il rend des graviers assez gros, et l'année dernière il expulsa avec de grands efforts et après plusieurs jours de souffrance un fragment du volume d'un haricot. A dater de l'époque dont nous parlons, il existe de la pesanteur sur le rectum, des douleurs dans les reins ainsi qu'au bout de la verge ; les urines sont glaireuses et sanguinolentes après une course à cheval ou en voiture, une marche forcée ; le besoin de les rendre revient très souvent dans la journée ; de temps en temps il y a rémission dans ces différens symptômes à l'aide desquels il était impossible de méconnaître ici la nature de la maladie à laquelle on avait affaire. M. D.... a été militaire pendant fort long-temps, habitué par conséquent à vivre de privations et à se livrer à des excès de tout genre ; exposé en outre aux vicissitudes atmosphériques, il n'a jamais eu de rhumatisme ni d'accès de goutte ; aucun membre de sa famille n'a été atteint de l'affection calculeuse.

Etat actuel. Embonpoint considérable, figure composée, tremblement considérable dans les mains, cerveau évidemment congestionné, tous les autres organes remplissent parfaitement leurs fonctions ; les urines sont ammoniacales, fortement chargées et contenant un peu de sang par suite de la fatigue du voyage.

M. Civiale, fidèle à ses principes basés sur une longue expérience, commence son traitement préliminaire que tout le monde connaît, et qu'il regarde comme essentiel.

Le 25 mai, il fait une première séance ; le calcul, qui est lisse, échappe à deux reprises des mors de l'instrument d'attaque à dents et à écrou brisé, puis il est saisi et détruit en partie. Le malade supporte très bien cette tentative, qui n'amène aucun accident. Le lendemain cependant, symptômes d'embarras gastrique, perte d'appétit, langue blanche, céphalalgie, avec de l'angine tonsillaire : tout cela se dissipe à l'aide de pédiluves, gargarismes, du repos au lit et de la diète.

Le 29 mai, deuxième séance, emploi du brise-pierre à mors plats et larges afin de reprendre en sous-œuvre les fragmens qui restent encore, et qui sont à l'instant même réduits en poussière et amenés au dehors.

Le premier juin, troisième séance avec le même instrument ; dès ce moment le catarrhe de la vessie diminue d'une manière notable, ce que l'on observe en général à mesure que le corps étranger disparaît. M. D... peut croiser ses jambes, ce qu'il ne pouvait pas faire avant son arrivée à Paris ; enfin une dernière recherche avec la pince à trois branches donne à M. Civiale la certitude qu'il a obtenu une guérison complète.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez inséré, dans votre nº du 22, une lettre de M. le docteur Cazenave, dans laquelle mes intérêts se trouvent particulièrement attaqués ; je compte assez sur votre impartialité pour espérer que vous voudrez bien, en réponse à cette lettre, publier celle-ci dans votre prochain numéro.

Je conçois, sans peine, que la publication dans les journaux quotidiens de la lettre adressée par les médecins du Bureau central à M. le ministre de l'intérieur, ait été chose désagréable pour M. le docteur Cazenave.

Mais à qui doit-il en adresser le reproche, si ce n'est à lui-même ?

Nous avons accusé, dans cette lettre, M. le docteur Cazenave de violer une promesse sacrée, de manquer à un engagement d'honneur : *notre accusation subsiste toujours.*

M. le docteur Cazenave vient démentir, il est vrai, cette accusation ; mais un démenti dénué de preuves ne saurait invalider un engagement *formel*, et *qui existe entre nos mains.*

M. le docteur Cazenave prétend que cet engagement a été rompu ; mais rompu par qui et comment ?

Par M. Cazenave lui même, et parce qu'il lui a plu, un jour, de nous écrire qu'il entendait considérer cet engagement comme non-avenu.

L'argument est nouveau, et surtout commode ! Il consiste même, de la part de M. Cazenave, à justifier un tort présent par un tort passé.

En effet, le désistement de notre collègue n'avait d'autre motif que notre opposition à ce qu'il sollicitât en dessous-main la place devenue vacante par le décès de M. Biett, place à laquelle il n'avait aucun droit et qu'il avait demandée à notre insu.

Voilà les raisons par lesquelles il prétend que l'espèce de contrat d'assurance que les médecins du bureau central avaient formé entre eux contre l'intrigue et la faveur se trouve annulé !

Cette doctrine doit paraître étrange aux jurisconsultes comme à ceux qui ne le sont pas.

Pour obscurcir une question fort simple, M. le docteur Cazenave insinue qu'il ne manque à sa promesse que parce que nous avons nous-mêmes violé les nôtres.

Violé les nôtres ! mais quand, et au préjudice de qui donc s'il vous plaît ?

De M. le docteur Cazenave ! il ne s'en est jamais plaint.

M. Cazenave me fait un crime, à moi, de n'avoir pas demandé la place devenue vacante aux *Incurables.*

Il oublie que la convention passée entre les médecins du bureau central n'avait pas pour objet de *solliciter* des places qui ne fussent point *à leurs convenances*, mais bien, au contraire, d'empêcher que les places *à leurs convenances* ne fussent données au préjudice des droits respectifs de chacun d'eux.

Et d'ailleurs, dans le système même de M. Cazenave, M. le docteur Sandras était le premier à sortir parmi les médecins du Bureau central, quand la place des Incurables est devenue vacante ; par conséquent, je n'avais aucune demande à faire au conseil général des hôpitaux.

Pourquoi M. Cazenave ne la demandait il pas cette place des Incurables ? Etait-ce la crainte de passer avant son tour dans les hôpitaux : on a vu qu'un tel scrupule ne l'avait pas arrêté lorsqu'il s'était agi de succéder à M. Biett.

Il me semble que ces explications suffisent pour mettre les hommes du monde et les médecins à même de prononcer de quel côté sont la justice et la loyauté dans cette affaire.

Agréez, etc. BAZIN.

26 juillet 1840.

Nous soussignés, signataires de l'engagement par lequel les médecins du Bureau central se sont obligés à n'accepter la place de médecin titulaire des hôpitaux que dans l'ordre où leur nomination par concours les a placés, déclarons que les faits avancés par M. Bazin sont exacts et vrais, et que nous donnons à sa lettre une adhésion pleine et entière.

Suivent les signatures : Legroux, Sandras, Requin, Nonat, Guillot, Duplay, Jules Pelletan, Grisolle et Beau.

— Malgré la découverte de Jenner, près de 12,000 individus périssent tous les ans de la petite-vérole, dans le comté de Galles et dans l'Angleterre proprement dite ; cette mortalité diminuera par suite de la nouvelle loi qui vient d'être promulguée. D'après cette loi, l'inoculation de la petite-vérole est sévèrement prohibée, et des mesures efficaces sont prises pour assurer la vaccination des enfans pauvres d'Angleterre, où la petite-vérole fait périr un individu sur 1318. (*The Med. Times*, 25 juillet.)

— Le docteur Graefe, qui était récemment arrivé dans le Hanovre pour opérer le prince royal, qui est affecté d'une maladie des yeux, a succombé à une affection cérébrale. (*Idem.*)

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 30 JUILLET, ET SAMEDI 1er AOUT 1840. (13e ANNÉE.) N° 90, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Service de M. Baudens, chirurgien en chef.

Emploi de l'eau froide dans certaines maladies chirurgicales, et notamment dans l'entorse. Bandage de M. Baudens pour combattre cette affection.

M. Baudens qui, pendant huit années, a fait en Afrique l'emploi le plus heureux de l'action prolongée de l'eau froide dans le traitement des plaies d'armes à feu en général, et des amputations en particulier, a reconnu que l'eau froide, dont on ne saurait contester la grande puissance sédative, ne peut convenir dans les hôpitaux d'une manière aussi absolue que sur les champs de bataille.

Dans ce dernier cas, dit-il (*Gazette des Hôpitaux*, 14 nov. 1839), on a affaire à des hommes pleins de sève et de jeunesse, et l'eau froide est un puissant auxiliaire pour combattre la violence de l'inflammation traumatique, dont l'excès réactionnaire fait souvent explosion sur les grands viscères, et porte la mort dans le moignon dont s'empare la gangrène; tandis que dans la deuxième hypothèse, quand, par suite d'un long séjour dans les hôpitaux, la constitution des malades est sensiblement détériorée, appauvrie, quand le vitalisme fait défaut, quand l'organisme général est dans un état d'hyposthénisation notable, loin de recourir à l'eau froide, il faut envelopper le moignon des amputés avec de larges bandes de coton cardé, pour y entretenir une chaleur tonifiante concurremment avec des bouteilles d'eau bouillante, ou mieux, avec l'appareil de M. Guyot. Ainsi se trouve résolu le grand problème contradictoirement posé par les partisans exclusifs de l'eau glacée et du calorique. La saine chirurgie, dans ce cas comme dans bien d'autres, exige un juste-milieu médical.

Mais c'est surtout pour le traitement des entorses que M. Baudens fait de l'eau froide un emploi nouveau, eu égard à la durée prolongée de cet agent.

Les sangsues et les cataplasmes sont proscrits d'une manière absolue; M. Baudens leur attribue la grande part des insuccès si fréquens dans ce genre de lésion. Les sangsues, appliquées au début d'une entorse, dit-il, appellent l'afflux du sang là où il faudrait au contraire tout mettre en œuvre pour prévenir une fluxion traumatique. Les cataplasmes entretiennent cette fluxion, et quand le pied a macéré, comme on le fait, pendant 10 ou 15 jours, dans ce topique, il reste empâté, privé de ressort et sujet, sinon à une dégénérescence qui assez souvent nécessite l'amputation, du moins à une faiblesse que trahissent la difficulté de la marche et un engorgement malléolaire. M. Baudens a recours dès le début de l'entorse à un bandage qui lui est particulier, et dont il fait usage depuis dix ans avec des succès constans. Ce bandage, fait artistement à l'aide d'une longue bande, représente un bas lacé, et exerce une pression parfaitement graduée à partir de la base des orteils jusqu'à la hauteur des malléoles.

Le pied ainsi contenu, serait bientôt le siége d'atroces douleurs par le fait du développement de la tuméfaction; pour les prévenir, M. Baudens fait placer le membre jusqu'à mi-jambe dans un baquet d'eau froide placé près du lit, de telle manière que le malade, tout étant couché, puisse l'y maintenir plongé sans éprouver de fatigue. Il fait aux malades la recommandation de ne retirer le pied que lorsqu'ils ne sentiront plus la nécessité de le conserver dans l'eau froide. En effet, quand, retiré de l'eau, le pied ne s'échauffe plus et ne tend plus à se tuméfier; quand enfin il ne devient plus le siége de douleurs, le moment est venu de le laisser à l'air. Eh bien, il est à noter que les malades ne discontinuent jamais ce moyen, dont ils se trouvent souverainement bien, qu'après cinq à six jours; quelquefois, dans le cas d'entorses graves, ils y ont recours pendant douze jours avec une persévérance instinctive bien remarquable.

Le pied se flétrit, se couvre de rides comme la main des blanchisseuses; les tendons se dessinent en relief, les malléoles font saillie; il n'y a bientôt plus de tuméfaction; et, terme moyen, en vingt jours la guérison est complète. Dans les derniers jours, M. Baudens emploie quelquefois de l'eau végéto-minérale, de l'eau-de-vie camphrée, des fomentations aromatiques; souvent aussi il se contente de solidifier le bandage à l'aide d'une solution concentrée de gomme; et, dans l'un comme dans l'autre cas, il obtient d'excellens résultats.

Sans doute la compression dès le début de l'entorse ne date pas d'hier; mais, ce qui nous a paru nouveau, c'est le bandage perfectionné que M. Baudens a inventé; bandage d'une application simple, facile, et qui se trouve à la portée de tout le monde. Sans doute l'eau froide est connue dans le traitement de l'entorse; mais ce qui ne l'était pas, c'est la persistance de ce moyen pendant dix à quinze jours sans discontinuer; c'est la combinaison du bandage et de l'eau froide, moyens qui s'harmonisent de la manière la plus efficace, et à l'aide desquels M. Baudens a imprimé au traitement de l'entorse un degré de précision et de perfectibilité qu'on ne pouvait avoir par l'emploi isolé de l'eau froide ou du bandage.

Nous reviendrons sur le traitement de l'entorse usité par le chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, parce qu'il nous paraît d'une haute portée pratique.

X....

HOPITAL SAINT-BARTHÉLEMY

(St.-Barthelemews's hospital).

Leçon de M. Charles Weller *sur les hydatides utérines.*

« La maladie qu'on appelle hydatides de l'utérus, n'est pas exclusive à la matrice; elle se rencontre dans d'autres parties du corps. Elle n'est pas non plus exclusive à la race humaine, puisque plusieurs animaux, entr'autres, la brebis, en présentent de fréquens exemples. Selon Linné, les hydatides constituent une tribu du genre tœnia, et appartiennent à la classe et à l'ordre des vers intestinaux. Elles sont caractérisées par une vésicule qui est quelquefois attachée à leur partie postérieure, ou dans laquelle plusieurs sont enfermées. Quelquefois elles existent à l'état isolé dans l'utérus; mais le plus souvent elles pendent ensemble par grappes, et sont liées réciproquement par des filamens très délicats, le tout présentant une apparence très semblable à un bouquet de grappes; elles sont unies à la matrice par une membrane un peu épaisse, formée de matière analogue à de la fibrine, mais un peu sanguinolente, qui est la première expulsée par l'utérus. Le volume des vésicules varie; quelques-unes sont très petites, d'autres très volumineuses comme un œuf d'autruche. Lorsqu'on les fait macérer, elles sont tout-à-fait exsangues et incolores. Le docteur Baillie, néanmoins, dit avoir vu quelquefois des hydatides du foie de couleur d'ambre.

» Des opinions diverses ont été émises sur la formation des hydatides utérines. Comme elles existent ordinairement conjointement avec un ovule mort, quelques personnes ont attribué leur origine à cette circonstance; tandis que d'autres ont présumé que la mort de l'ovule était l'effet de l'existence préalable des hydatides dans la cavité utérine, et que ces animalcules étaient les *dévorateurs* du fœtus. Le docteur Blundel a fait à l'hôpital Guy, des préparations ayant pour but de démontrer ce travail de destruction. Je n'ai jamais rencontré un cas d'hydatides chez une femme qui ne cohabitait pas avec l'homme; je n'ignore point cependant que cela a été observé par d'autres. Il serait néanmoins erroné d'avancer que ces corps ne pourraient pas se former sans le concours des deux sexes. En conséquence, si j'étais appelé auprès d'une femme non mariée pour constater des hydatides utérines, je me garderais bien d'en conclure qu'elle est en rapport avec l'homme. Cependant, lorsqu'elles existent, il est raisonnable d'avoir quelques doutes à ce sujet.

« Je viens d'établir que généralement ce sont les femmes mariées qui sont sujettes à cette maladie; non-seulement mariées, mais enceintes. Les symptômes, par conséquent, qui se présentent d'abord, sont ceux de la gros-

FEUILLETON.

PILULES DE LARTIGUE, CONTRE LA GOUTTE.

On a dit avec raison que le signe infaillible de l'incurabilité d'une maladie, c'est la profusion de ses remèdes; ce principe s'applique malheureusement à beaucoup d'affections graves qui font encore le désespoir de la médecine pratique. La goutte surtout, cette maladie si commune, la plus cruelle peut-être et certainement la plus opiniâtre, la goutte surtout justifie jusqu'à ce jour de la vérité de ce principe. Qui ne sait par combien de moyens on a prétendu la guérir; mais qui ne sait aussi combien ont été vaines ces promesses de guérison? Au moment où nous écrivons ces lignes, l'Académie royale de médecine de Paris, donnant tête baissée dans l'opinion intéressée des prôneurs de certaines eaux minérales, assure, contre l'évidence et au mépris de faits qui prouvent le danger réel de ces eaux, que les goutteux doivent retrouver la santé après l'usage des eaux de Vichy, quand l'honorable M. Prunelle, premier médecin de ces sources et praticien consommé, déclare à qui veut l'entendre, comme il nous l'a déclaré à nous-même, que les eaux de Vichy décident au contraire des métastases mortelles de la goutte articulaire, et consomment ainsi la ruine des malades, bien loin de les guérir.

On doit être peu surpris que des affections comme la goutte deviennent le point de mire des inventeurs de remèdes, quand on réfléchit qu'elles attaquent de préférence les gens riches, qui n'achètent jamais trop cher la douce espérance de prolonger leur vie. Si ces remèdes tant vantés n'avaient d'autre effet que d'endormir l'impatience de ces malades en les préparant à attendre tranquillement la solution naturelle de leurs crises, s'ils palliaient simplement leurs douleurs, si même ils ne pouvaient leur nuire, nous serions d'avis de les laisser dans une sécurité sans conséquence, nous en référant à leur propre expérience pour faire enfin justice des promesses du char-latanisme. Mais la plupart de ces remèdes ne sont rien moins qu'inoffensifs: aucun n'atteint le principe de la goutte, et presque tous l'exaspèrent par une perturbation inopportune. Sous leur influence, la fluxion goutteuse appelée violemment du dehors dans les viscères compromet tôt ou tard les jours des goutteux, en décidant chez les uns une angine de poitrine, chez les autres une apoplexie. Telle est la seule action bien avérée des préparations les plus accréditées contre la goutte.

Cependant la goutte, non plus que les autres maladies spécifiques, paraît peu faite pour se soustraire à tout jamais aux ressources de la médecine. Le remède à ce mal existe, car la nature ne nous envoie guère de ces maladies sans nous suggérer tôt ou tard les meilleurs moyens de les détruire. Nous l'avons vu successivement pour la syphilis, pour les fièvres d'accès, pour les scrofules, pour la gale. La véritable difficulté consiste précisément dans la découverte de l'anti-arthritique. Eh bien, cette découverte, M. Lartigue pourrait presque la revendiquer aujourd'hui en faveur de ses pilules anti goutteuses.

Nous ne connaissons pas personnellement M. Lartigue, mais nous savons que M. Lartigue est un pharmacien distingué de Bordeaux, entouré d'une considération bien méritée, et au-dessus, par son caractère autant que par sa position, du moindre soupçon de charlatanisme. Nous savons, en outre, que ce pharmacien, goutteux lui même, s'est mis en quête de moyens curatifs de la goutte. Après avoir épuisé sur sa personne presque tous les remèdes dirigés contre cette cruelle maladie, nous savons enfin que c'est par une suite d'essais multipliés dont il était lui-même le sujet, qu'il s'est arrêté définitivement à la composition actuelle de ses pilules. Rien ne nous paraît manquer a la garantie de la préparation proposée, si ce n'est la publication de la formule, dont M. Lartigue fait encore un mystère. Nous espérons cependant, ainsi qu'il l'a dit lui-même, que ce mystère n'est que temporaire, et qu'il publiera bientôt sa formule. En attendant, nous ne pouvons qu'applaudir aux précautions qu'il a prises pour éviter que ce médicament qui, employé avec prudence et discernement par les médecins, est destinée à rendre de véritables services, ne puisse devenir une cause d'accidens s'il était mis à la disposition des malades. D'après la volonté formelle de M Lartigue, *ses pilules ne peuvent être livrées que sur l'ordonnance des hommes de l'art.* C'est cette condition dont l'observation rigoureuse est assurée par le choix fait par M. Lartigue de la pharmacie Pelletier-Duclos, pour y établir le dépôt général de sa composition, qui a décidé les médecins à expérimenter sa nouvelle préparation; aussi ces expérimentations ont-elles été faites par les preticiens les moins aventureux et les plus haut placés dans l'opinion de leurs confrères. Il nous suffira de citer les noms de MM. Double, Chomel, Ferrus, Marc, à Paris, et de MM. Bourges, Révolat, Péreira, Azam, etc., à Bordeaux, pour convaincre nos lecteurs qu'il s agit ici d'une épreuve sérieuse et d'un agent médicateur important.

Plusieurs journaux de la capitale ont déjà entretenu le public des succès de ces expériences. Le Bulletin thérapeutique, spéciél sur ces questions, en a même fait l'objet de deux longs articles dans lesquels M. Miquel, son rédacteur en chef, confirme les bons effets de l'action des pilules anti goutteuses de Lartigue par les résultats de ses propres observations.

Nous avions besoin de l'ensemble de ces témoignages pour nous déterminer à essayer, de notre côté, la puissance curative de ce nouveau moyen. Notre expérience personnelle n'a pas démenti l'expérience des autres praticiens: nous avons reconnu comme eux que les pilules de Lartigue jouissent d'une efficacité réelle contre les maladies goutteuses, et que leur emploi, s'il est dirigé avec la prudence requise, assure aux malheureux malades un soulagement très prompt. Voici deux observations tirées de notre pratique; nous y joignons deux ou trois faits du même genre empruntés à nos confrères, afin de donner plus de crédit aux règles pratiques que nous en déduirons. Commençons par ces dernières.

I. M. Charles S..., âgé de cinquante ans, d'une constitution lymphatico-bilieuse, a fait la guerre de l'empire au nord et au midi de l'Europe.

Ce sujet a communément deux accès par an de goutte aiguë régulière, siégeant sur les deux premières articulations métatarso-phalangiennes des deux pieds. L'un de ces accès est plus fort que l'autre. Le plus fort a lieu à l'approche de l'équinoxe du printemps, quelquefois un peu plus tard, et dure d'un mois et demi à deux mois sans que le malade puisse marcher; le second accès est à peine marqué.

Le médecin a conseillé les pilules de Lartigue à l'instant de l'imminence d'un fort accès de goutte, et l'emploi de ces pilules a parfaitement enrayé cet accès. Depuis, le malade va très bien, et il a déclaré n'avoir jamais obtenu le même effet de toutes les drogues qu'on lui a si souvent fait prendre dans les pays qu'il a successivement habités.

L'observation précédente appartient à M. Cazenave. Elle offre l'exemple d'une crise violente de goutte réprimée avant sa manifestation. Les faits de cette espèce, assez nombreux parmi les observations sur l'emploi des pilules de Lartigue, établissent donc que les pilules dont il s'agit peuvent prévenir les accès violens de goutte.

II. M. R., entrepreneur de travaux publics au Mans, est sujet à la goutte depuis quatre ans environ. Sur le point de faire un voyage à Paris au mois de janvier dernier, sa place retenue à la diligence, M. R. est pris d'une violente attaque de goutte au pied gauche. Deux pilules de Lartigue procurent d'abondantes garde-

sesse; ensuite, l'œuf étant détruit, ces symptômes disparaissent. L'utérus, au lieu de diminuer, augmente de volume, par l'augmentation des hydatides et l'ampleur de la cavité utérine. Aussi arrive-t-il souvent que le médecin et la patiente sont trompés, croyant que la grossesse avance. Il y a cette différence marquée entre les deux états, c'est que le développement qui dépend de la grossesse se fait lentement, tandis que celui qu'occasionnent les hydatides est très rapide.

» En outre, il y a absencede cette sensation appelée *glissement* (quickning), bien que la femme puisse accuser une sorte de bruit distinct occasionné probablement par des vents, ou peut-être par des mouvemens contractiles des hydatides. Sir Charles Clarke établit que, bien que les hydatides des autres régions jouissent de ce pouvoir, néanmoins il ne l'a jamais observé dans celles de la matrice. Il ne s'en suit pas que ce mouvement ne s'exécute pas dans l'utérus par cela seul qu'on ne l'a pas observé lorsqu'elles sont en dehors. Je présume le contraire, et suis porté à admettre cette idée.

» Un autre signe différentiel d'avec la grossesse, c'est que le développement de l'abdomen n'est pas accompagné de celui des mamelles, s'il s'agit d'hydatides; au contraire, ces organes sont flasques et peu volumineux. L'utérus lui-même, lorsqu'on l'examine à travers les parois abdominales, n'offre cette résistance à la pression que lorsqu'il contient un enfant; on peut même l'affaisser et sentir quelquefois une fluctuation.

» Avec les hydatides, l'utérus présente des symptômes d'irritation, notamment des douleurs aux reins, au dos et à la partie antérieure du pelvis. L'estomac est souvent sympathiquement affecté; il y a perte d'appétit, nausées ou vomissemens. A mesure que la matrice acquiert du volume, des symptômes désagréables se déclarent, dont la plupart sont mécaniques; les fonctions de la vessie et du rectum sont altérées. Le devoir du praticien est de porter son attention sur les fonctions des organes; il est probable cependant que plusieurs mois se passent avant que ces symptômes ne réclament des secours énergiques.

« Il est des pathologistes qui présument qu'il y a dans l'utérus une tendance à se taire pendant neuf mois comme dans la gestation. Mon expérience est contraire à cette opinion, le temps m'ayant paru dépendre principalement du degré d'irritabilité de l'utérus. Chez quelques femmes, un plus grand degré de distension est nécessaire avant que l'utérus ne soit suffisamment stimulé pour se mettre en action. Avant cette époque, il y a chez la plupart des femmes écoulement d'un liquide pâle, ténu et limpide comme de l'eau, incolore et inodore, surtout lorsque la femme se livre à quelque exercice corporel ou qu'elle éprouve quelque choc par une chute ou un coup. Cette effusion dépend de la rupture des sacs vésiculeux et de l'écoulement de leur liquide; elle a lieu par bouffées et par intervalles, circonstance digne de remarque, car elle conduit directement au diagnostic. Les affections organiques de l'utérus, sont, il est vrai, accompagnées d'écoulement; mais cet écoulement est continu, uniforme, fétide, sanguinolent, et non par bouffées. Ces effusions fréquentes et abondantes d'oau limpide, qui ont lieu par intervalles, de semaine en semaine, et quelquefois tous les mois, durant une grossesse présumée, et qu'on attribue communément à un état maladif de l'œuf, conduit naturellement à l'idée des hydatides; cette idée est fortifiée par le souvenir de la disparition des symptômes véritables de la grossesse et les autres signes dont nous venons de parler. Je ferai remarquer en passant que lorsque les membranes de l'œuf sont malades, leur rupture est en rapport avec l'état général de la santé et les symptômes de la gestation. On pourrait peut-être demander pourquoi ces ruptures devraient supposer une maladie dans l'œuf? C'est qu'elles ne sont pas naturelles, et en outre on trouve toujours dans ces cas le placenta adhérent morbidement aux côtés de la matrice.

» Après une durée indéterminée de la maladie, la distension de la maladie arrive au point où l'organe est obligé de se contracter activement. Cet acte fait crever les hydatides les plus volumineuses; de là écoulement d'une quantité considérable d'eau; mais malheureusement l'écoulement n'est pas seulement aqueux: des hémorrhagies alarmantes se déclarent et la vie de la femme est en danger.

Si des doutes existaient sur le caractère de la maladie, on peut mettre la femme en repos et observer attentivement ce qui se passe. Les contractions utérines expulsent des filamens, des masses de canevas qui servaient d'union entre la matrice et les hydatides. On voit sortir en même temps des hydatides entières et des fragmens de vésicules avec les bouffées d'eau et de sang. Ces hydatides sorties sont tantôt volumineuses et tantôt petites et extrêmement délicates. Voici différentes préparations d'hydatides, les unes ayant été rencontrées dans la cavité de la matrice, les autres dans la substance même des parois de cet organe. Il n'est pas rare de voir la maladie se reproduire après une première expulsion.

» Nous ne connaissons pas de moyens propres à hâter l'expulsion des hydatides. C'est pourtant l'indication que la maladie présente dès qu'elle est reconnue. Plus tôt cette expulsion a lieu et moins de danger il y a pour la femmes, le développement des vaisseaux sanguins étant en raison de celui de la matrice. Le col utérin est ordinairement très large et permet de sentir avec le doigt les hydatides. Il n'est cependant permis d'agir par cette voie que dans le seul cas d'hémorrhagie alarmante. La première chose à faire dans ce cas est d'arrêter l'hémorrhagie. Position horizontale, diète, boissons froides, fomentations froides, vessies de glace sur l'hypogastre, des morceaux de glace dans le vagin. On prescrit en même temps le seigle ergoté pour solliciter les contractions utérines, mais ce moyen peut augmenter l'hémorrhagie en détachant d'autres hydatides. Un demi-gros de la solution concentrée de Battley, donné par cuillerée est préférable. Les véritables stimulans sont nuisibles; ils reproduisent l'hémorrhagie. Tamponnement au besoin dans le col. Compression de l'aorte. Bandage compressif sur tout l'abdomen. Si les syncopes font craindre que la femme ne succombe d'hémorrhagie, l'introduction de la main dans l'utérus devient indispensable. Il s'agit d'enlever doucement toutes les hydatides et de permettre par là à l'utérus de revenir sur lui-même. Cette opération au reste est difficile et n'est pas sans danger, car la rupture de l'utérus peut s'en suivre. Après l'évacuation des hydatides on doit prescrire le même traitement qu'après les couches ou l'avortement. »

(*The Lancet*, 13 juin.)

Académie de Médecine. — Séance du 30 juillet.

M. Gauthier de Claubry fait un rapport sur un travail de M. Ustalet concernant les maladies intermittentes. Ce travail ne renfermant aucun fait nouveau, M. le rapporteur en propose le dépôt pur et simple aux archives.

M. Bouvier fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Sédillot relatif aux luxations de l'humérus. L'auteur a remanié ce sujet avec beaucoup de soin, et est parvenu à l'éclaircir et à le simplifier d'une manière remarquable. Deux classes de luxations humérales sont établies par M. Sédillot d'après leur siége: les unes en avant, les autres en arrière. Chacune de ces classes comprend plusieurs espèces et variétés que l'auteur étudie en s'appuyant sur beaucoup de dissections pathologiques. Il nie avec raison la luxation directement en bas admise par les auteurs, et décrit une nouvelle variété dont la pièce a été recueillie dans le service de M. Jobert à l'hôpital Saint-Louis; elle est antérieure et postérieure à la fois, au dire de M. le rapporteur. Le travail de M. Sédillot a paru à la commission offrir un grand intérêt et ajouter des faits nouveaux à la science; aussi conclut-elle en proposant: 1° Qu'une lettre de remercîmens soit adressée à l'auteur; 2° que son travail soit envoyé au comité de publication; 3° que le nom de M. Sédillot soit porté sur la liste des candidats pour la prochaine nomination dans la section de chirurgie. (Adopté.)

M. Renauld lit un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Gayétani-Bey concernant un cas de blessures multiples à l'épaule et au scrotum. Il s'agit d'un individu qui a eu, dans une fonderie, en Egypte, par suite d'une explosion, l'épaule fracassée et un testicule emporté. L'omoplate avait été fracturé comminutivement. Le chirurgien a dû amputer le bras dans l'article, emporter l'omoplate en totalité et réséquer une partie de la clavicule. L'énorme plaie a été régularisée et réunie. La plaie du scrotum a été également régularisée, l'hémorrhagie arrêtée et les parties rapprochées. Le malade a guéri. M. le rapporteur conclut en proposant: 1° d'écrire une letire de remercîmens à l'auteur; 2° de publier son observation; 3° d'inscrire son nom sur la liste des candidats pour la prochaine nomination des membres correspondans. (Adopté.)

M. Dubois d'Amiens lit un mémoire intitulé: « Du pouls dans la série animale. » Ce travail a été écouté avec un vif intérêt, vu les faits nouveaux et les déductions utiles qu'il renferme. L'auteur a eu le courage de s'introduire dans les cabanes des habitans du Jardin-des-Plantes, d'explorer le pouls des lions, des tigres, des panthères et des hyènes; d'ausculter le cœur des serpens et de la plupart des autres animaux de la ménagerie; il a fait des remarques extrêmement curieuses dont nous allons faire connaître les principales.

Aidé de l'assistance de M. Frédéric Cuvier et de l'obligeance de M. Emmanuel Rousseau, M. Dubois a commencé ses recherches en juillet 1839, et les a continuées jusqu'à ce jour. Le système adopté par les visiteurs a été d'aborder les animaux de telle sorte que ces derniers fussent convaincus qu'ils n'avaient aucune intention hostile à leur égard. Le premier hôte auquel M. Dubois s'est adressé étaitune louve de forte taille, attachée tout simplement à une niche comme un chien de basse-cour. L'artère brachiale explorée a donné d'abord 124 pulsations par minute, l'animal était alors agité, puis 96. Il s'est ensuite présenté à une hyène de forte taille, toujours avec Cuvier. Tout en la caressant d'une main, il explorait de l'autre tantôt l'artère crurale, tantôt la brachiale; on a compté 55 pulsations par minute, terme moyen. Ce chiffre variait durant les agitations que l'animal éprouvait par les caresses. On arrive dans l'appartement d'un énorme lion, âgé de six à huit ans, qui se laisse tâter le pouls, explorer, ausculter, sans sortir de son repos majestueux; il n'a même pas daigné s'en occuper. Une main glissée sous son aisselle, puis sous l'aine, a compté plusieurs fois 40 pulsations par minutes. Ce chiffre a paru surprenant. Le nombre de ses mouvemens respiratoires était invariablement de 16 par minute. On passe chez son voisin, un énorme tigre; ses allures peu rassurantes font reculer les visiteurs; on se contente de compter seulement ses mouvemens respiratoires, qui sont estimés à 16 par minute. Vient une panthère qui reste couchée sur le flanc, et la tête penchée de telle sorte qu'on voyait distinctement les battemens de la carotide; ils montent à soixante par minute. On passe chez le tapir, 44 par minute. Puis chez le dromadaire: mais, le croirait-on? son indocilité, son audace, sa turbulence et ses menaces ont prouvé aux visiteurs que la science l'incommodait, et qu'ils pouvaient se hâter de se retirer, ce qui a été fait sur-le-champ. On va chez la

---

robes. Aussitôt après les douleurs cessent, le mouvement du pied se rétablit, et deux jours après le malade part pour Paris, où il vaque à ses affaires sans ressentir la plus petite douleur.

Ici il s'agit d'un accès de goutte commençant, et l'on voit que deux pilules suffisent à en délivrer complètement le patient. Ce nouvel ordre de faits prouve que les pilules de Lartigue peuvent enlever les accès de goutte dès les premiers instans de leur explosion.

III. M. C., ancien chef de bataillon en retraite, d'une forte constitution, est sujet à des accès de goutte qui se renouvellent assez habituellement au printemps et en automne, affectant tantôt les genoux, tantôt les orteils.

Au mois de février dernier, M. C. est pris tout-à-coup d'une douleur atroce à l'épaule et au bras droit, avec gonflement et rougeur de la main qui rend impossible le plus léger mouvement. Pendant deux nuits de suite les douleurs sont si vives, qu'il est impossible au malade de goûter le moindre repos. Deux pilules sont administrées à deux heures de l'après-midi; deux autres à dix heures du soir. Jusque-là pas d'effet sensible; mais vers minuit les douleurs se calment, et un sommeil de six heures suivi au réveil d'une selle copieuse, réparent les forces de M. C., et rendent un peu plus plus faciles les mouvemens du bras et de la main.

Deux nouvelles pilules sont prises à huit heures du matin; cinq garderobes sans coliques ont lieu dans la journée. Dès le lendemain, M. C. se trouve tout à fait rétabli.

Le cas de goutte de M. C., s'écarte déjà des faits de goutte régulière et rentre dans ceux de goutte anomale; c'est peut-être à cette cause qu'on doit attribuer le besoin de réitérer l'usage des pilules de Lartigue avant d'en obtenir un bon effet assez apparent. Un autre phénomène digne de remarque, c'est que la première prise des pilules a été suivie presque immédiatement d'un calme sensible, quoiqu'elle n'eût amené ni garderobes ni aucune évacuation apparente. Cependant des garderobes abondantes se sont déclarées à la suite de leur continuation, ce qui a produit dès le lendemain la disparition complète des phénomènes goutteux des jours précédens.

Les trois exemples cités offrent des faits de goutte imminente, de goutte au commencement de la crise et de goutte anomale qui durait déjà depuis deux jours. Malgré la diversité de ces cas, les pilules de Lartigue ont opéré tout aussi efficacement, seulement le même effet a été obtenu par des prises différentes du médicament.

Les deux observations qui suivent nous appartiennent. L'une est un cas de rhumatisme goutteux chronique; l'autre un cas de douleurs goutteuses vagues. On va voir que les pilules de Lartigue ont eu le même avantage que dans les cas de goutte plus franche et plus récente.

IV. Madame B., âgée de soixante-quatre ans, était atteinte depuis quinze ou vingt ans d'une douleur sciatique permanente qui faisait place quelquefois à une douleur aiguë du genou, du tarse ou des orteils de l'un ou de l'autre membre, accompagnée de tension, de rougeur, de gonflement et de l'appareil ordinaire des inflammations goutteuses. Madame B. avait eu recours, dans ce long intervalle, à toutes les pratiques rationnelles, voire même à tous les traitemens conseillés par les bonnes femmes. Aucun moyen n'avait réussi à la débarrasser de cette affection. A Paris depuis cinq ou six mois seulement, l'humidité habituelle du climat et ses grandes vicissitudes avaient exaspéré sa sciatique, et reproduit presque tous les trois mois sa crise goutteuse sur les membres pelviens. Les traitemens qu'elle a subis sous notre direction ne réussissaient pas mieux que ceux qu'elle avait suivis dans d'autres lieux, et par les conseils d'autres médecins. Nous l'avons soumise, il y a quinze jours environ, à l'usage des pilules de Lartigue: elle était à cette époque dans un de ses accès de goutte aux pieds, souffrant cruellement depuis six jours et gardant un repos forcé. Deux pilules furent administrées à six heures du matin sans aucun effet apparent; deux nouvelles pilules, prises à midi, n'opérèrent pas plus efficacement. Une troisième dose de deux pilules fut prescrite à six heures du soir; deux heures après, des garde-robes réitérées accompagnées de coliques et de défaillance, nous avertirent que le médicament agissait avec trop d'énergie. Des compresses émollientes sur le ventre, et, ce moyen simple n'étant pas suffisant, un seul quart de lavement avec la décoction de graines de lin calma les coliques, modéra les garde-robes, et provoqua une sueur générale copieuse suivie d'un sommeil tranquille, après lequel l'inflammation locale avait disparu presque entièrement. La sueur générale se soutint le lendemain; il y eut encore, ce jour-là, deux garde-robes liquides sans coliques. Nous observâmes les mêmes phénomènes le lendemain. Sous leur influence, la fluxion goutteuse du pied acheva de se dissiper, et la douleur sciatique, qui ne manquait jamais de renaître à la disparition de cette fluxion, n'a pas encore reparu, quoique la malade se soit exposée depuis aux variations atmosphériques de ces derniers temps.

V. M. J. C., âgé de cinquante-huit ans, éprouve plusieurs fois dans l'année des douleurs cruelles dans la région épigastrique, précédées de vertiges, de céphalalgie et d'oppression. Deux ou trois jours après ces symptômes, le pied et le genou deviennent le siége d'un fluxion goutteuse qui retient M. J. C. au lit pendant douze ou quinze jours au moins. Les pilules de Lartigue ont été administrées chez ce sujet à l'apparition de la fluxion goutteuse sur les jambes; nous n'avons pas osé les prescrire au moment où la goutte glisse pour ainsi dire de la tête à la poitrine, et de la poitrine à la région gastrique. Grâce à leur administration, des garderobes se sont déclarées à la suite de la quatrième pilule, et ont fait évanouir, peu d'heures après, l'appareil inflammatoire des membres pelviens; de manière à permettre au patient de se promener assez lestement dès le lendemain.

Les faits qui précèdent, et ceux beaucoup plus nombreux recueillis déjà depuis quelque temps ne permettent plus de douter que les pilules de Lartigue ne remplissent parfaitement l'indication la plus urgente dans le cas de goutte, savoir: d'enrayer, de calmer ou de guérir les accès. Mais ces pilules guérissent-elles la goutte et l'empêchent-elles de se reproduire comme le fait, par exemple, le quinquina à l'égard de la fièvre périodique? On peut l'espérer sans doute, cependant les faits observés jusqu'ici n'autorisent pas encore cette conclusion; ce qu'ils établissent, et c'est déjà un résultat assez brillant, c'est qu'il y a peu de crises de goutte qui ne trouvent dans l'usage de ces pilules un remède très efficace et très prompt.

FUSTER.

Emploi de la teinture d'iode dans le traitement de l'hydrocèle.

Chez un homme de quarante-deux ans, qui portait un hydrocèle à gauche depuis trois ans, une incision de trois lignes fut faite à la peau avec un bistouri, vers la partie la plus déclive de la tumeur; un troquart servit à évacuer le liquide, qui était d'un vert porracé, puis une injection iodurée fut faite dans la tunique vaginale. Quelques pressions douces furent pratiquées faites pour faire pénétrer la matière injectée dans tous les replis de la tunique vaginale.

Traitement. Plumasseau sur la plaie; compresses imbibées d'un mélange ioduré sur la tumeur. Ce malade guérit en dix-huit jours sans accidens.

M. Chaumet, de Bordeaux, emploie le mélange suivant: Teinture d'iode, 30 grammes; eau distillée, 180 grammes avec addition de 30 centigrammes de potasse.

(*Journ. de méd. prat. de Bordeaux*, n° 6.)

girafe qui ne les a pas mieux reçus. On arrive chez le noble éléphant, appelé Chevrette du nom du bâtiment qui l'a transporté en France; il s'est prêté avec la plus obligeante complaisance aux explorations qu'on voulait faire; il semblait même comprendre ce qu'on désirait, car il relevait de lui-même doucement la cuisse pour laisser tâter l'espace inguinal et il s'est baissé gracieusement quand l'observateur a voulu appliquer l'oreille sur la région cardiaque. Il a été cependant impossible de sentir soit les pulsations artérielles, soit les battemens du cœur, l'épaisseur du derme, la profondeur et la petitesse relative des artères s'opposant à cet effet.

On se dirige vers le serpent pithon, qui se trouve dans le travail de la digestion, à côté d'un de ses frères qui est à jeun. On examine le premier à loisir; on le palpe, on le presse en tous sens, on l'ausculte; pas de battemens artériels ou cardiaques sensibles; ses mouvemens respiratoires montent à peine à quatre par minute. Chez le second les battemens ne sont pas plus sensibles, mais ses mouvemens respiratoires vont à 25 par minute. A côté est un caïman; 35 mouvemens respiratoires. La grenouille a offert 80 pulsations par minute dans le cœur sanguin; les cœurs lymphatiques postérieurs, 96 pulsations par minute; les antérieurs, 84. Les salamandres, 80. Le cœur de l'écrevisse bat 76 fois par minute.

On va chez les quadrupèdes domestiques : cheval, 40 pulsations par minute; âne, 60; chien, 90; jeune chat, 150; souris, 120, etc.

Arrivent enfin les volatiles et les insectes : sauterelles, 90 pulsations par minute; chenilles, 36; papillons, 60; poule, 140; pigeons, 136; héron, 220; oie, 110, etc.

« Ce qui me frappe avant tout, dit M. Dubois, c'est cette remarquable uniformité que la nature me paraît avoir mise dans le rhythme des battemens circulatoires, et cela dans des organisations si profondément, si étrangement différentes. Parcourez, en effet, l'échelle animale : à une extrémité vous trouverez l'écrevisse, dont le cœur, simple renflement, vous offrira des pulsations allant de 80 à 76, dans des variations précisément comme dans l'espèce humaine. Vous trouverez la même analogie chez les amphibiens, les grenouilles, les salamandres. Il n'y a pas jusqu'au vaisseau dorsal des articulés à respiration trachéenne, qui ne batte dans les mêmes limites, c'est-à-dire de 60 à 90 par minute. »

Cs qui frappe en outre dans tout cela, c'est la lenteur extrême du pouls chez le lion. Les pulsations ne sont donc pas en raison de la force de l'animal. Voyez, d'autre part, la fréquence extrême du pouls chez le chat, comparée à celle du lion. M. Dubois cherche la loi qui rallie ces faits si disparates en apparence. L'auteur examine enfin la fréquence du pouls dans les derniers momens de la vie, chez les animaux soumis aux vivisections. Il a trouvé que la fréquence allait en diminuant jusqu'à la mort, ce qui est précisément le contraire de ce qui avait été observé par d'autres.

M. Virey rappelle que chez beaucoup d'animaux, comme les reptiles, les insectes et chez tous les animaux hibernans qui s'engourdissent par le froid, le rhythme de la circulation change avec le degré de la température amosphérique. Le même effet est produit chez les oiseaux par d'autres causes.

M. Barthélemy fait remarquer que, pour tâter le pouls chez les animaux domestiques, les vétérinaires choisissent l'artère glosso-faciale, près de la mâchoire, ou bien la temporale. Ces artères sont mieux explorées que la brachiale ou la fémorale. Quant à l'état du pouls dans les vivisections, M. Barthélemy a observé qu'il devenait d'autant plus fréquent qu'on approchait du moment de la mort.

M. Dupuy trouve que l'exploration du pouls sur l'artère glosso-faciale permet de comprimer le vaisseau contre l'os, et d'apprécier le degré d'impulsion du cœur. On explore aussi l'artère coccygienne.

M. Rochoux affirme qu'il est des maladies dans lesquelles le pouls devient d'autant plus fréquent qu'on approche du moment de la mort; telles sont, par exemple, la phthisie pulmonaire, la dothinentérite, la pneumonie et la fièvre cérébrale.

M. Bouvier attaque quelques-unes des déductions de M. Dubois qui lui paraissent trop générales.

M. Castel établit que la fréquence du cœur est en raison inverse du volume des poumons. En conséquence, les variations observées par M. Dubois ne doivent point étonner. Il ajoute qu'au moment de la mort les pulsations doivent augmenter de fréquence, puisqu'elles sont moins étendues, et que l'irritabilité du cœur se trouve la même que dans l'état sain avec une force impulsive décroissante.

M. Desportes donne quelques détails d'expériences analogues qu'il a faites chez les poissons.

M. Renault appuie les observations de M. Barthélemy. Il cite le cas d'un cheval qui vient de mourir de la rage, abattu sur le côté droit et chez lequel il a observé les pulsations du cœur s'accroître jusqu'au moment de la mort. D'autre part, il ne pense pas qu'il soit exact de dire, avec M. Castel, que la fréquence du pouls est en raison inverse de la plénitude des pulsations du cœur. Dans la pneumonie, par exemple, on observe la fréquence du pouls augmenter en proportion de la force des pulsations du cœur.

M. Martin Solon a observé que la fréquence du pouls à l'époque de la mort est variable selon l'espèce de maladie. Tantôt le pouls est lent, tantôt fréquent; il cite des exemples de sa propre pratique.

M. Dubois répond catégoriquement à toutes ces objections et ces remarques.

Séance levée à cinq heures.

Académie des Sciences. — Séance du 27 juillet.

Variations dans les élémens du sang en rapport avec les maladies. — M. Andral lit en son nom et celui de M. Gavarret, un premier mémoire sur ce sujet.

Ce travail est le résultat de l'examen du sang de 200 malades et de 360 saignées. Le procédé auquel les auteurs ont eu recours est celui qui a été indiqué par MM. Prévost et Dumas. Ils ont vu dans les maladies sur 1,000 parties de sang, la fibrine varier en proportions de 1 à 10, les globules de 185 à 21, les matériaux solides du sérum de 104 à 57, l'eau de 915 à 725.

Dans les maladies il est très rare que les différens principes du sang augmentent ou diminuent simultanément. Le plus souvent on les voit s'isoler les uns des autres dens leurs altérations; mais parfois aussi il y en a deux qui se modifient en même temps, et alors c'est en sens inverse; ainsi il peut arriver que tandis que la fibrine augmente les globules diminuent, et réciproquement; d'où résulte un changement remarquable dans les rapports de quantité que ces principes doivent conserver entre eux.

Les maladies considérées par rapport aux changemens qu'elles apportent à la composition du sang peuvent être divisées en quatre classes.

La première comprend les maladies dans lesquelles la fibrine est constamment augmentée : on y trouve les phlegmasies.

La seconde comprend d'autres maladies dans lesquelles la fibrine n'augmente jamais et souvent diminue : telles sont les pyrexies.

Dans une troisième classe on trouve des maladies où il y a diminution constante des globules : telle est la chlorose.

Enfin, dans une quatrième classe, se rangent des états morbides où l'altération fondamentale du sang porte sur l'albumine du sérum qui est diminué. Telle est la maladie de Bright.

Mais ce n'est pas tout : les faits ne se présentent pas toujours avec cette simplicité, et il arrive souvent que plusieurs états morbides, dont chacun entraîne dans le sang une modification différente, viennent à se compliquer; eh bien, dans ces cas, on retrouve nettement dans le sang la trace de cette complication. Soit, par exemple, une pneumonie qui frappe une femme chlorotique, le sang continuera à n'avoir que très peu de globules; mais sur-le-champ la quantité de fibrine augmentera. « Nous avons vu, disent les auteurs, ces résultats se reproduire si souvent, que par cela seul que nous retrouverions dans le sang de quelque malade que ce fût plus de cinq en fibrine, nous ne craindrions pas d'affirmer, chez ce malade, la complication d'un des états morbides compris sous notre première classe; et, par contre, par cela seul que nous trouverions moins de deux en fibrine, au lieu de trouver plus de cinq, nous nierions cette sorte de complication. »

En dehors de la maladie, les pertes de sang et la privation des alimens modifient puissamment la composition du sang et viennent mêler leur influence à celle de la maladie; ce fait est généralement admis, mais il s'agissait de savoir de quelle manière et dans quel sens la composition du sang vient alors à se modifier. Voici ce qui résulte à cet égard des recherches de MM. Andral et Gavarret.

Les pertes de sang et la diète agissent principalement sur les globules qu'elles diminuent : « Quelle que fût, disent les auteurs, la maladie dans laquelle nous pratiquions des saignées, celles-ci avaient pour effet constant de rendre, à mesure qu'on les répétait, le nombre des globules de moins en moins considérable. » Mais il est à remarquer que d'une saignée à l'autre, les globules ne diminuent pas dans les mêmes proportions chez tous les malades. Il y a, sous ce rapport, de très grandes différences individuelles et une grande inégalité de résistance; à tel point que, chez un malade, d'une saignée à l'autre les globules perdront à peine 2 ou 3, et que chez l'autre ils perdront plus de 30 jusqu'à 40.

Mais en même temps que les émissions sanguines font, dans tous les cas, diminuer les globules, la fibrine conserve le plus souvent son même chiffre, diminue rarement et dans d'autres circonstances augmente, et il y a encore ici quelques lois à poser.

Lorsque la maladie est de nature telle que l'accroissement du chiffre de la fibrine est un de ses élémens nécessaires, cet accroissement a lieu malgré les saignées et malgré la diminution des globules.

Pour que les pertes de sang aient la puissance d'abaisser le chiffre de la fibrine, il faut qu'elles aient été très considérables, et que d'abord les globules aient commencé par subir eux-mêmes une très grande diminution; il arrive alors un moment où tous les élémens solides du sang s'abaissent simultanément.

De cette exposition générale, M. Andral passe à la considération des faits relatifs aux altérations du sang dans la première des quatre classes de maladies qu'il a établies, les autres classes devant faire l'objet de communications ultérieures.

Cette première classe, comme il a été dit plus haut, comprend les maladies dans lesquelles la fibrine est augmentée. L'augmentation des proportions de cet élément a été constatée dans deux ordres de maladies, savoir : dans la phlegmasie et dans la phthisie tuberculeuse.

Les phlegmasies dans lesquelles le sang a été examiné, sont : le rhumatisme articulaire, la pneumonie, la bronchite capillaire, la pleurésie, la péritonite, l'amygdalite, l'érysipèle, la systite, la suppuration aiguë des ganglions lymphatiques, une éruption furonculaire avec fièvre. Le sang a été examiné chez quatre-vingt-deux individus atteints de ces maladies, et dans cent cinquante-trois saignées qui leur ont été pratiquées. Dans tous les cas où ces maladies se sont montrées sous leur forme aiguë, et où elles ont été accompagnées de fièvre, on a trouvé dans le sang une augmentation de fibrine toujours très notable, mais présentant d'ailleurs quelque variation soit d'un cas à l'autre dans une même maladie, soit d'une espèce de maladie à une autre espèce. Ainsi, en prenant le chiffre 3 comme moyenne normale de la fibrine, on a trouvé dans ces chiffres les degrés suivans d'élévation.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, la quantité moyenne de fibrine a oscillé entre 7 et 8; son minimum a varié de 4 à 5; son maximum a été 10.

Dans la pneumonie, la quantité moyenne de fibrine a été la même que dans le rhumatisme articulaire aigu; elle a aussi offert le même minimum et le même maximum.

Dans la bronchite capillaire aiguë, la quantité moyenne de fibrine n'est plus aussi considérable que dans les deux maladies précédentes; elle se maintient entre 6 et 7 et le maximum de fibrine reste au-dessous de 9.

Dans la pleurésie aiguë, la quantité moyenne de fibrine descend encore; elle oscille entre 5 et 6, et le maximum de ce principe ne dépasse plus 6; de telle sorte qu'un chiffre assez bas en fibrine pour le rhumatisme et la pneumonie, devient pour la pleurésie le chiffre le plus élevé.

Dans la péritonite aiguë, la quantité moyenne de fibrine est la même que dans la pleurésie (entre 5 et 6), le maximum est 7.

Dans les autres maladies qui ont été l'objet d'un examen, comme amygdalite aiguë, érysipèle, suppuration aiguë des ganglions lymphatiques, le chiffre de la fibrine, toujours élevé, descend encore dans sa moyenne à un chiffre un peu plus bas que dans les maladies précédentes. Cette moyenne n'est plus guère que de 5. Il y a pourtant encore des cas où le maximum atteint 6 et même 7.

Mais dans aucun cas la fibrine ne descend au-dessous de 4, et très rarement elle s'abaisse au dessous de 5.

Ainsi, dans toutes les maladies appelées phlegmasies, dans lesquelles le sang a été examiné, quel que fût leur siége et quel que fût leur degré d'intensité, la fibrine avait dépassé notablement son chiffre normal et les limites de l'échelle qu'elle a parcourue sont marquées par le chiffre 5 d'une part, et le chiffre 10 de l'autre.

Mais, pour que cette règle se soutienne, il faut qu'intervienne la double conviction de l'acuité et de la fièvre; car si la maladie est primitivement chronique ou l'est devenue, si la fièvre n'a jamais existé ou a disparu, la fibrine cesse d'être en excès dans le sang. A l'état d'acuité, l'élévation du chiffre de la fibrine est réglée par l'intensité des symptômes locaux et par celle du mouvement fébrile.

Aucune phlegmasie ne produit plus de fibrine que la pneumonie, et après elle que le rhumatisme articulaire aigu.

Lorsque la phlegmasie s'amende, la fibrine diminue; si après s'être amendée la maladie reprend de l'acuité, la fibrine augmente de nouveau. Si, enfin, une phlegmasie aiguë intervient dans le cours d'une maladie quelconque, elle marque sur-le-champ son apparition par une augmentation de la fibrine du sang.

Bien différens de la fibrine, les globules, dans aucun cas, ne subissent d'augmentation par l'effet de l'état phlegmasique; souvent même, dès le début des affections de ce genre, les globules semblent plutôt avoir diminué. Dans toute phlegmasie, et quel qu'ait été leur chiffre au point de départ, ils offrent pour loi constante de décroître à mesure que la maladie se prolonge; mais il en est ainsi, comme nous l'avons déjà dit, dans tous les cas où les individus sont soumis à la diète et aux saignées.

Un grand abaissement du chiffre des globules n'empêche pas l'état phlegmasique de prendre naissance; il ne l'empêche pas de s'accroître et d'arriver à un grand développement; d'un autre côté, un chiffre très élevé de globules ne semble en rien en favoriser la production. Les observations de M. Andral et Gavarret montrent, en effet, l'inflammation compatible avec des chiffres très variables de globules depuis celui de 148 jusqu'à celui de 60.

Dans toutes ces maladies phlegmasiques, les matériaux solides du sérum n'ont présenté aucune altération digne de remarque.

L'eau a varié entre les chiffres 771 et 840.

Nous avons dit que ce n'est pas seulement dans le sang des individus atteints de phlegmasies qu'on a constaté l'augmentation de la fibrine, mais aussi dans le sang des individus atteints de tubercules pulmonaires. Voyons ce qui a rapport à ces dernières maladies.

Quelle que soit la période de la phthisie à laquelle on examine le sang, on constate une tendance à l'augmentation de la fibrine et à la diminution des globules; mais l'élévation du premier de ces élémens et l'abaissement du second ne sont pas également marqués à toutes les phases de la maladie.

Tant que les tubercules sont encore à l'état de crudité, la fibrine ne présente qu'une augmentation peu considérable, dont la moyenne est de 4 environ. Alors la diminution des globules, bien que manifeste, n'est pas encore très grande.

Lorsque les tubercules commencent à se ramollir, la fibrine offre un chiffre plus élevé, dont la moyenne est 4 1/2; les globules continuent à descendre. Enfin, lorsque le poumon est creusé de cavernes, la fibrine croît encore, donnant pour moyenne le chiffre 5 et s'élevant parfois jusqu'à 6, mais n'atteignant jamais la moyenne de la pneumonie. Toutefois, lorsque la tuberculisation pulmonaire a réduit les malades au dernier degré de marasme, la fibrine elle-même commence à obéir à la loi de décroissement des autres élémens solides du sang, et elle descend au-dessous du chiffre normal. En général, le plus grand excès de fibrine dans le sang des phthisiques s'est montré à l'époque où un mouvement fébrile continu venait à s'établir.

Marchant en sens inverse de la fibrine, les globules, dans cette période de la phthisie, deviennent de moins en moins abondans. Pendant la durée du premier degré de la maladie, ils s'étaient maintenus au-dessous de 100, n'atteignant jamais toutefois leur quantité moyenne. Dans le second degré, on les trouve généralement abaissés au-dessous du chiffre 100; enfin, dans le troisième degré, leur quantité, dans la majorité des cas, devient encore moins considérable, ne descendant pas cependant au-dessous du chiffre 81; cette diminution sans doute est très notable, mais bien moindre encore que celle qui a lieu dans la chlorose.

Les matériaux solides du sérum ont varié, chez les phthisiques, entre 64 et 98; le chiffre 64, étant donné par un phthisique qui, par exception, n'avait fourni que 2 en fibrine.

L'eau s'est trouvée d'autant plus abondante, que le sang a été examiné à une époque plus avancée de la maladie; elle a varié entre 784 et 845.

A l'occasion de cette lecture, M. Magendie annonce qu'il s'est occupé de la même question, et dépose sur le bureau des tableaux dans lesquels sont consignés les résultats des observations qui ont été faites sous sa direction, et dont il se propose de déduire plus tard les conséquences.

— Dans l'avant dernière séance, M. Jules Guérin a présenté le résumé d'un Mémoire sur le torticolis ancien et le traitement de cette difformité par la section sous-cutanée des muscles rétractés. (Nous le publierons dans un prochain numéro.)

Le *Moniteur* a publié une note relative à l'admission des étrangers dans nos Facultés. Cette note est suivie d'un arrêté pris à ce sujet en conseil royal, après l'avis de la commission des hautes études juridiques en ce qui concerne les Facultés de droit :

« Les étrangers qui désireront suivre les cours d'une Faculté en France, soit de droit, soit de médecine, soit des lettres, soit des sciences, seront admis à prendre leur première inscription, en produisant les certificats d'études et d'examens ou autres actes exigés dans leur propre pays pour être reçus dans une Faculté du même ordre, après que lesdits certificats auront été reconnus, par délibération expresse de la Faculté, équivalens au diplôme français de bachelier ès-lettres.

» Les délibérations prises à ce sujet par les diverses Facultés seront adressées au ministre de l'instruction publique par le recteur de l'Académie, avec les pièces à l'appui.

» Les étrangers ainsi admis à prendre inscription dans une Faculté de France seront assujettis à la même discipline et aux mêmes conditions d'examens que les élèves nationaux. »

DES CUMULS DE M. ORFILA.

Parmi les cumuls, il en est peu d'aussi monstrueux et d'aussi déplorables que celui de M. Orfila, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Il mérite, par conséquent, à tous égards, l'attention de la publicité; aussi a-t-elle depuis long-temps les yeux fixés sur lui.

M. Orfila possède aujourd'hui : 1° une place de professeur à la Faculté de médecine, qu'il a obtenue sans concours; 2° celle de doyen; 3° celle de membre du conseil de l'Université, dont les traitemens réunis s'élèvent à plus de 25,000 fr.; il possède en outre, les places honorifiques : 4° de membre du conseil des hôpitaux; 5° de membre du conseil municipal (1). Ainsi, il absorbe

(1) Le National oublie encore dans cette énumération la place de membre du conseil d'administration de l'Académie de médecine, ce qui lui vaut *un double jeton*, et la Faculté d'influencer à son gré les gouvernans de cette Société.

à lui seul de quoi rémunérer plusieurs savans distingués, et réunit en ses mains des pouvoirs considérables dont le plus saint homme pourrait gravement abuser. Quel est, en effet, l'homme assez modéré pour ne pas employer ses forces en faveur de ses amis et contre ceux qui lui déplaisent?

M. Orfila peut abuser de son autorité : 1° parce qu'à l'Université il est, jusqu'à un certain point, juge de lui-même, comme professeur et comme doyen de la Faculté; 2° parce qu'au conseil de département il contrôle, en partie, les résolutions auxquelles il a concouru comme membre du conseil des hôpitaux, en sorte que, dans chacune de ces fonctions, il manque réciproquement d'indépendance vis-à-vis des autres; 3° parce qu'il peut abuser, dans deux assemblées successives, de l'excès d'influence que le cumul de deux votes lui procure, soit dans les choses, soit contre les personnes.

1° *A l'université*, disons-nous, *il est juge de lui doyen de la Faculté de médecine*. En effet, membre du conseil de l'Université, il doit se surveiller comme doyen; il le doit d'autant mieux qu'il est, au conseil de l'Université, spécialement chargé de ce qui regarde l'enseignement médical. Peut-on croire qu'il sera un censeur bien sévère, un surveillant bien rigoureux pour le doyen de la Faculté?

M. Orfila n'est-il pas dans cette situation, comme serait un militaire qui occuperait à la fois, dans le même régiment, trois degrés successifs de la même hiérarchie, par exemple, les places de sous-lieutenant, de lieutenant et de capitaine, et qui, étant capitaine, se jugerait comme sous-lieutenant et lieutenant.

Il n'est pas nécessaire de demander si un semblable cumul de pouvoirs a le sens commun, et si les vertus de M. Orfila peuvent rassurer sur la manière dont cet honorable cumulard entend et accomplit ses devoirs. Il suffit que ce cumul compromette le service pour qu'un ministre soit impardonnable de le souffrir. Autre abus non moins criant : dans toute discussion qui n'est pas de son goût, et pour s'opposer à toute menée qui le contrarie, M. Orfila a soin, devant la Faculté de médecine, de se prévaloir des dispositions peu favorables qu'il sait être, assure-t-il, celles du conseil royal de l'instruction publique, et, devant le conseil, il se prévaut de l'opposition formelle qu'il affirme, souvent à faux, être dans l'opinion de la Faculté.

2° Au conseil municipal, M. Orfila contrôle ses propres actes comme membre du conseil des hôpitaux. Le conseil du département de la Seine prononce sur une foule de questions préalablement traitées et résolues dans le conseil des hôpitaux. Or, M. Orfila ira-t-il voter, dans le conseil municipal, contre une proposition qu'il aura faite ou appuyée dans le conseil des hôpitaux. Si, par exemple, il a voté dans le premier une dépense pour une construction inutile, ne la votera-t-il pas encore dans le second? S'il a voté, dans le premier, pour la création d'une place en faveur d'un protégé, ira-t-il s'y opposer dans le second? N'est-il pas raisonnable que les questions qui sont soumises au contrôle, à la discussion et au vote de deux conseils différens, le soient à des conseils composés d'hommes tout à fait divers? Puisque le nombre des membres de ces conseils est limité, peut-on le laisser diminué de tous ceux qui siégent à la fois dans l'un et l'autre conseil? A quoi bon avoir deux fois l'opinion de la même personne dans deux conseils différens? Un pareil cumul n'est-il pas contraire à l'esprit qui a présidé à l'institution des conseils, et un ministre est il excusable de le souffrir?

3° Pouvant agir suivant ses affections, ses rancunes personnelles et ses caprices, M. Orfila peut provoquer sans pudeur les arrêtés les plus contradictoires.

Ainsi, M. Orfila, en 1836 ou 1837, n'a-t-il pas fait prendre une décision qui a obligé M. Sanson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à aller faire son cours de clinique à l'hôpital de la Pitié, loin des élèves, sous le prétexte qu'il y avait déjà deux cliniques à l'Hôtel-Dieu? N'a-t-il pas, au moyen de deux décisions tout opposées, fait passer successivement M. Rostan de la Pitié à l'hôpital de la Faculté de médecine en 1833, pour que sa clinique fût plus rapprochée de la résidence des élèves, et de ce dernier hôpital à l'Hôtel-Dieu en 1839, bien qu'il y eût déjà et toujours deux cliniques, comme en 1837. Pourquoi donc M. Orfila a-t-il fait rejeter M. Sanson de l'Hôtel-Dieu à la Pitié? pourquoi a-t-il fait venir M. Rostan de la Pitié à l'Hôtel-Dieu? Pourquoi une décision si défavorable à l'un et si favorable à l'autre? D'où viennent ces iniquités et cet arbitraire? Pourquoi M. Orfila se généralise-t-il vis-à-vis de ses confrères, même les plus distingués dans la pratique et l'enseignement, lorsqu'ils ont le malheur de lui déplaire! Aux hôpitaux, à la Faculté, à l'Université, partout où ils peuvent porter leurs réclamations, M. Orfila n'est-il pas là, chargé tout spécialement des affaires médicales, pour leur répondre?

Quand les institutions sont assez aveugles pour ne pas prévoir les effets d'une semblable réunion de pouvoirs, et en reconnaître l'incompatibilité; quand l'administration supérieure elle-même n'aperçoit pas de semblables absurdités, et expose ainsi les citoyens les plus honorables aux sourdes vengeances de l intrigue, aux violences d'un despotisme audacieux, ne doit-on pas s'attendre à voir la cause produire naturellement ses effets? Si on ne remédie bientôt aux abus que nous signalons, si l'on n'en tarit la source bien vite, nous en montrerons tous les funestes résultats; car tous ceux que nous venons d'indiquer ne sont qu'un faible échantillon de tout ce que nous connaissons d'abus odieux et révoltans. Le scandale alors retombera sur ceux qui l'auront voulu; s'ils sont coupables d'avoir fait et souffert le mal par imprévoyance, ils le seront bien davantage de l'avoir laissé persister quand on l'avait signalé. (*National.*)

Prix de 300 francs.

La Société phrénologique avait nommé une commission pour suivre les expériences pleines d'intérêt auxquelles se livre M. Bouillaud pour démontrer l'influence du cervelet sur la station et l'équilibration; ces expériences ne tendent à rien moins qu'à prouver que le cervelet ne préside pas seulement aux fonctions génériques. M. le docteur Belhomme, rapporteur de la commission, a cru devoir citer un petit article inséré dans notre numéro du 21 juillet (article que nous avions emprunté aux Archives générales), et d'où il résulte que sur un chat récemment tué par une blessure au cœur, M. Budge irrita le cervelet avec la pointe d'un scalpel, et vit manifestement les testicules se mouvoir à chaque piqûre du cervelet; les mouvemens étaient en rapport avec la *force* (et non pas la *forme*) de chaque piqûre. M. le professeur Bouillaud a regardé ce fait comme apocryphe; si M. Budge ne s'est pas fait illusion, qu'il se hâte d'accepter le défi de M. Bouillaud, qui donnera un prix de 300 fr. à celui qui répétera cette expérience avec succès. X.

— Deux nouveaux cas de strabisme ont été opérés hier en présence de M. le docteur Vincent Duval, le célèbre orthopédiste de Paris. Le premier, par le docteur Huet, sur un enfant âgé de douze ans; l'autre par le docteur Tarral, sur une jeune anglaise de vingt-huit ans. Celui-ci était un strabisme divergent, l'œil tourné en dehors, qu'on rencontre rarement, puisque son existence a été niée. Ce dernier fait prouve que les deux espèces de strabisme peuvent être également guéris par la seule section du muscle qui entraîne l'œil dans une direction vicieuse.

(*Journ. du Hâvre.*)

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 4 AOUT 1840. (15e ANNÉE.) N° 91, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5[illegible]

HOPITAL DES ENFANS. — (Chirurgie.)

M. GUERSANT FILS.

Calcul vésical adhérent?

Nous allons rendre compte aujourd'hui du petit malade couché au n° 5 de la salle Saint-Côme, qui nous présente quelques symptômes graves d'une affection de la vessie. En effet, depuis un an il éprouve des douleurs en urinant, analogues à celles des sujets qui sont affectés de la pierre. Ces douleurs le font trépigner chaque fois que l'expulsion des urines s'effectue, et à exercer des tiraillemens sur la verge.

Nous avons soumis cet enfant au catéthérisme, et sur le côté droit du bas-fond de la vessie, nous avons rencontré un point rugueux assez résistant. Deux jours après la sensation d'un calcul en contact avec l'algalie a été obtenue de nouveau par nous, et a pu être également obtenue par d'autres personnes. D'autre part, l'infirmière confirmant les renseignemens qui nous avaient été fournis par les parens, nous a assuré que l'enfant souffre quelquefois en urinant. Nous l'avons fait uriner devant nous; mais alors il n'a pas souffert, et les urines se sont écoulées par un jet non interrompu.

Comme vous voyez, le diagnostic de la maladie de cet enfant ne laisse pas de présenter quelque difficulté. Assurément nous avons affaire à une affection de la vessie; évidemment aussi il s'agit d'un calcul; mais ce corps ne se présente pas dans les conditions ordinaires; et nous paraît être fixé sur un point, puisqu'il n'offre aucun des symptômes que pourrait réveiller son déplacement; tels que les pissemens sanguins, exacerbation des douleurs par la marche et les mouvemens en général, l'interruption plus ou moins soudaine du jet des urines au moment de leur expulsion.

Se pourrait-il que nous eussions affaire à un calcul enchatonné? Cette disposition se rencontre fréquemment chez les vieillards, dont la vessie offre souvent la conformation à colonnes; mais cela n'est point du tout commun chez les enfans; et quoique M. Leroy d'Etiolles soutienne l'opinion contraire, et dise que cela se rencontre plus fréquemment qu'on ne le pense généralement, nous pouvons vous assurer, au contraire, d'après les nombreuses autopsies que nous avons faites, qu'il n'en est point ainsi.

Nous devons encore nous demander si nous n'aurions pas affaire, au lieu d'un calcul, à l'incrustation d'un des points de la surface intérieure de la vessie par une substance crétacée. Pendant la durée de notre internat dans le service de Dupuytren, il se présenta un enfant dont la surface interne de la vessie était tapissée par une substance crayeuse, à l'instar de certains tubercules du mésentère. Chez cet enfant, non-seulement Dupuytren, mais M. Sanson et M. Breschet, avaient également obtenu la sensation que fournit au catéthérisme la présence d'un calcul dans la vessie; il fut taillé, et l'on ne trouva pas de calcul. Guéri de son opération, cet enfant quitta l'Hôtel-Dieu pour y rentrer deux ans plus tard, atteint d'une phthisie pulmonaire à laquelle il succomba. Nous fîmes l'autopsie; et, ainsi que nous venons de le dire, nous trouvâmes la muqueuse vésicale recouverte d'une incrustation crétacée.

Les mêmes conditions se présenteraient-elles aujourd'hui chez notre petit malade? Au demeurant, nous avons évidemment affaire à un corps qui n'est point libre dans la vessie, et partant, aucune opération n'est indiquée. Tout ce que nous avons de mieux à faire pour le présent, c'est de soumettre notre petit malade à l'usage intérieur des eaux de Vichy. J'ai eu souvent l'occasion d'employer ces eaux chez les calculeux de Bicêtre, et j'ai des preuves par devers moi de l'efficacité de leur action lithontriptique.

Toutefois, si un examen ultérieur nous faisait reconnaître que le calcul est saillant et proéminait au point de pouvoir être saisi par l'instrument lithotripteur, nous essayerions d'en opérer le broiement après l'avoir détaché, si toutefois il n'adhérait que faiblement. Mais s'il fallait faire de grands efforts pour le détacher, mieux vaudrait abandonner toute sorte de tentative dans ce sens, et se réduire à pratiquer la taille.

Nous procéderons donc prochainement à un nouvel examen avec l'instrument lithotripteur.

Double pied-bot. Ténotomie au côté droit d'après le procédé de M. Bouvier.

Aujourd'hui nous allons pratiquer la section du tendon d'Achille chez la petite fille couchée au n° 9, de la salle Sainte-Thérèse et de laquelle nous vous avons entretenu à plusieurs reprises. Nous croyons, à cette occasion, devoir revenir en peu de mots sur son histoire.

Entrée à la clinique avec un double pied-bot congénital, la section du tendon d'Achille a d'abord été pratiquée à gauche, le 21 mai, d'après le procédé de M. Bouvier. Deux jours après l'opération, la bottine de M. Bouvier a été appliquée par le mécanicien-bandagiste même. Mais des excoriations occasionnées par celle-ci en ont fait tour-à-tour suspendre et reprendre l'emploi. Par suite de ces interruptions apportées au traitement, le pied revenait insensiblement à sa direction première, et la difformité tendait à se reproduire. Dans cet état de choses nous avons songé à remplacer la bottine de M. Bouvier par l'appareil à fractures du péroné de M. Dupuytren, et par ce moyen nous avons bien réussi à donner une bonne direction au pied et évité de provoquer de nouvelles excoriations au moyen de la bottine.

Ce n'est que plus tard que M. Bouvier nous a engagé à reprendre l'usage de la bottine. Aujourd'hui le pied se trouve fléchi à angle droit, et bientôt nous espérons arriver à l'angle aigu. Actuellement on remarque, sur le pied opéré et au pourtour de la plaie produite au moment de l'opération, les traces phlycténoïdes occasionnées par la bottine.

Ce matin nous opérerons l'autre pied, le droit, et nous ne ferons point l'application de la bottine pour ne pas avoir encore d'excoriation, mais nous chercherons à guérir par l'emploi d'un bandage simple. Vous comprenez d'ailleurs de quelle importance il serait si l'on parvenait à substituer des bandages simples à des bottines toujours beaucoup plus dispendieuses et plus difficiles à se procurer. Or l'appareil de Dupuytren pour la fracture du péroné n'étant point susceptible de déterminer la flexion du pied sur la jambe, nous avons imaginé de lui substituer une simple attelle postérieure brisée et articulée angulairement au talon, creusée d'une gouttière pour recevoir la jambe, et garnie à cet endroit d'un coussinet de balles d'avoine. La partie de cette attelle qui correspond au pied peut être rapprochée de l'autre pour opérer la flexion du pied au moyen de plusieurs rubans.

Dans deux ou trois jours, quand la plaie que nous allons pratiquer chez notre petite fille sera cicatrisée, nous ferons l'application de cette attelle. Je dois vous avouer que je n'ai pas dans ce moyen une confiance capable de me faire espérer que nous réussirons entièrement; mais avec l'expérience nous pourrons en corriger les inconvéniens et le modifier selon l'exigence.

Note du Rédacteur. Cette fille a été opérée immédiatement après la leçon en présence de M. Bouvier et par son procédé.

Destruction de cicatrices résultant d'une brûlure par les procédés de Delpech et de Dupuytren combinés.

Avant de passer à l'examen de nouveaux malades, nous devons vous entretenir encore un instant de la petite malade couchée au n° 7 de la salle Sainte-Thérèse, chez laquelle nous avons pratiqué le 26 mai, la destruction d'une vaste bride résultant d'une brûlure existant au membre pelvien gauche, et ayant déterminé la flexion permanente de la jambe sur la cuisse, flexion qui conservait une tendance à s'accroître tous les jours.

La bride, vous vous en rappelez, a été détruite d'après les procédés combinés de Dupuytren et Delpech. Nous avions pensé d'abord donner la préférence absolue à celui de Delpech; mais les difficultés que l'opération nous a

---

FEUILLETON.

STRUCTURE SPIRO-VÉSICULAIRE DES POILS ET DES CHEVEUX,

Et analogie complète de leur développement avec celui des poils et organes élémentaires des tissus végétaux.

Par M. F.-V. RASPAIL.

Dans le *Nouveau système de physiologie végétale*, j'ai démontré que la spire existe (en nombre variable selon l'âge et l'exposition de l'organe) dans tous les organes, même les plus élémentaires des végétaux, dans les grains de pollen et ceux de fécule; et j'ai déduit la théorie du développement et de la symétrie des organes, de l'accouplement des spires qui se rencontrent dans le sein de chacun d'eux (1). L'analogie me porta à admettre dès lors que le même phénomène se montrerait à nos yeux dans l'étude des organes élémentaires des animaux.

L'observation directe, en effet, avait déjà confirmé mes premières prévisions, et, dans le *Nouveau système de chimie organique*, 2e édition, pl. 18, fig. 13, 15, 16 et 18, j'ai figuré la spire dans la capacité des tubes musculaires des animaux adultes, et dans les vésicules élémentaires du fœtus d'un insecte.

Quant aux poils, j'avais admis dès lors leur structure en spirale; mais je n'avais pas assez de temps à donner à cette étude accessoire, pour parvenir à découvrir la spire génératrice dans leur capacité.

L'occasion de reprendre ce chapitre de fine anatomie me fut offerte au commencement de 1839 par M. Guichardière, un de nos artistes chapeliers qui ont introduit le plus d'innovations dans la théorie et dans la pratique de la chapellerie. Ayant eu l'idée de faire dessiner par un de nos micrographes le plus en renom les poils qu'on emploie pour le *feutrage*, il se trouva que les dessins qu'il obtint de l'un étaient diamétralement opposés aux dessins pris sur le même objet par l'autre. Il voulut bien alors me consulter à mon tour, et il me confia jusqu'à cinquante échantillons divers de matières premières indigènes ou exotiques, provenant des divers animaux dont le poil est mis à contribution dans le foulage des chapeaux de feutre; ce qui me mit à même de recommencer l'étude des poils sur une grande échelle, et m'a fait parvenir à obtenir enfin la preuve directe d'une structure qui me paraissait indubitable, mais que je n'avais admise jusque-là que théoriquement.

Je puis fournir aujourd'hui la méthode favorable pour observer dans l'intérieur d'un poil des animaux la même spire qui se dessine avec tant d'élégance dans nos conferves des ruisseaux. La note succincte que je publie aujourd'hui est appuyée sur 140 figures dessinées sous mes yeux au microscope par mon fils aîné, qui va s'occuper de les graver sur cuivre. Ces figures sont comparatives; elles ont été prises au même grossissement de quatre-vingt-dix diamètres seulement, et elles reproduisent toute la grandeur apparente de l'image.

Lorsqu'on étudie un poil au microscope, avant toute espèce d'explication, on obtient autant de grossissemens, d'aspects et de structures différentes, qu'on l'observe à une distance plus ou moins considérable de sa base ou de son sommet. Cette diversité apparente est encore bien plus féconde en illusions, lorsqu'on multiplie ses observations sur les poils des divers animaux.

Mais il est facile de se rendre raison de ces apparences, et de les ramener à un même type, dès qu'on est parvenu à découvrir l'existence de la spire dans la capacité de chacun de ces organes.

Or, l'existence de cette spire sera désormais un fait démontré, et non une hypothèse fondée sur l'analogie.

Deux sortes de poils composent la robe des quadrupèdes, les uns que l'on désigne sous le nom de *feutre-laine* ou *duvet*, et les autres sous celui de *jarre*, *crin* ou *cheveu*; les poils du *feutre* sont beaucoup plus minces que ceux du *jarre*; ils sont susceptibles de former une trame, un *feutre*, en se contournant les uns autour des autres. Les poils du *jarre* se développent droits, fermes, et le peigne suffit pour les démêler, les arranger parallèlement les uns aux autres, en former une surface lisse; tandis que la carde elle-même n'empêche pas le *feutre* de se crisper.

Quant à la longueur relative du *jarre* et du *feutre*, elle est, chez certains animaux, l'inverse de celle que ces organes affectent chez certains autres. Le *jarre* est longuement dépassé par le *feutre* ou la *laine* chez les agneaux; le *feutre* ou *duvet* est longuement dépassé par le *jarre* chez les chèvres; moins longuement chez les lapins, les lièvres, les chats; et plus ou moins longuement chez les chiens, selon les diverses races. Dans la race homme, on pourrait comparer la chevelure du nègre au *feutre* des quadrupèdes, et la chevelure du blanc au *jarre*.

L'industrie n'emploie pas indistinctement le *feutre* ou *duvet* à la place du *jarre* et réciproquement; et l'une des opérations les plus délicates de l'art de la chapellerie est celle que l'on désigne sous le nom d'*éjarrage*, qui consiste à épiler une toison de son *jarre*, afin de n'avoir d'autre matière à fouler que le *duvet* ou *feutre* le moins mélangé de poils raides et non susceptibles de se contourner par le foulage; car l'inertie de ceux-ci ne saurait que nuire d'autant au succès de l'opération à laquelle se prêtent si bien les autres.

Cette énorme différence entre ces deux produits organisés ne tient pourtant qu'à une fort simple modification dans leur structure interne, ainsi qu'on le verra plus bas.

Si on examine à un grossissement d'environ cent diamètres, le *jarre* ou poil raide d'une souris, vers la base de l'organe, on a sous les yeux un tube fortement ombré sur les bords et dont la surface paraît pavée de losanges noirs rangés sur des lignes spiralaires parallèles entre elles. C'est un échiquier de losanges étendu sur un tube.

Mais à mesure qu'on s'approche de l'extrémité, on voit le nombre des losanges diminuer et s'éclarcir; et, à la faveur de la transparence toujours croissante du tube, on arrive à distinguer parfaitement dans son intérieur une spire qui se déroule de proche en proche, comme un ruban, en se prêtant, par le diamètre de ses tours, au décroissement progressif du tube qui l'enferme. Rien ne rappelle mieux que cette sommité de poil, l'aspect et la structure des jeunes individus de la *conferva jugalis* de nos russeaux, alors qu'ils n'ont encore, dans la capacité de leurs articulations qu'une seule spire, et qu'ils ne se composent que d'une seule articulation.

Un ruban de spire étant une fois constaté dans la sommité transparente d'un poil, il doit paraître évident par tout ce que nous apprend l'étude des organes analogues des végétaux, que cette spire n'est pas ainsi isolée dans l'intérieur de la portion opaque et inférieure du poil. Dans un tube tapissé de spires, il faut bien, en effet, toujours que l'une d'elles s'isole la première et s'échappe seule vers l'extrémité.

Admettons donc que plusieurs paires de ces rubans s'entrecroisent, en se déroulant, contre les parois du tube, et dès-lors chaque entrecroisement réfractant plus fortement la lumière que la substance simple de l'un quelconque de ces rubans, produira au microscope, l'un de ces losanges que nous avons dit se des-

(1) Voyez la note que je publiai à ce sujet dans la *Gazette des Hôpitaux* du 7 avril 1836.

présentées, nous ont forcé de le combiner à l'autre que nous avons indiqué.

Après l'opération et pendant plusieurs jours, nous avons soumis cette petite malade à l'usage de l'eau froide. La cicatrisation a marché en haut et en bas, puis elle a éprouvé un temps d'arrêt; alors, aux applications d'eau froide nous avons fait succéder les pansemens avec l'eau chlorurée.

Mais ceux-ci n'ayant aucunement influencé favorablement la marche du travail de réparation, on leur a successivement substitué les pansemens avec le vin, les bandelettes agglutinatives, et enfin le coton, que nous avons laissé en place jusqu'à huit jours de suite sans défaire le pansement. La cicatrisation n'a pas mieux marché sous l'influence de ces différens moyens; mais un certain degré de ramollissement de la cicatrisation déjà effectuée ayant été obtenu par ce dernier, nous avons tenté de modifier la surface de la plaie restante, et de hâter, par conséquent, la cicatrisation en pansant la plaie avec un linge troué et cératé, saupoudré d'alun.

Depuis huit à dix jours que nous persistons dans l'emploi de ce moyen, il est survenu un amendement notable; la plaie a pris un meilleur aspect et la cicatrisation marche avec régularité.

Nous continuons à pratiquer l'extension de la jambe sur la cuisse au moyen d'une attelle postérieure. Du reste, l'état général de cette petite malade se maintient bon quant à présent et elle n'a point de diarrhée.

Ablation d'une tumeur fibreuse enchatonnée dans le corps de l'uterus; par M. Amussat.

Nous avons déjà parlé d'une opération remarquable pratiquée par M. Amussat, et dont il a fait communication à l'Académie. Voici le fait dans tous ses détails.

Une dame âgée de quarante-huit ans, était depuis plusieurs années affectée de pertes abondantes en rouge et en blanc. M. Amussat avait été appelé auprès de cette malade par M. le docteur Troussel, qui lui donnait ses soins.

A l'examen, il constata une tumeur dans la paroi postérieure de l'utérus, y compris le col. Cette tumeur y formait une saillie arrondie, n'offrait pas de fluctuation, présentait partout la même résistance, à surface lisse, et ne paraissait pas sensible au toucher. La lèvre antérieure du col et une grande partie de la paroi antérieure du corps de cet organe étaient très amincis. La lèvre postérieure était volumineuse, arrondie, dure, plus saillante que l'antérieure, et se confondait avec la tumeur. L'utérus était mobile, arrondi, en forme de poire, et son fond s'élevait à trois ou quatre travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne.

La dilatation du col était à peu près de l'étendue d'une demi-pièce de cinq francs.

La partie visible de la tumeur était d'une couleur grisâtre, violacée, assez semblable à celle des polypes. Sa surface était enduite d'une couche de mucosité peu adhérente, facile à enlever, ayant une odeur fade peu prononcée, et non l'odeur *sui generis* de la suppuration des surfaces cancéreuses. Le doigt atteignait le fond de l'utérus en occasionnant un léger écoulement de sang, mais peu de douleurs.

Les ovaires et les ligamens larges ne paraissaient point engorgés. La matrice était développée d'une manière régulière, formant un ovoïde exact. Cet examen s'accordait avec celui du docteur Troussel.

D'après cet examen, M. Amussat pensa qu'il était possible de tenter une opération. Vu l'état fâcheux de la malade, c'était la seule voie de salut pour elle. MM. Ribes et Récamier furent de l'avis de M. Amussat.

Il se proposait d'agir de la manière suivante :

1° Abaisser l'utérus autant que possible ;
2° Dilater l'entrée du vagin et l'orifice du col utérin.
3° Saisir la tumeur avec des pinces de Museux ;
4° Chercher à l'isoler du col et du corps de l'utérus.
5° Puis faire ultérieurement ce qui serait nécessaire au fur et à mesure des indications.

En présence de M. Troussel, la malade fut placée comme pour la taille périnéale. L'utérus était fort aminci en arrière au niveau de la tumeur.

Trois pinces érignes furent implantées dans la tumeur aussi loin que possible, et réunies de manière à pouvoir exercer des tractions modérées en différens sens, comme avec un forceps. M. Amussat agit avec les doigts de façon à séparer de plus en plus la tumeur de ses attaches à la matrice. Il parvint à séparer entièrement la partie inférieure de la tumeur de ses attaches au col de l'utérus, de sorte que cette portion de tumeur se trouvait dans les conditions de polypes pédiculés. On continua les tractions et on abaissa l'utérus dans le petit bassin par une pression exercée méthodiquement au-dessus du pubis. Cependant le col de l'utérus, disposé en bourrelet assez résistant, ne se laissant plus dilater, et paraissant mettre obstacle à la sortie de la tumeur, fut débridé par quelques petites incisions en plusieurs points; mais, ce débridement opéré, la tumeur n'avançait pas, preuve qu'elle était retenue nonseulement par son volume, mais encore par ses attaches à l'utérus.

A l'inspection des déchirures de la tumeur par les pinces de Museux, qui s'étaient détachées plusieurs fois, on reconnut qu'elle avait une enveloppe kystiforme assez épaisse et assez résistante, formant comme une espèce de bride tendue sur cette tumeur. M. Amussat l'incisa comme il avait fait pour le col utérin, par plusieurs petits coups de ciseaux ou de bistouri.

On continua avec les pinces les tractions sur la tumeur, dont on tâcha de détruire avec les doigts les adhérences. Le fond de l'utérus s'affaissait, suivait la tumeur, ellemême, de manière à se renverser comme un doigt de gant que l'on retournerait. M. Amussat détacha avec précaution la tumeur du fond de la matrice; aussitôt l'utérus remonta dans le bassin, le col se resserra sur le fond renversé, qu'on réduisit pour s'opposer à l'étranglement. La vulve fut lavée avec de l'eau fraîche. La malade perdit peu de sang pendant l'opération, et tout écoulement cessa aussitôt après l'extirpation de la tumeur.

Examen de la tumeur. Forme, couleur et volume d'un petit œuf d'autruche. Poids, 338 grammes (11 onces environ).

Grand diamètre, 12 centimètres (4 pouces 5 lignes).
Petit diamètre, 7 centimètres (2 pouces 7 lignes).
Grande circonférence, 30 centimètres.
Petite circonférence, 22 centimètres.

Surface d'apparence albuginée, offrant des commencemens de lobules; à sa partie supérieure et à droite, on remarquait deux saillies mamelonnées: la plus grosse avait le volume d'une forte aveline.

Consistance molle. Intérieurement, la tumeur était homogène, d'un blanc mat nacré, offrant des lignes concentriques plus blanches. Sa substance ne criait pas sous le tranchant de l'instrument.

La surface extérieure était plus jaune, mais de même nature que la substance intérieure, et se confondait avec elle. C'était une tumeur fibreuse enkystée dans la matrice.

L'épaisseur de l'utérus, après l'extirpation de la tumeur, était, en plusieurs points, réduite à 3 ou 4 millimètres.

Suites de l'opération. Quelques jours après symptômes de phlébite et de résorption purulente. La malade est maintenant en pleine convalescence.

Résumé d'un Mémoire sur le torticolis ancien et le traitement de cette difformite par la section sous-cutanée des muscles retractés; présenté à l'Académie des sciences le 20 juillet 1840; par M. le docteur Jules Guérin.

Monsieur le président,

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie de nouvelles recherches sur le torticolis ancien et le traitement de cette difformité par la section sous cutanée des muscles rétractés. Parmi les observations nouvelles consignées dans ce Memoire, je citerai les suivantes :

1° J'ai non seulement établi que le torticolis ancien ou congénital est, comme le pied-bot, les déviations de l'épine et les autres difformités articulaires du squelette, le produit de la rétraction musculaire, mais j'ai été conduit par cette doctrine à déterminer les différentes variétés anatomiques qu'il affecte, et dont jusqu'ici on ne connaissait que celles produites par le raccourcissement du sterno et du cleïdo-mastoïdien; ainsi j'ai reconnu que la rétraction du splénius, du trapèze, des scalènes, de l'angulaire de l'omoplate, des muscles droits et obliques de la tête, peuvent successivement et collectivement donner lieu à autant de variétés du torticolis, et ces variétés revêtir des caractères qui leur sont propres et impliquer la nécessité d'un traitement chirurgical et mécanique spécial.

2° Tous les auteurs avaient méconnu les altérations profondes des os de la tête et de la face, et même la plus grande partie de celles de la colonne dans le torticolis latéral. J'ai constaté que l'atrophie de la moitié de la face, que j'avais déjà signalée il y a quatre ans comme un des effets constans de cette difformité, s'étend aussi bien au squelette qu'aux parties molles : ainsi l'os de la pommette, les maxillaires supérieur et inférieur, et toute la moitié du crâne participent à la même altération. J'ai constaté en outre que cette atrophie présente des caractères propres, qui m'ont dévoilé sa véritable origine : en effet, il n'y a pas seulement affaissement et réduction de volume des parties, mais abaissement et tiraillement de ces mêmes parties, suivant une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors. J'ai montré la liaison de ces faits à élémens multiples et complexes, avec un autre fait également méconnu jusque là, à savoir, l'inclinaison latérale de la colonne cervicale sur la première dorsale, en sens inverse de l'inclinaison de la tête. Par suite de cette inclinaison, qui place la tête en dehors de l'axe du tronc jusqu'à 6 centimètres quelquefois, l'espace sus-scapulaire du côté de l'inclinaison de la tête acquiert souvent le double de longueur de celui du côté opposé. Il en résulte que la peau étant fortement tendue et entraînée dans le sens de l'inclinaison du cou, ne cède qu'à la condition de tirailler et de comprimer les parties auxquelles elle adhère; de là une compression et une traction oblique sur toute la moitié de la tête et de la face, et l'origine des déformations dont ces parties sont le siége.

3° Au milieu de ces déformations, l'œil correspondant au côté abaissé présente une disposition spéciale digne de remarque : au lieu de suivre le mouvement d'abaissement oblique propre aux autres parties de la demi-face, il s'abaisse en effet, mais par un mouvement de rotation suivant son grand axe, il tend à reprendre la situation horizontale, de manière à ce que les axes trans-

siner, par des séries de spirales, à travers la surface d'un poil jarreux de la souris.

Dans l'intérieur du jarre du lapin de garenne, on distingue à l'extrémité un tube d'un diamètre moitié plus petit que le diamètre extérieur, et évidemment ce tube interne est tapissé de deux spires qui marchent parallèlement et non en sens inverse l'une de l'autre. Mais le tube devient de moins en moins transparent, à mesure qu'on redescend vers la racine du poil, et alors le poil n'offre plus qu'une surface en apparence pavée de fentes quadrilatères alternativement blanches et noires, et dirigées en séries de spirales d'un mouvement très lent. C'est encore ici un effet d'optique de l'entrecroisement des spires nombreuses qui tapissent le tube interne du poil, et se meuvent d'une manière uniforme et régulière.

On peut faire varier ces effets d'optique sur le même poil, selon qu'on l'observe dans l'air, plongé dans l'eau ou dans l'huile. Cette dernière substance est le milieu le plus propice pour mettre en évidence l'existence et la direction des spires, car le tube graisseux du poil ayant un pouvoir réfringent fort voisin de celui de l'huile, y acquiert une très grande transparence, en sorte que la lumière transmise n'est presque plus réfractée par les spires qui se déroulent dans l'intérieur. On a soin de recouvrir la nappe d'huile dans laquelle sont plongés les poils à observer, avec une lame mince de verre, pour rétablir le parallélisme des surfaces que la lumière doit traverser.

Une fois qu'on a eu occasion d'observer ces effets de réfraction sur un poil, en ne perdant pas de vue la cause interne qui les détermine, il n'est pas d'accident et de modification visuelle dont on ne se rende compte avec la plus grande facilité; l'on ramène nécessairement au même type d'organisation et de structure les poils en apparence les plus diversement conformés, et l'on ne tarde pas à se convaincre que les brins du *duvet* ou *feutre* n'offrent jamais, dans leur tube intérieur, qu'une seule spire qui s'y déroule veuve et inféconde ou deux spires de même direction qui se suivent sans pouvoir jamais se rencontrer et s'accoupler, tandis que le tube interne du *jarre* est riche en spires divergentes qui se croisent et s'accouplent à chaque tour.

De là vient que les brins du *feutre* restent grêles, étiolés et se roulent eux-mêmes en spirales, obéissant à l'impulsion unique de leur spire interne, qu'aucun antagonisme ne vient contrebalancer, tandis que les spires de direction contraire venant à se multiplier dans le tube interne du brin du *jarre*, non seulement contribuent à son accroissement en diamètre, mais se maintiennent dans la direction rectiligne, par l'antagonisme de leurs entrecroisemens et la régularité de leurs directions opposees.

Le *feutre* est un *jarre* étiolé et incomplet faute de symétrie.

Le *jarre* est un *feutre* pourvu des élémens destinés à le maintenir symétrique et à continuer indéfiniment son développement rectiligne.

Le *crin* du cheval est le *jarre* le plus long et le plus fort. Les beaux cheveux noirs de la femme sont un *jarre* plus simple. Les cheveux blancs de la vieillesse sont aux cheveux noirs de l'âge mûr, ce que le *duvet* est au *jarre* sur le même animal.

La *laine* des moutons est le *feutre* le plus long que nous connaissions.

On *natte* le *jarre*, les *crins* et les *cheveux*; on file, on tisse, on feutre la *laine* et le *duvet*; et, pour augmenter les qualités que la *laine* ou le *duvet* offre à l'action du feutrage, le chapelier la fait passer préalablement par une opération qui porte, en chapellerie, le nom de *secrétage*, parce qu'on en a fait long-temps un secret dans cette fabrication.

Ce secret consiste à imbiber aux deux tiers les poils de lapin ou de castor d'une dissolution de *nitrate acide de mercure*, dont l'action corrosive se reportant inégalement sur les parois du tube, ajoute encore à son défaut d'antagonisme, et à ses tendances à la torsion. On distingue donc les poils, en poils *sécrétés* ou poils qui ont subi l'opération du *sécrétage*, et poils *veules* ou poils non sécrétés.

La différence de ces deux états du poil est plus facile à juger à l'apprêt qu'au microscope; les réactifs seuls pourraient faire distinguer à cet instrument la portion du poil vierge de *sécrétage*, de celle que cette action a pu atteindre et modifier; et si cette opération a passé du secret de la fabrication dans le domaine public, il n'en est pas moins vrai que la théorie de son action est encore un secret pour le microscope. Il faudrait entrer dans trop de détails, pour tenter de soulever un coin du voile qui la recouvre.

Revenons à la structure anatomique du poil. Il serait trop long d'énumérer une à une toutes les différences accidentelles, que peuvent présenter les divers poils que j'ai eu à examiner. Je ne noterai ici que les principales.

Le *feutre* de la chèvre du Thibet semble porter sa spire à la surface; spire lâche et irrégulière qui décrit ses tours en ondulant et sans aucune énergie. Les spires qui tapissent le tube interne de son *jarre*, tube qui n'a que le tiers environ du diamètre extérieur, ces spires, en s'entrecroisant, paraissent le faire avec une espèce de désordre, qui produit à l'œil l'effet plutôt d'un *feutrage* que celui d'un *échiquier*; pour le bien observer, il faut avoir soin de le tenir plongé dans une nappe d'huile.

Les poils ou *feutre* de nos chèvres de France offrent leur spire unique à tours serrés et emboîtés, comme tout autant de godets, quand on les observe dans l'eau.

La laine de nos agneaux se rapproche du duvet de la chèvre du Thibet; seulement son diamètre est plus fort.

Les poils de la taupe, du chat d'angora, du chien griffon, de lièvre, de castor, de putois, offrent peu de differences essentielles entre eux.

Mais les poils de loutre, et surtout ceux d'ours marin, présentent une particularité qui les distingue de la masse des autres.

Tandis que la surface de tous les autres est lisse et cornée, le poil de l'*ours marin* est sculpté de saillies ovales, disposées par séries en spirales, et qui lui donnent l'air d'une tige de monocotylédones dont les feuilles seraient tombées, ou d'une tige de certains palmiers. Pour bien voir cette disposition externe, il faut observer le poil dans l'eau ou dans l'air. Quand on l'observe plongé dans une nappe d'huile, on ne distingue plus que le profil de ce travail sur les deux bords du tube, mais en compensation, on aperçoit très bien alors la spire dans la capacité du tube interne qui n'a que le tiers du diamètre du tube extérieur.

Le poil de loutre, plus grêle et plus transparent, possède une organisation analogue, mais à élémens pseudo-foliacés plus espacés et plus grêles. On les prendrait pour certains cylindres nerveux du fœtus, sur la surface desquels on voit disposés de distance en distance en spirale les germes des fibrilles nerveuses futures.

Ces deux sortes de poils forment le passage des poils aux bâtons d'oursins, et ils rappellent à s'y méprendre les poils de certaines papavéracées, ceux que l'on rencontre, par exemple, sur les individus dégénérés du *papaver orientale*.

Les poils feutrans de la vigogne rouge du Pérou, à part leur couleur un peu rutilante et leur faible diamètre, ressemblent par leur spire presque externe aux mêmes genres de poils de la chèvre du Thibet.

Quant aux poils humains, le tube interne en est si grêle qu'il est bien difficile d'y distinguer la spire qui s'y déroule; tout l'appareil ne peut y former qu'une ligne apparente noire entrecoupée en divers endroits par la diffraction des rayons lumineux; cependant, au moyen d'un acide ou de l'action de la potasse caustique, et lorsqu'on est averti d'avance de l'analogie que nous ve-

versaux des deux yeux continuent à être parallèles, bien que si tués à une hauteur différente. Ils sont ainsi comme placés en escalier. Cette curieuse disposition des yeux s'effectue spontément; rapprochée du fait d'une espèce de trouble et de confusion dans la vision chez les sujets redressés immédiatement par l'opération, elle m'a porté à penser que les humeurs de l'œil sont disposées suivant certains axes verticaux et transversaux qui établissent des rapports déterminés entre l'organe de la vision et les objets extérieurs pour l'exercice normal de cette fonction.

4° J'ai constaté que les artères du col, et particulièrement l'artère vertébrale du côté de l'inclinaison de la tête subissent des inflexions vicieuses avant leur entrée dans le crâne, et souvent une diminution de calibre ; double fait auquel j'ai cru pouvoir attribuer en partie l'atrophie de la moitié correspondante de la tête, et les céphalalgies qui accompagnent fréquemment le torticolis ancien. Cette induction est encore appuyée sur la disparition de ces douleurs de tête opiniâtres après le redressement de la difformité.

5° J'ai constaté que l'état du tissu musculaire est tout à fait différent dans le torticolis aigu, chronique et ancien ; dans le premier, le muscle n'est que contracturé, plissé, revenu sur lui même, comme dans la contraction physiologique. La contracture diffère essentiellement de la rétraction, où le muscle est passé à l'état fibreux. J'ai montré, en outre, qu'entre la contracture et la rétraction, il existe un état intermédiaire du tissu musculaire, dans lequel ce tissu perd sa consistance charnue, s'évide en quelque façon de sa fibrine, et se réduit à sa trame celluleuse. A ces trois états du tissus musculaire, doivent être adaptés trois modes de traitement différens : la contracture exclut la section des muscles, et se résout presque toujours par l'emploi de la pommade stibiée, le massage, et plus tard par l'extension brusque et saccadée ; la rétraction appelle, au contraire, de toute nécessité le traitement chirurgical, l'extension mécanique ne faisant que compléter la transformation fibreuse du muscle rétracté. Enfin j'ai constaté que les muscles rétractés étant ramenés par l'opération à leur longueur normale, et par conséquent affranchis des tractions auxquelles leur trop grande brièveté les soumettait, reprennent en peu de temps la consistance charnue et la contractilité dont leur transformation fibreuse les avait dépouillés.

6° J'ai démontré par plus de cinquante opérations de torticolis, contre l'opinion d'un grand nombre de personnes qui avaient considéré la méthode sous cutanée comme n'étant que très exceptionnellement applicable, qu'il est toujours possible d'avoir recours exclusivement à cette méthode. Pour les seuls cas où cette généralisation éprouverait quelque difficulté, j'ai imaginé un instrument et un procédé nouveaux, propres à diviser les muscles rétractés sous la peau, sans avoir jamais à redouter le moindre accident. Ce procédé, appelé le *procédé du doigt*, consiste à glisser le doigt index ou médius entre les muscles rétractés et les parties sous jacentes, en refoulant la peau au devant du doigt de manière à tenir les muscles isolés de ces parties, et soulevés comme sur une sonde. On fait pénétrer le ténotome sur le point correspondant à la pulpe du doigt ; on retire celui-ci au fur et à mesure que l'instrument s'enfonce jusqu'à ce qu'il arrive au bord opposé du muscle où il traverse une seconde fois la peau. La section des muscles s'effectue des parties profondes aux parties superficielles.

7° J'ai démontré qu'après la section des muscles rétractés, le redressement de la tête n'est qu'incomplet et ne produit que la moitié de la guérison ; que l'inclinaison inverse de la colonne cervicale sur la première dorsale persiste et exige l'emploi d'un traitement mécanique énergique et d'assez longue durée. J'avais déjà posé cette indication dans mon précédent mémoire ; elle a été justifiée par tous les cas de torticolis soumis à l'opération.

8° Les résultats des traitemens que j'ai entrepris doivent être considérés sous le rapport de l'opération chirurgicale qui en fait la base, et sous le rapport de leur efficacité absolue ; or, dans cinquante et quelques cas de section sous-cutanée des muscles du col, il n'est survenu aucun accident d'inflammation suppurative. Le produit définitif du traitement a été comme il suit : dans les deux tiers des cas environ, il y a eu redressement complet de la tête et du col ; dans l'autre tiers, toujours redressement de la tête avec amélioration notable de l'inclinaison du col. Les guérisons complètes ont été produites sur des sujets âgés de 6 à 27 ans ; les grandes améliorations, sur des sujets de 25 à 60 ans. J'ai redressé complètement la tête dans deux cas de torticolis datant de 47 et 49 ans. J'ai montré la raison de ces succès à un âge aussi avancé dans le mécanisme propre et le siége immédiat de la difformité. Le torticolis latéral consiste, en effet, principalement dans deux inclinaisons inverses de la tête sur le col, et du col sur la région dorsale, au moyen d'articulations spéciales. La difformité n'est par conséquent qu'une exagération permanente de mouvemens physiologiques.

Nota. J'ai joint à mon mémoire des planches représentant toutes les variétés du torticolis latéral, l'anatomie pathologique de la difformité et les procédés chirurgicaux et mécaniques que j'ai imaginés.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, le 24 juillet 1840.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du 27 juin 1840, a été imprimée une leçon de M. Rostan, sur la fièvre intermittente. Peu d'accord, ou mieux, complètement brouillé avec la plupart des propositions de ce praticien, ayant mis souvent à l'épreuve mes croyances, je ne puis laisser passer l'occasion d'en opposer quelques-unes à celles du professeur de clinique, et c'est pour cela, Monsieur, que je réclame quelques lignes dans vos pages. Je serai aussi bref que possible, me réservant, s'il le faut, de soutenir ce que j'avance, non point par de beaux raisonnemens, mais étayé sur des faits, sur beaucoup de faits.

1° M. Rostan dit que dans l'espace de quatre semaines, il a reçu plusieurs fièvres intermittentes, dont une seule se compliquait d'un léger engorgement de la rate. C'est vraiment bien malheureux que dans plusieurs cas cet observateur n'ait pu découvrir qu'une seule fois l'augmentation de volume de la rate, tandis que nous l'avons rencontrée dans tous les cas de fièvre légitime que nous avons eu occasion de voir, et nous en avons vu bon nombre.

Dans un écrit (notre thèse) que M. Rostan doit connaître, puisqu'il était président, nous avons cité quelques observations *authentiques* de coïncidence de fièvre intermittente avec l'augmentation de volume de la rate, et nous avons proposé à l'appui de notre opinion des centaines de faits, et nous tiendrons parole, s'il le faut.

Nous avons dit aussi dans le même travail, que : « Dans un cas de fièvre intermittente, nous avons trouvé par la percussion plessimétrique une rate de cinq pouces et demi, tandis qu'on avait annoncé qu'il n'y avait pas hypertrophie. Les assistans ont pu s'en convaincre comme nous. » (Page 36.)

Ce fait, nous devons le dire aujourd'hui, s'est passé dans les salles mêmes de la clinique de l'hôpital de l'Ecole, et ce n'est pas la seule fois que pareille occasion s'est présentée là ou ailleurs, et nous dirons que, lorsque pour juger le volume de la rate, on se borne à la palpation ou à une percussion *négligemment faite*, on est incompétent pour juger la question. Il faut, pour limiter un organe, employer tous les *moyens connus*, et *bien les employer*, sans quoi on se trompe, et on énonce des théories fausses renversées par ceux qui se donnent la peine de mieux examiner, de mesurer scrupuleusement.

2° « Nous devons examiner ici, dit plus loin M. Rostan, la doctrine de ceux parmi les praticiens qui, attribuant la fièvre intermittente à une phlegmasie intermittente, établissent que celle-ci a son siége dans la rate. La rate, ont-ils dit, est ordinairement gonflée : quand le poumon se présente à nos yeux, dans l'état de splénisation, nous admettons nécessairement qu'il y a pneumonie ; or, pourquoi n'y aurait-il pas splénite quand la rate offre une altération morbide analogue ? Donc, la fièvre intermittente n'est qu'une inflammation de la rate. »

Je suis complètement de l'avis de M. Rostan, ce raisonnement est faux, la conclusion n'est rien moins que logique : mais je suis bien fâché que le professeur n'ait point indiqué la source de cette citation : je ne la connais point. Je crois avoir lu tout ce que M. Piorry, dont le nom n'a point été prononcé, a fait sur la fièvre intermittente, je l'ai entendu bien des fois en parler, et jamais je n'ai vu percer l'idée de faire une splénite de la fièvre intermittente.

Lorsqu'on dit que dans la fièvre il y a *hypersplénotrophie*, on ne dit pas pour cela qu'il y a inflammation de la rate, et M. Rostan ne se rappelle pas fort bien ce qui a été dit, et je ne serais pas fâché que l'on me dît où a été puisée l'opinion que l'on prête à ceux qui lient la fièvre intermittente légitime à une splénopathie ; la mémoire de M. Rostan le sert mal sans doute.

3° « Bien plus, continue le clinicien de l'Hôtel-Dieu, quelques faits ont donné une apparence de crédit à cette doctrine....... Il y a sept ou huit ans, un individu ayant reçu un coup dans l'hypochondre gauche fut reçu à la Pitié. Cet homme présenta un gonflement douloureux de la rate, et fut pris de fièvre intermittente. C'est d'après ce fait et deux ou trois autres analogues que l'on a conclu que la fièvre intermittente n'est autre chose que la splénite. »

D'abord, je répéterai que la conclusion avancée par M. Rostan n'a point été émise ailleurs, et c'est dire une inexactitude que de dire que la fièvre intermittente a été, dans tous les cas, attribuée à une splénite. Ce ne serait point d'après *trois ou quatre faits* qu'on aurait établi une doctrine. Mais on a fait remarquer que lorsque la rate avait été lésée, contuse ou enflammée, on avait vu la fièvre d'accès se déclarer. J'ai dit mieux que cela dans ma thèse ; j'ai avancé que j'avais produit et vu produire de vrais accès de fièvre avec les trois stades en percutant, en comprimant des rates enflammées ou très sensibles, et j'ai cité des faits, et j'ai cité des témoins. Tout cela n'a pas frappé M. Rostan, peut-être parce que c'était avancé et soutenu dans une thèse.

4° M. Rostan *veut* répondre à la doctrine qu'il attaque, et dit : « On peut répondre aux praticiens qui professent cette doctrine, que la fièvre intermittente ne produit que tardivement le gonflement de la rate ; qu'on ne la retrouve ni douloureuse, ni gonflée pendant les premiers accès, et que dans les intervalles de ceux-ci le malade ne présente aucun phénomène phlegmasique. »

Je demande encore bien pardon à mon ancien maître de n'être point d'accord avec lui ; mais je lui dirai que j'ai eu occasion de percuter des malades qui n'avaient eu qu'un accès, et pourtant avaient une rate de 5 pouces. Je citerai un valet d'écurie qui, après un premier accès peu intense, présentait une rate de 4 pouces et demi ; un garçon de ferme qui, après un accès aussi, en avait une de 5 pouces. Le gonflement n'est donc point tardif, et on trouve la rate tuméfiée au premier accès ; et on peut admettre, quand on le voit, qu'une rate est grosse, lors même qu'il n'y a pas de phénomènes phlegmasiques.

5° En se résumant, M. Rostan dit, « qu'admettre que la fièvre intermittente est une splénite, c'est prendre l'effet pour la cause ; car l'engorgement de la rate, lorsqu'il existe, est comme celui du foie, la conséquence des accès. »

Je demanderai, sans reparler de la splénite, comment M. Rostan expliquera l'augmentation de la rate dans les fièvres qui manquent d'un stade (le frisson) ; et ces accès sans frissons, tout le monde les admet, et dans ces cas aussi la rate est grosse.

Je demanderai aussi comment on expliquera par des phénomènes nerveux le cas de cette femme qui, atteinte d'un cancer gastrique s'étendant à la rate, fut prise de fièvre que le sulfate de quinine ne put faire disparaître. Ne doit on pas rapporter les accès à la lésion de la rate, puisqu'avant que le mal eut gagné la rate on ne les avait point remarqués ?

Chez une autre phthisique qui fut prise de fièvre intermittente sans qu'on pût la faire cesser, on trouva des tubercules de la rate.

M. Andral cite, dans sa clinique, le cas d'une femme qui eut des sueurs périodiques abondantes pendant très long-temps, et chez qui l'ouverture montra un vaste abcès de la rate.

Je demande ce que l'on répondra à ces faits, et où ailleurs que dans la rate on placera la cause des accès de fièvre ?

Je demanderai pourquoi, puisque le sulfate de quinine n'a *qu'une action élective sur les centres nerveux*, on voit toujours après son administration *la rate diminuer tout de suite de volume ?*

Pourquoi un jour, en administrant coup sur coup le sel de-

---

nons d'établir, il est facile, en avançant ou reculant à propos le porte-objet, et surtout en l'éclairant à la lampe, de saisir des traces de rides obliques noires qui ne sont autres que les tours des spires. Cependant, ce n'est pas sur les organes de cette espèce que l'on peut étudier avec fruit ce point curieux de fine anatomie.

— L'existence de la spire étant démontrée dans le tube des poils, il est évident que tout ce que nous avons dit ailleurs, des illusions microscopiques auxquelles sa présence a donné lieu en anatomie végétale, s'applique immédiatement à l'étude anatomique des poils des animaux. Nous prendrons donc la liberté de renvoyer le lecteur aux explications qui, dans le *Nouveau système de physiologie végétale*, ont la planche 2e pour objet.

Nous nous contenterons ici de consigner quelques-unes des illusions qui ont déjà passé dans le domaine de l'histoire de la science : elles méritent sinon une réfutation sérieuse, du moins une simple citation. Mais afin de se faire une idée approximative de la variation incalculable des illusions microscopiques que la spire peut faire naître en tamisant la lumière transmise à l'objectif, que l'on effile à la lampe un tube barométrique, et que par le bout ouvert on introduise une à une ces spires de fil argenté qui se roulent autour des *sol* de violon, ou des *mi, la, ré* de la guitare ; si l'on expose un pareil tube de verre ainsi préparé au foyer d'une lentille d'un grossissement proportionnel, on apercevra une de ces spires pénétrant seule dans le bout effilé, puis marcher plus bas en compagnie de deux ou de trois à mesure que le diamètre du tube interne s'agrandit, et enfin dans la plus grande capacité du tube, on ne verra plus qu'un inextricable réseau de fils entrecroisés obliquement et dont le jeu de la lumière et la distance du foyer fera varier à l'infini les effets optiques. Ce tube barométrique sera le modelage le plus vrai d'un *poil, feutre, laine, duvet, jarre, crin* et *cheveu* des mammifères. Si l'on n'était averti d'avance, on commettrait, dans l'étude explicative de ce tube barométrique, les mêmes erreurs que l'on a commises dans l'étude des poils.

Leeuwenhoek a le premier soumis l'étude des poils à l'examen microscopique : il a consigné les résultats de ses observations dans une lettre datée du 25 mars 1713, et insérée pag. 45 du volume de ses lettres physiologiques (1). Il a examiné dans cette lettre les poils du chat, du lapin, de la souris, du chien, de la belette, de l'ours, les cheveux de l'homme ; et il les a tous vus en général composés de nœuds et d'articulations (*nodis interstinctos, articulatos, nodosos, compluribus nodulis præditos, etc.*), et quelques-uns offrant dans le milieu une ligne noire longitudinale.

Ces nœuds, ces articulations, qui, d'après lui, donneraient à chaque poil l'aspect d'un *caudex populneus, quem multi stolones anniculi circumsistant* (d'une racine de peuplier enflée de loupes annulaires d'où partent ses stolons), il les a dessinés tels qu'il les décrit sur les fig. 1, 2 et 3 de sa planche, et le dessin renchérit même sur l'explication ; car au lieu de racines de peupliers, on croirait avoir devant les yeux les troncs fossiles d'*yucca* ou de *bambous* que l'on rencontre si communément dans le calcaire grossier des environs de Paris. Ces trois figures appartenant à la fourrure du rat, il est aisé de vérifier les recherches de Leeuwenhoek, et de s'assurer que cette structure bizarre n'est due qu'à l'effet optique des spires du poil observé dans l'air ; sur la fig. 3 même, on remarque une ligne blanche en zig-zag que l'auteur a prise pour la ligne interstitielle des prétendues nodosités du poil, et qui est la spire elle même se déroulant seule à l'extrémité d'un poil de rat ou de souris.

L'opinion de Leeuwenhoek a été adoptée de confiance par tous ceux qui ont écrit sur les divers emplois industriels de la laine et des poils, et c'est à l'aide de ces nodosités velues qu'ils expliquaient l'adhérence des brins de laine et de duvet dans le *feutrage*.

Mais feu Lebaillif, sur la demande de M. Guichardière, ayant soumis les poils à un nouvel examen microscopique, les dessina sur l'album de cet artiste, comme des tubes lisses, d'une transparence hyaline, et sans le moindre accident qui déviât la lumière.

L'opinion de Lebaillif rencontra des contradicteurs, et les théoriciens préférèrent professer l'opinion de Leeuwenhoek.

M. Guichardière ayant donc provoqué de nouvelles recherches de la part de feu Turpin, celui-ci les lui dessina, sur le même album, avec des articulations noires, serrées, qui débordaient de chaque côté du tube, comme tout autant de brandebourgs noirs rangés parallèlement entre eux, en travers d'une large bande blanche ; dans les dessins de Leeuwenhoek, les articulations d'un côté, alternaient avec les articulations de l'autre côté des tubes. Dans les dessins de Turpin, les articulations devenaient opposées deux à deux, comme les deux extrémités de tout autant de lignes transversales.

Le même poil, surtout celui du castor, peut être vu sous les trois aspects qu'ont dessinés Leeuwenhoek, Lebaillif et Turpin ; mais en variant les procédés, on s'assure que ces trois aspects sont illusoires, et dépendent soit du milieu dans lequel on observe le poil, soit de la lumière transmise, et surtout de la structure du microscope. Lebaillif qui tenait à placer toujours l'objet juste au foyer du microscope, et qui éclairait fortement les objets d'une certaine épaisseur, n'a pu avoir que l'image du tube externe qui est lisse et d'une transparence hyaline.

Turpin qui tenait à exagérer les grossissemens, même pour les objets de gros calibre, a dû rendre l'intérieur du tube plus visible que la surface ; il a mis en saillie les effets d'optique de la spire, dont il a dessiné les divers tours comme tout autant de lignes noires ; et il a ramené à l'extérieur du tube l'image de tout cet appareil intérieur.

Quant à Leeuwenhoek, il n'a vu la spire que par les bords de ses tours divers ; ces bords alternent à la vérité ; il en fait tout autant de dents de crémaillière alternant entre elles de chaque côté.

Ces trois illusions auraient disparu dans une goutte d'huile.

Pour voir les poils en général comme Lebaillif les a dessinés, on n'a qu'à observer un poil de l'ovaire des céréales ou l'extrémité d'un cheveu blanc ou blond à une vive lumière.

Pour voir ce que Leeuwenhoek a vu, on n'a qu'à observer, à une simple loupe, un poil de souris vers son extrémité, plongé dans l'air et non dans l'eau.

Pour voir les poils comme les a vus Turpin, on n'a qu'à examiner de la même manière le *jarre* du castor à un grossissement exagéré.

Pour les voir tels qu'ils sont, il faut observer ces organes sur un grand nombre d'animaux différens dans toute la longueur de l'organe, en tenant celui-ci plongé dans des milieux plus ou moins réfringens. On expliquera ainsi les accidens les uns par les autres, ce qui amènera à un type dont les divers poils animaux ou végétaux ne sont que tout autant de modifications, et l'on aura ainsi la formule suivante :

Un poil est une cellule susceptible de s'allonger indéfiniment et de grossir proportionnellement sous l'influence des spires de nom contraire, qui se développent dans son sein.

Le *duvet, feutre, laine* n'a qu'une spire ou que des spires de même nom et de même direction.

Le *jarre, crin, cheveu* renferme plusieurs paires de spires de noms divers et de diverses directions.

(1) Ant. Leeuwenhoek, *Epistolæ physiologicæ* ; Delphis, apud Adrianum Beman, 1719, in-4°

quinquina, nous avons obtenu une diminution de deux pouces.

Pourquoi, tant que la rate est grosse la fièvre, quoiqu'ayant d'abord cédé au sulfate de quinine, ne tarde pas à reparaître, tandis qu'elle ne se montre plus (jusqu'à nouvelle intoxication, bien entendu) quand la rate a repris ses dimensions normales.

Je m'arrête, Monsieur le Rédacteur, quoique n'ayant pu réfuter que quelques points de la leçon de M. Rostan ; mais je craindrais de vous prendre trop de place. Je suis prêt à prouver par les faits ce que j'avance ; et que l'on me trouve une fièvre intermittente bien caractérisée où il n'y aura pas d'hypersplénotrophie, je me fais fort de montrer le contraire.

Agréez, etc. ANDRIEUX, de Brioude, D.-M.-P.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Dans votre compte rendu de la dernière séance de l'Académie, vous m'attribuez une audace dont véritablement je ne me suis jamais senti capable : vous dites, en parlant de mes expériences au Jardin-des-Plantes : « L'auteur a eu le courage de s'introduire » dans les cabanes des habitans du Jardin-des-Plantes, etc. »

Je vous prie de croire, qu'en aucun temps, je ne me suis senti de vocation pour les exploits des Van Amburg et des Carter ; j'ai tout simplement passé les bras à travers les barreaux des cages, et encore à l'exemple de mon excellent ami, M. le docteur Frédéric Cuvier : trois élèves distingués de notre école, MM. Belin, Alpuente et Mercier, avaient bien voulu m'accompagner, et ces messieurs en faisaient tout autant.

Agréez, etc., Frédéric DUBOIS (d'Amiens).

Paris, 1er août 1840.

— M. Soudan, chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital d'instruction de Metz, est nommé chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, en remplacement de M. Guyon, appelé à l'hôpital de Bordeaux.

— M. Scoutteten, professeur à l'hôpital d'instruction de Metz, est nommé chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital de Strasbourg, en remplacement de M. Hénaux qui retourne à Metz.

— M. Delocre, chirurgien principal de l'hôpital militaire de Perpignan, est appelé en son grade à l'hôpital de Lyon.

— MM. les docteurs Baillarger, Trélat, Joseph Moreau et Archambault ont été nommés médecins adjoints dans le service des aliénés des hôpitaux de Paris.

— MM. Gasc et Brault, qui ont inspecté l'est et l'ouest de la France, sont de retour à Paris.

— On lit ce qui suit dans le livre spirituel de M. Munaret *le Médecin des villes et le Médecin de campagne* :

« Un fabricant de produits crimiques et pharmaceutiques (M. Arrault, rue Jacob, 6, à Paris), a eu l'obligeance de me montrer une petite pharmacie portative. C'est une boîte longue, solide et recouverte en cuir, pouvant être sanglée comme un portemanteau, et portée à la main à l'aide d'une anse supérieure et moyenne. Outre les médicamens que je vous ai indiqués, elle contient une trousse, une boîte à sangsues, des bandes *dextrinées* pour certaines fractures, etc.

» *Si vous exercez à la campagne, je vous engage à l'acheter.* »

Paris. — Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36

La sommité du *jarre* est organisée comme le *duvet*.
La base du *duvet* est organisée comme le *jarre*.
Le *duvet* est un *jarre* étiolé et non symétrique.
Le *jarre* est un *duvet* symétrique et complet.
Le développement du *duvet*, du *feutre*, de la *laine*, doit donc se faire en spirale ; celui du *jarre*, du *crin*, du *cheveu* doit être rectiligne.

— Je ne saurais terminer cette notice sans donner quelques mesures micrométriques. Mais il est nécessaire de bien fixer d'avance les esprits sur la valeur de ces indications. Bien des observateurs qui s'occupent de prendre la mesure des dimensions au microscope, s'exagèrent souvent l'importance et la précision de ces sortes de résultats.

Nous savons combien varient en dimensions les organes divers de l'économie animale que nous pouvons observer à l'œil nu.

Mais dès que nous faisons usage du microscope, on dirait que tout devient invariable et qu'à nos yeux la nature a jeté les infiniment petits dans des moules d'un seul calibre. On nous voit alors donner des chiffres et discuter sérieusement pour savoir comment il se fait que ces chiffres ne s'accordent pas avec les chiffres donnés par un autre auteur.

Il est temps qu'on se dépouille de cette manière d'interprêter ses résultats, et qu'on admette, du moins par analogie, que les organes, soit en grand, soit en petit, varient de dimensions et de grandeur réelle, selon les espèces, les individus, et sur le même individu selon l'âge et la topographie du corps ; et qu'en ce qui fait l'objet de cette note, de même que la main de tel homme n'offre pas les mêmes proportions que celle de tel autre, de même le cheveu pris sur la tête de l'un ne saurait offrir les mêmes dimensions micrométriques que le cheveu pris sur la tête de l'autre. L'observation directe confirmera ensuite amplement cette prévision.

Le diamètre des poils, en effet, varie non seulement selon les diverses espèces de mammifères, mais encore selon les individus de la même espèce. Puis, sur le même individu, ce même diamètre varie selon la portion du corps, et, sur la même portion, selon l'âge du cheveu lui-même, les nouveaux en date ayant nécessairement un diamètre moindre que les plus anciens. Il n'est pas inutile de faire observer que, de la base au sommet du même cheveu, le diamètre s'amoindrit progressivement, en sorte que l'observateur qui prendrait sa mesure vers la base, obtiendrait un chiffre tout différent de celui qu'aurait donné la mesure prise vers le sommet.

Il n'est pas un organe élémentaire qui ne prête matière aux mêmes réflexions, et le vaisseau capillaire, par exemple, fournirait un chiffre bien différent, selon qu'on en mesurerait le calibre près de l'artère qu'il continue, ou de la veine qu'il commence, ou vers le point de l'anse qui est à une égale distance des points où la veine commence et où l'artère finit.

Lors donc que nous donnons un tableau comparatif des diamètres des divers organes, il ne faut pas attacher à ces résultats une autre importance que celle de simples approximations propres à fixer les idées de rapports, et non à déterminer la valeur de termes invariables. C'est avec ce correctif obligé que je donne le tableau suivant des poils de quelques-uns des divers mammifères que j'ai eu occasion d'étudier.

Le micromètre étant divisé en 90 parties, le diamètre des plus gros des poils des espèces suivantes recouvrirait l'espace compris entre les nombres suivans de ces divisions :

	Jarre.	Duvet.
Crin de cheval,	18	-
Cabry de mégisserie,	17	4
Chien griffon,	14	2
Chèvre d'Abyssinie,	12	3
Bique de Bretagne,	9	2
Chèvre du Thibet,	7	2
Mouton,	11	3
Cheveu humain,	8	4
Castor,	8	3
Lièvre d'Europe,	8	3
Lièvre d'Asie,	6	3
Lièvre de Pasques,	5	2
Lapin de garennes,	8	2
Lapin de clapier,	11	2
Lapin d'Angora,	5	4
Chat d'Angora,	7	4
Taupe,	4	2
Raton du Mexique,	4	2
Souris grise,	4	2
Ours marin,	4	1
Vigogne,	2	1

On voit, par ce tableau, que les duvets de l'ours marin et de la vigogne doivent être les plus fins et les plus soyeux de tous ceux que comprend ce tableau ; aussi sont-ils précieusement recherchés pour le *feutrage*, en chapellerie.

A la faveur de toutes ces explications, je pourrais donner la théorie du développement de certains cas maladifs des poils, tels que celui de la *plique à queue, de la plique en masse*, qui est, chez l'homme, l'analogue organique de nos *bedéguars* chez les végétaux ; mais il serait nécessaire d'entrer à cet égard dans un autre ordre de considérations et d'expériences. Je m'arrêterai donc ici au point de vue anatomique de la question.

JEUDI 6 AOUT 1840. (13e ANNÉE.) N° 92, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Extraction du premier métacarpien avec conservation du pouce.
(Observation recueillie par M. Demarquay.)

L'idée d'extraire le premier métacarpien avec conservation du pouce appartient à M. Troccon; mais elle fut mise en pratique, pour la première fois, par M. Roux. Depuis, M. Blandin a pratiqué cette extraction cinq fois, et toujours avec le plus grand succès. Généralisant ce procédé opératoire, cet habile chirurgien l'a appliqué au cinquième métacarpien et au premier métatarsien. Actuellement encore, on voit à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Blandin, un jeune homme auquel il a extrait le cinquième métacarpien; et cependant, malgré le tempérament éminemment scrofuleux de ce malade, il n'en a pas moins obtenu une guérison complète et un résultat avantageux. Notre but étant de faire connaître une observation d'extraction du premier métacarpien, et la cure si prompte qui en fut la suite, nous ne parlerons point davantage de ce malade.

Le sujet de cette observation est une femme âgée de quarante-deux ans, journalière, d'une faible constitution, tempérament lymphatique, peau pâle et décolorée. Depuis seize ans qu'elle est à Paris, elle a éprouvé maintes privations; de plus, elle a été affectée plusieurs fois de maladies de poitrine: toutefois, aucun de ses parens n'a jamais été affecté de maladie cancéreuse. Il y a quinze mois, il lui vint un gonflement considérable du premier métacarpien droit: ce gonflement diminua par suite d'un traitement antiphlogistique. Elle fut assez tranquille pendant quelque temps; son premier métacarpien droit, quoique plus volumineux que le gauche, ne l'empêchait point de vaquer à ses affaires. Mais, il y a sept à huit mois, elle reçut un coup sur la partie déjà malade, aussitôt cette dernière devint beaucoup plus volumineuse qu'elle était, et la malade éprouva des douleurs et des élancemens tels qu'elle ne pouvait plus se servir de la main droite et se reposer la nuit. Après avoir employé différentes pommades résolutives et les opiacés sans succès, cette malheureuse vint demander les secours de la chirurgie. A cet effet, elle entra à l'Hôtel-Dieu le 10 juillet 1840, salle Saint-Jean, n° 38. Le premier métacarpien droit est gonflé, renflé dans son milieu, fusiforme et recouvert de parties molles un peu hypertrophiées, légèrement douloureux à la pression; l'articulation métacarpo-phalangienne, ainsi que l'articulation carpo-métacarpienne du pouce droit, sont intactes. On fait facilement exécuter à ces articulations tous les mouvemens dont elles sont capables. M. Blandin diagnostique une affection cancéreuse, et propose à la malade l'opération, qui eût lieu le 14 juillet dernier.

Une incision pratiquée le long de la partie interne du premier métacarpien malade, permit de mettre cet os à nu et d'écarter toutes les parties molles et les tendons qu'il importe tant de ménager. L'os est saisi dans sa partie moyenne avec une forte pince; on procède alors à la désarticulation du premier métacarpien avec le carpe; cette partie de l'opération étant terminée, il est extrêmement facile d'enlever l'os. Dès que l'opération fut achevée, une mèche de charpie fut introduite dans l'ouverture de la plaie pour éviter la réunion immédiate, qu'il est presque toujours si avantageux d'obtenir, mais qui, dans le cas actuel, aurait été une mauvaise chose, attendu qu'elle se fût opposée à l'écoulement de la sérosité, qui se serait amassée dans le fond de la plaie, et aurait pu devenir la cause d'accidens. Le reste du pansement n'offrit rien de particulier.

Le lendemain de l'opération et les jours suivans, la malade fut pansée avec soin par M. Blandin; il s'écoulait chaque jour d'abord de la sérosité, puis du pus, dont la quantité alla chaque jour en diminuant, si bien qu'aujourd'hui, 1er août, 18e jour de l'opération, la malade est guérie. Le pouce est peu rétracté, et tous les mouvemens de cet organe si important sont conservés. Toutefois, pour lui donner plus de solidité, et pour s'opposer à la rétraction vicieuse de la part des tendons, M. Blandin se propose d'appliquer un bandage dextriné sur le pouce auquel le métacarpien fut enlevé.

Cette observation, qui n'est sans doute pas la première de ce genre, puisque M. Blandin, pour son compte, a pratiqué cinq fois l'opération dont il s'agit, présente néanmoins quelqu'intérêt. Les conditions de la personne sur qui elle fut pratiquée pouvaient faire craindre un rétablissement tardif; on pouvait même redouter la formation de quelque clapier au milieu de ces parties molles affaiblies, et cependant il n'en fut rien. La malade a parfaitement guéri, et beaucoup plus promptement sans doute qu'elle ne l'eût fait si, comme autrefois, avant MM. Roux et Blandin, on eût enlevé le pouce avec le premier métacarpien. Cette observation de rapide guérison, jointe à celles qui ont déjà été recueillies sur le même sujet, doit porter les praticiens à adopter cette opération toutes les fois qu'il sera possible de la pratiquer; car elle offre pour avantage immédiat au malade, de lui épargner une difformité et de lui conserver un organe important.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Service de M. Baudens, chirurgien en chef.

Nouveau traitement de l'hydro-orchite et de l'hydrocèle.

Les chirurgiens dont la pratique est un peu étendue savent avec quelle désolante persévérance certaines orchites résistent à l'action des médicamens employés pour les combattre; de guerre lasse, ils se décident à l'ablation du testicule, dans la conviction qu'une dégénérescence squirrheuse de cet organe a pu seule paralyser les efforts d'une chirurgie éclairée; et souvent, en examinant la pièce pathologique, ils sont forcés de reconnaître une erreur de diagnostic.

Le grand nombre d'affections testiculaires qui s'offrent à la pratique des chirurgiens militaires a permis à M. Baudens de se livrer à des études approfondies sur ce sujet, et les succès journaliers qu'il obtient dans les cas d'orchites rebelles aux médicamens externes, nous font présumer qu'il est dans le vrai, qu'il a reconnu la véritable cause de l'insuccès.

D'après M. Baudens, les orchites non squirrheuses qui résistent à tout traitement reconnaissent pour cause une complication d'hydrocèle, et il suffit qu'une couche de liquide épaisse de deux lignes sépare du dactor l'organe séminifère, pour que ce liquide, qui agit comme isolant, ne permette pas aux médicamens d'avoir une action directe sur cette glande. Souvent la tunique vaginale offre un grand degré de tension, bien qu'elle contienne peu de sérosité, cette sérosité, en s'interposant entre les bosselures du testicule, se dissimule, et à l'exception de celles qui règnent le long de l'épididyme, seul point où les saillies testiculaires se montrent dans tout leur relief, parce que la disposition de la séreuse ne permet pas au liquide d'arriver dans ce point.

D'après ces données, on conçoit qu'il importe souverainement, au point de vue du diagnostic comme à celui du traitement, de soustraire au préalable le liquide contenu dans la tunique vaginale.

M. Baudens ne s'est pas borné à émettre ces préceptes, dont on comprend de reste l'importance; il fallait trouver le moyen de vider cette tunique séreuse sans léser l'organe qu'elle contient, ce qui ne pourrait avoir lieu à l'aide du troquart, en pensant que bien souvent il existe une couche de liquide si peu sensible, qu'il est très difficile, même avec de l'attention et de l'habitude, d'en constater la présence. Eh bien! quelles que soient les difficultés dont le diagnostic peut s'envelopper, M. Baudens est arrivé à un tel degré de précision qu'il lui est impossible de jamais blesser le testicule ou ses annexes. Son procédé opératoire repose sur l'acupuncture. Dans les premiers temps, il pratiquait l'acupuncture de la tumeur à l'aide de l'une de ces fortes épingles à grosse tête que les femmes mettent dans leurs cheveux. L'épingle, saisie entre le pouce et l'index de la main droite, doit être introduite par un mouvement de vrille sur le point le plus saillant de la tumeur, qui, elle-même, doit être embrassée de la main gauche, comme pour l'opération de l'hydrocèle. Une fois que la pointe de l'aiguille a pénétré entre les deux feuillets de la séreuse, on imprime à la partie libre de cette tige quelques mouvemens dont la facilité indique assez qu'on est arrivé dans le sac; on engage l'aiguille de plus en plus en la dirigeant obliquement afin de passer à la surface du testicule, dont il est facile d'étudier la forme, la position, le volume. L'irritation que par cet examen on pourrait développer à volonté, loin de nuire, devrait peut-être, dans certains cas au moins, être recherchée comme moyen curatif, et pour remplacer l'irritation que l'on demande aux liquides injectés dans le traitement de l'hydrocèle. Jusqu'ici le chirurgien n'a encore employé que l'acupuncture comme moyen de reconnaissance et d'exploration; mais arrivé à ce temps de l'opération, M. Baudens fait ressortir la pointe de l'épingle vers le lieu le plus déclive de la tumeur et à cinq centimètres environ de l'ouverture d'entrée, absolument comme s'il voulait traverser la tunique vaginale avec un séton. Une anse de fil est immédiatement jetée entre les deux extrémités de l'épingle, afin de la fixer comme on fixe l'aiguille destinée au bec-de-lièvre.

Or, voici ce qui se passe: Pendant quatre jours on ne remarque, pour ainsi dire, aucun changement; mais vers cette époque l'épingle, qui était pincée par les tégumens, est devenue libre et commence à jouer aisément. En comprimant la tumeur, quelques gouttes de sérosité s'écoulent par les plaies et au pourtour de l'épingle. Le lendemain ou le surlendemain on retire ce corps étranger, une fistule est établie et reste ouverte jusqu'à épuisement de la sérosité, qui chaque jour s'écoule de moins en moins. La sortie de ce liquide permet alors d'apprécier rigoureusement le volume du testicule qui, dès-lors peut être attaqué, comme le fait M. Baudens, soit à l'aide de linimens huileux fortement camphrés, soit à l'aide d'onguent mercuriel simple ou camphré, soit enfin à l'aide de préparations iodurées simples ou combinées au plomb, ou bien encore au mercure. On peut de temps en temps recourir à quelques sangsues, à la compression, aux minoratifs. Tous ces moyens, heureusement combinés entre eux, sont presque toujours suivis de succès, et l'orchite, qui hier encore se montrait réfractaire à cette même médication, se laisse vaincre par elle aujourd'hui qu'elle n'est plus protégée par le liquide qui lui formait bouclier.

Ce traitement, employé sur le nommé L...., soldat au 10e léger et couché au n° 3, salle 13 des blessés, qui, depuis quatre mois avait subi un traitement infructueux, avant que M. Baudens prît la direction du service, a été guéri, en moins d'un mois, d'une hydro-orchite pour laquelle il avait même subi une ponction avec le troquart, sans qu'une seule goutte de sérosité se fût échappée par la canule.

Malgré ce succès remarquable, ou plutôt à cause de ce beau résultat, M. Baudens ayant compris que les quatre à cinq jours passés à atteindre la formation de la fistule étaient du temps perdu, a eu l'idée de faire couvrir l'épingle dont il se servait d'une canule comme celle du troquart, avec cette différence toutefois que la canule qu'il emploie présente à sa partie centrale une ouverture de communication avec le canal qui règne dans son axe, de telle sorte qu'en la laissant à demeure dans la tunique séreuse après extraction faite de l'épingle, le liquide peut s'échapper sur-le-champ par les deux extrémités de la canule.

Ce procédé, à la fois simple et ingénieux, a déjà été employé dix fois par M. Baudens à l'hôpital du Gros-Caillou, et toujours avec succès; la moyenne de la durée du traitement a été de vingt-cinq jours. On conçoit qu'elle varie à raison de l'état pathologique du testicule.

M. Baudens a pensé qu'il pourrait employer le même moyen pour la cure radicale de l'hydrocèle simple. Deux tentatives ont été faites, et toutes deux avec succès. Dans un cas, la guérison radicale a eu lieu en huit jours; dans l'autre l'hydrocèle contenait 524 grammes de liquide, et la cure ne s'est opérée qu'après quinze jours. La canule était restée en place pendant six jours; retirée à cette époque, elle a donné lieu à une fistule qui s'est terminée en contractant des adhérences avec le testicule. Il est à remarquer que dans ce mode opératoire, il s'épanche très peu de cette lymphe particulière et si abondante quand on a recours aux injections. C'est sans doute cette circonstance qui par le traitement de M. Baudens, abrège d'une manière si notable le temps nécessaire à la guérison quand on a recours aux procédés journellement employés.

On conçoit combien ce nouveau mode opératoire est précieux surtout pour les malades dont la santé est tellement altérée que la crainte de provoquer le moindre trouble dans l'économie fait préférer le traitement palliatif au traitement curatif. Mais c'est dans ce traitement de l'hydrocèle congéniale, et principalement dans celui de l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique que l'opération à l'aide de l'instrument troquart à acupuncture, imaginé par M. Baudens, recevra l'application la plus heureuse.

HOPITAL DES ENFANS. — (Chirurgie.)

M. Guersant fils.

Tumeur érectile à la marge de l'anus; ligature.

Au n° 40 de la salle Sainte-Thérèse, est couchée une petite fille qui porte une tumeur à la marge de l'anus. Cette tumeur a le volume d'une petite noix, et offre une coloration violacée qui disparaît en partie par la pression, et augmente lorsque cette petite fille pousse des cris.

La tumeur, qui existait au moment de la naissance, est restée long-temps sans s'accroître, mais fait beaucoup de progrès, au dire des parens, depuis six semaines. Chaque fois que la petite malade va à la garde-robe, elle accuse des souffrances vives.

Il n'est point douteux que cette tumeur ne soit de nature érectile, quoiqu'elle ne présente point de battemens appréciables. Il est indiqué de l'enlever au moyen d'une opération; et dans cette région, nous ne sommes pas arrêtés par les considérations qui méritent d'être pesées à la face, à cause des cicatrices vicieuses que les opérations peuvent laisser derrière elles. Il n'est par conséquent pas urgent de recourir, dans ce cas, aux aiguilles de Lallemand, pour éviter les incisions: nous n'avons nullement à redouter les inconvéniens d'une cicatrice difforme; et

d'ailleurs, les aiguilles devant traverser la base de la tumeur, seraient excessivement difficiles à placer et gêneraient la défécation.

Les incisions entraînent toujours dans ce cas des hémorrhagies abondantes, et qui exigent fréquemment l'application du fer rouge.

Nous nous proposons de recourir à la ligature. Dans ce but, une aiguille courbe, portant un fil double, ciré et solide, nous traverserons la base de la tumeur, et ensuite nous pratiquerons avec les quatre chefs du double fil deux ligatures, une comprenant la moitié de la tumeur, et l'autre la seconde moitié.

Dans quatre ou cinq jours les fils seront tombés et la cicatrisation sera déjà beaucoup avancée. Au demeurant, si elle n'était point achevée, nous serions toujours à l'abri des hémorrhagies, point très essentiel lorsqu'il s'agit de semblables opérations; nous pourrions ensuite employer les moyens capables de hâter la cicatrisation de la plaie.

A la suite de la ligature, il arrive quelquefois des accidens analogues à ceux auxquels donnerait lieu l'inflammation de l'intestin ou du péritoine. Ainsi, des envies de vomir, des vomissemens même, des coliques, etc. Nous verrons si de semblables accidens viennent à se montrer dans ce cas. S'il en était ainsi, et si ces accidens spasmodiques persistaient, on tenterait d'abord de les dissiper au moyen de calmans, et si ces agens thérapeutiques restaient sans succès, il faudrait, sans hésiter, couper les fils et faire ainsi cesser les effets de la ligature. Si alors on persistait à vouloir laisser la ligature en place, l'on s'exposerait à voir l'enfant succomber par suite des convulsions. Cette issue funeste, nous avons eu deux fois à la regretter, une fois à la suite de l'extirpation d'un testicule encéphaloïde, et la seconde dans un cas de trachéotomie.

Calcul vésical. Deuxième séance de lithotritie.

Au n° 27 de la salle Saint-Côme, est couché un petit Normand âgé de quatorze ans, qui, depuis deux ans, offrait tous les signes rationnels d'un calcul existant dans la vessie. Il est arrivé dans le service il y a trois semaines, après avoir fait un voyage de cinquante lieues, qui l'avait considérablement fatigué.

Alors il urinait à chaque instant; la région hypogastrique était douloureuse à la pression, et le sommeil était entièrement aboli. Plusieurs personnes, au nombre desquelles la religieuse de service, ont pensé qu'il était urgent de recourir immédiatement à l'opération; mais nous n'avons pu partager cette manière de voir.

En effet, cet enfant souffrait beaucoup, et ces souffrances avaient été provoquées par le cahotement de la voiture. Il fallait donc d'abord calmer les accidens inflammatoires, et dans ce but nous avons administré, à l'intérieur, à notre petit malade, le camphre et le laudanum, ainsi que des boissons adoucissantes abondantes, tandis qu'en même temps nous lui faisions prendre des bains et lui recommandions de garder le repos autant que possible.

C'est par suite de l'emploi de ces moyens que les besoins d'uriner se sont fait sentir plus rarement, et que peu à peu le malade a pu parvenir à garder jusqu'à huit onces d'urine dans la vessie. Les douleurs d'ailleurs ont cessé presqu'entièrement, et le petit malade a pu être soumis au cathétérisme.

Cette opération n'a pas tardé à nous faire reconnaître qu'en effet la vessie renfermait un calcul assez volumineux. Nous nous sommes demandé alors s'il fallait avoir recours à la taille, ou si déjà cet enfant était en âge de pouvoir jouir des bienfaits de la lithotritie. Nous nous sommes décidé en faveur de cette dernière opération; car cet enfant est fort pour son âge.

Jeudi nous avons procédé pour la première fois au broiement du calcul: il a fallu débuter par le débridement de l'orifice du canal. Une sonde en gomme élastique a ensuite été introduite dans la vessie, et par son moyen une injection d'eau tiède a été poussée dans cet organe. A la sonde, on a fait succéder l'introduction de l'instrument n° 3, qui vient par ordre de volume, immédiatement après le 0 de M. Charrière, ayant deux lignes et demie de diamètre sur son point le plus épais.

Le calcul a été bien saisi six à sept fois: trois fois l'instrument marquait 27 millimètres d'écartement (16 à 17 lignes); trois fois il n'en a marqué que 24. Trois fois nous avons été obligé de nous servir de l'étau mobile et du marteau; trois fois la pression avec le pignon ou avec la main a suffi pour broyer le calcul.

Malgré son indocilité, le malade a rendu vendredi, samedi, dimanche, lundi et mardi, des fragmens pierreux dont quelques-uns très volumineux; ce qui prouve combien peu sont raisonnées les craintes de voir ces fragmens s'arrêter dans le canal de l'urètre. Quelques-uns seulement se sont arrêtés à l'orifice du canal; d'où il a été facile de les extraire avec la pince, ou mieux avec la curette articulée de M. Leroy d'Etiolles. Ce dernier instrument est d'une utilité réellement remarquable, et nous a servi à plusieurs reprises avec beaucoup d'avantage; il est de beaucoup préférable à la pince à trois branches que l'on a imaginée pour broyer les calculs arrêtés dans l'urètre.

Après cette première séance, le petit malade n'a eu qu'un peu de fièvre les deux premiers jours.

Note du Rédacteur. — Ce malade a été broyé, pour la deuxième fois, après cette leçon. Dans l'intervalle de la première à la seconde séance, il a rendu 4 grammes (1 gros) de débris lithiques. En procédant à l'introduction de la sonde, on a rencontré un fragment dans l'urètre, qui a été extrait avec la curette articulée de M. Leroy. Après l'injection, le percuteur courbe de M. Heurteloup, fabriqué par M. Charrière, a été introduit. Le calcul a été saisi dix fois: deux fois l'on a remarqué de 12 à 15 millimètres d'écartement; deux fois on a employé le marteau; toutes les autres fois, la pression avec le pignon, ou la percussion avec la main, ont suffi. K...

HOPITAUX DE DUBLIN.

Asphyxie par submersion. Nouveau procédé d'application de la pile galvanique; par M. Fergusson, chirurgien du dispensaire Westmeach.

Le mercredi soir, 18 juin, un homme nommé Jacques Rock, est tiré du canal, ayant toutes les apparences de la mort. Il est sans aucun signe de vie, froid et livide. Tout le monde le croit mort sans ressource, et moi-même également. Je le fais néanmoins transporter à l'infirmerie, qui en était éloignée de huit à neuf cents verges (yards). Cinq minutes s'étaient déjà passées depuis l'extraction du submergé jusqu'à mon arrivée. J'ai appris en même temps par les personnes qui avaient été témoins de la scène, qu'il était resté sous l'eau six à sept minutes et qu'il était complètement ivre en s'y jetant. L'abdomen me paraissant très gonflé, j'introduis immédiatement ma pompe dans l'estomac (stomach pompe), et j'en retire plus d'un galon d'eau fortement imprégnée d'eau-de-vie. J'emploie alors les moyens ordinaires de ressuscitation, mais en vain; nous désespérions déjà de la réussite, lorsque j'ai eu l'idée d'exécuter une méthode que j'avais imaginée depuis longtemps, à laquelle j'avais souvent songé, mais que je n'avais jamais mise à exécution. C'était d'agir immédiatement sur le diaphragme dans le but de réveiller l'action du cœur et des poumons. J'ai donc fait une incision au-dessous de la septième côte et mis à nu le diaphragme. J'ai alors appliqué les conducteurs d'une pile galvanique de cinquante paires sur le diaphragme et l'effet a été instantané et surprenant pour toutes les personnes présentes. Les muscles de la poitrine et de l'abdomen se sont contractés à l'instant spasmodiquement; peu d'instans après l'action spasmodique a disparu et a été remplacée par l'action régulière des parois thoraciques, laquelle est allée en augmentant, et aussitôt la respiration s'est rétablie ainsi que la circulation. Dès ce moment le sang commence à couler par la plaie, l'individu est revenu à la connaissance. Réaction inflammatoire dans la plaie. Saignées, potions antiphlogistiques; guérison.

« Ce fait prouve jusqu'à l'évidence, dit l'auteur, l'utilité de la pile galvanique pour rétablir la vie suspendue par la submersion dans l'eau, en agissant directement sur le nerf phrénique et sur la huitième paire, et en excitant par là directement le cœur. Il prouve aussi dans mon opinion qu'il n'est pas nécessaire de faire passer dans le canal des nerfs le merveilleux agent pour le substituer à l'influence nerveuse. Comme la submersion dans l'eau froide éteint la vie, et par suffocation et par la soustraction de calorique, la puissance de l'électricité galvanique est vraiment remarquable dans son effet. Je pense cependant que l'application artificielle du calorique est aussi d'une grande efficacité, et que c'est par là qu'il faut commencer.

Quant à la pompe stomacale, elle m'a paru très utile, en ce ce que, en débarrassant l'estomac du liquide, elle permet au diaphragme et au poumon d'agir plus librement sous l'influence du courant galvanique. Je dirai enfin, qu'en coupant pour dénuder le diaphragme, il faut beaucoup de précaution pour ne pas blesser ce muscle, cette lésion pouvant avoir de graves conséquences. »

(*Dublin medical Press*, 1er juill. 1840.)

— Cette dernière remarque est d'autant plus importante qu'il existe un assez grand nombre de cas de piqûres très légères en apparence du diaphragme qui ont entraîné des conséquences funestes, deux, quatre, six mois, un an, deux ans après la blessure. (*V.* Morgani, épître LIII, n. 5, 6, liv. x. II, XII.) La piqûre reste béante; un côté d'un viscère abdominal s'y adapte et agit comme un coin dilatateur jusqu'à ce qu'il s'y engage petit à petit, l'élargit et parvient dans la poitrine. De là une série de symptômes asthmatiques qui finissent tôt ou tard par la mort. Malheureusement la blessure du diaphragme est plus facile qu'on ne le croit, dans l'opération décrite par M. Fergusson. D'ailleurs on peut se demander si elle est indispensable pour remplir l'indication qu'il se propose. Il est très vraisemblable qu'une, deux ou plusieurs longues aiguilles à acupuncture pourraient être sûrement portées à travers la toile diaphragmatique sans courir aucun danger et produire le même résultat que par l'opération de M. Fergusson. C'est de haut en bas, ou du côté de la poitrine que ces aiguilles devraient être enfoncées. On sait que ces piqûres sont tout-à-fait innocentes par la raison que l'aiguille à acupuncture écarte simplement les mailles des tissus et ne les divise pas dans son passage.

M. Fergusson dit avoir adapté les deux conducteurs de la pile sur le diaphragme. Il y a peut être erreur dans cette indication, à moins qu'il n'ait voulu parler de plusieurs conducteurs qui auraient leur point de départ d'un même pôle. Un seul conducteur pourrait être mis en communication avec les aiguilles diaphragmatiques, l'autre étant appliqué à la nuque. Ce procédé serait beaucoup plus expéditif et plus simple que celui conseillé par M. Fergusson. Une plaie pénétrante à la poitrine ou à l'abdomen n'est pas une chose innocente pour être adoptée légèrement. Nous ajouterons, en terminant, que si l'on se servait d'une pile à induction, d'une grande force comme celles dont nous faisons usage, on pourrait obtenir les contractions du diaphragme par la simple apposition de plusieurs conducteurs sur la peau de la région diaphragmatique. Nous avons dernièrement galvanisé avec l'appareil à induction et à multiplicateur de 1200 pieds, en présence de M. le docteur Gaverelli, un homme atteint d'une impuissance à la vessie; un petit conducteur plat posé à l'hypogastre et un autre aux reins, le courant étant au n° 2 du cadran de l'appareil, déterminait de telles contractions sur tous les muscles de l'abdomen, qu'à chaque tour du volant magnétique la paroi ventrale touchait la colonne vertébrale. Ce qu'il y a d'admirable et de commode dans cet appareil, c'est que son immense puissance puisse être renfermée dans une très petite boîte dont le volume dépasse à peine celui d'un livre ordinaire in-8°. MM. Amussat, Londe, Lachaise, Gillette, Martin-Solon, Duval et plusieurs autres médecins éclairés qui ont vu manœuvrer et essayé sur eux-mêmes l'appareil, chez l'un de nous ont pu se convaincre de cette vérité. Il y a une immense différence entre ce système de galvanisme et celui de la pile à élémens multiples. Il serait à désirer que chaque caserne destinée au secours des asphyxiés en fut pourvue; sa puissance étant beaucoup plus grande et surtout plus durable, plus soutenue, que celle des piles ordinaires pourrait donner de plus heureux résultats.

Nouvelle méthode de réduction des poisons métalliques; par M. Davy, professeur à la Société royale de Dublin.

« Feu sir H. Davy avait, comme on sait, prouvé que lorsqu'une solution métallique était placée dans le circuit voltaïque; le métal se déposait sur le pôle négatif. Le professeur E. Davy a repris dernièrement ce genre d'expériences, et s'est assuré que ce résultat pouvait être obtenu plus facilement à l'aide d'une faible pile formée par le contact de petites lames de différens métaux. Il a appliqué ce système aux poisons métalliques, et il a parfaitement réussi. L'appareil électro-chimique dont il s'est servi était composé de zinc et de platine; cette combinaison lui ayant paru des plus simples et des plus efficaces. La lame de platine avait deux pouces de long et deux tiers de pouce de large. La lame de zinc différait d'un tiers à un huitième de pouce de la lame de platine. Une ou deux gouttes d'acide sont mêlées avec un peu de la matière à examiner. Cette matière, soit solide, soit liquide, est placée sur la lame de platine; on place ensuite par dessus la lame de zinc de manière qu'elle touche cette matière et le platine à la fois.

» La première expérience de M. Davy a porté sur la poudre à mouches (protoxyde d'arsenic) et sur l'acide arsénieux. Un demi-grain ou moins de chacune de ces substances est placée sur une lame de platine mêlée à une goutte d'acide muriatique, le zinc appliqué par dessus; l'arsenic est bientôt réduit; il est déposé à l'état métallique sur le platine, sous forme d'une couche irradiée; une autre partie reste sous forme de filamens minces dans le fluide. Sur la lame de platine l'arsenic adhère fortement, mais il disparaît quand on le touche avec l'acide nitrique concentré, ou par l'échauffement de la lame de platine sur la lampe à alcool; sa volatilisation fournit l'odeur alliacée ordinaire. M. Davy a réduit de cette manière des quantités excessivement minimes d'arsenic perdues dans une solution, un cinq centième de grain par exemple.

» Le sublimé corrosif a donné le même résultat. Une goutte de solution aqueuse de ce poison est déposée sur une surface luisante de cuivre; un morceau de zinc est appliqué: le mercure est promptement réduit à l'état métallique, et le cuivre en est blanchi.

» Une solution composée de plomb est aussi promptement réduite à l'état métallique que le mercure, en la déposant sur la surface d'une lame de platine et en la couvrant d'une lame de zinc. Les composés insolubles, comme les oxydes, etc., doivent être d'abord mêlés avec l'acide nitrique ou muriatique allongé. Le plomb ainsi réduit est ordinairement d'une couleur gris-noirâtre, et n'est que peu luisant, à moins d'être pressé, comme par la lame d'un canif par exemple; alors son brillant devient apparent. Les sels de cuivre solubles, dissouts dans de l'eau, n'ont besoin pour la réduction que d'être placés sur le platine et couverts par le zinc.

» En cas d'empoisonnement on éprouve, comme on sait, quelque difficulté pour découvrir le poison qui se trouve enveloppé dans les alimens et autres substances existant dans l'estomac. M. Davy a trouvé sa méthode beaucoup plus efficace et plus simple dans ce cas. Il a mêlé séparément une petite quantité d'oxyde blanc d'arsenic en poudre avec de la farine, du pain, du pâté, de l'amidon, du riz, réduit en pulpe par l'ébullition; des pommes de terre cuites, du sucre, du sirop, du vinaigre, du vin rouge, du vin d'Espagne, du gruau, de la crême, du blanc et du jaune d'œuf, de la solution de colle de poisson, de la bille et de la salive, du sang, du thé, de la crême et du sucre, du café, de la soupe, de la soupe aux pois mêlée avec du bœuf bouilli. Une portion de chacun de ces mélanges ayant été placée dans une cuillère de platine et bouillie au besoin, on a ajouté quelques gouttes d'acide muriatique et on y a ensuite appliqué le zinc. L'arsenic s'est réduit sur-le-champ et est venu couvrir la surface de la cuillère, d'où il a été séparé avec dégagement d'odeur alliacée, moyennant l'échauffement de la cuillère sur une lampe à alcool.

» Des expériences analogues ayant été faites avec le sublimé corrosif, le sucre de plomb, le sulfate de cuivre, mêlés avec différentes substances, ont donné constamment le même résultat, la séparation du poison à l'état métallique. » (*Ibid.*)

Anévrisme poplité. Diathèse anévrismale. Amputation. Hémorrhagie, mort, autopsie. Par M. Tagert, chirurgien à l'hôpital Mercer.

Un homme âgé de trente-quatre ans, délicat, est reçu le 24 novembre, pour être traité d'un anévrisme poplité. Il avait été d'abord militaire, puis employé à la garde de la police. A l'examen on trouve l'état suivant.

Anévrisme dans la région poplitée du côté gauche. Pulsations du cœur extraordinairement violentes. Hypertrophie manifeste du cœur. Toutes les artères battent avec une force extraordinaire et offrent partout un bruit de soufflet, ainsi que le cœur. Les poumons cependant paraissent sains; pas de toux. Dyspnée au moindre exercice. Sueurs nocturnes. Pouls 100, appétit bon, garderobes naturelles. Le malade accuse des palpitations de cœur depuis un an; oppression à la poitrine, quelquefois l'oppression devient intolérable par l'exercice corporel; des épistaxis depuis plusieurs mois; maigreur progressive.

Consultation avec les chirurgiens de l'hôpital. L'opération de la ligature est contre-indiquée, vu l'état diathésique général. Traitement de Valsalva. Le 5 décembre le malade sent quelque chose crever dans son jarret et éprouve une douleur intense; l'anévrisme est devenu diffus; la jambe acquiert un volume considérable; le malade ressent des douleurs vives; le mollet est considérablement gonflé et menace rupture; il est dur et luisant, noir sur quelques points, et de couleur mate; la chaleur du membre diminue; on ne peut pas sentir les pulsations de la tibiale extérieure; pouls fort et fréquent, battemens violens du cœur; physionomie exprimant l'anxiété. L'amputation de la cuisse est jugée indispensable, elle est pratiquée sur-le-champ.

Lorsque l'artère fémorale a été divisée, elle bat violemment; on la lie fortement et on l'abandonne à elle-même; les pulsations qu'elle éprouve sont tellement violentes qu'elle sort à la surface du moignon, fait saillie sur la plaie et bat avec une force incroyable. Plusieurs autres vaisseaux ayant été liés, le moignon a été laissé sans pansement pendant plusieurs heures, afin de s'assurer qu'aucune hémorrhagie ne surviendrait de la surface de la plaie. Quarante-huit heures après l'opération, le malade est cependant mort d'hémorrhagie secondaire. A l'examen on a trouvé que l'artère fémorale était perforée au dessus de la ligature par une brèche qui permettait le passage d'une grosse sonde dans son tube. Les parois de ce vaisseau ne paraissaient aucunement malades. On a conclu, en conséquence, que cette rupture était due à la violence de l'action du cœur qui avait déchiré l'artère à l'endroit de la résistance de la ligature. Le cœur avait un volume double du naturel.

Ce fait prouve, dit l'auteur avec raison, que l'opération est contre-indiquée lorsqu'il y a une maladie au cœur ou que plusieurs anévrismes existent en même temps. Il pense cependant que lorsque l'action du cœur n'est pas exaltée, la présence de deux anévrismes n'est pas une contre-indication absolue à la ligature de l'artère. Il cite à l'appui le cas d'un homme qui a été reçu à l'hôpital pendant l'hiver de 1833-34, ayant un anévrisme dans chaque région poplitée, et que M. Collis a opéré avec succès en mettant un intervalle de six semaines entre les deux ligatures. (*Ibid.*, 15 juillet.)

— Il est regrettable que dans la première de ces observations, l'auteur ait omis les détails essentiels sur les conditions physiques de la tumeur et l'état de la jambe amputée. On connaît, il est vrai, plusieurs exemples d'anévrisme poplité devenu diffus, de circonscrit qu'il était; mais ces faits ne sont encore qu'en petit nombre, et leur histoire offre plusieurs *desiderata* de quelqu'importance. On sait déjà depuis assez long-temps que la seule impulsion trop violente du courant sanguin suffit pour déchirer le vaisseau à l'endroit de la ligature: mais ne pourrait-on, dans ces cas, prévenir un pareil résultat à l'aide d'un compresseur en permanence vers le haut du membre, qui affaiblirait le courant principal et obligerait une partie du sang à se porter dans les collatérales? Peut-être que M. Tagard n'aurait pas eu la douleur de voir son malade périr d'hémorrhagie si l'on eût eu recours à un pareil moyen. D'autre part, est-il prouvé que l'opération de l'anévrisme est contr'indiquée alors que le cœur s'offre à l'état d'hypertrophie? Ce précepte paraîtra probablement trop rigoureux à plusieurs praticiens; car que pourrait-on espérer en abandonnant le tout à la nature? Ne faut-il pas s'attendre tôt ou tard à la rupture du sac? Pourquoi donc l'amputation du membre, qui offre beaucoup plus de dangers, serait-elle plutôt permise que la ligature de l'artère? La thérapeutique possède d'ailleurs aujourd'hui des moyens énergiques pour abattre l'action excessive du cœur et permettre l'opération de l'anévrisme alors que des complications d'autre nature ne s'opposent pas à la ligature.

Tumeur fibreuse très volumineuse développée dans le scrotum et au-devant de la région pubienne; circonstances remarquables; par M. Cranfield.

Hugh Brien, fermier, très robuste et sain, âgé de soixante-huit ans, portait depuis plusieurs années une tumeur, du volume de la tête d'un enfant, dans le côté droit du scrotum. Sa consistance était très ferme, elle résiste à l'impression du doigt; mais sa dureté n'est pas tout à fait osseuse; elle n'est pas sensible à la pression, et on peut la suivre distinctement jusque dans l'abdomen, à travers l'anneau abdominal externe. Le malade a donné les détails suivans:

Il y a dix ans, il a senti dans l'anneau abdominal droit une tumeur molle ayant toutes les apparences d'une hernie. Un brayer lui a été appliqué, qu'il a porté environ une année; au bout de ce temps, la tumeur ayant disparu, le bandage a été abandonné. La tumeur a reparu. On lui prescrivit de l'hydriodate de potasse intérieurement, mais sans effet sur la tumeur.

Le 22 mars 1839, le malade entra à Mercer's hospital pour se faire opérer. La tumeur, mesurée, offrait 42 pouces de circonférence dans un sens, 30 5/10 dans un autre sens.

Deux mois après, de nouvelles mesures ont donné 43 5/10, et 32 pouces, ce qui a offert une augmentation de plus d'un pouce cubique par jour. Malgré ce volume énorme de la tumeur, le malade pouvait encore marcher, et sa santé continuait à être bonne. La tumeur persistait à être indolente, et sa surface lisse. Les veines du scrotum sont aussi grosses que les veines superficielles du bras. Le mal a continué à faire des progrès jusqu'à la mort, qui a eu lieu le 24 mai 1840; alors la tumeur descendait jusqu'aux genoux. La plus grande circonférence présentait, à cette époque, 48 pouces; la circonférence transverse, 39 pouces.

A l'autopsie, on trouve que la masse de la tumeur est en grande partie fibreuse, ferme et blanche: cette matière était entrelardée de graisse, de dépôts cartilagineux mous, et de matières osseuses amorphes et rugueuses. La matière cartilagineuse pouvait être aisément enlevée avec le doigt; sa structure était molle et vasculaire, pareille à celle qu'on voit végéter souvent à la surface du périoste; et il est très probable qu'elle serait bientôt devenue osseuse. La tumeur avait pris naissance à la face profonde du périoste de la branche horizontale du pubis du côté droit et des parties adjacentes. Une portion de la végétation, du volume du poing, était prolongée dans l'abdomen; elle ne comprimait ni le rectum, ni la vessie, les garde-robes ayant été libres jusqu'à la fin. La peau du pénis avait été tellement distendue par la tumeur, que l'orifice du prépuce n'était plus apercevable; l'urine ne pouvait plus passer dans les dernières trois semaines de la vie du malade. Le scrotum était gangrené par l'effet de la pression de la tumeur et du contact de l'urine. Pesée, la masse entière a donné 52 livres. Sa forme était celle d'un sphéroïde. Son grand axe était de 18 pouces; le petit axe de 12,4 pouces. Son aire offrirait, en conséquence, 1450 pouces cubiques.

(*Ibid.*, 17 juin.)

— On ne confondra pas cette tumeur avec les végétations scrotales qu'on observe chez les Orientaux. Il s'agissait probablement ici d'une de ces végétations périostales qui ont été décrites dans ces derniers temps sous le nom de fongus du périoste, et qui avait pris la marche de la cartilaginification. Pour quelques personnes, ce serait là une sorte d'exostose de la branche pubienne. Son volume énorme, le siége qu'elle occupait, les phénomènes dont elle s'est accompagnée en font une maladie rare.

Deux cas d'anévrisme poplité guéris à l'aide de la compression; par M. Porter.

« Il y a quelques années, un homme a été reçu à l'hôpital Meath pour être traité d'un anévrisme poplité. La tumeur était située à la partie inférieure de l'espace poplité, avait le volume d'un œuf de poule d'Inde. Le membre était dans la demi-flexion, et ne pouvait être étendu. Le malade accusait des douleurs considérables, un sentiment d'engourdissement et de tintement dans le pied. La compression ne faisait point disparaître la tumeur, mais elle en diminuait légèrement le volume. Sa substance était dure, et ne diminuait pas lorsqu'on comprimait l'artère fémorale. Le malade ne voulant pas se soumettre de suite à l'opération, j'ai appliqué provisoirement un bandage roulé sur tout le membre, depuis les orteils jusqu'à l'aîne; il n'a été qu'à peine serré, n'ayant pas été posé dans le but d'une guérison. A mon étonnement cependant, le lendemain, la tumeur avait cessé de battre; le malade m'a déclaré qu'une heure après l'application du bandage il avait éprouvé de la douleur dans la tumeur, douleur qui était devenue très intense et avait duré toute la nuit. Le surlendemain, même état; pas de pulsations; la tumeur devient de plus en plus dure, elle diminue par degrés; enfin elle disparaît, et le malade guérit.

» Dans une autre occasion, un homme est reçu à l'hôpital, dans le service de M. Collis, pour un anévrisme poplité, très volumineux, non réductible, et contenant peu de sang liquide dans le sac. On applique un bandage comme dans le cas précédent; le malade accuse des douleurs atroces. Le lendemain, les pulsations ont disparu; peu de temps après cependant elles reparaissent, mais d'une manière fort obscure. On persévère dans l'usage du bandage; peu de jours après le mal était en voie de guérison, qui a fini plus tard par s'effectuer d'une manière complète. »

(*Ibid.*, 15 juillet.)

— Les faits de cette nature ne sont pas extrêmement rares, et leur nombre serait probablement plus considérable encore, si on avait la patience de soumettre les malades à un traitement approprié et prolongé pendant un temps convenable. Ce qu'il y a de remarquable dans ces deux cas, c'est qu'une compression légère a suffi pour retarder la circulation et provoquer la consolidation de la masse sanguine, premier temps essentiel de la guérison.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DU COEUR; PAR M. GENDRIN.

(Recueillies par MM. E. Colson et E. Dubreuil-Hélion.)

Cinquième leçon.

SOMMAIRE. (*d*) *Des modifications des bruits normaux du cœur.* — Appréciation du timbre et de la durée des bruits normaux du cœur modifiés. — Causes étrangères au cœur qui modifient ses bruits. — Modifications des bruits du cœur par les changemens temporaires qui surviennent dans l'action de cet organe. — Rapports des points où s'entendent les bruits du cœur modifiés avec le siége des lésions. — Influence de l'emphysème du bord du poumon gauche sur la production des bruits du cœur. — Des modifications principales des bruits de diastole. — Du dédoublement des bruits du cœur. — Des modifications des bruits du cœur dans les cas de ramollissement des tissus du cœur. — Des concrétions sanguines par stase du sang dans le cœur, et des phénomènes qu'elles produisent. — (*e*) *Des bruits anomaux du cœur.* — Du bruit de frottement périphérique. — Des états du cœur qui occasionnent le bruit de frottement périphérique. — Des circonstances qui déterminent la disparition. — Des bruits de frottemens artériels. — Conditions qui déterminent le bruit de frottement artériel.

(*d*) *Des modifications des bruits normaux du cœur.*

Les deux bruits normaux du cœur éprouvent par le fait de la présence des maladies du cœur, des changemens importans à constater, parce qu'ils se montrent comme phénomènes très prononcés dans la plupart des maladies du cœur.

Les changemens morbides des bruits normaux du cœur consistent dans des modifications du timbre et de l'intensité de ces bruits.

Le bruit systolique à l'état normal est sourd et plus grave que le bruit diastolique; dans certaines maladies ce bruit devient plus grave et plus sourd, quelquefois au point d'être si complètement effacé qu'il devient difficile de le reconnaître.

Laënnec avait déjà remarqué que dans l'hypertrophie ventriculaire, le bruit systolique était plus sourd et plus prolongé. L'observation clinique n'a fait que confirmer depuis lui cette remarque. Quand l'hypertrophie est portée très loin, le bruit de la systole qui correspond au choc de la pointe du cœur est quelquefois tellement grave qu'il devient difficile à percevoir. Presque toujours dans ce cas, ce bruit est beaucoup plus prolongé que dans l'état normal; il exprime nettement que la durée de la systole est plus grande que dans l'état sain. Laënnec avait aussi constaté que si les parois du cœur sont amincies et que ses cavités sont dilatées, le timbre du bruit systolique est plus clair et sa durée plus courte.

Toutes les modifications des bruits du cœur qui ne consistent que dans une exagération en plus ou en moins de l'intensité et du timbre des bruits du cœur, sont toujours difficiles à apprécier. Il faut une certaine habitude pour y parvenir: nous ne saurions trop vous engager à acquérir cette habitude par l'auscultation journalière des malades. L'expérience nous a appris qu'à cet égard il faut faire et continuer long-temps l'éducation de l'oreille. Vous y parviendrez en auscultant tous les jours la plupart des sujets que vous pourrez examiner. Ce ne sera qu'après que vous vous serez habitué pendant plusieurs mois à cet exercice d'exploration que vous parviendrez à un degré d'aptitude d'audition suffisant. Vous serez facilement récompensés de cette fatigue par une facilité de perception dont on ne conçoit les limites véritablement extraordinaires que lorsqu'on la possède.

Chez les sujets qui ont une musculature thoracique très considérable, chez ceux qui ont une couche graisseuse pectorale très grande, chez ceux dont le cœur est chargé d'un tissu graisseux abondant, les bruits du cœur peuvent être modifiés; les bruits deviennent sourds sans que pour cela il y ait aucune lésion dans le cœur. On ne reconnaît alors cette absence de lésion que par la non prolongation de la durée des bruits. Chez les sujets dont les parois thoraciques sont très minces et maigres, chez ceux dont les muscles sont peu développés, chez les vieillards dont les cartilages costaux sont ossifiés et les parois thoraciques minces, les bruits du cœur sont plus clairs et plus faciles à percevoir.

Il suffit que les mouvemens du cœur soient accélérés comme dans l'état fébrile, ou à la suite d'un effort violent, ou par l'influence d'une impression morale qui provient même quelquefois de la seule influence de la visite du médecin, pour que les bruits du cœur deviennent plus clairs et plus secs, pour que l'intensité de ces bruits et leur vitesse soient exagérées, et se perçoivent facilement et d'une manière égale sur presque toute la surface de la poitrine.

Dans les palpitations qui surviennent pendant le cours des maladies du cœur, les bruits normaux de cet organe sont transmis avec un timbre plus aigu; ils s'entendent dans une grande étendue du thorax, quelquefois même ils se perçoivent à distance de manière à être entendus par le malade lui-même, dans quelques cas même par le médecin placé auprès du malade. Dans ces cas, on les perçoit d'une manière très nette en plaçant l'oreille à deux ou trois centimètres de la peau sur la région précordiale.

Chez certains sujets, soit par la nature de leur maladie, soit par l'influence des médicamens sédatifs dont l'action agit d'une manière élective sur le cœur, les bruits normaux du cœur sont constamment plus sourds et toujours plus prolongés. Lorsqu'il se borne à annoncer d'une

manière générale le caractère plus ou moins sourd et la durée plus ou moins grande des bruits du cœur comme phénomènes de maladies déterminées de cet organe, nous croyons que Laënnec est trop peu précis dans son énonciation. Cependant en tenant compte de toutes ces circonstances, il est possible d'apprécier dans les états pathologiques tranchés, par les caractères de bruits du cœur, les modifications de volume et d'énergie de cet organe. Il ne faut cependant pas en général, même dans ces cas, rien conclure de ces résulta.s d'exploration, sans répéter l'examen à différentes époques et dans des phases différentes de la maladie.

La position du malade que l'on explore apporte des changemens dans les caractères des bruits du cœur. Ils sont en général plus sonores et plus rapides dans leur durée quand le malade est assis ou dans la station; ils sont toujours plus sourds et moins prononcés quand le malade est couché. C'est cette position qui nous paraît la meilleure pour éviter toute illusion dans l'explication des bruits du cœur.

Il est d'une grande importance pour le diagnostic de déterminer auquel des deux ventricules se rapportent les modifications qui surviennent dans les bruits du cœur. On y parvient par les rapports que les points du thorax où se perçoivent les bruits anomaux ont avec les cavités du cœur. La position relative des deux ventricules l'un au devant de l'autre sépare par les points divers où ils se font entendre les bruits anomaux qui ont leur siége dans chacune des cavités du cœur, à un degré beaucoup plus prononcé qu'on ne pourrait le penser.

Ainsi, un bruit qui diminue et s'éteint à mesure qu'on se rapproche du bord droit du cœur, et qui augmente, au contraire, d'intensité sur la ligne qui correspond au bord gauche du cœur, doit être rapporté à une lésion qui siége dans le ventricule gauche. Ce bruit se perçoit ordinairement encore d'une manière très distincte au-delà des limites du bord gauche du cœur jusque sur le côté gauche du thorax. Les bruits qui se rattachent aux lésions du ventricule droit s'entendent surtout sur la région précordiale et sur le bord gauche du sternum. Ils se perdent constamment sur les limites gauches de la région précordiale. Laënnec pensait que ces bruits se progageaient sur le côté droit de la poitrine; c'est une erreur qui ne peut provenir que de la confusion avec les bruits du cœur des bruits qui surviennent dans l'aorte ou dans le tronc brachio-céphalique. Les bruits qui naissent dans les parties droites du cœur se perdent au bord droit du sternum, ou au moins s'affaiblissent au plus haut degré sur la ligne des articulations synchondro-sternales droites.

Chez des sujets qui ont les parois thoraciques peu épaisses, et dont le poumon gauche n'est pas emphysémateux, l'hypertrophie du ventricule gauche donne lieu à un bruit systolique sourd qui se perçoit à la partie postérieure du thorax dans la gouttière vertébrale gauche. Les bruits fournis par le ventricule droit ne s'entendent jamais en arrière.

Dans l'état physiologique, le bruit systolique du cœur se perd sur le trajet des grosses artères; quand le ventricule gauche est hypertrophié, il se prolonge quelquefois jusque dans les sous-clavières, et descend même sur le trajet de l'aorte sur presque toute la hauteur du sternum. Ce bruit transmis suivant la ligne médiane de la poitrine en imposerait facilement pour une lésion dans le ventricule droit, si sa présence à un haut degré sur le bord gauche de la région précordiale et jusque sur le côté gauche du thorax ne démontrait pas péremptoirement que le siége de la maladie se trouve dans le ventricule gauche.

Le bord antérieur du poumon gauche, devenu emphysémateux, en se prolongeant sur la face antérieure du cœur, agit, par rapport à ses bruits, comme une espèce de sourdine: il empêche le bruit systolique de se faire entendre en avant, même lorsqu'il existe une hypertrophie coïncidant avec l'emphysème pulmonaire dont elle est fréquemment le résultat. Mais il y a des moyens de reconnaître que le poumon occupe une plus grande étendue qu'à l'ordinaire, et l'on doit s'en servir pour expliquer l'obscurcissement de ce bruit.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Académie de Médecine. — Séance du 4 août.

A l'ouverture de la séance, chaque membre reçoit de l'employé de l'Académie un paquet contenant 36 francs, avec cette inscription: « Mois d'avril, mai et juin 1840, douze présences, 36 francs. » Nous avons entendu quelques membres se plaindre de cette mesure prise par le conseil de remplacer les jetons par des francs, cela ayant paru peu digne et contraire même au règlement. L'article 2 du règlement dit: « A l'issue de chaque séance tout membre a droit à un jeton de présence à l'effigie du roi. » M. Cornac a, dit-on, exprimé toute sa réprobation en présence d'un assez grand nombre de membres.

M. Bally écrit qu'il persiste dans sa démission de la présidence.

M. Roux propose que l'Académie nomme un nouveau président.

M. Barthélemy pense qu'il faut conserver le titre de président à M. Bally, et le faire remplacer par M. Roux.

M. Cornac parle dans le même sens.

M. Renauldin fait observer que si on ne nomme pas un président, l'Académie se trouvera bientôt sans chef, M. Roux s'absentant à son tour. (On rit.)

On vote sur la question de savoir si on élira ou non un président. Le résultat de ce vote a été affirmatif de 28 voix contre 27.

M. le Président annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Sédillot.

M. Pariset donne lecture du discours qu'il a prononcé aux pieds de la statue d'A. Paré. Cette lecture a été applaudie.

Intoxication arsenicale. — Dans les deux dernières séances, M. le président avait eu soin d'annoncer une lecture de M. Orfila sur un sujet, disait-il, d'empoisonnement de la plus haute importance. Aujourd'hui cette lecture a vu le jour. Le factum de M. Orfila est intitulé: *Mémoire sur plusieurs cas d'empoisonnement par l'arsenic jugés dernièrement par différentes cours d'assises du royaume.* Ce titre a fait de suite comprendre de quoi il s'agissait. M. le doyen a eu la patience de raconter à l'Académie les cas de Nicolas Mercier (Dijon), de la femme Rigal (Alby) et de la fille Cuman (Périgueux), et les circonstances des débats, que tout le monde connaissait déjà. De là les bâillemens sans fin et des chuchottemens incommodes qui ont obligé M. le doyen d'élever la voix pour se faire entendre.

Après la première histoire un grand nombre de membres quittent la salle.

Où croyez-vous que M. Orfila voulait en venir? Aux débats de Dijon, d'Alby et de Périgueux, pour attaquer à loisir, dans un lieu où ils ne pouvaient se défendre, MM. Raspail et Rognetta. M. Orfila s'est donné la satisfaction de traiter à sa façon le mérite scientifique de M. Raspail, et de lancer de nouvelles calomnies contre M. Rogcetta et la *Gazette des Hôpitaux*. Les accusés étaient coupables parce que M. Orfila l'a dit; M. Raspail n'a fourni que des argumens vagues et absurdes contre les expertises de M. le doyen, et les avocats ont eu grand tort de se prévaloir dans la défense d'écrits qui sont peu recommandables aux yeux de M. Orfila, et de lui opposer des faits de mauvais goût. « Moi, a dit M. le doyen, j'ai soutenu les débats avec un sang-froid dont je ne me croyais pas capable. » Il est faux, a-t-il ajouté, qu'il ait jamais dit qu'il fallait saigner pour traiter les empoisonnés par l'arsenic, et il est plus faux encore que les expériences de M. Rognetta aient rien prouvé contre lui! La *Gazette des Hôpitaux* aurait, selon M. le doyen, *falsifié le rapport* de la commission et la discussion qui s'en est suivie. De là, une partie des erreurs de M. Raspail, qui aurait été trompé par ce journal. Telle est la substance de l'espèce de dossier qui a fait, pendant plus d'une heure, retentir la voix de M. Orfila en face des bancs déserts de la rue de Poitiers (1).

— *M. Gimelle* fait un rapport favorable sur un travail de M. Hippolyte Larrey relatif à une blessure pénétrante de l'abdomen avec issue de l'épiploon et réduction lente et spontanée de ce viscère. Ce fait, nous l'avons déjà publié. La conclusion de la commission est que l'important travail de M. Larrey soit envoyé au comité de publication, et le nom de l'auteur inscrit sur la liste des candidats pour une prochaine place vacante dans la section de chirurgie. (Adopté).

— *M. Jolly* fait un rapport sur un mémoire de M. Oustalet de Montbeillard, intitulé: « Essai historique sur la thérapeutique des anciens. » Ce travail ne renfermant rien de bien neuf, la commission se contente de proposer d'écrire une lettre de remercîmens à l'auteur, et de déposer son mémoire aux archives.

(1) Pour répondre aux étranges assertions de M. Orfila, nous attendons qu'il ait fait imprimer son discours dans les journaux qui lui sont dévoués, nous engageant à le reproduire textuellement, comme nous l'avons toujours fait, et spécialement pour la discussion dans laquelle M. le Doyen nous accuse d'avoir altéré la vérité.

Oblitération complète de l'extrémité inférieure du pharynx. Œsophage ouvert dans la trachée-artère. Observation recueillie par le docteur Bermond.

Madame *** accoucha le 17 avril d'une fille qui offrait tous les caractères d'un enfant né à terme. Quelques instans après sa naissance, l'enfant devint bleu presque subitement; la respiration se suspendit. La saignée par le cordon ombilical, l'insufflation de l'air et l'aspiration des mucosités qui obstruaient les voies aériennes, amenèrent un peu de calme; la respiration se rétablit et la cyanose disparut. Un peu d'eau sucrée ayant été donnée à l'enfant, les mêmes accidens reparurent, et cédèrent au même traitement. Lorsque l'enfant prenait le sein, il rendait par le nez le lait qu'il avait sucé, et les accidens précédemment décrits reparaissaient. Le méconium fut rendu en partie; les urines, quoique rares, coulaient librement. Des bains gélatineux et des lavemens de lait furent donnés pour toute nourriture.

Jusqu'au 24 avril, huitième jour de sa naissance, il présenta les mêmes accidens, lors même qu'il n'avalait aucun liquide; la maigreur augmenta de plus en plus, la peau devint jaune; enfin la petite malade mourut à la suite d'un engouement sans avoir pris de boisson.

Autopsie. — L'œsophage, suivi jusqu'au pharynx, se déviait à son bout supérieur, et s'ouvrait immédiatement dans la trachée à cinq ou six lignes au-dessus de sa bifurcation. Le pharynx, qui avait sa position et sa longueur ordinaires, était complètement oblitéré à son bout inférieur, formait un véritable cul-de-sac et avait au moins trois fois sa capacité naturelle. La partie supérieure des appareils respiratoire et digestif n'offrait rien de particulier. M. A. Bermond a présenté la pièce pathologique à la Société de médecine de Bordeaux.

(*Journal de Méd. prat. de Bordeaux*, juin 1840.)

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

L'article du *National* que vous reproduisez dans votre numéro de samedi contient un erreur sur mon compte que, dans l'intérêt de la vérité, je vous prie de vouloir bien rectifier.

Il y est dit qu'en 1833 on me fit passer de la Pitié à l'Hôpital de la Faculté, pour que je fusse plus rapproché de la résidence des élèves, tandis qu'en 1837, M. Sanson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a été obligé d'aller faire son cours à la Pitié, loin des élèves, etc. Pourquoi une décision si favorable à l'un et si défavorable à l'autre?

Or, en 1833, j'étais médecin de l'Hôtel-Dieu, et je n'en fus pas moins obligé d'aller faire mon cours à la Pitié, *loin des élèves*, comme M. Sanson en 1837.

Il n'y a donc eu aucune préférence, aucune prédilection, aucune faveur pour moi: notre sort a été en tout pareil.

Si, en 1834, je suis venu à l'Hôpital des Cliniques, c'est *au refus* de mes trois collègues qui, plus anciens que moi, avaient le droit de choisir. Nul doute que M. Sanson n'eût été de même appelé dans une clinique du centre, s'il y en eût une de vacante.

Agréez, etc. ROSTAN.

— La chaire de pathologie chirurgicale est vacante au Val-de-Grâce; le concours n'est pas encore fixé. On annonce que M. Hipp. Larrey, agrégé de la Faculté, se met sur les rangs.

— L'inspection médicale du Val-de-Grâce a été close jeudi dernier; M. Moizin a prononcé à cette occasion quelques paroles pleines de dignité et de bienveillance, pour exprimer au personnel médical du Val-de-Grâce la satisfaction qu'il a recueillie dans l'examen de ce bel établissement.

— L'inauguration de la statue d'Ambroise Paré a eu lieu à Laval, sur la place de l'Hôtel-de-Ville, le 29 juillet, en présence des autorités civiles et militaires, des magistrats, des députations de la Faculté et de l'Académie de médecine, des médecins et des nombreux souscripteurs.

L'affluence était immense: toutes les corporations de la ville, bannières en tête, sont venues assister à cette solennité.

La garde nationale et la garnison étaient sous les armes.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 8 AOUT 1840. (15e ANNÉE.) N° 93, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Ligature sous-cutanée pour la cure radicale du varicocèle.

De nombreux et importans travaux ont été publiés pendant ces dernières années sur le traitement des maladies variqueuses des vaisseaux en général, et surtout sur la cure des varices des membres inférieurs et de celles des veines du cordon testiculaire. Pour ne parler que du varicocèle, les travaux de MM. Velpeau et Fricke, et surtout ceux de M. Breschet, ont fait faire un progrès immense à la thérapeutique de cette maladie si commune (1).

Ces travaux ont eu surtout de très nombreux résultats depuis que M. Breschet, de concert avec M. Landouzzy, a modifié sa pince de manière à laisser intacte à la partie externe de la masse variqueuse une sorte de pédicule formé seulement par la peau, et qui maintient en rapport les lambeaux auparavant assez difficiles à réunir.

La position toute particulière de M. Ph. Ricord, dans un service de maladies spéciales, parmi lesquelles se rencontrent si fréquemment les affections des organes génito-urinaires, lui a permis d'observer un grand nombre de varicocèles, et d'en étudier d'une manière spéciale les causes et les complications. Ce chirurgien est arrivé à plusieurs résultats fort curieux, dont nous ne parlerons pas ici pour ne pas anticiper sur un mémoire qu'il se propose de publier prochainement, et nous n'indiquerons aujourd'hui qu'un procédé nouveau de traitement qui a déjà été mis en pratique un grand nombre de fois avec un succès complet.

Redoutant la perte de substance qui suit d'habitude l'emploi du procédé de M. Breschet, et même de celui de M. Velpeau, plusieurs chirurgiens avaient proposé des modifications dans le but de permettre l'oblitération des vaisseaux en déterminant le moins possible de lésions aux enveloppes scrotales. Pour cela M. Fricke, de Hambourg, conseilla de passer simplement des fils à travers les veines dilatées; M. Renaud, de Toulon, proposa d'opérer la constriction des veines en les étreignant avec un fil qu'on liait ensuite sur un rouleau de bois ou de dyachylum. M. Amussat employa le même procédé.

M. Ricord a encore modifié ces procédés, les a rendus plus exacts, et leur a donné une puissance qu'ils n'avaient pas auparavant; son procédé de ligature consiste en une espèce de constriction sous-cutanée qu'on peut encore rendre graduelle, si on le juge à propos. Voici le manuel de cette méthode.

Après avoir laissé le malade debout pendant quelque temps afin de rendre plus apparentes les veines variqueuses, on embrasse dans un pli de la peau tout le paquet veineux, en ayant soin de bien isoler le canal déférent qu'on laisse en arrière; puis avec une aiguille droite portant un fil doublé dont l'extrémité libre forme une anse, on traverse le pli de la peau de manière à passer entre le canal déférent et les veines. Alors, abandonnant les veines à elles-mêmes, on introduit par l'ouverture de sortie de la première aiguille un fil préparé de la même manière que le premier, et on le fait sortir par la première ouverture d'entrée; mais cette fois, le fil doit passer en avant du paquet veineux entre lui et la peau: de cette manière, le varicocèle est circonscrit en avant et en arrière par deux fils n'ayant l'un et l'autre qu'une même ouverture d'entrée et de sortie. Ceci étant fait, on introduit le bout libre de chaque fil dans l'anse correspondante de l'extrémité voisine; de cette manière, le paquet vasculaire est embrassé par un nœud coulant qu'il n'y a plus qu'à serrer.

Pour opérer cette constriction, il suffit de tirer sur les fils en sens inverse. On engage alors leur portion libre dans un serre-nœud construit *ad hoc* par M. Charrière. C'est une espèce de fer à cheval, dont l'extrémité des branches est percée d'une ouverture par laquelle s'engage chaque fil qui, en suivant une gouttière pratiquée sur la convexité de l'instrument, vient se réunir par un nœud à celui du côté opposé sur un petit treuil placé au centre. Nous ne reproduirons pas ici toutes les observations qui ont été recueillies à l'hôpital des Vénériens; nous nous contenterons de rapporter celle qui suit, que nous devons à l'obligeance de M. Héotl, interne du service. Elle suffira pour faire connaître la marche ordinaire du traitement par le procédé que nous indiquons.

Observation. — Couvreur, âgé de vingt ans, peintre en bâtimens, couché au n° 25 de la salle 7, est entré à l'hôpital le 3 janvier 1840, pour se faire opérer d'un varicocèle du côté gauche. Le malade s'est aperçu du développement de la tumeur dès l'âge de dix ans, et aujourd'hui elle est considérable; il demande à se faire guérir, autant, dit-il, pour éviter les douleurs que lui occasionne le poids de sa tumeur, que pour renoncer à l'usage du suspensoir, qui le fatigue beaucoup.

Le 8 janvier, on pratique la ligature du paquet vasculaire par le procédé que nous avons décrit; la constriction fut exercée de suite au moyen du serre-nœud. Le malade n'accusa qu'une douleur peu vive, qui cessa complètement quelques minutes après l'opération.

Le 10 janvier, il existe un peu de rougeur aux environs de la ligature; on la serre de nouveau.

Le 12, on commence à sentir les progrès de l'oblitération des veines; au-dessus et au-dessous de la ligature, ces vaisseaux forment des cordons noueux. Il s'échappe quelques gouttelettes de sérosité purulente par les ouvertures qui donnent passage à l'extrémité des deux fils. On serre encore la ligature par quelques tours de treuil.

Le 18, tension du scrotum, qui est chaud et forme une masse dure et assez résistante. Il n'y a pas, du reste, de réaction fébrile. On se contente de diminuer la quantité des alimens, et on fait appliquer un cataplasme émollient sur le scrotum.

Le 20, les symptômes inflammatoires ont cédé. On serre chaque jour la ligature.

Le 26, les fils sont mobiles; on les retire. L'oblitération des veines paraît complète.

Le 28, la résolution commence déjà à s'établir dans le paquet vasculaire. Le malade demande sa sortie; on la lui accorde.

Le 10 mars, la tumeur formée par les caillots qui oblitéraient le paquet veineux a beaucoup diminué; le scrotum est revenu sur lui-même; le jeune homme a beaucoup marché sans voir les vaisseaux s'engorger de nouveau.

Couvreur est encore revenu se faire visiter en juin dernier: la guérison est complète, il a renoncé à l'usage de son suspensoir, et n'éprouve, dit-il, ni douleur ni la moindre gêne.

— Les ligatures ainsi placées tombent ordinairement du quinzième au vingtième jour. Il faut, en conséquence avoir soin de prendre un cordonnet de soie assez résistant pour ne pas s'exposer à le voir se rompre avant que la section des veines soit complète, et dans le but de pouvoir exercer de suite une constriction aussi forte qu'on le désirera.

Lorsque la section des vaisseaux est accomplie, les deux fils doubles des deux ligatures ne forment plus qu'un seul séton mobile qu'il est facile d'enlever en tirant sur une de ses extrémités.

Au contraire, si un motif quelconque faisait désirer au chirurgien de faire disparaître la ligature avant qu'elle ait divisé les vaisseaux, il suffirait de tirer sur l'un des fils dédoublé pour l'enlever facilement, et l'autre pourrait être dégagé aussitôt après.

M. Ricord a observé, et nous en avons été témoin, que la constriction des vaisseaux spermatiques par la ligature était quelquefois très douloureuse, et amenait dans les momens qui suivaient l'opération un état voisin de la syncope. Dans ces cas, on peut modérer la constriction et

(1) On trouve dans le *Traité pratique des hernies*, par M. Verdier une note fort curieuse sous le point de vue de la fréquence et des causes du varicocèle. « J'ai vu, dit-il, des officiers revenir de notre armée d'Afrique avec d'énormes varicocèles; ils m'ont assuré que dans l'infanterie, durant l'excessive chaleur, une grande partie des soldats éprouvait à un tel point les effets de la dilatation des veines spermatiques et scrotales que la gène et la douleur qui en résultaient les mettaient dans l'impossibilité de soutenir des marches longues et pénibles, quoique pourtant tous ces militaires eussent l'habitude de se soutenir les bourses avec un mouchoir ou avec une bande de toile passée entre les cuisses et attachée à la ceinture.

FEUILLETON.

Traité de tous les vices de la parole,

ET EN PARTICULIER DU BÉGAIEMENT;

ou Recherches théoriques et pratiques sur l'orthophonie (1);

Par le docteur COLOMBAT de l'Isère.

Le don le plus précieux pour l'homme, est la faculté inhérente à son espèce, et dévolue à elle seule, de pouvoir, par des sons convenus et diversement modifiés, exprimer sa volonté, manifester ses sentimens et transmettre ses pensées les plus intimes. Mais cette faculté sublime, cet art merveilleux, ce privilége divin, qu'il exerça, quoi qu'en disent Rousseau et quelques autres philosophes, au berceau même de la première société, les doit-il à la perfection ou à la conformation particulière de ses organes vocaux?

La parole est, pour notre espèce, un caractère distinctif dont la source est toute entière dans sa puissance cérébrale. Mais encore, cet attribut cérébral est-il le résultat positif d'une organisation toute spéciale et indépendante des degrés de l'intelligence? ou bien l'homme n'en est-il doué que parce qu'il est capable de faire des abstractions, d'avoir des idées et de les associer entre elles, afin d'attacher une valeur aux mots qui composent son langage?

Ceux qui adoptent la première de ces deux opinions se fondent:

1° Sur ce que tous les animaux, même ceux dont la vie atteste une intelligence incontestablement supérieure à celle de certains hommes, en sont complètement privés;

2° Sur ce fait d'observation qui démontre que les hommes les plus remarquables par la loquacité et même l'élocution, occupent aussi souvent le milieu ou le bas, que le sommet de l'échelle morale.

Ceux qui soutiennent la seconde citent à son appui l'exemple des crétins et de certains idiots qui ne leur paraissent muets, ou du moins ne font entendre que des cris et des sons vocaux, qu'ils tiennent de la nature animale, que parce qu'ils sont plus ou moins privés d'idées et qu'ils n'éprouvent, comme les animaux, que des besoins et des sensations.

S'il fallait me prononcer nettement en faveur de l'une de ces deux opinions, je me rangerais volontiers du côté de ceux qui regardent la parole comme le produit d'une organisation toute particulière du cerveau; car il me semble, en effet, difficile d'expliquer, sans cette disposition spéciale, pourquoi des hommes voisins de l'idiotisme parlent et quelquefois même très bien, tandis que des animaux qui, comme le chien, se placent si avant dans la vie morale par des actes qui ne peuvent s'expliquer que par la mémoire, la réflexion, le calcul et par conséquent le raisonnement, sont complètement muets.

M. Colombat adopte cependant l'opinion contraire, c'est-à-dire qu'il pense que si la parole est le privilége exclusif de l'espèce humaine, c'est que parmi toutes les créatures l'homme est la seule susceptible d'un perfectionnement intellectuel et social qui lui donne la double faculté de penser et de parler ensuite sa pensée. Quelque contestable que soit donc cette explication, elle permet de ne pas se prononcer trop ouvertement en faveur des prétentions vraiment exagérées des phrénologistes à la localisation des facultés intellectuelles; mais elle laisse au cerveau la plénitude de son action dans la production du phénomène si remarquable et si important qui nous occupe.

Cette première question, question de principe, d'origine, étant résolue, il s'en présente de suite une autre qui, pour être secondaire, n'est pas moins du plus haut intérêt; c'est celle de l'exécution mécanique des sons à la fois si variés et si harmonieux qui constituent la voix humaine.

Personne ne doute que la voix ne soit un acte expiratoire, et tout le monde sait que, parmi les parties qui donnent passage à l'air expiré, c'est le larynx qui forme le son vocal, et la glotte qui est l'organe essentiellement phonateur. Il n'en est pas de même du mécanisme de la voix et de l'ordre d'instrument auquel on doit rapporter l'ensemble des agens qui la produisent. Les uns ont, avec Dodart, comparé l'organe de la voix à un cor ou à une trompette; d'autres ont voulu, avec Ferrein, que le larynx fût un instrument à cordes, et le comparèrent à un violon; Cuvier le rangea dans la classe des flûtes, regardant la glotte comme le bec de l'instrument, la bouche, le corps et les narines comme les trous latéraux; enfin MM. Magendie et Biot ne voient dans le larynx qu'un instrument à anche, comme le haut-bois, le basson, et M. Savard qu'une espèce d'appeau.

M. Colombat discute successivement ces diverses théories, et démontre avec une judicieuse précision le peu de fondement des unes et l'insuffisance des autres. Sans avoir la prétention de leur substituer une explication irréprochable, il ne trouve dans le larynx qu'un instrument à vent *sui generis*, et croit pouvoir expliquer la voix simplement par le passage dans la glotte de l'air expiré qui, en se brisant contre les lèvres de cet organe, produit des ondulations sonores modifiées par le pharynx, la langue, les fosses nasales, en un mot par tout l'appareil vocal; se fondant particulièrement sur ce fait, que la seule constriction ou les oscillations des lèvres, soit dans le sifflement, soit dans l'action de jouer du cor, peuvent produire des sons variés et même harmonieux.

Sans doute, bien des personnes trouveront que cette théorie n'est pas complètement satisfaisante; M. Colombat, je viens de le dire, ne le dissimule point, et ne la donne que comme un nouveau pas de fait vers la vérité. Mais il est infiniment plus heureux quand, cessant d'approfondir la cause, il se fixe sur l'effet, c'est-à-dire quand, renonçant à expliquer la production du son vocal en lui-même, il s'occupe uniquement à décrire le mode suivant lequel s'exécutent soit les cris simples, soit les sons articulés. Il est difficile, en effet, d'offrir l'exemple d'une plus grande aptitude pour l'observation que dans l'analyse minutieusement détaillée et artistement notée qu'il donne des intonations qui forment les différens cris et dans la répartition diapasonique qu'il établit entre chaque espèce de sensations pénibles ou agréables; et il est impossible d'être plus rigoureusement exact qu'il ne l'est dans la description qu'il fait de la part que prend chaque partie de l'appareil vocal dans l'articulation des sons.

Jusque-là l'ouvrage de M. Colombat a été purement théorique; ici commence la partie essentiellement pratique, à laquelle il donne le nom d'orthophonie ou traité des vices de la parole. En prenant pour base l'étiologie, le diagnostic et le traitement de ces différentes anomalies, il les divise en deux classes principales bien distinctes, suivant qu'elles consistent, soit dans l'altération du son que représentent certaines lettres, soit dans la substitution d'une articulation à une autre, comme cela a lieu dans les diverses espèces de grasseyemens et de blésités, ou suivant qu'elles sont caractérisées par la répétition et la prononciation plus ou moins pénibles des syllabes et des mots, ainsi qu'on l'observe dans le bredouillement, le balbutiement et le bégaiement.

Les premières, il les nomme cacomuthies ou paroles défectueuses, et les secondes dyslalies ou paroles difficiles; les unes

(1) Deux vol. in-8°. Paris, 1840. 3e édit. Chez Béchet.

pour ainsi dire la graduer en ne serrant pas complètement les fils dès le premier moment, ce qu'on peut faire plus tard sans redouter les mêmes symptômes fâcheux.

Dans les cas de varicocèle très volumineux, ou bien dans le but d'obtenir une oblitération veineuse plus sûre, on pourrait trouver une seule ligature insuffisante. M. Ricord conseille dans ces cas d'en placer une seconde un peu au dessous de la première ; le serre-nœud a été modifié de manière à recevoir ces nouveaux fils, et ils s'y trouvent tout à fait indépendans des premiers, ce qui permet de serrer à volonté l'une ou l'autre des deux ligatures.

Comme on le voit, cette méthode est plus simple et aussi complète que toutes celles que l'on connaît ; elle expose moins à des suppurations longues et a le grand avantage de ne pas laisser la moindre trace. Nous pourrions rapporter un grand nombre d'observations à l'appui de cette proposition, mais elles n'offriraient aucun intérêt. Disons seulement que déjà une trentaine de malades ont été opérés par ce procédé, et que M. Ricord n'a jamais eu à combattre des accidens graves. Nous avons revu plusieurs des malades opérés, et toujours la guérison s'était maintenue d'une manière remarquable. L. M.

DES LUXATIONS DU COUDE EN ARRIÈRE ;

(Mémoire lu à la Société médicale d'Emulation, séance du 5 août, par Alexandre Thierry.)

J'ai choisi, parmi un grand nombre de luxations du coude, réduites et non réduites, les quatre observations que je publie. Je n'ai pas traité ici des luxations de l'extrémité supérieure du radius, me proposant de faire un article spécialement sur ce sujet. On peut rapprocher ces observations de celles déjà publiées par MM. Roux, Sédillot et Malgaigne.

Autant ces luxations sont faciles à réduire immédiatement après qu'elles viennent de se produire, autant la réduction en devient difficile seulement quelques jours après leur production.

Les dispositions des parties, leur inflammation, font que les surfaces osseuses s'engrènent très facilement, et qu'on a beaucoup de peine à les séparer. L'opinion de Boyer doit toujours être présente à l'esprit du praticien. Voici le langage que tient ce maître dans son Traité des Maladies chirurgicales, t. IV, p. 219 :

« La luxation de l'avant-bras en arrière, reconnue à temps et réduite, est une maladie assez simple ; le plus souvent même la réduction en est facile. Mais quand elle n'a pas été réduite de bonne heure, quand on a laissé le temps au parties molles de s'enflammer, cette luxation devient promptement irréductible. Il est bien rare qu'au bout d'un mois ou six semaines il soit encore temps de rétablir les os dans leur situation naturelle.

» Cependant il nous est arrivé de réussir encore au bout de ce temps-là sur un enfant de dix ans ; mais le plus souvent nous l'avons tenté en vain. C'est précisément l'espace de temps que l'engorgement met d'ordinaire à se dissiper en entier. On voit par-là que l'on s'expose, quand, par des ménagemens mal entendus pour une inflammation qui cesse d'être à craindre au bout de sept à huit jours, on attend que l'engorgement soit entièrement dissipé pour s'assurer de l'état des choses. Il est fort probable que la rapidité avec laquelle la luxation cesse d'être réductible, dépend de l'état de contrainte, de tiraillement et d'irritation dans lequel les parties sont tenues autour de l'articulation. Ce que nous venons de dire suffit pour faire comprendre combien cette luxation est fâcheuse quand elle n'a pas été réduite. La nature ne peut presque rien pour diminuer la gêne qui en résulte pour les mouvemens et pour l'utilité du membre. »

Par malheur, il arrive trop souvent qu'on ne reconnaît pas ces luxations ; quelques-uns croient avoir affaire à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. L'erreur, après que le gonflement des parties est dissipé, devient manifeste, et il est difficile alors de réparer le temps perdu.

Toutes les fois qu'on est appelé auprès d'un malade ayant une violente contusion du coude, il faut toujours faire fléchir l'avant-bras et imprimer des mouvemens de rotation et de supination à cette partie ; l'impossibilité de la flexion est le caractère pathognomonique de ces luxations. En admettant, ce que je n'ai jamais rencontré, qu'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, simulât la luxation de l'avant-bras, en plaçant le bras dans la supination et lui faisant éprouver un mouvement de flexion, on doit savoir à quoi s'en tenir. Dans tous les cas il ne faut jamais laisser le membre étendu, et si l'on ne peut fléchir l'avant-bras sur le bras, c'est une forte présomption pour l'existence d'une luxation du coude. Les luxations du radius, qui sont assez fréquentes, sont le plus souvent méconnues.

Luxation complète du coude en arrière, réduite au bout de dix-huit jours.

A...., âgée de onze ans, d'une bonne constitution, en tombant sur la paume de la main, se luxa l'avant-bras en arrière ; cette luxation fut méconnue, et au bout de dix-huit jours, le 1er août 1832, A.... se présenta chez moi. Impossibilité de fléchir l'avant-bras gauche sur le bras, saillie de l'olécrâne. Le bras de la malade fut fixé et maintenu par un aide qui le porta en dehors. Assis sur une chaise, je saisis l'avant-bras et le portai dans la supination, puis je lui fis éprouver rapidement un mouvement de flexion. Après avoir fait deux fois cette manœuvre, la réduction s'opéra. La malade a récouvré l'intégrité du mouvement de l'avant-bras.

Luxation complète du coude en arrière depuis sept semaines, réduction au bout d'une demi-heure.

M...., âgé de douze ans, en courant, tomba de sa hauteur sur l'avant-bras, le 7 juin 1840 ; il éprouva peu de douleur. Quatre heures après l'accident, un chirurgien fut appelé ; alors il n'y avait pas beaucoup de gonflement. Pendant trois semaines le malade fut traité comme s'il avait eu une fracture de l'humérus. Au bout de ce temps, impossibilité de fléchir l'avant-bras, peu de mobilité dans l'articulation du coude ; l'avant-bras est étendu ; en avant et en dedans on rencontre une saillie fournie par les condyles de l'humérus ; en arrière l'olécrâne fait saillie, et l'on peut distinguer la tête du radius.

Le 25 juillet 1840, à neuf heures du matin, après que MM. les docteurs Boinet, Girardès, Ragon, Jodin et Thierry père eurent reconnu la luxation, nous procédâmes à sa réduction. Après avoir imprimé à l'articulation des mouvemens de flexion et d'extension pendant quelques minutes, le bras maintenu à un point immobile par le moyen d'un lacq transversal, l'extension fut pratiquée à l'aide d'un autre lacq sur lequel tiraient deux personnes ; le lacq enveloppait le poignet au-dessus des apophyses styloïdes. Placé du côté externe du membre, je faisais mes efforts pour déloger les surfaces articulaires. Au bout de dix minutes les tentatives furent suspendues ; quelques mouvemens de flexion et d'extension furent exécutés.

L'enfant étant difficile à maintenir, on lui passa une ceinture qui embrassait la poitrine et la fixait comme lorsqu'on veut réduire une luxation de l'humérus. Cette ceinture était séparée du corps par un coussin qui le protégeait ; la contre-extension était faite par deux aides sur la partie inférieure de l'avant-bras au moyen d'un lacq ; un troisième aide tenait un mouchoir qui embrassait l'extrémité inférieure de l'humérus et dirigeait son extrémité en dehors ; un bâton, placé perpendiculairement, servait de point d'appui pour faire fléchir l'avant-bras sur le bras. Un moment les parties semblèrent céder sous cette seconde tentative qui dura un quart d'heure.

Au bout de ce temps nous avions perdu tout espoir et nous avions retiré les liens dont était entouré notre petit malade.

Cependant, avant de le quitter, je voulus faire une dernière tentative. L'humérus tenu par M. Girardès qui le dirigeait en dehors, j'imprimai à l'avant-bras un mouvement de supination, puis immédiatement je fléchis fortement l'avant-bras sur le bras, ce mouvement détermina la réduction de la luxation. Dans cette circonstance, des tractions continues et une flexion brusque de l'avant-bras sur l'humérus furent couronnées de succès. Cette luxation fût réduite après trois tentatives qui durèrent une demi-heure.

Luxation complète en arrière, incomplète en dedans, datant de huit mois; réduction graduelle par un moyen permanent.

Madame de S..., âgée de cinquante ans, d'une constitution lymphatique, se présenta chez moi le 11 mars 1839 ; elle avait été traitée, disait-elle, d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus avec luxation de l'avant-bras droit. Pendant trois mois on lui avait appliqué un appareil inamovible. Madame de S... avait passé cinq mois à consulter différens médecins. Enfin, désespérée, elle vint chez moi. Mon père et M. Jacquemin l'examinèrent avec moi. Il était facile de reconnaître une luxation de l'avant-bras, complète en arrière et incomplète en dehors. L'apophyse olécrâne était portée en arrière ; le radius était également dirigé en arrière et en dehors. Le condyle de l'humérus était porté en avant et en dedans. (Du reste, j'ai fai mouler l'articulation.) Avant de rien entreprendre, j'engageai la malade à se rendre chez M. J. Cloquet, pour qu'elle fit constater son état. M. J. Cloquet partagea mon opinion sur la nature de la lésion, et me donna le conseil de ne rien tenter. Madame de S... ne pouvait se servir de son bras. Pendant quelques jours je fis des tentatives pour réduire cette luxation, sans cependant faire exécuter des tractions par des aides ; sans me servir de point fixe, je ne fis que tenter de fléchir et d'étendre l'articulation. Quelques mouvemens de flexion et d'extension s'opéraient dans l'articulation. Le bras étant fixé par un aide, saisissant l'avant-bras, le dirigeant dans la pronation, puis dans la supination, plusieurs fois le déplacement se réduisit au bout d'une demi-heure avec facilité ; mais à peine mes mains quittaient-elles les surfaces osseuses, que le déplacement se reproduisait dans le mouvement d'extension. Nous étions arrivés à ce résultat, que la luxation

---

et les autres sont idiopathiques, symptomatiques ou dépendent d'un vice organique primitif ou accidentel.

De tous ces vices de la parole, le bégaiement est, ainsi que l'indique le titre de son ouvrage, celui sur lequel M. Colombat fixe le plus son attention ; c'est effectivement celui qui est malheureusement à la fois le plus fréquent et le plus pénible. Long-temps, et jusqu'à notre époque, on a regardé cette infirmité comme le résultat de quelque altération de l'une des parties de l'appareil vocal, comme une division de la luette, une conformation particulière de l'os hyoïde, la position vicieuse des dents sur l'arcade alvéolaire, le volume ou la petitesse de la langue, le relâchement de ses ligamens et surtout la longueur du filet, enfin la faiblesse des puissances motrices du larynx et de la langue.

Cette opinion dut perdre tout crédit dès le moment où l'on réfléchit que si les vices organiques produisaient le bégaiement, cette affection n'aurait pas d'intermittence, l'obstacle serait permanent et s'opposerait à ce que les bègues pussent presque toujours, sans hésitation, chanter, déclamer, parler seuls, jouer la comédie, imiter le langage d'un autre personne, enfin jurer avec énergie et facilité. Il fallut donc chercher ailleurs la cause du bégaiement. MM. Félix Voisin, Astrié et Russier furent les premiers en France qui démontrèrent positivement que cette cause était dans le cerveau lui-même, et qu'elle consistait dans un défaut d'harmonie entre l'innervation et la myotilité, ou, pour parler plus clairement, entre l'influx nerveux qui suit la pensée et les mouvemens musculaires au moyen desquels on peut l'exprimer par la parole.

Il faut le dire, cependant, cette idée, suscitée à ces messieurs par des observations faites sur eux-mêmes avec l'attention que donne la nécessité éclairée par le savoir, ne fut émise que sous le point de vue purement physiologique, et serait peut-être restée infructueuse si un homme patient et courageux n'eût cherché à l'approfondir sous toutes ses faces, et à en tirer des conséquences pratiques susceptibles d'être formulées en préceptes d'une application prompte et facile.

C'est ce qu'a fait avec un rare bonheur M. Colombat en donnant pour ainsi dire la précision d'une démonstration mathématique à cette assertion, que l'harmonie entre l'innervation et la contractilité se rétablit, l'ordre renaît, le spasme cesse, et l'hésitation disparaît dans l'appareil vocal, si, par une idée accessoire ou par un rhythme quelconque, on régularise ou on modifie l'excitation et l'irradiation cérébrale ; ou si, plaçant les organes de la parole dans des conditions plus favorables, on leur imprime de nouveaux mouvemens plus lents et plus réguliers, en leur faisant prendre une position inverse à celle qu'ils occupent pendant le bégaiement. Le rhythme, ou le mouvement cadencé, est donc, comme on le pressent de suite, pour ce praticien, la base principale du traitement du bégaiement.

Mais cet agent orthophonique aussi simple qu'avantageux, et dont la plus simple observation aurait dû depuis long-temps donner le secret, n'exerçant complètement son heureuse influence que dans le milieu des mots et des phrases, il fallait, pour surmonter les premières difficultés, avoir recours en même temps à une espèce de gymnastique tour à tour ou tout à la fois pectorale, laryngienne, gutturale, linguale et labiale, exécutée au moyen d'une certaine masse d'air aspiré par une forte inspiration préliminaire. De là une méthode curative qui consiste dans un exercice vocal, dont l'effet est en même temps moral et physique : moral, parce que la mesure fixe l'attention et devient une idée secondaire qui doit nécessairement ralentir l'émission de l'idée première ; physique, parce qu'elle agit sur tous les muscles de la respiration, sur les poumons, le larynx et particulièrement sur la glotte, la langue, les lèvres, enfin sur tout l'appareil vocal.

Comme il serait impossible dans un simple feuilleton de développer toutes les données pratiques qui se rapportent à cet exercice, nous nous contentons d'en indiquer le principe, et nous renvoyons pour les détails au livre lui-même qui renferme toutes les applications qu'on peut en faire aux diverses variétés du bégaiement et aux autres vices de la parole ; exercices simples sur toutes les lettres, exercices composés en prose ou en vers, en langues latine, anglaise, allemande, italienne, espagnole. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'il était difficile de rendre un sujet, au premier abord aussi aride, plus accessible à l'intelligence non-seulement du médecin, mais même de l'homme du monde, et de réduire en principes plus fixes une méthode complexe, mais dont plus de dix années de pratique et au moins cinq cents observations soigneusement recueillies ont démontré l'incontestable certitude.

Dans ce moment de positivisme, où les esprits ne semblent s'occuper que du fond même des choses, comme pour n'en extraire que ce qui est immédiatement utile et sèchement applicable, quelques personnes reprocheront peut-être à M. Colombat de s'être parfois laissé entraîner à la manie des termes nouveaux et des phrases sonores. En admettant qu'il en fût ainsi, le reproche ne serait fondé qu'autant que la prétention du style masquerait la précision de la pensée, que la forme, en un mot, l'emporterait sur le fond. C'est ce qui n'est pas ; la partie littéraire d son travail n'est qu'un accessoire indispensable à la partie médicale, comme les discussions physiologiques sont la base obligée de la question purement pratique, qui sans elles n'eût jamais pu être convenablement résolue.

Toute critique d'ailleurs doit se taire devant le jugement éminemment favorable que des sociétés savantes, aussi haut placées dans l'opinion publique que l'Institut et l'Académie royale de médecine, ont depuis long-temps porté sur les travaux orthophoniques de M. Colombat ; jugement dont les additions et les détails qu'il a introduits dans cette troisième édition du traité qui les renferme ne peuvent que les rendre encore plus dignes.

C. Lachaise.

— Les officiers de santé de tous grades, attachés à l'hôpital d'instruction de Strasbourg, ont offert à M. Bégin une médaille en témoignage des services rendus par ce praticien dans la direction de cette école et du lustre qu'il a jeté sur la chirurgie militaire. Nous savons que les élèves et les membres de la Faculté de Strasbourg ont eu l'intention de s'associer à cette démonstration ; il est à regretter que, par esprit de corps et par une sorte de jalousie honorable, elle ait été restreinte à des limites militaires.

Errata du feuilleton du 4 août, n° 91.

Page 361, 2e colonne, ligne 15, *toute*, lisez : *toutes*.
362, 1re ligne 43, *se maintiennent*, lisez : *le maintiennent*.
Ib., 2e ligne 8, *simple*, lisez : *souple*.

se réduisait facilement par des tractions modérées et se déplaçait de même. Il fallait donc trouver un moyen permanent de maintenir la luxation réduite, sans cependant empêcher entièrement les mouvemens de l'avant-bras sur le bras. M. Charrière fit exécuter un appareil dont il doit donner la description dans son Arsenal chirurgical. Cet appareil est formé d'un bracelet, dont le tissu est est très résistant, sur lequel était montée une petite plaque mobile que l'on pouvait repousser avec facilité à l'aide d'une vis, et qui comprimait l'extrémité interne et inférieure de l'humérus. Les mouvemens de madame de S. étaient bornés, mais elle pouvait se servir de son bras.

Depuis le 4 avril 1839 jusqu'au 3 mai 1840, madame de S. conserva cet appareil, le quittant de temps en temps pour prendre des bains ; depuis cette époque elle fléchit et étend le bras avec facilité. Elle a rendu à M. Charrière son ingénieuse machine, et n'en a plus besoin.

Tentatives infructueuses de réduction après trois mois ; rétablissement de quelques mouvemens dans l'articulation.

L..., âgée de dix-huit ans, le 20 septembre 1836, lancée en descendant une allée, tomba sur le coude et se luxa l'avant-bras en arrière. Cette luxation fut prise pour une fracture et traitée par un appareil formé d'une bande soutenant des attelles. Le ... octobre on retira l'appareil ; impossibilité de fléchir l'avant-bras sur le bras. Je ne vis la malade qu'à la fin de décembre. Malgré toutes mes tentatives, je ne pus réduire cette luxation. MM. Moreau, Jodin, Ragon, Cardinal, mon père et moi, nous pensâmes qu'il n'était pas prudent de faire de plus nombreuses tentatives, mais, suivant ici la longue expérience de mon père, pendant deux mois, tous les deux jours, je fis exécuter des mouvemens d'extension et de flexion à l'articulation cubito-humérale, et, au bout de ce temps, l'avant-bras pouvait se fléchir à angle droit sur l'avant-bras. Des frictions avec des corps gras, des fumigations répétées, des mouvemens fréquens, une traction permanente dans le sens de la flexion, successivement employés suffirent pour rendre des mouvemens à cette articulation luxée. On peut, par ce moyen, égaliser les surfaces articulaires saillantes et faciliter les mouvemens de l'articulation ; dans les luxations du coude qui ont été méconnues et qu'on n'a pu réduire, on peut rendre mobiles les surfaces osseuses déplacées en leur imprimant fréquemment quelques mouvemens d'extension et de flexion ; il ne faut pas abandonner les choses à la nature, car j'ai vu depuis vingt ans traiter de cette manière bien des luxations sans avoir observé aucun accident grave.

— De ces observations on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Il est possible d'obtenir la réduction après sept semaines, mais il faut ne pas se laisser rebuter par les premières tentatives infructueuses, revenir plusieurs fois à la charge pour lasser la résistance musculaire et ligamenteuse ; il peut arriver qu'après plusieurs tentatives qui n'ont amené d'autre résultat qu'un peu plus de mobilité dans l'articulation, et alors qu'on croyait avoir échoué, une dernière tentative faite pour ainsi dire en désespoir de cause et sans beaucoup de force puisse opérer la réduction.

2° Dans les cas où l'on ne peut obtenir la réduction instantanée, on peut obtenir une réduction graduelle à l'aide d'un appareil permanent.

3° Enfin dans le cas où la luxation est irréductible, on peut rendre à l'articulation des mouvemens qui permettent au membre de remplir quelques-uns de ses usages.

MÉTHODE SIMPLE ET FACILE DE FAIRE DES CATARACTES ARTIFICIELLES, par le docteur SICHEL.

On a inventé un grand nombre de procédés pour faire des cataractes artificielles, afin d'exercer les élèves à l'opération de cette maladie. La plupart de ces préparations ont le double désavantage d'être difficiles et compliquées, et de détériorer beaucoup les instrumens par l'action chimique des moyens employés, tels, par exemple, que la plupart des sels métalliques.

La méthode suivante, exempte de tous ces inconvéniens, m'a constamment réussi, et mes élèves, auxquels je l'ai fait connaître dans mes cours, en ont toujours retiré avantage. Je crois rendre service, en la publiant, à ceux qui désirent s'exercer à ces opérations à peu de frais et sans désagrémens.

Lorsqu'on a retiré l'œil de l'orbite, mais surtout lorsque cet organe, resté à sec pendant quelque temps, a contracté des rides et des sillons par suite de l'évaporation d'une partie de ses humeurs, on le plonge dans un vase rempli d'eau fraîche, et on l'y laisse pendant un espace de temps suffisant pour qu'il puisse s'imbiber de liquide et reprendre ses dimensions et sa forme normales. Alors on le retire de l'eau pour le placer immédiatement dans un vase rempli d'alcool à 36° environ.

Si on négligeait de plonger l'œil dans l'eau avant de le soumettre à l'action de l'alcool, ce liquide astringent, par la contraction énergique qu'il ferait subir au globe oculaire, rendrait les rides ineffaçables, ce qui ôterait à l'œil ses dimensions et sa forme normales, nécessaires pour l'opération.

Une autre précaution est indispensable. En retirant l'œil de l'orbite ou après son extraction, il faut bien se garder de toucher la cornée avec le linge ou avec les doigts et encore moins avec un instrument quelconque, dans la crainte d'enlever l'épithélium ou conjonctive cornéale ; car tous les endroits où cette membrane fine aurait été enlevée, deviendraient opaques par suite de l'action directe de l'alcool sur les lames superficielles de la cornée mises à nu.

Après avoir laissé l'œil dans l'alcool pendant deux ou trois heures, ou plutôt jusqu'à ce que le cristallin soit devenu opaque, on l'en retire pour le replonger dans l'eau s'il a perdu de sa forme par la contraction. Si on veut opérer de suite, on frotte légèrement la conjonctive cornéale devenue opaque, avec un linge fin ou avec un scalpel mousse pour l'enlever, et l'on trouve au-dessous la cornée parfaitement transparente. Au contraire, si l'on veut opérer plus tard, on se garde bien d'enlever la conjonctive, et on plonge l'œil dans l'alcool affaibli jusqu'au moment de l'opération.

On peut conserver long-temps des yeux préparés de cette manière. Ajoutons qu'il est mieux, dans tous cas, d'employer des yeux frais.

On peut donner à ces cataractes artificielles différents degrés de consistance, et s'exercer à l'abaissement quand elles sont dures, et au broiement quand elles sont molles. Après avoir laissé séjourner assez long-temps les yeux dans l'alcool à 36°, soit qu'on les plonge dans l'alcool faible jusqu'au moment de s'en servir, soit qu'on les opère immédiatement, les cataractes, par suite de l'action énergiquement astringente ou coagulante de l'alcool, sont de consistance plus ou moins dure. Au contraire si on les retire de l'alcool à 36°, dès que les cristallins sont devenus opaques, et si on les plonge dans l'eau pendant plusieurs heures, jusqu'à ce qu'on voie les lentilles se gonfler et se rapprocher de l'iris et de la pupille, on trouve les cataractes presque toujours imbibées de liquide et devenues plus ou moins volumineuses et molles. Par ce procédé on peut même souvent produire artificiellement le phénomène de la déhiscence du cristallin et de la formation d'une cataracte à trois ou plusieurs branches, tel que je l'ai décrit dans mon Traité de l'ophthalmie, de la cataracte et de l'amaurose, p. 509.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 3 août.

Variation des élémens du sang dans les maladies. — Nous avons, dans notre précédent compte-rendu, donné l'analyse de cette partie du travail de MM. Andral et Gavarret qui se rapporte à une classe de maladies dans lesquelles la fibrine est en excès ; aujourd'hui nous avons à parler de trois autres classes de maladies caractérisées par des variations différentes dans les proportions des élémens du sang.

2e *classe.* — Maladies dans lesquelles la fibrine est en quantité normale ou diminuée, en même temps que les globules sont en quantité normale ou augmentée. — Cette classe se divise en deux ordres : 1° les pyrexies ou fièvres ; 2° plusieurs congestion et hémorrhagies.

1° *Prodromes des fièvres continues.* — Jamais augmentation, et souvent diminution de la fibrine qui s'abaisse quelquefois jusqu'à un millième. Jamais de diminution de globules avant la saignée, et souvent leur augmentation à ce point qu'ils peuvent dépasser 140.

Fièvres continues simples. — Si elles existent sans travail phlegmasique appréciable, les modifications se soutiennent dans le même sens que dans le groupe précédent. Dans un cas où existaient ensemble les symptômes qui caractérisaient la fièvre inflammatoire ou angéiotènique, les globules avaient atteint le chiffre énorme de 185, et cependant la fibrine s'était maintenue à sa proportion normale.

Fièvre typhoïde. (Les auteurs se servent de ce nom pour la fièvre continue qui coïncide avec un état exanthémateux d'abord, puis ulcéreux, des follicules intestinaux.) — En raison de l'apparence phlegmasique de l'altération intestinale qui forme le caractère anatomique de la fièvre typhoïde, on serait en droit de supposer que dans cette maladie le sang doit, plus ou moins, répéter les qualités du sang des inflammations ; mais il n'en est point ainsi : quelle que soit l'intensité de la phlegmasie intestinale, le sang n'emprunte pas ses caractères. Dans la fièvre typhoïde, quelle que soit la période à laquelle on examine le sang (et cet examen a été fait depuis le quatrième jusqu'au vingt-unième jour), on ne trouve jamais la fibrine élevée au-dessus de son chiffre normal. Elle le conserve assez souvent, mais souvent elle s'abaisse au dessous de ce point normal, offrant ainsi une manière d'être inverse de ce qu'elle nous offre dans les phlegmasies. En outre, tandis que dans celle- ci la fibrine augmente en raison directe de l'intensité de la maladie, dans la lésion typhoïde, au contraire, la fibrine diminue en raison directe de la gravité de cette fièvre, et elle peut diminuer au point de tomber au dessous de un millième. La fièvre typhoïde est, de toutes les maladies, celle où le chiffre de la fibrine a été vu descendant le plus bas. Quant aux globules, tandis que dans les phlegmasies ils se montrent très souvent avec un chiffre peu élevé dès le début de la maladie, dans les fièvres typhoïdes c'est une tendance inverse qui a lieu. Plus on examine le sang à une époque rapprochée de la fièvre, plus on trouve de cas dans lesquels les globules n'ont pas seulement diminué, mais dans lesquels ils ont augmenté d'une manière très notable. Ainsi, jusqu'au huitième jour, il n'est pas rare de trouver le chiffre des globules de 140 à 150, tandis que dans le rhumatisme aigu et la pneumonie, jusqu'au huitième jour, ils ne se sont guère élevés au-dessus de 130. De plus, à une époque déjà éloignée du début de la fièvre typhoïde, on voit souvent, malgré les saignées et la diète, les globules se maintenir à un chiffre beaucoup au-dessus de 130, ce qui n'a pas lieu dans les phlegmasies. Toutefois, et ceci est fort remarquable, ce chiffre élevé peut n'avoir jamais eu lieu ou avoir cessé d'exister, et la fièvre typhoïde n'en prend pas moins naissance et n'en marche pas moins. Il donc ici plusieurs cas à distinguer ; c'est que la fièvre typhoïde est elle-même un état morbide infiniment plus complexe qu'une phlegmasie.

Fièvres éruptives (variole, varioloïde, rougeole, scarlatine). — Dans ces fièvres, la fibrine est descendue jusqu'à 1, et n'a jamais dépassé 4 ; encore ce maximum ne s'est-il présenté qu'une fois.

Il y a lieu de s'étonner sans doute que dans une maladie où, comme dans la variole, la peau devient le siége d'une suppuration abondante ; le sang, obéissant à la loi des phlegmasies, ne traduise pas ce travail par une augmentation de fibrine. C'est que la phlegmasie cutanée de la variole, comme la phlegmasie intestinale de la fièvre typhoïde ne sont que de simples élémens d'une affection plus générale qui les domine, et d'où le sang reçoit son caractère. Quant aux globules, ils ont offert encore une augmentation considérable dans plusieurs cas de scarlatine et de rougeole, s'élevant par exemple jusqu'au chiffre 146, et au contraire, ils n'ont augmenté d'une manière sensible dans aucun cas de variole.

Fièvres intermittentes, — Dans tous les cas où le sang a été examiné, soit qu'il fût tiré dans l'accès, soit qu'il le fût durant l'apyrexie, on n'a obtenu que des résultats négatifs.

« Avec les différens faits qui viennent d'être rapportés, nous sommes maintenant, disent les auteurs, en mesure de répondre à la question suivante : Dans la phlegmasie, est-ce la fièvre, est-ce la phlegmasie qui produit dans le sang une augmentation de fibrine ? Nous pourrons répondre que c'est la phlegmasie, et que, sans l'intervention du travail local qui constitue celle-ci, la fièvre seule, quelles que soient son intensité et sa durée, n'a pas pour effet d'augmenter la quantité de fibrine que le sang doit contenir. »

Congestions et hémorrhagies cérébrales. — Dans la majorité des cas, mais non pas dans tous, la fibrine a été trouvée au dessous du chiffre normal ; tandis que les globules avaient conservé leur moyenne normale ou l'avaient dépassée ; et ce résultat était d'autant plus tranché qu'on examinait le sang à une époque plus rapprochée de l'invasion de la maladie.

3e *Classe.* — Maladies dans lesquelles les globules du sang sont diminués. — Le mémoire de MM. Andral et Gavarret contient l'exposition d'un certain nombre de faits relatifs à des états morbides divers qui reconnaissent comme caractère une diminution notable du chiffre des globules ; parmi ces états morbides nous nommerons seulement quelques hydropisies, l'étiolement tout particulier qui suit certaines fièvres intermittentes, l'état cachectique spécial que présentent les ouvriers soumis depuis long-temps à l'influence des préparations de plomb ; mais nous donnerons quelques détails sur la chlorose.

Il y a, pour cette maladie, un premier degré dans lequel elle se caractérise si peu par ses signes extérieurs, qu'au premier abord on prendrait les jeunes filles qui en sont atteintes pour des personnes pléthoriques ; mais c'est là une fausse pléthore qui va en quelque sorte se dénoncer par l'état du sang ; car ce sang déjà donne à l'analyse moins de globules qu'à l'état normal ; mais la diminution est encore peu considérable ; elle le devient bien davantage. Alors on constate dans le sang une diminution de globules qu'on ne trouve à ce point dans aucune autre maladie, si ce n'est dans les cas tout accidentels où d'abondantes hémorrhagies sont venues épuiser profondément l'organisme. Dans un de ces derniers cas, cité dans le précédent mémoire, on avait vu le chiffre des globules descendre jusqu'à 21 ; dans la chlorose, on l'a vu s'abaisser de 127, chiffre moyen, à 38 ; plus ordinairement vers 50.

Cependant, quand on a administré à ces chlorotiques du fer pendant un certain temps, si on examine de nouveau le sang, on trouve le chiffre des globules remonté. Ainsi, dans un des cas cités, on le voit, sous l'influence de ce médicament, remonter promptement de 46 à 95. Quant aux autres élémens du sang (sauf l'eau, qui s'accroît en raison de la diminution des globules), ils restent complètement étrangers au changement. Ainsi les matériaux solides du sérum variant de 94 à 75, se maintiennent dans les limites de leur proportion normale ; ainsi, la fibrine ne descend point avec les progrès de la maladie, ne monte point sous l'action des martiaux. Il est bien entendu qu'il est ici question de chloroses simples ; car si une phlegmasie survient comme complication, cette phlegmasie se révèlera par une augmentation dans les proportions de la fibrine.

4e *classe.* — Maladies dans lesquelles l'albumine du sérum est diminuée. — Lorsque la sécrétion du rein s'est modifiée de telle façon que l'urine ici échappe mêlée à une certaine quantité d'albumine, on trouve ce principe en quantité moindre dans le sang. Ce fait, déjà annoncé par d'autres auteurs, résulte également des recherches de MM. Andral et Gavarret, qui ont vu le sérum ne contenir plus que 56 à 60 d'albumine, au lieu de 72, qui est le chiffre moyen.

Au reste, dans les cas divers que comprend cette 4e classe, les autres principes constituans du sang n'ont présenté que des modifications accidentelles en rapport avec des causes accidentelles elles-mêmes. Ainsi, dans un de ces cas, une phlegmasie aiguë, jetée à à travers la maladie principale, a augmenté tout à coup la quantité de la fibrine ; dans un autre cas, la privation prolongée des alimens abaisse de beaucoup la quantité des globules.

« C'est ainsi, disent en terminant les auteurs, que plus nous evons avancé dans nos recherches, plus il nous est devenu facile, par l'analyse des faits, de ramener à quelques principes la cause de tous ces changemens de composition du sang, qui par leur mobilité même et par la rapidité de leur succession, sembleraient au premier coup-d'œil échapper à toute règle et se produire comme au hasard. Au milieu de ce désordre apparent, il y a des lois qui s'accomplissent, et pour les trouver, il s'agit surtout de chercher à dégager les phénomènes de leurs complications. »

— M. Larrey lit un mémoire ayant pour titre : De l'efficacité du moxa dans certaines névroses et affections paralytiques graves, et des inconvéniens du galvanisme dans les mêmes maladies.

DE L'EMPLOI DE LA GÉLATINE DANS LES HOSPICES.

Le maire de la ville de Lyon a présidé solennellement, dans l'une des salles de l'hôtel-de-ville, la réunion annuelle et générale des souscripteurs du dépôt de mendicité. Nous remarquons dans le rapport qui a été imprimé et distribué à la suite de cette réunion, les lignes suivantes :

« Vous rencontrerez dans les recettes de 1838 et 1839 deux articles qui méritent de fixer votre attention ; ce sont ceux relatifs aux produits et à la vente des os et de la graisse provenant de l'appareil gélatineux : le premier, pour 1858, montant à 609 fr. 95 c. ; le second, pour 1839, s'élevant à 620 fr. 35 c.

Les sacrifices pécuniaires faits pour l'établissement de cet appareil se trouvent ainsi premièrement compensés par un revenu annuel qui ne peut que se maintenir, mais cet avantage est le moindre de ceux qu'offre la gélatine extraite des os suivant le procédé du savant M. Darcet ; les résultats les plus incontestables ont été obtenus de l'emploi de cette substance alimentaire sous le rapport si

essentiel de la santé des pauvres amenés au dépôt.

En 1831, la mortalité s'est réduite de 18 sur 90, terme moyen antérieur, tandis que dans la ville de Lyon et notamment dans les hôpitaux elle a été plus considérable; et quoiqu'il y ait eu 6,050 journées de plus qu'en 1 37, en 1839 une différence non moins heureuse s'est réalisée, le nombre des décès n'a pas surpassé 72; c'est trois de moins qu'en 1838.

En parlant de la gélatine, telle a été, messieurs, et telle est l'entreprise sur le succès de laquelle s'étaient élevés quelques doutes: l'emploi de la gélatine est désormais une nécessité, non seulement pour notre établissement, mais encore toutes les maisons de bienfaisance et de charité qui voudront s'assurer par les moyens les plus simples et les plus économiques les résultats les plus conformes à leur sollicitude pour l'intérêt des pauvres. »

Accidens déterminés par une concrétion de l'arrière-gorge; par M. Boden Müller.

Un ami de l'auteur, M. Knaus, à Neubach, fut appelé chez une malade qui souffrait à la gorge. Au bout de 36 heures, l'état de la malade s'est empiré, de sorte que l'on craignait à chaque instant une asphyxie. M. Knaus, qui le premier jour avait observé une petite tumeur derrière la tonsille gauche, trouva alors cette tumeur très développée. Croyant avoir affaire à un abcès, il voulut l'ouvrir; mais l'instrument rencontra un corps dur. La malade commença, immédiatement après l'opération, à tousser violemment; elle cracha d'abord un grumeau considérable de mucus qui fut bientôt suivi d'une concrétion grisâtre de la grandeur d'une noisette, ayant une surface inégale. On n'a pas fait d'analyse.

(*Wuert. Corresp. Bl.*, vol. 8, n. 15.)

Observation de tænia dans la vessie; par M. Burdach, à Senftenberg.

Nous avons rapporté dernièrement (*Arch. gén.* 1840, t. VIII, p. 497), le cas de la présence d'entozoaires d'une espèce nouvelle rendus avec l'urine, et nous avons ajouté que les autres nématoïdes trouvés jusqu'à présent dans la vessie de l'homme sont: le strongle géant et le spiroptère de l'homme. Nous devons ajouter aujourd'hui un cas pareil, c'est-à-dire la présence d'un castoïde observé dans la vessie par M. Burdach; ce médecin a vu sortir de l'urèthre d'une femme deux bouts d'un tænia de la longueur d'un doigt, et tout au plus d'un demi à un tiers de ligne de large. On a très bien pu distinguer les articulations longues d'un quart de pouce. Cette femme n'avait ressenti qu'une légère démangeaison dans l'urèthre.

(*Arch. gén.*)

Monsieur le Rédacteur,

Une femme a été assassinée, ces jours derniers, dans l'île Louviers; un homme accusé de ce crime a été arrêté. La plupart des journaux politiques rapportent ce fait d'une manière identique, et terminent ainsi leur article:

« Le docteur Ollivier (d'Angers), en examinant la main de Barbier, pense reconnaître à son poignet droit, malgré le soin qu'il avait pris de se laver les mains avec du savon, des traces de sang *imperceptibles à l'œil et absorbées en quelque sorte dans l'épiderme*. Pour être fixé à cet égard, le docteur enveloppe exactement le poignet de Barbier avec une feuille de papier blanc non collé et légèrement humecté; ce papier, enlevé au bout de quelques minutes, se trouva alors porter des traces évidentes de sang, qui, soumises à l'opération pratiquée en de semblables circonstances par feu Barruel, *furent reconnues pour avoir été produites par le sang d'un individu du sexe féminin*.

» Barbier, malgré *cette agglomération de preuves*, ou du moins d'indices, nie encore, mais faiblement, à la vérité, être le meurtrier de la fille Guidet, dite Prévot. »

L'opération de Barruel consiste, comme on le sait, à mêler à un sang donné une partie d'acide sulfurique; de ce mélange se dégage, selon l'auteur, une odeur analogue à celle de la sueur de l'individu qui a fourni le sang.

Cette découverte, qui n'est pas à la portée de toutes les intelligences (j'allais dire de tous les nez), est loin d'être sanctionnée par la science, plus loin encore d'être admise en médecine légale, où tout doit être rigoureusement positif.

Mais en admettant un instant sa réalité, que je nie, la première condition pour opérer est d'avoir du sang; et ici, malgré l'ingénieux moyen de notre confrère pour mettre en évidence l'imperceptible à l'œil, l'odorat du plus fin limier, il faut bien le dire, serait certes en défaut.

En toute autre circonstance, l'article que je viens de rapporter servirait à souhait le *vulgus qui vult decipi*; mais dans l'espèce, le *decipiatur* pourrait avoir des inconvéniens trop graves pour être toléré!

Agréez, etc. Le Dr Félix Legros.

6 août 1840.

Nous recevons une réclamation de M. La Corbière, dans laquelle cet honorable confrère, après avoir rendu pleine justice au mérite de M. Baudens, dit, à propos d'un article contenu dans notre avant-dernier numéro, que M. Baudens, non seulement n'est pas le premier qui ait appliqué le froid dans l'entorse, mais encore « je ne pense pas, ajoute M. La Corbière, que ses devanciers, sans parler de moi, aient omis, à part celles dont le chirurgien du Gros Caillou ne dit rien, aucune des *conditions d'individu*, l'âge, la force de réaction, etc., ou *de modifications*, la durée, l'intensité, etc., qu'on nous donne ici comme *nouvelles*, je veux dire sur lesquelles on prétend mettre en lumière quelques nouveaux aperçus. On peut même lire, à la page 661 de mon livre, un exemple remarquable de diastasis de l'articulation tibio-tarsienne, datant de 1823, guéri par l'emploi du froid et de la compression, sinon *littéralement* tel que le prescrit M. Baudens, du moins *réellement* et *péremptoirement*.

» Il est vrai que nous crûmes, le chirurgien consulté et moi, devoir faire précéder cette médication d'une large application de sangsues; mais si j'adopte sans réserve le jugement correctionnel porté par M. Baudens contre les cataplames, jugement que j'avais du reste devancé (*ibid.*, p. 566), je suis loin de penser avec lui qu'on doive, en pareil cas, toujours s'abstenir d'émissions sanguines; je crois fermement, au contraire, que les saignées locales, au moins quand la phlébotomie elle-même n'est pas indiquée, sont *constamment* utiles, indispensables lorsque le diastasis est violent, l'individu robuste, la congestion articulaire avancée ou consommée; avec cette restriction toutefois que, conformément au précepte de M. Lisfranc, les sangsues ne doivent pas être appliquées *loco dolenti*, sur l'articulation malade, mais bien immédiatement au dessus de cette articulation. Dans ces cas graves, toute autre marche me semblerait inopportune, dangereuse, et je suis persuadé qu'alors la compression, même avec le bandage de M. Baudens, ne serait ni supportable, ni sans danger.

M. La Corbière renvoie, du reste, pour cette question, aux longs et intéressans débats engagés naguère sur la question du bandage amidonné dans les fractures; d'où il est résulté clairement, selon lui, qu'il est pour elle, comme pour *tous* les autres moyens thérapeutiques, des conditions anatomiques, physiologiques et pathologiques nécessaires pour les succès; conditions hors desquelles il n'est que dangers et insuccès.

— On lit ce qui suit dans le livre spirituel de M. Munaret, *le Médecin des villes et le Médecin de campagne*:

« Un fabricant de produits crimiques et pharmaceutiques (M. Arrault, rue Jacob, 6, à Paris), a eu l'obligeance de me montrer une petite pharmacie portative. C'est une boîte longue, solide et recouverte en cuir, pouvant être sanglée comme un portemanteau, et portée à la main à l'aide d'une anse supérieure et moyenne. Outre les médicamens que je vous ai indiqués, elle contient une trousse, une boîte à sangsues, des bandes *dextrinées* pour certaines fractures, etc.

» *Si vous exercez à la campagne, je vous engage à l'acheter.* »

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 11 AOUT 1840. (13e ANNÉE.) N° 94, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5fr.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Carie ou nécrose d'une côte; opération.

Au n° 7 bis de la salle Sainte-Agnès est couché un homme, âgé de cinquante ans environ, qui est entré à la clinique avec une tumeur fluctuante de la région costale gauche, offrant toutes les apparences d'un abcès. Cette tumeur datait alors de plusieurs mois; mais déjà long-temps avant son apparition, des douleurs l'avaient précédée. La fluctuation était manifeste quand le malade arriva dans le service, et l'abcès fut ouvert: l'incision procura l'issue d'une assez grande quantité d'un pus analogue à celui des abcès froids; il était grumeleux, et tenait en suspension des flocons semblables à ceux qui résultent de la fonte tuberculeuse. Le foyer ou kyste dans lequel le pus était contenu, était enflammé et tellement douloureux, que toute exploration devint immédiatement impossible; il fallut donc attendre que l'inflammation fût éteinte avant de procéder à un examen, au moyen duquel nous ne tardâmes pas à reconnaître qu'une côte était dénudée: c'était approximativement la huitième ou la neuvième côte; une des asternales, par conséquent. La dénudation de cet os occupait une étendue de 10 à 12 millimètres environ; la percussion par le stylet fournissait un son clair, et la surface dénudée était rugueuse sur plusieurs points.

Nous avions donc indubitablement affaire à une altération osseuse, qui probablement avait dû son commencement à une inflammation du périoste, laquelle s'était terminée par suppuration. A l'égard de la nature de cette altération costale, nous avons d'abord pensé, et nous regardons encore comme probable, qu'elle consiste dans une carie; mais la carie des côtes marche souvent accompagnée de la nécrose, et il n'y aurait, partant, point à s'étonner de les trouver réunies ici.

La distance qui sépare ces deux affections est peu marquée, et il ne serait pas impossible qu'elles eussent débuté en même temps.

Quelle que soit d'ailleurs celle que nous avons à combattre, toujours est-il, qu'incurable par les seuls efforts de la nature, nous ne pouvons nous attendre à la voir se terminer heureusement, sans le secours d'une opération ayant pour but l'extraction de la portion malade de l'os qui est atteint. Si la maladie était en effet abandonnée à son cours, nous verrions une suppuration interminable épuiser graduellement le malade et entretenir un nombre variable de fistules des parties molles. D'ailleurs, par le temps, l'inflammation ne manquerait pas de faire des progrès en étendue même; elle finirait par se propager de proche en proche jusqu'à la plèvre; cette séreuse ne tarderait pas à s'altérer, d'où résulteraient encore d'autres accidens plus graves capables de déterminer la mort.

Une condition favorable dans le cas qui nous occupe, c'est que la maladie n'est pas très ancienne, ce qui augmente les chances en faveur de la guérison; ceci d'ailleurs s'applique indifféremment à la carie et à la nécrose; car, dans un cas comme dans l'autre, les moyens chirurgicaux qu'il convient d'employer sont, jusqu'à un certain point, les mêmes; l'indication, dans un cas comme dans l'autre, étant, nous le répétons, d'extraire la portion d'os malade. Il est vrai de dire que dans un cas comme dans l'autre, l'on y parvient par des moyens différens; mais toujours est-il que dans les deux il faut commencer l'opération par une ou plusieurs incisions, ayant pour but de mettre l'os à découvert. Dans ce dernier but, on conseille généralement de pratiquer une section cruciale, ou encore une simple incision rectiligne plus ou moins prolongée, de manière à en pouvoir écarter les bords. Nous avons pour habitude de pratiquer une incision un peu plus compliquée, sans toutefois être beaucoup plus douloureuse pour les malades, et qui nous facilite de beaucoup les moyens de terminer l'opération. Elle consiste d'abord dans une incision de longueur variable, parallèle à l'axe longitudinal de la côte; deux autres petites incisions viennent tomber perpendiculairement sur les extrémités de la première en guise de deux barres de T. De la réunion de ces trois incisions résultent deux lambeaux quadrilatéraux, que l'on renverse aisément en haut et en bas, et qui permettent d'explorer la partie malade.

C'est de la sorte que nous procéderons dans l'état actuel, et une fois la région inspectée, nous agirons différemment, selon que nous aurons affaire à une carie ou à une nécrose. Si la côte était nécrosée, nous exercerions des tractions sur le séquestre pour l'amener au dehors. Tel est le résultat que nous avons obtenu dans deux cas analogues à celui qui nous occupe, et dans lesquels nous étions également partagé entre les craintes d'une carie et d'une nécrose. Dans ces deux cas, je le répète, le séquestre a pu être extrait sans qu'il ait été nécessaire de réséquer la côte. Si, au contraire, nous avons affaire à une carie, il deviendra indispensable d'enlever la portion d'os malade.

Nous rapprocherons ensuite les bords de la plaie, dans le but d'en obtenir la réunion immédiate sur une certaine étendue; ce serait un erreur que d'entreprendre de l'obtenir partout; alors elle ne réussit jamais, et il doit en être ainsi; car après la résection, il se fait, pendant quelque temps une sécrétion purulente qui doit trouver une issue au dehors; nous disposerons donc le pansement, de manière à laisser une issue libre sur le point de la plaie correspondant autant que possible au point le plus déclive du foyer. Sans cette précaution, nous aurions à craindre l'accumulation du pus, ses fusées du côté de la plèvre qui ne tarderait pas à être fortement refoulée en dedans; d'où résulteraient des accidens, dont il est facile de prévoir toute la gravité.

L'appareil d'ailleurs que nous allons poser aujourd'hui sera inspecté demain et, s'il y a lieu, nous y apporterons les modifications nécessaires.

Inflammation phlegmoneuse de la cuisse à la suite de l'accouchement; participation de l'articulation du genou à cet état inflammatoire; fistules articulaires; suppuration abondante; craintes d'émaciation et d'infection purulente; amputation du membre dans la continuité.

Nous allons dans un instant pratiquer devant vous l'amputation de la cuisse chez la femme couchée à la salle Saint-Jean qui, à la suite de l'accouchement, a eu une inflammation phlegmoneuse de la cuisse qui a été partagée par l'articulation du genou. Les accidens, chez cette femme, paraissent avoir débuté par des douleurs inflammatoires probablement de l'articulation fémoro-tibiale; par une arthrite, en d'autres termes. Nous ne pouvons croire que cet état du genou ait été le résultat de l'infection purulente qui arrive parfois chez les femmes en couches; car la malade aurait déjà succombé. Quoi qu'il en soit, l'inflammation a été très intense et paraît avoir débuté par les parties les plus profondes de l'articulation: point d'ailleurs difficile à établir; car lorsque la malade est arrivée dans le service, du pus existait dans l'intérieur comme à l'extérieur de l'articulation, ce qui a nécessité de notre part l'emploi de l'instrument tranchant, pour lui procurer une issue facile au-dehors. Nous devons le dire cependant, les larges incisions que nous avons pratiquées, n'ont pu empêcher le pus de fuser dans l'espace poplité et au-dessous de quelques muscles.

Actuellement l'abondance de la suppuration est telle que nous avons tout lieu de craindre qu'une émaciation imminente ne vienne ultérieurement nous priver des bienfaits que nous pouvons encore espérer de retirer d'une opération. Mais cette crainte n'est pas la seule dont nous soyons menacés; en effet, les surfaces articulaires peuvent être elles-mêmes tôt ou tard assez profondément malades pour exiger par la suite l'opération que nous nous proposons de pratiquer aujourd'hui. Ajoutons encore que le vaste clapier purulent qui existe, expose à chaque instant cette malheureuse femme à l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et des veines, et, par suite, à l'influence purulente qui ne manquerait pas d'entraîner la mort.

L'amputation de la cuisse, au milieu surtout de semblables circonstances, est une opération grave sans doute, car l'affaiblissement de la malade est très avancé; mais nous n'avons rencontré aucune contre indication du côté des organes intérieurs, ce qui nous a encore déterminé à ne point la différer. Un peu de diarrhée que la malade a eue

FEUILLETON.

EXPÉRIENCES MAGNÉTIQUES.

Quoique fort peu disposé à croire aux phénomènes magnétiques et a donner accès à une polémique sur ce sujet dans notre Journal, nous avons cru ne pas devoir refuser la publication de deux lettres fort spirituelles que nous adresse M. le docteur Frapart, dont on connaît la foi sincère. Notre honorable confrère y consigne deux faits, dont le premier est à conserver selon nous; c'est qu'*il ne connaît aucun signe irréfragable du sommeil*; le second, c'est qu'il a *vu lire* sans le secours des yeux, ou mieux à travers un bandeau posé par lui.

Voir cela une fois, c'est le voir mille; on nous dispensera donc d'accumuler des faits de ce genre; croyans et incrédules n'y gagneraient rien. A chacun le soin de se convaincre ou de se désabuser.

A Monsieur Bazille, à Courquetaine.

Paris, 8 juin 1840.

Mon bon ami,

Dans ma dernière lettre, je vous ai dit que M. Ricard m'avait promis d'amener prochainement chez moi Calyste, son meilleur somnambule, de l'endormir devant les personnes que j'inviterais, et lorsqu'il serait dans le sommeil magnétique, de le faire jouer aux cartes, les yeux bandés; puis, s'il était bien disposé, de lui faire exécuter d'autres expériences tout aussi incompréhensibles, tout aussi merveilleuses.

Hier donc, la séance promise par M. Ricard a eu lieu en présence de soixante personnes, dont toutes, excepté le docteur Teste, étaient incrédules. Je vais vous raconter les faits qui se sont passés dans cette séance, et les discuter.

Calyste une fois endormi, ou paraissant l'être, — car je ne connais aucun signe irréfragable du sommeil, — deux étrangers mettent sur chacun de ses yeux une poignée de coton, et par-dessus un grand foulard dont les extrémités sont ramenées vers le nez où on les noue. Ensuite, on vérifie que le bandeau est bien serré, bien mis, et qu'à son bord inférieur, — précaution capitale, — le coton forme un gros bourrelet qui sert d'obstacle infranchissable aux rayons lumineux. Aussitôt huit jeux d'écarté encore intacts sont offerts, on en prend un au hasard, on déchire son enveloppe et l'on commence. M. Ricard ne touche point son somnambule, ne lui parle pas, et se trouve dans l'impossibilité d'apercevoir le jeu de la personne qui va faire la partie. Les choses ainsi disposées, tout se passe comme entre deux joueurs habiles et parfaitement éveillés: ainsi le somnambule nomme les cartes qu'il tient et celles que joue son adversaire; de plus, lorsqu'il doit battre les cartes, il retourne celles qui sont à l'envers; enfin il indique assez fréquemment, — du moins on croit le remarquer, — des cartes que son adversaire n'a point encore jetées sur table.

Tel est le fait. Il s'est renouvelé avec trois personnes dont chacune a joué deux parties, de sorte qu'une centaine de cartes ont passé devant Calyste, qui les a souvent nommées et toujours vues, puisqu'il jouait toujours ce qu'il fallait jouer.

J'arrive à une autre série d'expériences, celle de l'obéissance à l'ordre mental. Comme il y a soixante personnes à convaincre, ou au moins à ébranler, j'ai préparé une centaine de petits cartons sur chacun desquels est écrit un ordre analogue aux suivans: Tourner la tête... à droite, à gauche; la baisser, la renverser. — Lever la jambe... droite, gauche,... une, deux, trois ou quatre fois. — Marcher... de un à dix pas,... en avant, en arrière, obliquement. — Se mettre sur le genou... droit, gauche; sur un pied. — Poser telle main à terre,... tel doigt. — Mettre la main sur telle partie du magnétiseur,... sur la tête, la poitrine, le dos, etc. — Aller prendre sur tel meuble le chapeau, les gants ou la montre du magnétiseur. — Faire le tour d'une chaise, monter dessus, en descendre, s'en laisser tomber. — Se pencher en avant, en arrière, sur tel côté. — Se réveiller de loin sans que le magnétiseur fasse aucun mouvement; se réendormir de la même manière. — Parmi quinze pièces de cuivre, d'argent ou d'or, distinguer celle qui a été magnétisée, etc., etc. Bref, sur ces cent cartons il y a peut-être plus de quatre cents mouvemens indiqués.

Voici maintenant ce qui a lieu:

« Messieurs, dit M. Ricard, nous allons essayer de faire exécuter à Calyste, sans aucune apparence de communication, les mouvemens que vous me signalerez; dès que la carte sur laquelle les mouvemens à exécuter m'aura été remise, je ne lui parlerai plus et ne bougerai plus. » — « Calyste, dit-il en se plaçant devant son somnambule qui est assis, je vais t'ordonner quelque chose, écoute-moi bien, et fais ce que je t'ordonnerai. » — En ce moment, M. L... prend un des cartons et le remet à M. Ricard qui, après l'avoir lu, abaisse les bras, regarde Calyste et reste immobile. — Au bout de quelques minutes d'attente, « *je ne sais que faire,* » dit le somnambule, et la première expérience est manquée. Une seconde, une troisième manquent également.

« Messieurs, dis-je alors, les faits négatifs, quelque nombreux qu'ils soient, ne peuvent infirmer les faits positifs; ainsi, toutes les expériences que M. Ricard va tenter échoueraient-elles, la vision, malgré l'occlusion des yeux au moyen d'un épais bandeau, ne vous en resterait pas moins prouvée. Du reste, nous sommes peut-être trop nombreux, et je ne serais pas surpris que la clairvoyance du somnambule fût épuisée pour aujourd'hui; cependant nous allons continuer. » — En conséquence, une quatrième expérience, puis une cinquième sont tentées; elles réussissent, mais seulement en partie, car on est obligé d'aider un peu le somnambule. On arrive à une sixième que je vais tâcher de décrire, parce que son succès a été complet; la voici:

Calyste, les yeux bandés, s'assoit la face tournée contre la muraille; à dix pas derrière lui sont M. Ricard et M. Teste, et à vingt se trouve un orgue de Barbarie. On se tait, le bruit de l'orgue commence, et en même temps Calyste bat la mesure; mais au bout de quelques minutes, — immédiatement après un signe de la main que M. Teste fait à M. Ricard, — le somnambule cesse de marquer la mesure, quoique le magnétiseur ne dise rien et que le bruit de l'orgue continue.

Telle est l'expérience de la musique. Enfin, je vais vous raconter la dernière qui, elle aussi, a été couronnée d'un plein succès.

Aussitôt que l'attention du somnambule est, pour ainsi dire, assujettie par le magnétiseur, M. L..., remet à celui ci l'une des cent petites cartes dont j'ai parlé; alors Calyste, toujours les yeux bandés, se lève, avance de quelques pas vers son magnétiseur, s'arrête un instant, repart, s'arrête de nouveau, monte sur une chaise, y piétine un peu, met définitivement les talons sur l'un des coins, applique les bras le long du corps, se roidit de partout, s'incline en arrière, et tombe tout d'une pièce dans les bras de M. Ricard qui était venu se placer à temps derrière lui.

On nous livre le carton, il contient la phrase suivante: « Faire monter le somnambule sur une chaise, puis le faire tomber dans les bras de son magnétiseur, en arrière. »

Voilà, mon ami, notre séance; la plus belle et la plus complète peut-être qui ait jamais eu lieu à Paris. J'en ai remercié M. Ricard, comme d'un service qu'il m'a rendu. Que pourrais-je

a cessé entièrement ; il n'y a point de toux, et la percussion ainsi que l'auscultation ont éloigné toute espèce de crainte à l'égard de l'existence de tubercules pulmonaires; il n'existe pas de douleurs de tête, il y a insomnie à la vérité, mais il faut l'attribuer aux douleurs dont le genou est le siége.

Cette amputation est grave encore, nous ne nous le dissimulons pas, car l'amputation de la cuisse est toujours grave, mais surtout dans ce cas en particulier, puisque l'état des parties nous force de la pratiquer bien près des trochanters. Nous amputerons toutefois le plus bas possible, et, s'il le faut, nous ferons la manchette avec les parties fistuleuses elles-mêmes ; l'expérience ayant d'ailleurs bien démontré que, par la suite, ces parties reviennent promptement à un état meilleur, et sont capables de fournir la base d'une cicatrice solide ; mais elles imposent quelques modifications à la conduite que nous aurons à suivre à l'égard du pansement, car nous ne pourrons obtenir que la réunion par seconde intention au lieu de celles par première intention. Toute la portion d'os malade sera emportée ; et nous croyons, malgré l'étendue des fusées purulentes, que la dénudation du fémur ne monte pas bien haut ; c'est l'articulation qui est principalement malade.

Ce qui augmente encore la gravité de ces cas, c'est l'abondance de la suppuration qui existe en ce moment, et depuis quelque temps, suppuration à laquelle la constitution est en quelque sorte habituée. Nous avons à craindre, en effet, que celles-ci venant à se trouver supprimée brusquement par le fait de l'opération, il n'en résulte une répercussion intérieure fâcheuse. Dans le but de conjurer les accidens qui pourraient arriver, nous ferons appliquer à cette femme un vésicatoire, et nous emploierons tous les moyens capables de hâter l'établissement de la suppuration dans le moignon. La suppression brusque de la suppuration est encore une circonstance capable de déterminer l'infection purulente ; car les matériaux primitivement employés à la formation du pus restant pour ainsi dire sans emploi, se concentrent sur les organes intérieurs, déterminent des congestions inflammatoires, la phlogose suppurative des vaisseaux lymphatiques et des veines, d'où résulte le transport du pus dans les différentes parties auxquelles ces vaisseaux portent les matériaux qu'ils renferment. Nous avons beaucoup de tendance à croire que c'est ainsi en effet que se produit fréquemment l'infection purulente. K...

HOPITAL DE LA PITIÉ.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DU COEUR;

PAR M. GENDRIN.

(Recueillies par MM. E. Colson et E. Dubreuil-Hélion.)

(Suite du nº 92.)

Le bruit diastolique du cœur à l'état physiologique est clair, très court ; il a été comparé, par Laennec, au bruit que produit le soulèvement brusque d'une soupape. Il s'entend à son maximum à la base. On peut tirer des moyens de diagnostic utiles de l'altération ou de la modification de ce bruit, comme de celle du bruit de systole. Dans l'hypertrophie qui affecte principalement les parois de la base du cœur, le bruit de diastole est sourd, tandis qu'il n'est pas modifié quand l'augmentation d'épaisseur porte sur la pointe.

Dans les dilatations des ventricules du cœur pendant que le bruit de systole devient plus clair et comme retentissant, le bruit de diastole s'affaiblit ; il s'efface même complètement quand la dilatation des cavités est portée assez loin pour que le cœur se vide incomplètement à chacune de ses contractions. Dans ces cas, le sang arrivant des oreillettes rencontre dans les ventricules une certaine quantité de sang dont ils n'ont pu se débarrasser. Cette circonstance suffit pour que la percussion du sang sur la base du cœur soit amortie ; mais comme la dilatation ne porte pas en même temps sur les deux ventricules, le bruit de diastole n'est pas complètement annulé. C'est de la même manière qu'il faut expliquer l'obscurcissement du bruit de diastole qui s'observe constamment lorsque les valvules de l'aorte sont détruites ; il cesse alors d'être sonore, parce que le sang qui se précipite des oreillettes dans le ventricule gauche aussitôt que les parois de ce ventricule se relâchent, rencontrent la colonne de sang qui reflue de la cavité de l'aorte, incomplètement fermée par les valvules en partie détruites. Toutes ces modifications du bruit de diastole dans le ventricule gauche se présentent aussi dans le ventricule droit dans les lésions analogues des parties correspondantes.

L'affaiblissement du bruit diastolique dans un ventricule suffit pour éteindre absolument le bruit diastolique même, qui persiste à se reproduire dans l'autre ventricule. Cela arrive d'autant plus facilement dans les cas les plus ordinaires que ce bruit est marqué par d'autres bruits pathologiques accessoires. On parvient, dans ces cas, à sentir ce bruit en écartant d'une faible distance l'oreille des parois de la poitrine. Très souvent, dans ces cas, on parvient à percevoir, à l'aide du stéthoscope, ce bruit qu'on n'entendait pas à l'oreille nue.

On peut quelquefois distinguer facilement les deux bruits de diastole dans des circonstances pathologiques où ces deux bruits se séparent ; alors on entend trois bruits, deux bruits de diastole et un bruit de systole. Le bruit de systole ne se dédouble jamais. En effet, le dédoublement des bruits du cœur ne peut avoir lieu dans l'état actif de cet organe pendant sa contraction. La systole du cœur est, en effet, opérée dans les deux cavités par des anses musculaires communes, et sous l'influence d'un appareil nerveux commun ; où, comme le dédoublement du bruit du systole, serait nécessairement lié à une non-simultanéité des contractions ventriculaires qui est impossible, on ne le voit jamais arriver. La distension passive des cavités du cœur sous l'influence de l'afflux du sang, peut durer plus long-temps à s'accomplir dans un ventricule que dans l'autre ; il s'ensuit que le bruit de diastole qui termine cet acte du cœur ne se produira pas simultanément dans les deux ventricules, mais bien d'une manière successive. C'est dans ces cas que le bruit de diastole se dédouble en deux bruits distincts et successifs plus ou moins rapprochés. Ainsi, lorsque la pénétration du sang est gênée à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, la colonne de sang arrivant avec plus de lenteur à gauche qu'à droite, le ventricule droit se remplit le premier, et le bruit de percussion y a lieu un instant avant de se produire dans le ventricule gauche. La même chose arrive dans les cas de dilatation extrême d'un ventricule. La condition morbide dans laquelle ce dédoublement de la percussion diastolique est le plus prononcé, est celle dans laquelle le rétrécissement auriculo-ventriculaire coïncide avec la dilatation d'un ventricule. Dans les cas de double diastole, le double bruit s'entend à son maximum sur la moitié supérieure de la hauteur du cœur et à sa base. Il ne se prolonge pas sur le trajet des grosses artères.

Si le dédoublement du bruit diastolique accompagnait seulement les lésions dans lesquelles les ventricules se remplissent inégalement, on pourrait en tirer des conséquences positives pour le diagnostic ; mais il y a un état dynamique du cœur, les palpitations, dans lequel le bruit diastolique est quelquefois double. Les irrégularités qui existent alors dans les battemens peuvent faire qu'un des ventricules se remplisse avant que l'autre soit relâché ; mais cette exception est facile à constater, parce que dans ces cas le double bruit diastolique ne s'entend qu'à quelques diastoles par intervalles, ou bien s'entend inégalement, très marqué à quelques diastoles, très faible à d'autres. Ces irrégularités sont incompatibles avec l'existence du bruit de doublement diastolique produite par une cause physique constante, comme le rétrécissement auriculo-ventriculaire et la dilatation d'un ventricule. Quand le double bruit de diastole se produit dans les palpitations, il cesse avec les attaques de convulsions du cœur, qui se reconnaissent d'ailleurs elles-mêmes à la précipitation et à l'irrégularité des battemens. Dans tous les cas où le double bruit diastolique se produit d'une manière fixe et sans palpitations, on peut affirmer qu'il est produit par un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, le plus souvent avec dilatation du ventricule correspondant, ou par une dilatation considérable d'un ventricule, l'orifice auriculo-ventriculaire ayant son diamètre normal.

Le double bruit diastolique peut disparaître par suite des progrès de la maladie du cœur, après avoir long-temps existé, et au degré le plus prononcé. Cela arrive quand la dilatation du ventricule devient extrême, et que la force contractile du cœur s'affaiblit. Alors le ventricule se vidant incomplètement, le bruit de diastole ne s'entend plus dans sa cavité ; on ne perçoit plus qu'un seul bruit de diastole simple et faible, qui provient du ventricule resté sain.

Dans l'altération du tissu du cœur qu'on appelle *cœur cuit*, dans laquelle le tissu du cœur devient mat et d'une couleur jaune feuille morte, altération qui n'est fréquemment que l'effet de la maladie des artères coronaires, les bruits, surtout celui de diastole, d'abord clairs, deviennent ensuite étouffés, sourds, à mesure que le ramollissement du tissu du cœur fait des progrès. On ne peut sans doute reconnaître cet état du cœur à ces seuls signes ; on ne peut même encore que soupçonner sa présence quand cette modification des bruits du cœur se joint à la mollesse du choc de la pointe du cœur et à une extrême faiblesse du pouls. Quand les accidens sont arrivés à ce degré, la terminaison fatale n'est pas éloignée.

Les bruits systolique et diastolique sont encore modifiés dans certaines conditions pathologiques qui appartiennent plutôt aux progrès des maladies du cœur qu'à leur nature. Ainsi quand il s'est formé dans les cavités de cet organe des caillots fibrineux, des concrétions polypeuses, le bruit et l'impulsion systoliques deviennent faibles, éteints, sourds, le bruit diastolique s'affaiblit d'abord et ne tarde pas à s'éteindre tout-à-fait. Cette imperfection de la circulation se décèle encore dans les artères par la faiblesse du pouls, marquée surtout par la brièveté des impulsions artérielles diastoliques qui semblent incomplètes et qui s'arrêtent dans leur accomplissement comme si elles étaient

---

sans des faits de cette sorte ? et le temps me manque pour en produire !

Actuellement je vais peser la valeur des expériences que je viens de décrire ; je les désignerai par : *celle des cartes, celle de la musique, celle de la chaise.*

Et d'abord, posons des principes : Quand on observe *de visu*, pour la première fois, un fait nié par tous, et inaccessible à l'intelligence de tous, il faut se dire :

Ce fait, qui me paraît incontestable, est le résultat, ou d'une jonglerie que je n'aperçois pas, ou d'un hasard que je ne comprends pas, ou d'une faculté que je ne connais pas. Puis, il faut examiner le fait sous ces trois points de vue successifs, et n'arriver au dernier que par l'exclusion des deux autres. Faisons passer nos expériences par cette filière.

Première expérience celle des cartes :

1º Cette expérience, est-elle le résultat d'une jonglerie ?

En toute chose on est rarement certain, archi certain, de n'avoir pas été choisi pour dupe. Cependant, lorsque le fait est facile à vérifier, comme le nôtre, et qu'en outre on a pris toutes les précautions qu'inspire la méfiance la plus expérimentée, on peut croire s'être mis à l'abri de la fraude.

Or, sommes-nous toujours restés sur nos gardes et avons-nous tout scruté, tout palpé, tout analysé ? Ainsi, par exemple, le bandeau avait-il quelque fissure imperceptible ? Non, car il était composé de deux poignées de coton en corde et d'un foulard que des incrédules fort experts ont appliqué.

Le bandeau était-il appliqué de telle sorte que le somnambule pût voir par-dessous ? Non, car outre le coton placé sur les yeux avant le foulard, on en avait introduit par en bas sous le bandeau de manière que le coton formait un bourrelet.

Les cartes étaient elles préparées ? Non, car toutes les enveloppes des jeux offraient encore le cachet de la régie.

Le somnambule ne reconnaissait il pas les cartes en les touchant ? Non, car il nommait celles de son adversaire sans les toucher.

Le magnétiseur n'avait-il pas un moyen de communication avec son somnambule pour lui donner connaissance des cartes ? Non, car le magnétiseur ne parlait pas, ne bougeait pas, ne touchait pas Calyste, et ne regardait pas les cartes.

Enfin quelqu'un ne pouvait il pas, par quoi que ce soit, indiquer à Calyste son propre jeu et celui de son adversaire ? Non, car chacun restait silencieux dans une attente qui n'était pas sans inquiétude, mais à laquelle succédait bientôt l'étonnement ou l'admiration.

Donc, soit du côté du bandeau, soit du côté des cartes, soit du côté du somnambule, soit du côté du magnétiseur, soit du côté des assistans, soit du côté de l'adversaire lui-même, nous sommes aussi certains qu'on peut l'être de ne pas avoir été trompés.

2º Cette expérience est-elle le résultat du hasard.

Pour résoudre cette question il faut auparavant rechercher quelles conditions un fait doit remplir afin que l'intelligence ne puisse l'attribuer au hasard.

Un fait doit ou peut être attribué au hasard quand il y a égalité entre les chances de son affirmation et de sa négation, comme entre pair et impair. Mais à mesure que cette égalité diminue, c'est-à-dire, à mesure que l'affirmation se répète sans interruption, la part de ce qu'on nomme le hasard diminue également ; et à la fin il arrive une borne à laquelle l'esprit s'arrête pour dire : Non, le hasard ne va pas jusques là !

Ceci posé, je puis dire : Parmi les faits de la nature de ceux qui nous occupent, il y a tel fait qui ne prouve rien, et qui partant et probablement l'effet du hasard, parce que les chances de son affirmation et de sa négation sont égales. — Il y a tel fait qui prouve beaucoup, et qui partant n'est probablement pas l'effet l'effet du hasard, parce que les chances de son affirmation et de sa négation sont très inégales. — Enfin, il y a tel fait qui prouve infiniment, et qui partant n'est certainement pas l'effet du hasard, parce que les chances de son affirmation et de sa négation sont immensément inégales.

Je vais développer ma pensée par trois suppositions.

Première espèce de faits. Si, par exemple, un somnambule prétendait pouvoir deviner le sexe d'un enfant contenu encore dans le sein de sa mère, pour croire que ce fait n'est pas le résultat du hasard, je voudrais le constater trente fois de suite ; car il n'y a ici, pour chaque expérience prise isolément, qu'un contre un à parier que le somnambule se trompera ; mais sur deux expériences, il y a trois contre un ; sur trois, sept ; sur quatre, quinze ; ainsi de suite, de telle sorte que sur trente expériences il y a un billion, 73 millions, 741 mille 823 à parier contre un que le somnambule se trompera au moins une fois ; — un billion, 73 millions, 741 mille, 794 à parier contre trente qu'il se trompera au moins deux fois ; — un billion, 73 millions, 741 mille, 389 à parier contre contre quatre cent trente-cinq qu'il se trompera au moins trois fois. — Enfin, et pour ne pas aller plus avant, un billion, 73 millions, 737 mille, 764 à parier contre quatre mille soixante qu'il se trompera au moins quatre fois.

Seconde espèce de faits. Si, par exemple, un somnambule prétendait pouvoir lire par la nuque, et dans chaque séance une seule lettre de l'alphabet, pour me convaincre j'exigerais plusieurs séances, mais moins de trente ; car, si pour chaque expérience prise isolément il n'y a que vingt-quatre à parier contre un que le somnambule se trompera, sur deux expériences il y a 624 ; sur trois, 15,624 ; et sur sept, 4 billions, 540 millions, 115 mille, 624 à parier contre un que le somnambule se trompera au moins une fois.

Troisième espèce de faits. — Enfin, si un somnambule prétendait pouvoir lire par la nuque, et dans chaque séance un seul mot, pour me convaincre, je ne demanderais que deux ou trois séances (ou deux ou trois mots dans une seule séance), car il y a ici pour chaque expérience prise isolément au mois quarante mille à parier contre un que le somnambule se trompera ; sur deux expériences, un billion six cent millions ; et sur trois, soixante-quatre trillions ! ce qui rend, aux yeux du sens commun son rôle de devinateur absolument impossible ; ou il faudrait admettre qu'en jetant à la fois et pêle-mêle, du haut des tours Notre-Dame, toute l'imprimerie de Didot, il faudrait admettre qu'il fût possible qu'une fois arrivés en bas, les caracteres de cette imprimerie composassent à volonté l'Iliade, l'Enéide ou la Bible.

Après cette courte dissertation, si quelque stupide esprit fort vient de rechef me demander : L'expérience des cartes n'est-elle pas le résultat du hasard ? Je lui répondrai non, et je motiverai ma réponse en disant : C'est non, parce que si à la première carte qu'on lui a présentée, le somnambule n'avait que trente et une chances contre lui sur trente-deux ; dès la quatrième il en avait des millions, à la dixième il trouvait l'impossible, et plus loin l'infini. Or, il a été jusqu'à cent, et plus peut-être ! sans se tromper une fois. Jugez, Monsieur, inclinez-vous et soumettez-vous. Ce n'est point du hasard..... la Providence a passé par là.

3º Cette expérience est-elle le résultat d'une faculté ?

Fidèle à la méthode d'exclusion que je me suis imposée en commençant, je répondrai oui, et je motiverai ma réponse en disant : C'est oui, parce qu'ainsi que je l'ai démontré ce fait n'est le résultat ni d'une jonglerie ni du hasard, et que puisqu'il est indubitable, il est nécessairement le résultat d'une faculté que nous constatons sans la comprendre ; en d'autres termes, d'une propriété inhérente à l'individu sur lequel le fait a été observé. — C'est tout.

à demi-achevées et trop courtes.

Les modifications dans les actes circulatoires, que nous venons de rapporter à la présence des conditions cruoriques dans le cœur, ne se montrent comme la présence de ces concrétions elles-mêmes, que pendant le cours et même à la dernière période de maladies du cœur qui se sont annoncées depuis long-temps, et persistent encore à se caractériser par divers signes tirés des bruits et des mouvemens du cœur.

Les concrétions fibrineuses ne se forment, en général, dans le cœur, que lorsque le sang ou une portion de sang est ramené à un état de repos ou de ralentissement dans son cours, soit par un obstacle à la circulation cardiaque, soit par l'effet d'une modification pathologique des parois du cœur, d'où résulte l'expulsion incomplète du sang qui se trouve dans les ventricules à chaque systole, soit enfin qu'il y ait affaiblissement des contractions de cet organe sous l'influence de l'extinction prochaine de la vie. La stase du sang dans les ventricules est suivie de la coagulation qui se fait en caillots de consistance gélatineuse, plus ou moins volumineux, modelés à la forme des ventricules, se prolongeant par des caillots cylindriques dans les grosses artères. Les caillots ont cet aspect lorsqu'ils se forment dans les derniers temps de la vie; c'est surtout dans ce cas qu'une extinction assez rapide du mouvement de diastole des artères et des chocs systoliques du cœur, se manifeste avec le timbre épais du bruit de systole et l'extinction du bruit de diastole.

Quand le sang se coagule par suite d'un changement dans la forme et dans la capacité des ventricules, les concrétions cruoriques sont le plus souvent stratifiées et intriquées dans les colonnes charnues; quelquefois elles forment des masses sphériques morbides libres ou appendues comme par un pédicule aux parois du cœur, et flottant sous l'influence des courans afférens et efférens du sang dans les cavités du cœur. A la formation et à l'existence de ces caillots, quelle qu'en soit la cause, sont liés l'affaiblissement, l'extinction des bruits du cœur et de l'impulsion systolique, et l'irrégularité dans la succession de ces bruits: ainsi, quand dans le cours d'une maladie du cœur on verra ces signes apparaître, on pourra en conclure qu'il se forme des concrétions fibrineuses dans les cavités du cœur. Ces concrétions sont, par elles-mêmes, des obstacles mécaniques au libre trajet du sang au travers des orifices et des cavités du cœur; elles servent comme de noyau à la coagulation du sang qui augmente nécessairement leur volume. L'extinction des bruits du cœur et la faiblesse de ses mouvemens deviennent de plus en plus évidentes, à mesure que le terme fatal de la maladie approche.

(e) Des bruits anomaux du cœur.

Les bruits anomaux du cœur sont des bruits insolites qui se joignent dans les maladies du cœur aux bruits que fait entendre cet organe dans l'état physiologique, alors modifiés ou non modifiés par la maladie.

Parmi les bruits anomaux que nous avons à étudier dans l'histoire pathologique de l'organe central de la circulation, les différens bruits de frottement ont une plus grande importance que tous les autres, par leur fréquence et par leur valeur pathognomonique, dans la plupart des cas où ils se produisent.

Les bruits de frottement dont nous devons d'abord nous occuper se produisent à l'extérieur du cœur et sont, à cause de cela, désignés par nous par l'épithète de périphériques.

Le bruit de frottement périphérique a son siége dans la cavité du péricarde entre les deux feuillets séreux et, par conséquent, à la surface du cœur. Il est le résultat du froissement réciproque des surfaces séreuses péricardiaques viscérale et pariétale opposées, renouvelé à chacun des mouvemens du cœur. Dans l'état normal de force, de vitesse et de fréquence des battemens du cœur, et lorsque les surfaces séreuses opposées sont à l'état anatomique normal, il ne se produit aucun bruit de frottement périphérique; mais ce bruit se manifeste à chaque mouvement du cœur par le frottement des feuillets séreux opposés, lorsque les surfaces séreuses ont perdu leur poli physiologique, ou lorsqu'elles sont froissées l'une contre l'autre avec une vitesse ou une force insolites, par suite d'une augmentation de rapidité ou de vitesse des contractions du cœur. Un exemple de ce dernier cas se présente dans les palpitations.

Le bruit de frottement périphérique est joint, pour peu qu'il soit prononcé, à la systole et à la diastole du cœur. Ces deux actes, annoncés par les bruits de systole et de diastole, et par les chocs du cœur pour la systole, sont alors accompagnés d'un frottement sec et court, dont le timbre est assez semblable au bruit que l'on produit en promenant brusquement la main sur un morceau de drap.

Ce bruit de frottement périphérique se perçoit presque immédiatement sous l'oreille, et cependant il s'entend presque toujours à quelques lignes de distance, et ne se prolonge jamais sur le trajet des grosses artères. Il n'est jamais plus prolongé que les actes de la systole ou de la diastole auxquels il est lié; il est ainsi inséparable des bruits de percussion systolique et diastolique, et néanmoins il se perçoit distinctement avec ces bruits.

Le bruit de frottement périphérique ne dépasse pas les limites de la région précordiale; il varie même d'intensité sur les différentes parties de cette région. Il s'entend à son maximum sur le bord gauche de la région précordiale dans la moitié inférieure de la hauteur du cœur par le bruit périphérique systolique; quant à son bruit périphérique diastolique, il se perçoit à son maximum sur le milieu de la hauteur de la région précordiale, sur la ligne des articulations synchondro-sternales gauches. Toutefois ces points de plus grande intensité des bruits de frottement périphérique du cœur ne sont constans que pour ceux de ces bruits qui surviennent par la simple influence des palpitations ou qui sont le résultat d'anciennes péricardites guéries depuis un temps plus ou moins long.

Le bruit des frottemens périphériques est un symptôme des phlegmasies péricardiaques: il se manifeste alors dès début de la maladie, parce que, dès ce moment, par l'effet de l'inflammation, la surface séreuse a perdu son poli et s'est couverte d'une exsudation albumineuse ou couenneuse, avant que l'épanchement ne soit assez considérable pour s'élever au niveau de la moitié de la hauteur du cœur.

Le frottement périphérique s'efface à mesure que l'épanchement de sérosité péricardiaque augmente par la phlegmasie; il ne se trouve plus lorsque la cavité du péricarde est remplie de liquide. Dans la période de décroissement de la péricardite, le bruit de frottement périphérique qui avait cessé de se montrer pendant la période de l'état de la maladie, lorsque le péricarde était rempli de liquide, se rétablit quand le liquide interposé entre les deux feuillets séreux étant résorbé, ceux-ci sont de nouveau mis en contact médiat par l'interposition d'une couche pseudo-membraneuse plus ou moins molles, et qui tend à se solidifier.

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 1er juillet 1840. — Présidence de M. Mojon.

La correspondance comprend :

1° Un cahier des annales de la Société des sciences naturelles de Bruges;

2° Une brochure intitulée : Rapport sur le mémoire de M. le docteur Caffe relatif à l'ophthalmie régnante en Belgique;

3° Un mémoire imprimé de M. Grommelinck sur le strabisme (rapporteur M. Rognetta);

4° Brochure en italien de M. Biagini sur la guérison radicale de la hernie inguinale.

La Société s'occupe de plusieurs nominations.

Ont été nommés au scrutin et à la majorité absolue des suffrages.

MM. Manzini, membre résidant.
Gavrelle, membre correspondant à Lisbonne.
Putégnat, membre correspondant à Lunéville.
Bernard, membre correspondant à Apt.

M. Mojon donne lecture d'une note relative à la structure de l'épiderme. (Voir *Gazette des Hôpitaux* du mois de juillet.)

M. Nonat fait un rapport sur une brochure de M. Pascalis relative au traitement de la phthisie pulmonaire. Les idées de l'auteur ne paraissant pas suffisamment justifiées, M. le rapporteur ne prend aucune conclusion favorable. La médication vantée par M. Pascalis avait pour base l'administration de substances alcalines, lesquelles devaient jouer dans l'économie un rôle chimique particulier.

M. Adorne défend l'auteur du mémoire et paraît accorder quelque confiance à l'action résolutive des alcalis contre la phthisie, s'appuyant sur les effets tant vantés du sel marin.

M. Lacorbière n'entre pas dans la question thérapeutique, mais il pense qu'il est dans l'intérêt de la Société d'encourager les personnes qui lui soumettent leurs travaux. En conséquence, il propose qu'une lettre de remercîmens soit adressée à l'auteur.

M. Nonat déclare que son opinion sur le sel marin n'est pas plus favorable que celle qu'il vient d'émettre relativement aux alcalis; les expériences qu'il a faites dans les hôpitaux lui ayant prouvé que le sel marin exaspère plutôt l'affection tuberculeuse, provoque la toux et fait empirer l'état des malades.

— *M. Thierry* présente une pièce pathologique que la Société examine avec beaucoup d'intérêt. Il s'agit d'une jambe amputée pour une luxation latérale complète du pied avec fracas des parties molles. L'amputation avait été pratiquée au-dessous du genou.

M. Rognetta se demande s'il n'aurait pas été possible de pratiquer dans ce cas l'amputation sus-malléolaire, et si cette méthode n'aurait pas présenté de l'avantage sur celle qu'on a suivie.

M. Thierry répond que, dans son opinion, l'amputation sus-malléolaire est encore à juger, et qu'au surplus elle ne lui paraissait pas mériter la préférence sur la méthode ordinaire.

M. Velpeau examine les avantages et les inconvéniens des deux méthodes et se déclare partisan de la méthode sus-malléolaire. Il cite sept cas de sa pratique qui lui ont donné les plus heureux résultats. La seule difficulté qui s'oppose à son emploi général résulte de la jambe mécanique dont le prix élevé ne permet pas de l'appliquer à tous les individus qui en auraient besoin.

M. Adorne parle d'une amputation sus-malléolaire qu'il a pratiquée dans la campagne de Russie, et qui a été suivie de quelques accidens fâcheux, particulièrement de la mortification d'une partie des tégumens.

M. Boulard rapporte les détails d'un cas d'amputation de jambe dont le tibia a fait saillie. Il examine quelques-unes des causes de cet accident.

M. Velpeau appelle l'attention sur les accidens phlogistiques qu'il a observés à la suite de l'amputation sus-malléolaire. Des fusées purulentes se déclarent quelquefois qui marchent de bas en haut jusque dans le mollet.

M. Thierry se rend aux conséquences des faits cités par M. Velpeau et reconnaît les avantages de l'amputation sus-malléolaire.

M. Rognetta résume la discussion. Il cite plusieurs cas opérés par M. Blandin, et dont il a vu les sujets marcher parfaitement avec la jambe artificielle; il rappelle les opérations pareilles pratiquées heureusement par M. Goyrand, d'Aix, par M. Riberi, de Turin, et par d'autres, et conclut que dans l'état actuel de la science, lorsque les conditions de la maladie le permettent, l'amputation sus-malléolaire lui semble devoir être adoptée comme méthode générale, et l'amputation sous-rotulienne comme méthode exceptionnelle.

Rapport de M. Mojon sur un ouvrage intitulé : Analyse des travaux de l'Académie royale des sciences, belles-lettres et arts de Rouen.

Parmi les mémoires insérés dans ce volume méritent principalement l'attention de la Société : 1° Un rapport sur les maladies qui ont régné à Rouen et dans les environs, durant l'année 1838. Ce travail, dû au talent du docteur Vingtrinier, fait connaître d'une manière remarquable les rapports des conditions dominantes de l'atmosphère avec l'état sanitaire de la ville de Rouen. La coqueluche s'est présentée souvent d'une manière alarmante. Les affections éruptives, telles que la scarlatine et la miliaire, ont été le plus souvent compliquées de fièvre typhoïde. La petite-vérole a régné épidémiquement et d'une manière confluente. Cette épidémie a trouvé, dans le docteur Vingtrinier, un habile écrivain qui n'a pas hésité d'émettre, avec franchise, son opinion particulière sur les vaccinations et sur l'inutilité de leur renouvellement. Cet auteur n'admet point la dégénerescence du vaccin.

La rougeole a été observée aussi épidémiquement, pendant l'année 1838, dans tout le département de la Seine-Inférieure. Cette affection a duré, à Elbeuf, plus de trois mois. Peu d'enfans ont échappé à la contagion; douze cents individus en ont été atteints. Jamais on n'avait vu dans cette ville, au dire de l'auteur, la rougeole prendre un caractère de malignité aussi grave.

A l'occasion de ce rapport, il est question de l'heureuse découverte de vaccin natif, faite par le docteur Hellis, vaccin contracté sur la vache par une jeune laitière d'Imeauville.

Assurément je pourrais en dire bien d'autres à cette occasion; mais ce serait mettre le pied sur un terrain vague, et courir le risque de parler jusqu'à extinction sans m'entendre ni me faire entendre. Or, passez moi le mot, je n'aime point *patauger*.

Seconde expérience, celle de la musique. — Cette expérience est d'une nature autre que la précédente. Celle dont je viens de parler prouve la vision malgré l'occlusion mécanique des yeux, celle dont je vais parler prouve la transmission de la volonté sans aucun signe appréciable à l'observateur le plus attentif.

Arrivé où nous sommes, je devrais également examiner si cette expérience, est le résultat d'une jonglerie, d'un hasard ou d'une faculté; par conséquent, je devrais reproduire tous les raisonnemens énoncés ci-dessus. Mais ici ces trois questions me paraissent inutiles par les motifs que je vais déduire.

Sous le rapport de la fraude? A la rigueur, l'argutie ne peut-elle pas prétendre que M. Teste, qui a fait le signe d'arrêt à M. Ricard, s'entendait avec celui-ci sur le nombre des mesures à battre, et qu'à son tour M. Ricard s'entendait avec son somnambule? Certainement tout cela serait d'une conception bien ingénieuse et d'une conception bien difficile; mais il suffit que cela soit possible pour que je n'insiste pas sur la valeur de ce fait. L'expérience serait au contraire devenue beaucoup plus concluante si le hasard eût été choisi pour indiquer non-seulement la personne qui, sur soixante, devait faire au magnétiseur le signe d'arrêter le somnambule marquant le rhythme, mais encore si le hasard eût aussi indiqué l'air à jouer et le nombre de mesures à battre.

Sous le rapport du hasard? L'expérience de la musique, en la supposant faite loyalement, comme d'ailleurs elle l'a été, et avec toutes les précautions que je sors d'exposer, serait encore loin d'offrir le même degré d'évidence que l'expérience des cartes, parce que l'organe n'ayant joué, je suppose, que cinq cents mesures, il n'y avait que quatre cent quatre-vingt-dix-neuf à parier contre un que Calyste se tromperait.

Or, quoique la différence entre quatre cent quatre-vingt-dix-neuf et un paraisse considérable, pour mon compte, lorsqu'il s'agit d'un fait à défendre contre les Académies, je la veux plus considérable encore; trois 9 de plus à droite ou à gauche ne me suffiraient même pas. Mais, je l'ai dit, cette différence incommensurable s'obtient aisément par la répétition binaire ou ternaire du fait à constater. Pour rendre l'expérience de la musique absolument irrécusable, il aurait donc fallu la répéter au moins une fois.

Troisième expérience, celle de la chaise.

Cette expérience est de même nature que celle de la musique, et conduit à la même conclusion : la transmission de la volonté sans le secours de signes, et conséquemment par ce qu'on nomme la pensée.

Tout ce que j'ai dit du fait de la musique est applicable au fait de la chaise, et sous le rapport de la fraude, et sous celui du hasard. Ainsi, avais-je détruit toute possibilité de fraude? Non, et personne n'a le droit logique, — notez-bien que je dis logique, — d'affirmer que M. L..., choisissant et donnant les petits cartons, ne s'entendait point avec M. Ricard; puis en repoussant toute connivence, n'avais-je laissé aucune porte ouverte au hasard? non, puisqu'une seule expérience de ce genre sur quatre cents a complètement réussi, et que, comme je l'ai démontré, la différence entre ces deux nombres est trop petite pour être concluante. — Il fallait répéter!

Voilà, mon ami, l'appréciation que j'ai cru devoir faire des phénomènes magnétiques que M. Ricard a produits chez moi, dimanche dernier, en présence de soixante personnes qui toutes sont parties émerveillées;.... sauf deux médecins qui n'ont rien trouvé à répondre à cette interpellation que je leur adressais en les quittant : « Eh bien! Messieurs, croyez vous qu'avec de pareils faits on puisse avancer, ou qu'on doive reculer? » — Quant au docteur Teste, le nouvel apostat! dans son fervent prosélytisme, il me disait; « Depuis cinquante ans les académies sont liguées contre nous, à notre tour de nous liguer contre elles, et de crier : *Vive la ligue!* »

Du reste, mon ami, vous accuserez sans doute mon appréciation d'être sévère aux dépens du magnétisme; mais au point de vue du rationnel et du juste où je suis placé je ne pouvais en agir autrement, parce que la logique est impitoyable, et que la justice veut la sévérité pour soi et les siens comme pour les autres.

Adieu, mon ami. FRAPART, D.-M.-P.

P. S. Je pousse M. Ricard, qui d'ailleurs n'a pas besoin d'être poussé, à exiger de Caly te qu'il lise avec son bandeau; puis plus tard, avec son bandeau et deux ou trois feuilles de papier blanc qu'on appliquerait sur le livre à déchiffrer.

Nous avons la victoire, il nous faut leur déroute.

2° Un travail du docteur Ponchet, inspecteur de l'établissement des secours pour les asphyxiés. L'auteur propose l'emploi d'un nouveau lit qu'il appelle *table de secours*. Cet appareil ingénieux est très simple ; il permet de donner à volonté et sans secousse, au corps du noyé toutes les positions que le service des secours peut exiger. Il donne toute la facilité d'approcher du corps, et de lui appliquer immédiatement tous les secours. Il offre surtout un moyen puissant de réchauffer la partie postérieure du corps, particulièrement des nerfs rachidiens, sans échauffer la tête.

3° Une observation remarquable de plaie pénétrante de l'abdomen, intéressant la matrice, sur une femme enceinte de huit mois et demi. Le traitement prescrit par le docteur Avenel a été suivi d'une prompte et complète guérison. Ce fait est surtout intéressant à cause de son heureuse terminaison : on sait, en effet, que les blessures pénétrantes de l'utérus en état de gestation entraînent le plus souvent des conséquences fâcheuses.

4° Un contre-rapport de médecine légale, relatif à un cas d'empoisonnement par l'arsenic. Ce travail mérite d'autant mieux l'attention, qu'en ce moment la question sur la manière d'agir des poisons métalliques est agitée ici et en Italie avec chaleur. Nous devons savoir gré aux hommes qui ont eu le courage de montrer les égaremens de la science et de combattre les erreurs enfantées par le préjugé au détriment de la vie de nos semblables. Il est heureux pour la Société qu'il se trouve des médecins aussi éclairés et indépendans que les auteurs de ce rapport, pour dévoiler à la justice le ton trop tranchant de certaines expertises rédigées avec légèreté et sans cet esprit de circonspection qui doit régner dans les affaires de cette nature.

J'ai l'honneur de proposer à la Société que M. le secrétaire-général adresse une lettre de remercîemens à l'honorable académie de Rouen, pour l'envoi qu'elle a bien voulu vous faire.

— Séance levée à dix heures.

Luxation de l'épaule par cause directe.

Le 28 juillet dernier, le docteur Rigal, de Gaillac, tomba de cheval. Dans cette chute le corps porta principalement sur l'épaule droite. Il en résulta une luxation par violence directe de la tête de l'humérus, qui fut enfoncée profondément sous la base de l'apophyse coracoïde. La contusion des chairs, l'énorme gonflement qui en fut la suite, l'irritabilité des muscles sur un sujet fort et robuste, rendirent infructueuses un grand nombre de tentatives de réduction habilement dirigés. Rien ne put ébranler la confiance du docteur dans la puissance de son art; il méprisa les obsessions qui s'efforçaient de lui présenter l'habileté des renoueurs, comme son ancre de salut. Enfin, le procédé de M. Malgaigne, employé avec une vigueur insolite, triompha de tous les obstacles ; outre les moyens antiphlogistiques employés lors des premiers essais, la réduction fut précédée de l'application de 90 sangsues et vingt-trois heures de bain continu.

Le docteur Rigal vient d'écrire au *Journal du Tarn*, une lettre que nous sommes heureux de pouvoir reproduire, parce qu'elle renferme un enseignement utile.

A M. le rédacteur du Journal du Tarn.

Monsieur,

Puisque, à l'occasion de l'accident que je viens d'éprouver, vous ouvrites vos colonnes à un article dicté par une amitié précieuse, mais trop bienveillante, permettez-moi de recourir à votre obligeance pour acquitter une dette du cœur. Je confonds dans un sentiment égal de reconnaissance, MM. les docteurs Ducasse, Rolland, Dieulafoi, accourus de Toulouse, et les nombreux confrères qui vinrent se presser autour de mon lit de douleur. Les ressources de la chirurgie contre le cas grave de luxation de l'épaule où je me trouvais, furent discutées avec une maturité qui témoigne que les plus saines doctrines de l'art sont monnaie courante parmi nous. La manœuvre confirma la théorie, et je suis aussi fier du succès comme chirurgien, que j'en suis heureux comme malade.

La sympathie de mes concitoyens de toutes les classes, allégea beaucoup mes souffrances. Elle est la preuve que le peuple n'est pas ingrat, et que servir le pauvre c'est prêter à Dieu. Puisse l'exemple que j'ai donné, avoir assez d'autorité pour combattre les préjugés qui existent contre les médecins au profit des rhabilleurs ! Ces préjugés ont leur source moins dans l'ignorance de la multitude que dans la tolérance du pouvoir chargé par les lois de protéger la santé publique. Leur premier effet est de priver trop souvent le prolétaire de la liberté des membres dont il a plus de besoin que moi encore ; le second, de nuire aux progrès pratiques d'une branche importante de la chirurgie, de cet art dans lequel je puis avoir conquis une place honorable, mais qui offre à mon émulation tant de maîtres profès, dont le midi de la France a droit de s'énorgueillir.

Recevez, etc. J. RIGAL, D.-M.

Gaillac, le 4 août 1840.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

Dans le numéro du 30 juillet dernier de votre estimable journal se trouve exposée la manière dont j'use de l'eau froide dans le traitement de certaines affections chirurgicales, et notamment dans l'entorse.

Après avoir dit que je proscris d'une manière absolue les applications de sangsues dans le traitement de l'entorse aiguë aussi bien que l'emploi banal du cataplasme, et que je supplée à ce traitement, dangereux à mon avis, par l'immersion dans un baquet d'eau froide du pied préalablement revêtu d'un bandage contentif qui m'est spécial, l'auteur de l'article termine par le paragraphe suivant :

« Sans doute la compression dès le début de l'entorse ne date pas d'hier ; mais ce qui nous a paru nouveau, c'est le bandage perfectionné que M. Baudens a inventé, bandage d'une application simple, facile, et qui se trouve à la portée de tout le monde. Sans doute l'eau froide est connue dans le traitement de l'entorse, mais ce qui ne l'était pas, c'est la persistance de ce moyen pendant dix à quinze jours sans discontinuer ; c'est la combinaison du bandage et de l'eau froide, moyens qui s'harmonisent de la manière la plus efficace, et à l'aide desquels M. Baudens a imprimé au traitement de l'entorse un degré de précision et de perfectibilité qu'on ne saurait avoir par l'emploi isolé du bandage. »

Cet article a fourni à M. La Corbière, matière à une réclamation qui a insérée dans votre numéro du 8 août, et à laquelle je ne crois pas devoir faire d'autre réponse que la reproduction du paragraphe ci-dessus, qui me paraît péremptoire.

Agréez, etc., BAUDENS.

Monsieur le rédacteur,

Je regrette que M. le docteur Félix Legros ait pris au sérieux l'absurdité qu'on m'a prêtée un journal quotidien, et qu'il ait cru nécessaire de la réfuter sans s'assurer si déjà moi-même n'avais pas réclamé contre l'assertion qu'on émettait sous mon nom. Il aurait, en effet, trouvé dans le n° du 7 août de la *Gazette des Tribunaux*, un article dans lequel je m'élève contre l'opinion qu'on m'a attribuée tout gratuitement.

J'ose espérer, Monsieur le rédacteur, que vous voudrez bien insérer ma lettre dans votre prochain numéro.

Agréez, etc. OLLIVIER (d'Angers).

Paris, ce 10 août.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 13 AOUT 1840. (13e ANNÉE.) N° 95, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

PLUSIEURS CAS DE DÉLIRE.

Première observation. — *Encéphalite portant sur la substance corticale ; delire primitif.*

Au n° 8 de la salle Sainte-Jeanne est couché un homme de cinquante ans passés, bien conservé pour son âge, dont la coloration est animée, paraissant plus jeune qu'il ne l'est en effet, petit de stature, mais offrant des cavités larges et des membres bien développés.

L'état extérieur de cet homme suffit à lui seul pour traduire l'affection dont il est atteint. Il se présente dans un état de somnolence apparente, accompagnée de stertor et de ronchus sonore, des réveils en sursaut alternent avec la somnolence ; alors les yeux du malade sont animés, et il se livre à des mouvemens carphologiques bien distincts.

La sensibilité paraît exaltée, et dans les mouvemens on ne remarque d'autre altération que la carphologie. Il n'y a ni convulsions toniques, ni convulsions cloniques, ni paralysie. C'est donc presqu'exclusivement sur l'intelligence que portent les désordres de cet homme.

L'examen des sens n'a pas appris grand'chose, et cela se conçoit : toutefois, nous devons dire que la pupille n'est pas dilatée ; l'audition paraît bien s'exécuter, puisqu'il entend ce qu'on lui dit ; mais ses réponses sont fausses, et ne cadrent pas avec les demandes qu'on lui adresse.

Le ventre se présente dans des conditions naturelles, si l'on excepte un peu de développement. Une contusion s'observe au-dessous de la mamelle gauche ; laquelle se se complique de quelques éraillures de la peau : une semblable altération se remarque à l'avant-bras et au bras du même côté.

La respiration est inégale, précipitée, tantôt haute. Le pouls donne 96 battemens ; les pulsations sont fortes et développées, mais intermittentes. Disons enfin qu'il y a constipation et, nonobstant, émission involontaire des matières fécales.

Quel diagnostic porterons-nous dans le cas qui nous occupe ? Indubitablement nous avons affaire à une maladie cérébrale aigue, existant depuis hier ; mais à laquelle avons-nous affaire ? Serait-ce a une maladie aigue générale ; savoir : la congestion ou l'inflammation soit des méninges, soit de la pulpe cérébrale ; ou bien à une maladie aigue locale, l'hémorrhagie cérébrale, l'encéphalite locale, le ramollissement du cerveau ?

La conservation des mouvemens exclut les probabilités en faveur d'une affection aigue locale. Il nous reste, dès lors, à examiner si nous avons affaire à une congestion ou à une inflammation. Voyons si les causes peuvent éclairer ce point. Ici nous n'avons pas à invoquer l'ivresse comme cause des accidens qui sont survenus. La veille de l'invasion de la maladie, cet homme avait accusé de l'inappétence ; le jour même du début il avait vomi après avoir mangé, et presqu'aussitôt après il est tout à coup tombé sans connaissance. A coup sûr, il y a donc eu d'abord congestion des méninges, laquelle a été suivie de près de l'inflammation de la substance corticale du cerveau. Il est d'ailleurs probable qu'aujourd'hui l'inflammation de cette dernière se trouve avoir fait des progrès vers le centre du cerveau, et je fais mes réserves à l'égard de ce point diagnostique.

Le traitement est tout indiqué dans ce cas très grave. Les émissions sanguines doivent être employées avant tout, plutôt avec profusion qu'avec réserve, car dans les affections du genre de celle-ci, il est beaucoup plus dangereux d'en pratiquer une de moins, qu'une de trop. Si l'on a le malheur de voir la maladie passer à sa dernière période, tout est perdu, dit M. Guersant.

Notre malade a eu hier deux saignées générales, une de 500 grammes et une de 360 ; de plus, des sangsues aux apophyses mastoïdes. Les réfrigérans, et principalement les irrigations continuelles d'eau froide, les laxatifs, les révulsifs sur les extrémités inférieures ; la diète et les boissons délayantes, sont ensuite les principaux moyens auxquels il faut recourir en pareil cas et auxquels nous avons eu recours pour notre malade.

Deuxième observation. — *Variole ; méningo-encéphalite ; typhus ; délire consécutif.*

Le malade qui est couché au n° 11 de la salle Sainte-Jeanne, est âgé de vingt-cinq ans ; il est doué d'une bonne constitution ; présente des cavités splanchniques larges ; est malade depuis six jours, et est à la clinique depuis quatre.

Au moment de son entrée, il était dans un état de stupeur très marqué et de somnolence ; ses lèvres étaient sèches, enduites d'un mucus brunâtre, ainsi que les dents et la langue, qui était en outre extrêmement sèche.

A la surface du corps s'observaient quelques points rouges, légèrement élevés. Du côté du ventre, nous avons remarqué quelques borborigmes et il existait du dévoiement. Le pouls donnait de 96 à 100 pulsations par minute. Le malade accusait une grande faiblesse ; mais celle-ci n'était cependant pas exagérée au point de déterminer le décubitus dorsal.

Nous avons diagnostiqué, dans ce cas, une affection typhoïde grave, ayant marché avec une très grande vitesse. Cette circonstance de la maladie, qui était presque à son début, réunie à la force du sujet, nous ont amené à prescrire une évacuation sanguine.

Le lendemain de celle-ci le malade avait gagné quelque chose. Déjà les lèvres étaient moins fuligineuses. D'autre part cependant la surface du corps se recouvrait de plus en plus de points rouges ; l'état du cerveau augmentait ; le délire et la somnolence s'accroissaient de plus en plus.

En résumé, nous avons affaire ici à une affection très complexe ; car, d'une part, le malade a présenté des symptômes de variole, de méningo-encéphalite et d'affection typhoïde. Ce qui a, dès le commencement, éveillé en nous les soupçons relatifs à une affection typhoïde, c'est la fréquence du pouls. Nous nous demandons actuellement s'il ne serait pas plus rationnel de voir dans cette accélération du pouls le prodrome de la variole plutôt qu'un phénomène appartenant à l'affection typhoïde.

Au demeurant, le traitement dans ce cas était on ne peut plus difficile à déterminer, car chacune des maladies que nous rencontrons réunies chez ce malade exclut les moyens qu'il faudrait employer pour combattre l'autre. En effet, si d'une part il y avait danger de voir la méningite faire des progrès, en s'abstenant entièrement de la saignée, l'emploi de celle-ci d'autre part exposait à la rétrocession de l'éruption variolique. Toutefois, dans ce dernier cas, le danger était moindre, et nous n'avons pas hésité à faire saigner notre malade. Nous nous sommes donc avant tout attaché à combattre le danger le plus imminent, et par la saignée nous avons obtenu un sang riche et couenneux, qui nous a engagé à la renouveler trois fois.

Le résultat que nous avons obtenu quant à présent est celui-ci : l'état comateux a persisté ; l'éruption variolique a continué à se faire, et les pustules sont actuellement plus nombreuses ; disons toutefois que la marche de la variole a été ralentie. En définitive l'amélioration a été peu marquée, et nous en sommes à nous demander ce qu'il convient de faire aujourd'hui. A cet égard, il ne saurait y avoir d'incertitude : la méningite constitue encore le danger le plus imminent de notre malade, et l'emploi des sangsues appliquées derrière les oreilles est d'autant plus indiqué que le sujet est d'une forte constitution.

Traisième observation. *Délire probablement primitif se rattachant à une méningite.*

Au n° 19 de la salle Sainte-Jeanne est couché un jeune homme atteint d'un délire primitif, résultat probable d'une méningite. Cet homme est âgé de vingt ans ; sa figure était rouge au moment de son entrée, et il accusait une céphalalgie intense. Il demeure dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville, circonstance qui nous a d'abord fait soupçonner une affection typhoïde, affection qui sévit fréquemment chez les maçons qui habitent ce quartier. Ses lèvres et ses dents étaient sèches, la soif était vive, et il existait quelques borborigmes. Il y avait absence de pétéchies et de sudamina ; mais, d'autre part, il est survenu des déjec-

---

FEUILLETON.

EXPÉRIENCES MAGNÉTIQUES.

A Monsieur Bazille.

Paris, ce 27 juin 1840.

Mon bon ami,

En réunissant dernièrement chez moi nombreuse société au sujet de quelques expériences somnambuliques, ma seule intention était de contribuer autrement que par de la polémique, au progrès du magnetisme parmi le peuple ; mais je ne présumais guère qu'un des assistans exceptionnels (le docteur Douillet) me fournirait bientôt l'heureuse occasion de solliciter de M. Ricard une nouvelle séance pour un médecin haut placé dans l'estime de ses pairs, puisqu'il est président de l'Académie de médecine ; je veux parler de M. Bally. Voici la demande qui m'est adressée : elle est expresse.

« 26 juin 1840.

» Mon cher confrère,

» J'ai vu M. Bally, je lui ai raconté les faits merveilleux de magnétisme que vous avez eu la bonté de me faire observer ; je me suis empressé de lui proposer la lecture de vos lettres éloquentes et logiques : il m'a répondu qu'il les lirait avec plaisir, mais qu'il verrait les faits avec plus de plaisir encore.

» Monsieur Bally est l'observateur le plus consciencieux, le penseur le plus profond et le caractère le plus distingué que je connaisse. S'il était possible, mon cher confrère, de faire voir à monsieur Bally ce que j'ai vu, vous lui ferez plaisir ; car dans sa carrière, qui fut aussi honorable que longue, jamais il n'a mis la lumière sous le boisseau ; au contraire, c'est avec bonheur qu'il disait aux élèves, dans les hôpitaux, tout ce que le travail et l'expérience lui avaient appris ; c'est le médecin qui a le plus et le mieux observé ; il enseignait sans orgueil sans ostentation, mais avec plaisir et devoir. Il a un cœur si bon, si honnête, si généreux !

» Si tous les médecins étaient comme monsieur Bally, si tous étaient comme vous dévoués a la recherche de la vérité pour le bien de l'humanité, la médecine serait un culte, et les médecins ses ministres bien honorables.

» Recevez, mon cher confrère, l'expression de l'estime la plus sincère. Le Dr DOUILLET. »

Vous comprenez, mon ami, que pour moi qui ne sais pas encore ce que c'est qu'un president d'Académie, et pour ce pauvre magnétisme qui n'a jamais été gâté par les savans, vous comprenez qu'une lettre comme celle que je viens de vous transcrire est une fameuse aubaine ; aussi, après m'être assuré de la complaisance de M. Ricard et de la lucidité de Calyste, ai-je taillé ma plume de manière à écrire dignement à M. le président. Au reste, lisez mon invitation qui va partir.

A M. Bally, président de l'Académie de médecine.

« Monsieur,

» Le docteur Douillet m'apprend que vous verriez avec plaisir les phénomènes magnétiques que je lui ai montrés ; comme je puis actuellement disposer d'un somnambule qui joue parfaitement aux cartes, même lorqu'on lui applique un épais bandeau sur les yeux, je vous offre, Monsieur, de venir l'examiner. Ce somnambule fait aussi ce qu'on pourrait nommer d'autres tours de force ; mais, attendu que ceux ci ne réussissent pas constamment, je m'abstiens de vous les annoncer d'avance. C'est à l'œuvre que vous jugerez.

» Samedi, 4 juillet, à une heure et demie, des expériences auront lieu chez moi ; si vous y venez, Monsieur, j'espère qu'après les avoir vues, vous ne comprendrez la conduite de plusieurs des académiciens qui les ont observées, ou qui en ont observé d'analogues, qu'en vous rappelant que science n'implique nécessairement ni bonne foi ni courage. Mais vous, Monsieur, qui dès long-temps et toujours avez fait preuve de l'une et de l'autre ; vous, qui savez que le silence est quelquefois faiblesse, ou injustice, ou lâcheté ; vous enfin, qui sans doute avez appris que les vérités naissantes ont besoin d'être soutenues par les hommes de cœur, vous viendrez, vous regarderez, et, si vous voyez quelque chose, vous signerez, vous parlerez.

» Du reste, Monsieur, c'est vous qui fournirez le bandeau (deux poignées de coton et une grande serviette), c'est vous qui l'appliquerez ; c'est vous qui apporterez les cartes ; c'est vous qui jouerez. En outre, si dès le lendemain vous désirez que l'expérience se fasse de nouveau chez vous, elle s'y fera ; si vous demandez qu'elle soit répétée à plusieurs jours d'intervalle, elle le sera, et si vous voulez des témoins de votre choix, il y en aura. — *Quand la vérité ressemble à l'erreur ou au mensonge, il faut qu'elle soit prouvée mille fois* ; mais quand elle a été prouvée mille fois, c'est aux hommes probes, indépendans et forts à la proclamer.

» Je me propose d'inviter également à cette séance M. Gerdy, professeur à l'École de médecine ; Georges Sand, notre grand poète ; madame Marliani, femme du consul d'Espagne ; M. Pinheiro-Ferreira, ministre-d'état honoraire de Portugal ; M. Pierre Leroux, un de nos premiers écrivains philosophes ; M. Considérant, chef de la doctrine phalanstérienne ; M. Mauguin, député ; M. d'Alton Shée, pair de France ; MM. Requin, Douillet et Gaubert, médecins distingués ; M. Bazille, mon ami ; enfin M. Comte,... le prestidigitateur.

» Comme c'est surtout vous, Monsieur, que je tiens à convaincre, si le jour que je vous indique ne vous convient pas, daignez (avant lundi) en choisir un autre, et il deviendra le mien. Il en serait de même pour l'heure.

» Je suis avec respect, Monsieur, votre obéissant serviteur.

» FRAPART, D.-M.-P. »

Il me semble, mon cher Bazille, qu'il est difficile d'être plus accommodant et plus poli que je me le montre avec M. Bally. Accommodant : car je lui fais d'avance toutes les concessions désirables ; poli : car je le place sur un piédestal digne d'un homme doué, dit-on, d'une intelligence forte et d'un caractère élevé. Libre à M. le Président de rester debout sur mon piédestal, ou d'en tomber à plat. Pour le premier cas, j'ai un encensoir ; et pour le second, des verges.

Quant aux personnes que j'inviterai s'il accepte, j'estime que M. Bally me saura gré de le mettre en si haute et noble compagnie. Du reste, toutes ces personnes ont déjà vu des phénomènes magnétiques, ou m'ont exprimé le désir d'en voir, excepté pourtant le professeur Gerdy et M. Comte. Je tiens au premier, parce qu'il donne chaque jour, dans les discussions académiques, tant de preuves d'énergie et de talent, que s'il arrivait à être convaincu, sans aucun doute il n'aurait pas la petitesse de cacher sa conviction ; et je tiens au deuxième, parce qu'il est l'homme de France le plus capable de nous dire si les expériences de Calyste sont du domaine de l'art du prestidigitateur. — Je veux en finir avec ceux qui prétendent et ceux qui font semblant de prétendre que *M. Comte en fait autant.*

Adieu, FRAPART, D.-M.-P.

tions involontaires.

La poitrine n'a présenté rien d'anormal ; le pouls qui est fréquent a alterné depuis l'entrée du malade à la clinique de 96 à 108 pulsations par minute.

Le délire est bruyant et accompagné d'une vive agitation ; il y a toutefois absence de soubresauts tendineux et de carphologie. Le malade répond quelque peu aux questions qu'on lui adresse.

Nous croyons avoir affaire, dans ce cas, à un état cérébral primitif ; nous avions d'abord pensé avoir affaire à une affection typhoïde de forme encéphalique ; mais progressivement la prédominance des accidens cérébraux s'est établie, et a effacé celle de l'affection typhoïde.

Il serait cependant important d'établir laquelle de ces deux affections est celle qui a attaqué primitivement notre malade ; mais ce point est difficile à résoudre.

Disons cependant que dans l'affection typhoïde les accidens cérébraux ne se manifestent jamais que consécutivement et quelques jours après l'invasion. De plus, dans la méningite et dans l'encéphalite, la céphalalgie est plus constante que dans l'affection typhoïde, puisque, dans le premier cas, elle existe trois fois sur quatre, tandis que dans le second elle ne s'observe qu'une fois sur quatre. En outre, les phénomènes abdominaux prédominent dans l'affection typhoïde, et cela n'a pas lieu dans l'encéphalite. Dans le typhus il y a du dévoiement le plus souvent ; il n'y en a point dans l'encéphalite. Dans cette dernière affection, il y a absence d'accélération du pouls ; il est fréquent dans la fièvre typhoïde. Enfin, l'éruption pétéchiale est presque constante dans l'affection typhoïde, tandis qu'elle ne s'observe point dans l'encéphalite.

Il convient de dire cependant que, malgré tous ces caractères distinctifs, le diagnostic différentiel de ces deux affections est parfois entouré des plus grandes difficultés. Chez notre malade, le cerveau est incontestablement malade ; mais il est douteux qu'il l'ait été primitivement, quoique cela soit probable.

Dans le cas qui nous occupe, un signe qui paraît être confirmatif à l'égard de l'affection primitive de l'encéphale, c'est que le sang a présenté une couenne inflammatoire épaisse, caractère qu'il présente bien plus communément dans l'inflammation des membranes séreuses, (et il convient de ne point oublier qu'ici il y a indubitablement arachnitis), que dans l'affection typhoïde.

Les phénomènes capables d'augmenter le doute sur l'irritation, soit de l'encéphale, soit de l'affection typhoïde, c'est que dans l'une comme dans l'autre, il existe ou peut exister du délire, des soubresauts de tendons, de la carphologie, etc. Le commémoratif seul peut alors éclairer les doutes du médecin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Oblitération de la bouche ; anaplastie des lèvres ; modification du procédé de M. Dieffenbach ; succès complet.

Le nommé Pâris, jeune garçon, âgé de seize ans, est affecté depuis son enfance d'une occlusion de la bouche portée à un assez haut degré, et qui a eu pour cause primitive une rétraction des lèvres occasionnée par l'application d'un caustique violent, dont il ne peut indiquer la nature, non plus que celle de la maladie qui en avait nécessité l'emploi. Dès le début de cette infirmité on chercha à y remédier et l'on s'y prit à deux fois, mais d'une manière dont le malade ne peut avoir conservé le souvenir, cela s'étant fait quand il n'était âgé que de un à trois ans. Quoi qu'il en soit, ces traitemens furent sans résultat satisfaisant, de même que tous les autres moyens repris depuis à quatre fois différentes dans plusieurs hôpitaux de province, et dont le jeune homme se rappelle parfaitement, la dernière tentative de guérison ayant eu lieu il y a moins de deux ans. C'est, qu'en effet, l'on avait employé les moyens habituels décrits dans les auteurs, et avec lesquels il n'est guère facile, ou plutôt il est impossible de réussir ; car ce n'est pas par la dilatation simple, le plus inutile de tous les traitemens, qu'on peut espérer d'arriver à une amélioration : on n'y parvient guère mieux par les incisions, quoiqu'on prenne la précaution de tenir les angles de la plaie séparés par des linges enduits de cérat, des feuilles de plomb et même par de petits crochets qui exercent sur eux une traction continuelle ; la plaie n'en finit pas moins par s'agglutiner le plus souvent et par remettre les choses dans l'état où elles étaient auparavant, si même la difformité n'est pas aggravée.

L'on avait pensé mieux réussir au moyen d'un fil de plomb enfoncé dans l'épaisseur des tissus du côté de la joue, à l'endroit où l'on voulait établir la commissure, et dont les deux bouts, ramenés du côté de la bouche, sont réunis et serrés chaque jour pour que cette portion de tissus intermédiaire soit insensiblement coupée ; mais ce procédé, beaucoup plus long, s'il est moins effrayant, n'est pas plus sûr ; les bords de la solution de continuité se réunissent en dehors à mesure que les parties sont divisées en dedans, de sorte que ce moyen n'est pas plus efficace que l'incision.

On voit facilement que si le succès manque dans tous ces cas, cela vient de ce que les bords de la plaie faite par le bistouri ou le fil de plomb, sont en rapport immédiat par toute l'étendue du tissu cellulaire saignant et enflammé qui forme l'épaisseur des deux lambeaux. De là leur réunion inévitable, qui ne saurait être empêchée autrement qu'en mettant en contact deux surfaces recouvertes de peau ou de tissu muqueux qui n'adhèrent pas l'un sur l'autre. Ce fut l'idée d'arriver ainsi à la réussite qui engagea M. Serre, de Montpellier, à compléter différemment le procédé de l'incision. La division des tissus faite, il réunissait par quelques points de suture la muqueuse et la peau de chaque bord de la plaie.

Mais il faut bien dire que ce moyen, qui a d'ailleurs été peu souvent expérimenté, ne pouvait encore réussir parfaitement parce que les deux bords se trouvaient toujours en contact précisément par les quelques portions de tissu cellulaire ou charnu intermédiaires aux points de suture, qui ne pouvaient être assez nombreux ni assez serrés pour couvrir exactement toute la surface de la plaie ; or, il y avait encore agglutination surtout aux angles, d'où elle se propageait facilement jusqu'au bout de l'incision faite.

Alors M. Dieffenbach, qui y avait songé même avant M. Serre, voulut que la cicatrisation pût se faire à chaque lèvre de la plaie sur des points hors de tout rapport l'un avec l'autre, et que les deux bords ne se touchâssent que par une surface recouverte de muqueuse ; voici comment il s'y prit : Dans l'épaisseur de la paroi des joues qui devait, de chaque côté, servir à l'allongement des lèvres, il excisa une portion de tissus comprenant la peau et la majeure partie du tissu cellulaire et charnu qui est au-dessous, entr'elle et la muqueuse ; cette languette de chairs étant complètement enlevée, il eut une plaie étendue de dedans en dehors, d'une longueur proportionnée et d'une largeur d'au moins 4 à 5 lignes ; le fond en était formé par une espèce de toile composée, autant que possible, seulement par la muqueuse entièrement intacte. Faisant alors tendre ce plan postérieur de tissus par l'écartement des mâchoires, et le soulevant lui-même avec le doigt introduit dans la bouche, il divisa la muqueuse en deux parties égales, suivant une section dans le sens de sa longueur, de manière à avoir deux lambeaux dont l'un en haut fut relevé sur le bord supérieur de la plaie, et l'autre en bas fut abaissé sur le second, pour être l'un et l'autre joints à la peau, au niveau de sa réunion avec le bord rosé des lèvres ; de cette façon, en effet, les deux bords de la solution de continuité faite par le bistouri étaient intégralement recouverts par la muqueuse, et pouvaient se toucher sans contracter adhérence ; mais il n'en était pas de même à l'angle, où la muqueuse écartée laissait le tissu cellulaire avivé s'agglutiner encore avant la cicatrisation, et où l'on pouvait voir l'inflammation adhésive s'étendre de dehors en dedans, le long des points de suture, et enlever peut-être tout le bénéfice de l'opération. Cependant ce procédé, indubitablement le meilleur, devait être généralement adopté ; M. Velpeau avait seulement songé à le perfectionner, en indiquant de passer les fils dans les points de muqueuse et de peau qui devaient être réunis, avant de couper cette première membrane, afin que la section de celle-ci étant faite entre les deux rangées de fil passées en dessus et en dessous, il n'y eût plus qu'à les tirer pour effectuer la suture ; ce qui, en effet, devait la rendre beaucoup plus facile et plus régulière.

Mais ce même chirurgien voulant que le sujet qui fait l'objet de cette observation et qui lui était adressé pour qu'on tentât une septième fois de le guérir, retirât tout le bénéfice possible de cette dernière tentative à faire, chercha s'il n'y avait pas un moyen d'éviter l'inconvénient qui contrecarrait tous les avantages du procédé de M. Dieffenbach, et crut pouvoir y parvenir en faisant avec la muqueuse un troisième lambeau qui, rabattu sur l'angle, empêcherait son agglutination ; ses réflexions le fortifièrent de plus en plus dans cette idée, et il se décida à opérer le jeune garçon en apportant cette modification dont nous allons tâcher de rendre compte.

De simples lignes droites pouvant, à la rigueur, nous représenter assez bien la figure de l'opération, nous aimons mieux nous aider de ce moyen ; car de même que celle dont elle n'est que la modification et que nous avons déjà essayé de décrire, elle est peut-être plus facile à comprendre qu'à expliquer.

Voici donc le procédé de M. Velpeau :

Ayant introduit son doigt indicateur gauche dans la bouche pour tendre les parties, à partir de la coarctation des lèvres (*a*, *b*, *c*), et de chaque côté, bien entendu, deux incisions longitudinales sont faites de dedans en dehors, suivant les lignes *a*, *d* ; *c*, *d*. M. Velpeau emploie le bistouri préférablement aux ciseaux, dont se sert M. Dieffenbac, en enfonçant l'une des branches au milieu de l'épaisseur des tissus et coupant carrément ce qui trouve entre elles ; ces deux incisions limitent, comme on le voit, un triangle de tégumens (*a*, *c*, *d*) ; la peau seule est d'abord intéressée ; mais, en la disséquant autour et en dessous, le bistouri comprend avec elle une couche plus ou moins forte de l'épaisseur du tissu cellulaire et charnu qui est entre elle et la muqueuse. Cette dissection achevée, le plan supérieur du tissu est totalement enlevé, c'est-à-dire le triangle superficiel (*a*, *c*, *d*), formé par la peau et une

---

A M. Bazille.

29 juin 1840.

Mon bon ami,

Avant-hier, je venais à peine de vous écrire, que je reçus de M. Bally la réponse suivante :

27 juin 1840.

« Monsieur,

» Vous êtes bien bon de songer à moi, et je vous en remercie très sincèrement. Il me sera impossible, de tout l'été, d'accepter votre toute aimable invitation. Je pars chaque semaine, immédiatement après la séance de l'Académie, pour ma campagne, à trente-deux lieues d'ici, et je ne suis de retour que le mardi suivant dans la matinée, pour accomplir mes devoirs envers la compagnie. Il n'y a d'exception pour moi qu'aux époques où le conseil d'administration ordonne une séance extraordinaire dans le cours de la semaine. C'est probablement ce qui arrivera samedi prochain ; car nous sommes accablés de travaux : tous les candidats à la place vacante de la section de chirurgie demandent à faire des lectures.

» Je ne comprends pas, au reste, que dans une expérience faite consciencieusement, et en présence de nombreux témoins désintéressés, on ne signe pas l'attestation de ce qu'on voit, de ce qu'on a vu. Quand je verrai, je déclarerai que j'ai vu, que ce soit pour ou contre vos opinions, vos doctrines. J'ai trop la fierté de mon indépendance pour m'asservir à aucun respect humain, lorsqu'il s'agit de vérité et de conviction.

» Veuillez, je vous prie, me croire avec considération, votre très humble et obéissant serviteur, BALLY. »

Après un refus si positif, quel parti avais-je à prendre ? — Laisser fuir M. Bally. Mais la vérité que je défends, qu'en dirait-elle ? — Lui écrire itérativement : mais par sa lettre, — qui ne sent que la peur et pas du tout l'impertinence, — il ne m'a pas encore donné le droit de le mordre jusqu'au sang..., et je craignais mon âpreté. — Enfin, m'adresser à M. Douillet ; c'était, je crois, le meilleur moyen de ramener M. le président, ou de le contraindre à s'enferrer davantage. Voici donc ce que j'ai cru devoir écrire au disciple bien aimé de M. Bally.

« 28 juin 1840.

» Mon très honoré confrère,

» Vous avez eu la bonté, par votre lettre du 26, de m'apprendre que M. Bally verrait avec plaisir les expériences magnétiques que vous avez observées chez moi ; partant, dès hier 27, je l'ai invité à venir les vérifier samedi. Eh bien ! le croirez-vous ? poste pour poste, M. Bally, en style exquisement courtois, a refusé *net*, *tout net*, de se rendre à mon invitation.

» Vous le savez, confrère, votre épître ne m'avait point préparé à un tel refus ; et quoique rien ne m'étonne plus guère en ce monde, je vous avoue que, même après trente heures de réflexion, je ne puis encore m'expliquer la lettre de M. Bally, du moins quand je la place en regard de la vôtre. Si vous m'avez décrit fidèlement le caractère de cet académien, il y a là dessous une énigme dont je ne connais pas le mot ; et si vous vous êtes trompé, le mot de l'énigme n'est pas difficile à trouver.

» Quoi qu'il en soit, attendu qu'il est possible que M. Bally n'ait pas bien saisi le sens de ma lettre, soit qu'il ne l'ait pas relue, ou que je m'y sois mal expliqué, ce soir je prends pour valables les raisons qu'il me donne et les laisse sans interprétation. Mais s'il est vrai, comme vous me l'avez écrit, que cet honorable savant désire voir ce que vous avez vu ; et s'il est également vrai, comme il me l'a écrit, qu'il ne peut comprendre qu'on n'atteste pas ce qu'on a vu, nous le saurons bientôt. En conséquence, dites-lui que, s'il y consent, j'irai dans son salon, ou partout ailleurs, le jour qui lui conviendra le plus, et à l'heure qui l'arrangera le mieux, le matin ou le soir, à midi ou à minuit ; dites-lui que je ne serai qu'avec un somnambule et son magnétiseur ; que nous resterons à peine 45 minutes, le temps de faire quelques parties de cartes et un bout de procès-verbal ; que lui, M. Bally, sera seul ou avec autant de personnes qu'il voudra ; en un mot, que je me mets entièrement à sa discrétion, parce qu'en supposant que je ne sois pas très sûr de son courage, je le suis de sa probité, et que d'ailleurs moi je suis sûr aussi de ma force.

» Oui, confrère, dites bien toutes ces choses au médecin que vous estimez tant et le plus, et dites-les lui avec conviction, parce que la conviction seule est contagieuse. On vous blâmera, je vous en avertis ; qu'importe ! vous aurez accompli un devoir. Du reste, le blâme de ces messieurs ne sera point éternel ; avec de la persévérance, une plume et des faits, on avance peu à peu dans l'opinion publique ; on la gagne, on la subjugue. Or, cette reine qui gouverne le monde attire tout à elle, ou renverse tout ce qui s'oppose à son passage ; donc, si nous avons la vérité pour nous, tôt ou tard les médecins seront forcés de venir à nous. — Mais s'ils n'y viennent pas ? — S'ils n'y viennent pas ?... Eh bien ! tant pis alors pour eux : à la place d'une réforme que je leur propose, nous leur donnerons,..... je leur donnerai une révolution.

» Encore un mot sur M. Bally : s'il accepte, j'en serai content, et s'il n'accepte pas, je n'en serai point surpris. En pareille matière, les hommes n'ont plus rien à m'apprendre. Toutefois, je n'en marcherai pas moins à mon but, envers et contre tous, parce que je ne suis qu'un instrument...., mais l'instrument d'une grande vérité.

» Votre tout dévoué confrère, FRAPART, D.-M.-P.

» *P. S.* Je compte sur un mot de vous ou de M. Bally. »

Vous voyez, mon cher Bazille, que je rends la partie peut être encore plus belle à M. Bally. Maintenant quatre routes s'ouvrent devant lui : — Revenir sur ses pas, — me répondre, — me faire répondre, — ne pas me répondre du tout. Il laissera la première, parce qu'elle est la meilleure ; ce serait reculer ! Un académicien ne recule pas,... au moins devant une bévue ; il ne choisira pas la seconde, parce qu'elle est ou peut devenir passable ; il prendra sans doute la troisième, parce qu'elle est mauvaise ; mais je suis pour la quatrième, parce qu'elle est détestable. Quelle que soit d'ailleurs celle qu'il suive, le magnétisme y trouvera son compte. — Quand la vérité est en marche, on peut l'enrayer, mais rien ne l'arrête.

Tout à vous, FRAPART, D.-M.-P.

A M. Bazille.

10 juillet 1840.

Mon cher ami,

Ainsi que je l'avais prévu, M. le président a pris la mauvaise route, mais pas la détestable ; c'est le disciple qui me répond, je vais copier son texte.

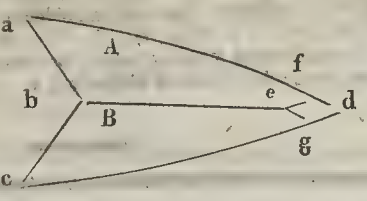
« 3 juillet 1840.

» Mon très honoré confrère,

» Votre persévérance dans le noble dessein de propager des découvertes qui se présentent à vos prévisions comme devant renouveler la science médicale, excite au plus au point mon admiration. Permettez-moi, néanmoins, de conserver l'estime sentie que m'a fait concevoir le caractère honorable de M. Bally. Je l'ai vu mardi et lui ai communiqué votre lettre. Notre tentative, en faveur du progrès scientifique aurait obtenu un plein succès, si son séjour à Paris avait pu s'y prolonger dans la belle saison ; mais il y demeure à peine pour donner autant qu'il voudrait, à l'Académie royale de médecine dont il est l'honorable président, à la botanique et à la minéralogie, le temps qu'elles réclament

partie du tissu cellulaire et des muscles. Au fond de cette plaie reste donc tendu le plan postérieur de tissus qui se compose du tissu charnu qui n'a pas été excisé, et de la muqueuse qui le tapisse en dedans. Ce plan postérieur représente le même triangle *a*, *c*, *d*.

(Côté gauche.)



Alors, du milieu de la coarctation ou de la base du triangle (*b*), part une incision partageant en deux portions égales ce plan de muqueuse et de tissus, suivant la ligne *b e*, qui arrivée là, se bifurque en forme d'Y, et se rend en haut et en bas aux points *f*, *g*. C'est ainsi que la muqueuse se trouve divisée en trois lambeaux : un supérieur (A), qui est relevé sur le bord correspondant de la plaie et fixé au-dessus par des points de suture unissant son bord inférieur, devenu supérieur, puis son bord interne et son bord externe aux limites de la peau, qui arrive au niveau du bord rosé des lèvres ; un inférieur (B), qui est abaissé sur l'autre bord de la plaie, et fixé de la même manière que le précédent ; enfin, un trosième en forme de losange (*e*, *f*, *d*, *g*), dont la moitié interne (*f*, *e*, *g*), qui est libre, est renversée sur la seconde, de manière à ce que l'adhérence se forme entr'elles et en dedans, sans qu'à l'extérieur de l'angle il y ait en contact autre chose que du tissu muqueux, sauf peut-être aux points *f* et *g*, où une ligne d'intervalle peut marquer la séparation des deux côtés des lambeaux. Mais sur une pareille étendue, la cicatrisation se fait si rapidement que cela n'a gêné en rien le résultat parfait que M. Velpeau attendait de son opération ; sans qu'il soit survenu aucune espèce d'accidens, et sans qu'il ait été besoin d'autres soins que d'un pansement simple, le jeune homme est sorti au bout de quinze jours environ, la cicatrisation de sa plaie étant complète, et lui, ayant une bouche, sinon gracieuse, au moins apte à lui donner ce dont il courait risque d'être privé toujours, c'est-à-dire liberté dans l'énonciation de la parole et facilité pour l'introduction et la préhension des alimens.

C'est ainsi qu'une simple modification habilement appliquée va faire, nous l'espérons, d'un procédé dont le résultat était encore douteux, une ressource sûre et précieuse contre une infirmité qui était désespérante par sa nature d'abord, puis par la difficulté, ou, pour mieux dire, l'impossibilité d'y remédier. Ce nouveau perfectionnement doit donc être essayé ; puissent maintenant les succès à venir dédommager de tant d'échecs !

Sarcocèle; extirpation de la tumeur jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal; ligature en masse du cordon; guérison.

L'individu sur lequel cette grave opération a été pratiquée, ainsi que nous l'avons rapporté dans notre numéro du 2 juillet dernier, est sorti ces jours-ci de l'hôpital parfaitement guéri, sans qu'il soit survenu chez lui aucun accident, aucune complication, et sans laisser aucune crainte de récidive. Quand même, sous ce dernier rapport, son heureux état ne se maintiendrait pas, il n'en serait pas moins exact de constater que l'extirpation d'un sarcocèle qui remonte même dans le canal inguinal peut être faite sans danger et réussir, quoi qu'en aient dit les auteurs. Cet exemple est de plus à ajouter à ceux que M. Velpeau avait déjà pour être affermi dans cette opinion ; c'est un encouragement à ceux qui voudront tenter d'autres succès.

L..... E.

Ulcération du duodénum. Occlusion du canal cholédoque à son embouchure. Circonstances remarquables. Autopsie. Par le docteur Lambert, à Montigny-sur-Aube.

M. le chevalier de ..., âgé de cinquante ans, célibataire, tempérament bilioso-sanguin, jouissant de toutes les faveurs de l'opulence, se rendait de son château à Paris (1834), quand, sans cause appréciable, il fut surpris par une hématémèse qui le força à séjourner plusieurs jours à Troyes. Cependant, au bout de quelques jours, il put se rendre à sa destination ; là il fut pris des mêmes accidens, et appela MM. les docteurs Chomel et Louis. Ces deux médecins reconnurent une affection cancéreuse du pylore ; et malgré l'énergie de leur thérapeutique, l'hématémèse redoubla, le malade devint exsangue, et pendant trois jours il fut considéré comme perdu. Néanmoins le chevalier de ... se releva peu à peu, et après une convalescence de quatre mois, il put revenir dans son château. MM. Louis et Chomel avaient constaté, à Paris, l'existence d'une tumeur à l'épigastre. Or, cette tumeur avait complètement disparu, les fonctions digestives se rétablirent peu à peu, et M. de ... continua, à partir de cette époque, à jouir d'une santé qui n'était entravée, de loin en loin, que par quelques embarras gastriques. Il resta dans cet état de demi-santé jusqu'en décembre 1839, époque à laquelle il éprouva divers accidens du côté de l'estomac. Hématémèse, dispepsie, sentiment de plénitude à l'hypochondre droit, et particulièrement à l'épigastre ; abolition du sommeil ; douleurs lancinantes à l'épigastre. Tous les moyens tentés par MM. Bourée et Louis (consultant), échouèrent contre ce cruel état. Les choses en étaient là, quand je fus appelé par le malade, 27 juin 1840. Voici dans quel état je le trouvai : Apyrexie complète ; faciès annonçant l'accablement et le chagrin ; teint du visage vermeil ; point de tumeur à l'épigastre ; rien à l'hypochondre droit ; décoloration des matières fécales ; urine horriblement fétide, quoique physiquement normale ; haleine puante, mais nullement analogue à la fétidité des sucs cancéreux ; hématémèses fréquentes, douloureuses ; dégoût invincible pour les alimens. M. Chevalier ne pouvant rien digérer par l'estomac, ne s'est soutenu pendant pendant près de trois mois que par des lavemens de consommé. Les phénomènes morbides s'aggravent de jour en jour, et le pronostic se réalisa le 28 juillet. Le 29, à trois heures du matin, je procédai à l'autopsie en présence de l'honorable confrère, L. Bourée.

Autopsie. Sans nous occuper spécialement des autres organes, qui toutefois ne présentaient rien d'anormal, nous avons trouvé, un peu au-dessus du pylore, une large ulcération qui réduisait cette portion de l'intestin à l'épaisseur presque seule de la séreuse, car la tunique musculeuse était érodée et la membrane séreuse elle-même était tellement amincie, si peu consistante, que le plus petit effort de traction sur l'estomac a déterminé sur ce point une perforation de laquelle s'est échappée avec bruit une certaine quantité de gaz.

Le duodénum dans toute son étendue avait subi une déformation qui consistait dans l'effacement de ses courbures physiologiques. Sa cavité pouvait être comparée à un second estomac par l'extrême dilatation de ses parois. Dans presque tout le pourtour de l'érosion mentionnée étaient des brides qui, analogues aux colonnes charnues du cœur, se rendaient à 14 ou 15 millimètres de cette lésion ; la membrane muqueuse, brunâtre, ramollie dans toute l'étendue du duodénum était érodée et offrait plusieurs solutions de continuité. L'organe sécréteur de la bile était atrophié ; sa couleur était d'un noir de café. La vésicule peu distendue, les fèces blancs. Absence de coloration ictérique aux tégumens. L'estomac parfaitement sain n'offrait ni tumeur, ni trace de cicatrice ancienne.

Je vous livre cette observation sans commentaire ; seulement, j'ajouterai que l'épigastre était tellement sensible, que la malade ne pouvait y supporter le poids d'une chemise de mousseline, et que le décubitus dorsal était impossible, la malade répétant que le poids de la peau lui pesait 500 livres.

Si cette observation parvient aux docteurs Louis et Chomel, ils croiront comme leurs confrères de province que c'est un acte de probité médicale de confesser hautement leur erreur. Ils seront consolés par la pensée que dans quelque hypothèse que ce fût, leur thérapeutique eût dû être la même.

Académie de Médecine. — Séance du 11 août.

M. Bricheteau ouvre la séance par la lecture de deux rapports. L'un, sur une observation de M. Salle, de Dijon, relative à une gastro-entérite ulcéreuse simulant une encéphalite. Ce fait n'a rien offert de bien neuf. (Dépôt aux archives.)

L'autre, sur un mémoire de M. Séchaud, médecin à Chalus, relatif à 620 cas de fièvres intermittentes qu'il a soignés. Ce travail renferme des details intéressans, au dire de M. le rapporteur. La conclusion est que l'auteur soit encouragé, engagé à poursuivre ses recherches et à continuer à correspondre avec l'Académie. (Adopté.)

M. Jobert lit un intéressant mémoire relatif à la ligature des carotides primitives, à l'occasion d'un cas de tumeur érectile de l'orbite, qu'il a guéri. Il a fait des expériences curieuses chez les animaux vivans. Nous en rendrons un compte plus détaillé lorsqu'un rapport en sera fait à l'Académie. (Rapporteurs, MM. Larrey. Bérard, Gimelle.)

— *M. Sédillot* lit plusieurs fragmens d'un long mémoire qu'il dépose sur le bureau, concernant l'amputation de la jambe, et fait connaître un nouveau procédé qui lui est propre pour cette opération ; il consiste à tailler un lambeau externe et à terminer circulairement. Ce lambeau cependant est taillé avec des conditions telles qu'il se trouve matelassé par des muscles, doit couvrir exactement la plaie, et paraît, à M. Sédillot, offrir beaucoup d'avantages sur les autres procédés inventés jusqu'à ce jour pour pour cette opération. Il s'agit, bien entendu, de l'amputation sous-rotulienne. (MM. Baffos, Velpeau, Roux, commissaires.)

— *M. Picard* lit une partie d'un mémoire de haute psycologie médicale. L'auteur veut expliquer tous les phénomènes de l'organisation vivante à l'aide du spiritualisme de l'école platonicienne !

— *M. Bégin* présente une tumeur squirrheuse du volume du poing d'un homme adulte, qu'il a extirpée du cou d'un militaire. Cette tumeur proéminait dans la bouche, et comprimait le larynx et le pharynx. Plusieurs circonstances rendent cette opération remarquable.

M. Roux dit avoir opéré une tumeur à peu près pareille, il y a peu de jours, à l'Hôtel-Dieu.

— Un élève des hôpitaux présente les deux os d'une jambe amputée par M. Cloquet, et dont les artères offrent une disposition anatomique anomale.

— M. Gerdy fait observer que le tibia de cette pièce présente un exemple remarquable d'ostéite.

---

habituellement de lui. Je suis certain que si cet estimable savant n'a point accepté immédiatement votre demande, ce n'est pas dans la crainte de rendre un hommage mérité à vos jets de lumière, à vos essais pleins d'avenir, à vos expériences qui tiennent du prodige. Cet hiver, je vous l'assure, M. Bally viendra, verra et proclamera universellement votre philosphique apostolat.

» Oserais-je ici, mon très honoré et très cher confrère, vous dire que vouloir faire du magnétisme un agent thérapeutique, me paraît une prétention hardie, une espérance irréalisable. Je présume qu'en cherchant la vérité, vous n'avez atteint qu'une erreur, parce que vous avez quitté la route difficile et sûre de l'expérience pour les illusions trompeuses de votre brillante imagination. Ce n'est pas que je redoute de voir tout notre fatras pharmaceutique mis, *comme vous le prétendez*, au rang des erreurs de la nécromancie et de l'astrologie ; mais, en vous suivant, je craindrais de quitter une route obscure pour prendre une route plus obscure encore.

» Recevez de votre tout dévoué confrère l'assurance de sa considération distinguée. Le Dr Douillet. »

Savez-vous, mon cher Bazile, que j'éprouve de l'embarras à répliquer sévèrement à une lettre si comble de bonté naïve ? Ma foi, monsieur le président, vous ne pouviez avoir auprès de moi un meilleur avocat que M. Douillet : je ne sais point égorger un agneau. Combien j'aurais préféré que vous ne me répondissiez pas, ou que vous me répondissiez à la Bouillaud ! Cependant, comme il s'agit de pousser en avant le magnétisme par le combat et non de s'attendrir, j'ai dû frapper..., mais j'ai frappé en retenant mes coups. J'en demande pardon à la vérité. Lisez.

A Monsieur Douillet, docteur en médecine.

« Paris, 9 juillet 1840.

Mon très honoré confrère,

» Vous me paraissez avoir une vénération si vraie, si profonde, si pleine de reconnaissance, pour M. Bally, que je ne réfuterai pas votre lettre en ce qui concerne cet honorable académicien ; le toucher, ce serait vous battre, et le battre, vous frapper au cœur ! Je n'irai pas jusques-là. Cependant, vous le dirai-je, j'avais rêvé que l'homme qui plus d'une fois s'est hardiment opposé seul aux fréquentes usurpations de l'autocratie administrative dans les hôpitaux ; que le médecin qui, le premier, alors que tous gardaient le silence, a courageusement offert son expérience, ses lumières et son dévouement à la peste de Barcelone ; que le savant illustre qui préside aujourd'hui avec tant de dignité votre Académie...., si difficile à présider ! que M. Bally enfin se rappellerait que plus on est élevé dans une hiérarchie, plus on a de devoirs à remplir, et que partant ce qui est facultatif pour l'un peut devenir obligatoire pour l'autre. » Ainsi les soldats de la garde napoléonnienne n'avaient sans doute pas plus de bravoure que les autres, mais ils étaient tenus d'en montrer davantage. — Hélas ! confrère, votre maître oublie ces préceptes, et sans égard pour ce que réclament son présent et son passé, il préfère se soumettre aux piètres exigences de sa position académique ; entouré de gens qui reculent, il recule avec eux. Je m'y attendais : il est si difficile de remonter le courant, et si aisé de le descendre ; il est si pénible de lutter contre les siens, et si commode de se croiser les bras avec eux, qu'en vérité c'eût eté miracle qu'il en advînt autrement. Et pourtant, quand on a pour soi raison, justice et force, en ce monde il faut lutter sans cesse, il le faut ! Je m'arrête, car mon sang court déjà plus vite, et je craindrais d'avoir la main trop rude.

» Je passe à vous, cher docteur, et vais commenter brièvement les reflexions plus que bienveillantes que vous me faites dans le second paragraphe de votre dernière épître.

» 1° Vous dites : *Vouloir faire du magnétisme un agent thérapeutique me paraît une prétention hardie, une espérance irréalisable.*

» Vous paraît !.... Ainsi, à vos yeux, ma prétention de réforme médicale n'est pas décidément hardie, elle n'a qu'une *apparence* de hardiesse ; et mon espérance n'est pas définitivement irréalisable, seulement vous n'êtes pas bien sûr qu'il soit possible d'en obtenir la réalisation ; c'est la votre pensée, n'est-ce pas ? Donc vous êtes dans le doute. Or, comme naguères vous etiez dans la négation, peut être bientôt serez-vous dans l'affirmation. Pour vous mettre en mesure de vous dépouiller de cette incertitude, — qui deviendrait coupable si elle restait volontaire, — je vous signale un moyen puissant, fécond, infaillible : c'est de magnétiser *de votre propre main* des malades. Suivez ce conseil, et le fait ne tardera pas à vous convaincre que mes prétentions et mes espérances sont fondées.

» 2° Vous dites : *Je présume qu'en cherchant la vérité, vous n'avez atteint qu'une erreur.*

» Vous présumez !.... Encore du doute ; rien que du doute ; quelle déplorable position ! A tout prix, cher confrère, il vous faut sortir de ce vague ; l'équité le veut. Je vous en indique le moyen, saisissez-le.

» Je n'ai atteint qu'une erreur !.... Cela n'est pas, parce que, dans l'espèce, cela ne peut être. S'il était question d'une théorie, d'un principe, d'une doctrine, ou d'un système, passe encore ! mais d'un fait, et d'un fait accessible à la vue la plus faible, à l'esprit le moins délié, à l'observation la moins fine ? Allons donc !.... vraiment, confrère, vous m'accordez par trop de simplesse. Oh ! si vous étiez académicien, pour ce péché, je vous frapperais des barbes de ma plume.

» 3° Vous dites : *Vous avez quitté la route difficile et sûre de l'expérience pour les illusions trompeuses de votre brillante imagination.*

» J'ai quitté la route de l'expérience !.. J'ignore, Monsieur, ce qui vous autorise à porter contre moi une accusation aussi sévère ; quelles sont les preuves dont vous l'appuyez ? Non, jamais, en médecine, je n'ai abandonné la route expérimentale ; je n'ai même jamais pu l'abandonner, puisque j'ai passé dix-huit ans de ma vie d'adulte à souffrir et à me traiter, ou à me faire traiter. C'est l'expérience, au contraire, qui m'a démontré qu'au lit du malade *toutes vos médecines* sont presque toujours impuissantes, nuisibles ou meurtrières.

» *Nuisibles ou meurtrières !....* Pour un médecin qui a trente ans d'études, dont vingt de pratique, ces paroles sont plus difficiles à dire qu'on ne le pense, et, je le confesse, si je n'étais profondément convaincu qu'elles sont véridiques, il faudrait, pour en assumer ainsi sur moi la responsablité, que je fusse fou, stupide, ou méchant. Mais j'ai quelque chose dans la poitrine et dans la tête qui me force à parler, et sans m'inquiéter du jugement des hommes, je parle, je parlerai.

» D'ailleurs, peut-être prétend-on que je suis le seul médecin de mon avis ; oui, pour la nocuité de vos médecines, non pour leur impuissance. Les faits et gestes de ces messieurs en témoignent. Voyez Bordeu : n'assurait-il pas que les médecins qui avaient de l'esprit en savaient assez pour les hommes, et que ceux qui avaient de belles manières étaient assez savans pour les femmes ? — Voyez Barthez qui, à cette question, *ce médicament me convient-il ?* que lui adressait un malade, répondait : *Dépêchez-vous d'en prendre pendant qu'il guérit.* — Voyez de nos jours un de nos professeurs les plus aimables et les plus *appelés* : on sait qu'il définit la médecine, l'*art divin... de gagner de l'argent.* — Voyez les médecins quand ils se trouvent en consultation : c'est là, — comment dirai-je ? — du pitoyable et du dégoûtant ! Notre grand comique a oublié ce point de vue du métier, à moins toutefois que de son temps on n'eût pas encore inventé ce genre

— *M. Roux* dit avoir opéré un médecin-vétérinaire de Versailles, deux fois de l'anévrisme poplité, à l'aide de la méthode de Hunter, dans l'espace de trois ans. La première fois au membre gauche, la seconde, il y a quinze jours. au membre droit.

Il fait remarquer que l'artère poplité du côté opéré il y a trois ans, est aujourd'hui perméable au sang, bien que la tumeur soit guérie et lui reste accollée comme un nœud fibreux qui est soulevé à chaque pulsation.

— Séance levée à cinq heures.

Monsieur le Rédacteur,

Je regrette à mon tour que M. le docteur Ollivier (d'Angers) n'ait pas pris au sérieux la date de ma lettre, il se serait convaincu (*le timbre de la poste en fait foi*) qu'elle avait précédé de vingt-quatre heures sa réclamation dons la Gazette des Tribunaux.

Sans m'enquérir de la source où avait été puisé l'article inséré dans la plupart des journaux politiques, médecin, j'ai cru devoir, dans l'intérêt de l'art et de la vérité, protester, mais seulement dans un journal de médecine, contre une *absurdité* d'autant plus *sérieuse* à mes yeux que, sous l'égide d'un nom très connu dans la presse quotidienne, cette absurdité, puisqu'ainsi la qualifie notre confrère, allait être transmise, sans correction, à un public nombreux ; et en effet, le *Courrier*, le *Siècle*, etc., où j'ai trouvé l'article en litige, ne l'ont pas, que je sache, encore rectifié.

C'est un nouveau tort des journaux quotidiens envers M. le docteur Ollivier (d'Angers), et une nouvelle preuve que la publicité a aussi ses inconvéniens.

Agréez, etc. FÉLIX LEGROS.

11 août.

Réflexions sur la vaccine et la nécessité des revaccinations, par M. P. Bernard, docteur en médecine de la Faculté de Paris. In 8°. Prix : 1 fr. 25 c., et 1 fr. 50 c. franc de port par la poste.

Paris. Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

d'exploitation. Oh ! si notre grand comique revenait !... mais aujourd'hui son fouet serait trop léger.—Voyez enfin nos confrères lorsqu'ils sont malades : d'abord en qualité de gens qui ne savent à quel saint se vouer, ils essaient de tout ; puis plus tard, ils renoncent à tout. Je n'ai que l'embarras du choix pour citer : néanmoins, pour ne parler que d'un, — à la jarretière duquel les autres vont à peine, — Broussais, cette dernière gloire de la gothique école, pendant quatre mois, et près de deux années avant sa mort, ne s'est il point aveuglément livré à l'action des infinitésimaux dont il s'était moqué ? puis ne les a-t-il pas laissés, pour les reprendre ensuite et les quitter encore ? S'il eût été fortement convaincu que quelque chose d'efficace pût se rencontrer dans sa médecine ou dans l'une des vôtres, est-ce qu'il n'y aurait pas eu recours plutôt qu'à une doctrine qu'il ne connaissait que de nom, et à des médicamens administrés a des doses si minimes qu'elles échappent à toutes nos recherches, et que nul ne peut concevoir leur mode d'action. Aussi un jour, me disait il d'un air peiné, en regardant un globule que je venais de lui prescrire et qu'il allait prendre : « *Est il possible, mon ami, que vous et moi donnions dans de pareils fagots!* » « *Que voulez-vous maître*, lui répondis-je, *il allait de ma peau et il y va de la vôtre.* »

» Que dites-vous, Monsieur, de ces citations, que je pourrais multiplier à l'infini? Elles démontrent, ce me semble, que dans notre art, comme du reste en toutes choses, si par l'expérience et le raisonnement on se propose d'arriver à la certitude, c'est bien plus communément au doute ou même à l'incrédulité qu'on arrive ; et il doit en être ainsi, puisque, en ce monde, il y a cent mille *peut-être* pour un *certainement*. Demandez-le plutôt à Montaigne,.... le grand douteur

» POUR LES ILLUSIONS TROMPEUSES DE MON IMAGINATION !.... Est-ce que vous croyez, Monsieur, que l'imagination n'est bonne qu'à faire des fous ou des mauvais poètes, et que le sens commun ne peut marcher de pair avec cette faculté ? Alors je compatis à votre croyance. Je sais bien que dans les sciences l'imagination sans la raison égare ; mais je sais aussi que la raison sans l'imagination retarde, arrête et souvent paralyse. Or, en supposant que j'aie l'imagination dont vous me gratifiez, suis-je donc privé de la dose de raison nécessaire pour contrebalancer cette imagination? Eh bien ! confrère, puisque vous m'attaquez, je vais me défendre et vous dire en deux mots ce que je pense a ce sujet. Mon imagination ne m'a point empêché, dans mes travaux intellectuels, de toujours être concis, clair et logique ; dans mes recherches scientifiques, de toujours partir du fait pour m'élever à la déduction ; dans ma pratique, de procéder toujours avec prudence, et ce, parce que dans ma tête l'imagination n'a point voix délibérative, et n'est que la dévouée servante de la raison. Voilà mon avis ; si je me trompe, qu'on me le prouve.

» 4° Vous dites: *Ce n'est pas que je redoute de voir tout notre fatras pharmaceutique mis*, COMME VOUS LE PRÉTENDEZ, *au rang des erreurs de la nécromancie et de l'astrologie.*

» Parfait! Pour un début c'est beaucoup m'accorder ; mais *je prétends* plus encore. Ainsi, avec le temps j'espère bien vous voir convenir que tout est *fatras* en votre médecine, excepté pourtant le diagnostic ; quoiqu'à vrai dire on n'y rencontre d'habile, même à Paris, tout au plus qu'un praticien sur cent ! et cela, par le motif qu'en général nos docteurs ne sont que des marchands de visites qui *courent le malade* pour vivre...... ou vivoter ; et que quand même il en serait autrement, bon nombre d'entre eux semblent avoir été mis en cette société,... surtout pour faire d'excellens maçons.

» 5° Vous dites : *Mais en vous suivant, je craindrais de quitter une route obscure pour prendre une route plus obscure encore.*

» ROUTE OBSCURE !.... De la part d'un partisan de l'école actuelle, l'aveu est naïf et d'un grand prix ; j'en prends acte. Il n'a pas besoin d'explication, celui-là ! — Et vous ne craignez point, Monsieur, que la Faculté ne vous accuse d'être un perfide, un traître, un faux frère ? Vous ignorez donc qu'il y a des choses que tout le monde pense, mais qui ne se disent pas, ou qui ne se disent qu'à l'oreille, et entre augures, encore? Apprenez désormais à mieux placer vos confidences : ... je ne suis plus augure. Pour semblable crime, avant la révolution ils vous eussent sévèrement admonesté, ou chassé de la confrérie. Vous connaissez l'histoire du modeste et courageux d'Eslon, ce pauvre ami de Mesmer? Son titre de régent ne le préserva pas de la foudre académique. Mais aujourd'hui on ne vous grondera pas, on feindra simplement de ne pas vous entendre, et l'on fera ce qu'ils appellent de la dignité. Que les temps sont changés ! — Au fait, pourquoi serait-il défendu à l'Académie d'être prudente,... faute de mieux ?

» ROUTE PLUS OBSCURE ENCORE !.... Qu'en savez-vous, Monsieur? vous ne faites que le craindre ; donc vous n'en êtes pas sûr, ni même persuadé. — Puisque, de votre propre témoignage, la route que vous suivez est obscure, quel grand tort peut-il vous advenir à en changer? Quelques heures jetées au vent ! Mais si la route que je vous indique ne l'est point, obscure, ou l'est moins que la vôtre, jugez ce que vous gagneriez à la prendre : une conviction, peut-être !....

» Or, vous savez qu'une conviction est une vérité qui s'incarne à nous, qui nous pousse, et nous anime, et nous échauffe, et nous embrase, et devient une puissance qui décuple notre puissance! et vous ne feriez aucun effort pour en conquérir une? Essayez, la chose en vaut la peine. Ce que je vous ai montré ne vous a-t-il pas saisi, remué? ne m'avez-vous pas écrit dans votre première lettre que ce sont des faits merveilleux? et dans votre seconde, qu'ils tiennent du prodige? Pourquoi vous arrêter en si beau chemin d'enthousiasme? Mon Dieu confrère, si vous êtes naturellement admirateur, quand vous opérerez vous-même sur des malades, vous aurez bien d'autres faits à admirer ; ils vous renverseront, ils vous écraseront ; de même qu'il y a quinze ans, après avoir vu et bien vu, moi aussi, j'ai été renversé, écrasé. — J'ai dit.

» Pardonnez-moi, bon confrère, de vous avoir un peu disséqué; mais il fallait que quelqu'un le fût, vous ou M. Bally. — Jusqu'à son triomphe, la vérité veut des martyrs ou des victimes.

» Votre tout dévoué serviteur. FRAPART, D.-M.-P. »

Telle est, mon cher Bazille, toute ma correspondance avec M. le président de l'Académie et le docteur Douillet. Si plusieurs passages en sont d'une urbanité tantôt exquise, tantôt suspecte, cela ne vient que du croisement de nos opinions qui tantôt se choquent et tantôt se caressent ; aussi désire-je sincèrement que des médecins distingués, comme ces messieurs le sont, comprennent bien que je n'ai pas voulu les froisser de préférence à tout autre, mais que, n'ayant point à choisir mes adversaires, je prends ceux que je rencontre. — Arrivé où il est, le magnétisme doit convaincre, frapper ou périr.

Adieu mon ami. Tout à vous. FRAPART, D.-M.-P.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 15 AOUT 1840. (13e ANNÉE.) N° 96, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5fr.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

VARIOLE. — *Traitement par les topiques mercuriaux. Emplâtre de Vigo.*

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur quelques malades affectés de variole, qui se trouvent actuellement dans les salles de M. Chomel, et qui sont soumis au traitement mercuriel appliqué à l'extérieur. Nous n'avons pas besoin de rappeler que la *méthode ectrotique*, ou cautérisation par le moyen du nitrate d'argent, a été proposée, il y a quelques années, par M. Serres, comme le meilleur traitement contre la petite-vérole; que cette méthode a été expérimentée par MM. Velpeau et Bretonneau, et par un grand nombre de praticiens, et que, vu les nombreux inconvéniens qui résultaient de son emploi, tels que la douleur, la difficulté de cautériser toutes les pustules, etc., la méthode ectrotique a été abandonnée. M. Serres, dans le but louable de découvrir quelque moyen thérapeutique qui pût modifier l'éruption, ou la faire avorter entièrement, continua ses recherches, et obtint des guérisons remarquables à l'aide de l'application, sur la figure et sur d'autres parties du corps, de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*. Mais, hâtons-nous de le dire, malgré les beaux succès qui suivirent les premiers essais de M. Serres, succès qui ont été constatés de la manière la plus éclatante par lui et par ses élèves, le traitement mercuriel était menacé de subir le sort de la méthode ectrotique, lorsque pendant l'épidémie de variole qui éclata à Paris, il y a trois ans, M. le docteur Briquet entreprit une série d'expériences, qui ont établi victorieusement les immenses avantages qui résultent de l'usage à l'extérieur de topiques mercuriels. Nous-mêmes, à l'occasion d'une thèse que nous avons eu à soutenir devant la Faculté de médecine de Paris, avons fait quelques recherches à ce sujet, et nous avons été frappés des effets merveilleux produits par la nouvelle médication. Cependant, jusqu'à présent elle n'a pas été adoptée à Paris. Nous dirons même qu'elle y est très peu connue; hors de la capitale, on ignore son existence. Nous ne pouvons donc que nous applaudir de voir cette méthode expérimentée de nouveau par M. le professeur Chomel.

Quels sont les effets du mercure dans la variole? Nous constaterons d'abord son efficacité, nous pourrions même dire son *infaillibilité* à prévenir la formation de cicatrices. Quand même l'action thérapeutique du métal se bornerait là, ce serait déjà beaucoup; car, ne sommes-nous pas des témoins journaliers des marques indélébiles que portent pendant la vie les malheureux qui ont éprouvé l'influence funeste de la petite-vérole? Mais il y a des médecins qui vont encore plus loin, et qui préconisent le mercure comme exerçant une action spécifique sur le virus de la variole. Quant à sa spécificité, nous n'osons encore hasarder un avis; car les expériences qui ont été faites jusqu'ici ne nous semblent pas assez concluantes pour résoudre la question. Nous dirons cependant (et ceux qui ont suivi M. Chomel depuis quelque temps ont pu se convaincre de l'exactitude de ce que nous avançons) que dans les parties du corps qui sont restées sus-jacentes à l'emplâtre, l'éruption a été modifiée dans tous les cas; elle n'a point été accompagnée de cette alvéole rouge qui entoure chaque bouton; la face n'a point présenté le gonflement ni la tension qui existent habituellement dans la variole; et M. Serres a déjà prouvé, par des expériences réitérées, que d'autres topiques, tels que le diachylon, le charbon porphyrisé, la gomme arabique dissoute dans l'eau, etc., ont été sans action sur l'éruption.

Ce fait est d'une grande importance. Reste à savoir quel serait l'effet produit en couvrant le corps entier du malade de bandelettes de l'emplâtre. Cette expérience est à faire, personne que nous sachions ne l'ayant encore tentée. En attendant, contentons-nous de constater un fait intéressant, savoir la prévention de cicatrices; citons très succinctement en terminant quelques cas que l'on peut observer chez M. Chomel.

1° Au n° 8 de la salle Saint-Augustin est une jeune fille âgée de dix-neuf ans; elle a été vaccinée, mais, dit-elle, sans effet. L'éruption fut précédée des prodrômes ordinaires, de lassitude générale, douleurs lombaires, vomissemens répétés, etc. L'éruption est demi-confluente. Un masque fait avec l'emplâtre de Vigo a été appliqué au visage le deuxième jour de l'éruption; au bout de vingt-quatre heures, la malade l'a arraché; malgré le peu de temps qu'il y a séjourné, le résultat est fort remarquable. En effet, au cou, à la poitrine, et par tout le reste du corps, les pustules varioliques se sont développées avec tous les caractères qui les distinguent; elles sont opaques, ombiliquées, et entourées d'une auréole d'un rouge vif. A la face, la marche a été toute différente; au lieu de pustules on voit des vésicules accuminées, ou des papules solides. Dans quelques points où l'emplâtre n'avait pas pris, on aperçoit de petites pustules; partout ailleurs on les chercherait en vain. Il est impossible, ce nous semble, à la simple inspection de cette malade, de nier que le mercure, n'ait exercé une action locale, spécifique et avantageuse, car la malade ne sera point marquée, et elle ne tardera pas à entrer en convalescence.

2° Au n° 16 de la salle Saint-Augustin est une malade, déjà convalescente, et qui a été soumise au traitement mercuriel. La desquammation a suivi son cours ordinaire, excepté à la face, où il ne s'est point formé de squammes, si ce n'est à la suite de quelques pustules qui se sont manifestées là où l'emplâtre *godait*. Ce cas est intéressant en ce qu'il corrobore l'assertion de M. Serres, qu'il n'y a point de desquammation sous l'influence du mercure.

3° Au n° 22 de la même salle est une femme enceinte de cinq mois et demi. Cette complication n'a point empêché M. Chomel d'avoir recours à l'emplâtre de Vigo, et l'inspection de la malade montrera combien le succès a été complet. La forme de l'éruption, chez cette malade, a présenté quelques particularités. Une zône ou bande demi-circulaire d'un rouge très vif, d'une largeur de deux pouces, s'étendait depuis la région lombaire de l'épine, jusqu'au pli de l'aine de chaque côté. La rougeur ne disparaissait pas par la pression. La température de cette ceinture était plus considérable que celle du reste du corps. Elle a paru au premier abord différente de la maladie générale; mais bientôt il s'est développé sur tout le trajet de la zône des pustules varioliques parfaitement caractérisées, mais extrêmement petites et très agglomérées. Ce phénomène nous a paru assez curieux pour que nous le signalisions à l'attention de nos lecteurs.

Quant à l'effet de l'emplâtre de Vigo chez cette malade, nous nous bornerons à remarquer que son application a fait entièrement avorter l'éruption de la face, dont l'existence passagère est marquée par de petites papules blanchâtres; il n'y a pas eu de desquammation, seulement, autour des lèvres et des paupières, on peut voir quelques pustules; mais l'action du masque ne s'étendait pas jusqu'à ces parties.

Nous reviendrons sur la suite de ces expériences et sur les résultats que l'on obtiendra.

O.

HOPITAL DES ENFANS. — (Chirurgie.)

M. GUERSANT FILS.

Tumeur érectile à la marge de l'anus. (Voyez le n° du 6 août.)

Revenons un instant sur la petite fille couchée au n° 40 de la salle Sainte Thérèse, chez laquelle nous avons pratiqué la ligature d'une tumeur érectile ayant son siége au pourtour de l'anus. Nous pouvons vous annoncer, contrairement à nos craintes, qu'aucun accident ni du côté du système nerveux, ni du côté du ventre, ne s'est manifesté à la suite de l'opération: il n'y a eu ni vomissemens, ni coliques.

La chute de la tumeur s'est effectuée au quatrième jour de la ligature, sans occasionner d'hémorrhagie. A partir de ce moment la cicatrisation a marché régulièrement, et aussitôt que l'état de la petite malade a semblé nous le permettre, nous l'avons renvoyée chez ses parens, afin de la soustraire le plus tôt possible aux funestes influences de l'hôpital, et particulièrement à celles qui occasionnent si

FEUILLETON.

COURS DE L'ECOLE PRATIQUE.

(Deuxième article.)

Anatomie. — M. Emile Chevé.

Nous proposant de continuer de temps en temps la revue critique des cours qui se font habituellement à l'Ecole pratique, nous devions prendre pour sujet d'un prochain article l'examen d'un cours d'anatomie qui, parmi tous, depuis trois ans, s'est distingué par une méthode dont l'originalité nouvelle a pu rencontrer quelques détracteurs intéressés, mais dont l'excellence bien vite reconnue semble réunir de jour en jour un plus grand nombre d'approbateurs: nous voulons parler du cours de M. Emile Chevé. Mais quelques circonstances nous engagent à attendre encore pour rendre compte de notre opinion à cet égard; nous apprenons que M. Chevé abandonne son enseignement, en le laissant aux soins d'un successeur qu'il s'est choisi; nous savons de plus qu'un manuel d'anatomie rédigé d'après la méthode de ce professeur doit bientôt paraître; alors nous préférons remettre à en parler jusqu'à ce que nous ayons vu les nouveaux cours et cet ouvrage, dont nous nous réservons de faire l'analyse. A ce moyen même nous pourrons garantir notre jugement d'autant plus sûr et plus impartial que nous aurons à apprécier la méthode pratiquée et expliquée par d'autres, par conséquent dégagée sans doute de cette facilité d'élocution, de ce charme entraînant qui la faisaient valoir dans la bouche de son auteur; ainsi donc, la méthode nous restant pour être jugée ultérieurement, nous ne dirons aujourd'hui que quelques mots sur le professeur qui s'en va.

Dans tout le cours de son enseignement, M. Chevé s'est toujours montré par-dessus tout l'homme consciencieux qui a su comprendre, comme tant d'autres l'oublient, qu'il ne devait abuser de sa position ni au profit de sa satisfaction personnelle, ni pour la glorification inutile de la science; ce qui veut dire qu'il a mis de côté le rôle du savant pour ne s'occuper que de la tâche du professeur. Se regardant comme responsable du temps que ses élèves employaient à suivre ses leçons, M. Chevé a voulu que la nouvelle direction qu'il donnait à leurs études ne leur offrît qu'avantage, agrément et facilité, et surtout ne leur laissât pas le moindre regret d'avoir été détournés de la routine ordinaire. Il fallait bien l'espérance certaine d'un résultat aussi important pour inspirer au professeur tout le zèle infatigable, toute l'activité bienveillante qui l'ont sans cesse animé. Puisse sa réalisation servir en ce moment de récompense à ses travaux, de dédommagement aux contrariétés qu'ils lui ont suscitées!

On a dit que M. Chevé, se servant principalement pour l'étude et la démonstration, des tableaux, des planches et des pièces artificielles, *ne savait l'anatomie qu'en gros, superficiellement*. Des gens mal intentionnés ou tout à fait étrangers aux cours ont pu seuls répandre et croire de pareils bruits; pendant trois hivers consécutifs M. Chevé a fait ses preuves dans les amphithéâtres; il a montré que les préparations les plus délicates et les mieux soignées étaient pour lui chose habituelle et facile, et qu'en tous points l'anatomie lui était familière autant qu'à qui que ce soit. — Parce que M. Chevé a joint à ses cours d'anatomie quelques leçons de physiologie et de pathologie qui s'y rattachent, on a prétendu l'assimiler aux préparateurs d'examens *au mois* et *à garantie* qui n'ont, après tout, que le tort de spéculer sur la paresse des jeunes gens, car leurs leçons en valent bien d'autres. Mais ceux qui ont cherché à déprécier M. Chevé sont sans doute de ces hommes qui ont juste assez d'intelligence pour penser qu'ils ne doivent point la prodiguer au-delà d'un point donné, et qui croient qu'un professeur a tout le mérite possible quand il a su à grand renfort de mémoire et de notes, publier périodiquement tout ce qui peut être dit sur un sujet spécial duquel il n'est jamais sorti; comme si un homme instruit n'avait pas à épuiser toute la source féconde de raisonnemens et de déductions qu'il trouve dans telle branche de la science à l'appui de toutes les autres qui en découlent ou qui y ont rapport. Tel est le propre de la méthode de M. Chevé de réunir le plus facilement et le plus logiquement possible pour être vues dans leur ensemble des questions théoriques et pratiques qu'on a généralement le tort d'étudier sous un point de vue différent. C'est aussi ce qui l'a fait apprécier comme elle le méritait, et qui lui a valu l'adhésion de tous ceux qui veulent étudier avec profit.

Dès après le premier cours public que M. Chevé fit il y a trois ans à l'Ecole pratique, ceux qui l'avaient suivi, enchantés des avantages que la nouvelle méthode leur avait procurés et leur laissait entrevoir, voulurent en témoigner leurs remercîmens au professeur et lui offrirent une médaille d'or. Cette éclatante marque d'approbation n'avait pu qu'exciter les efforts de M. Chevé à justifier la haute opinion qu'on s'était faite de son mérite et de sa méthode d'enseignement; aussi rien ne lui a-t-il manqué pour s'en rendre de plus en plus digne: zèle sans bornes, complaisance extrême, dévouement affectueux, ont bien vite conquis à M. Chevé les suffrages de tous ceux qui l'ont connu, et c'eût été ingratitude de leur part de ne pas se montrer sensibles à tant de sentimens généreux. Aussi tous ses élèves se sont-ils entendus pour lui offrir, en se séparant de lui, un nouveau témoignage de leur satisfaction et de leur reconnaissance; ils n'ont pu lui exprimer assez vivement le regret que son absence va leur causer; et cette manifestation générale et spontanée a dû être d'autant plus flatteuse pour M. Chevé, qu'elle a eu pour objet d'honorer à la fois le talent du professeur et le caractère de l'homme privé. C'est qu'en effet M. Chevé, en renonçant à l'enseignement et en quittant la capitale, y laisse des souvenirs si unanimes d'estime et de considération, qu'à cause de cela nous nous associons de si grand cœur aux éloges et aux regrets qu'il emporte, et que nous l'exprimons ici avec moins de réserve que nous ne l'eussions fait peut être s'il eût dû rester parmi nous. Il n'y a que des esprits injustes et déraisonnables qui puissent trouver mauvais un pareil hommage rendu à ceux qui comprennent et remplissent ainsi la mission du professeur.

Nous avons dit que M. Chevé avait choisi parmi ses élèves quelqu'un pour lui succéder; nous ne doutons pas qu'à l'aide des principes qu'il mettra en pratique, ce nouveau professeur ne rende pour ceux qu'il dirigera le chemin de la science également sûr et rapide; nous n'avons donc qu'à lui souhaiter de pouvoir l'offrir aussi agréable et aussi facile.

NOTE SUR LES BAINS D'OTTELEUE

(*Suisse, canton de Berne*),

Par F. MICHÉA.

L'exploitation de la source minérale d'Otteleue date d'une époque toute récente. On soupçonnait bien à l'aspect gris bleuâtre du limon qu'elle dépose, surtout depuis l'examen géologique du terrain d'où elle sort, que cette eau pouvait contenir des sels ou des oxydes de fer au nombre de ses principes, mais jamais personne n'avait pensé à en déterminer rigoureusement l'analyse. Jusqu'à nos jours elle était resté inconnue, ou tout au moins oubliée, comme tant d'autres, au sein des montagnes de la Suisse,

facilement chez les jeunes malades, la scarlatine, la rougeole, la variole, etc.

Cette petite fille nous sera présentée de loin en loin, et si quelque chose d'intéressant venait à avoir lieu, nous ne manquerions pas de vous en instruire.

Destruction de cicatrices résultant d'une brûlure, par les procédés réunis de Delpech et de Dupuytren. (Voyez le nº du 4 août.)

La petite malade couchée au nº 7 de la salle Sainte-Thérèse, chez laquelle nous avons détruit, le 26 mai, une vaste bride résultant d'une brûlure du membre pelvien gauche, laquelle occasionnait la flexion forcée de la jambe sur la cuisse, continue à aller mieux. Lorsque l'opération a été pratiquée, vous vous rappelez que la brûlure n'était pas encore cicatrisée en totalité, et qu'un ulcère assez étendu occupait la partie antérieure et un peu externe du genou ; la bride, au contraire, existait à la partie postérieure du membre et enveloppait supérieurement le creux poplité. Aujourd'hui, l'ulcère occupant la partie antérieure du genou, suppure encore un peu ; mais la cicatrisation fait de véritables progrès sous l'influence des pansemens faits avec le coton.

Double pied-bot ; ténotomie ; application d'un appareil simple, ayant provoqué la formation de phlyctènes. (V. le nº du 4 août.)

Nous avons éprouvé un léger désappointement chez la petite malade couchée au nº 9 de la salle Sainte-Thérèse, qui est atteinte d'un double pied-bot congénial, et chez laquelle nous avons pratiqué, du côté gauche, la section du tendon d'Achille d'après le procédé de M. Bouvier.

En effet, chez cette petite malade, nous avions tenté de substituer à la bottine un simple appareil pour éviter, au moyen de son application, la formation des phlyctènes qui s'étaient produites chez une autre petite malade qui avait été opérée avant. Mais notre espoir ne s'est pas trouvé réalisé et des phlyctènes se sont formées à la face plantaire du pied et au-devant de l'articulation du coude-pied. Nous devons dire cependant que cet accident nous paraît devoir être attribué à ce que l'appareil a été trop fortement serré, ce qui a fait que nous avons rencontré ici les mêmes inconvéniens que nous avions eu à regretter par suite de l'emploi de la bottine.

Il nous sera facile de nous soustraire par la suite à cet accident en serrant moins l'appareil ; quand le moment de le réappliquer sera arrivé, moment qui nous semble ne devoir pas être bien éloigné.

Périostite suppurative ; décollement du périoste du fémur dans une étendue considérable ; vaste abcès ; émaciation et menace d'infection purulente ; amputation sous-trochantérienne de la cuisse ; état actuel.

Au nº 5, de la salle Saint-Côme, il nous est entré un enfant de la campagne, âgé de quatorze ans, présentant une affection fort grave de la cuisse. Lors de son entrée dans le service, il y a actuellement quatre jours, la cuisse droite était énormément tuméfiée, et présentait une fluctuation non douteuse. Un litre environ de pus est sorti par une ponction que nous avons faite à ce vaste abcès ; laquelle ponction nous a permis ensuite de procéder à l'exploration du foyer et des parties profondes de la cuisse. En nous livrant à cet examen, nous n'avons pas tardé à arriver sur le périoste épaissi et soulevé, et sur le fémur en même temps, qui était dénudé. Nous avons pu nous convaincre alors que cette dénudation remontait assez haut, et que le foyer de l'abcès s'étendait fort haut jusqu'au voisinage de la base des trochanters.

D'autre part, l'état général de ce jeune malade se présentait des conditions on ne peut plus défavorables : à une pâleur très prononcée du visage, à un état de faiblesse extrême, venait s'ajouter une fréquence remarquable du pouls, qui, de plus, était frémissant, comme chez les sujets qui sont menacés de la résorption purulente, ou chez lesquels le passage d'une certaine quantité de pus dans le sang en circulation est déjà accompli.

Au milieu de conditions aussi fâcheuses, nous étions fort peu rassurés sur les chances de la grave opération qu'il devenait urgent de pratiquer, opération grave et qui tirait encore un degré de plus de gravité de la nécessité où nous nous trouvions réduits d'amputer le membre très haut, près des trochanters, par suite de l'extension du décollement périostique et des fusées purulentes jusqu'au voisinage de ces éminences osseuses.

Mais nous le répétons, les symptômes alarmans qui existaient, l'abondance de la suppuration à laquelle le petit malade eût inévitablement succombé avec promptitude si l'on n'eût songé à l'y soustraire moyennant l'amputation, nous déterminèrent à tenter une dernière ressource, et l'amputation sous-trochantérienne de la cuisse a été pratiquée par nous il y a deux jours.

Le soir même de l'opération, un accident fâcheux vint encore augmenter l'affaiblissement du malade. Une ligature de l'artère fémorale profonde qui, à ce qu'il paraît, n'avait pas été suffisamment serrée, tomba et donna lieu à une hémorrhagie dont néanmoins on se rendit bientôt maître. Nous n'avons plus eu d'accidens depuis celui-ci.

Aujourd'hui l'enfant est toujours pâle, le pouls conserve sa fréquence et est toujours frémissant comme par le passé, de plus les articulations sont douloureuses ; circonstances qui nous font toujours craindre que du pus n'ait été transporté dans le torrent de la circulation, et qu'il n'en existe aussi dans les articulations. Ce qu'il y a de bon jusqu'à présent, c'est que le malade n'a point de diarrhée, que le moignon n'est pas dans un trop mauvais état, et que même celui-ci est meilleur aujourd'hui.

Après l'amputation, nous avons procédé à l'examen du membre, et, conformément à ce que nous avions diagnostiqué avant l'opération, nous avons constaté les caractères anatomiques d'une périostite avec décollement du périoste. L'os baignait dans la suppuration, qui était renfermée dans un vaste foyer qui s'étendait en bas jusqu'au voisinage du genou, et en haut à celui des trochanters. Le fémur lui-même présentait à sa surface plusieurs bourgeons charnus.

Pied-équin accidentel gauche; section du tendon d'Achille.

Au nº 18 de la salle Saint-Côme, est couché le petit garçon chez lequel vous nous avez vu pratiquer jeudi la section du tendon d'Achille, pour un pied-équin résultant d'une brûlure du talon. La section tendineuse nous a procuré immédiatement un écartement de quinze lignes entre les deux bouts du tendon. Une simple bandelette de sparadrap a été appliquée sur la piqûre.

Dès que cette dernière a été complètement cicatrisée, nous avons appliqué notre appareil simple, ordinaire, qui dans ce cas n'a pas donné lieu à la formation des phlyctènes, mais qui a occasionné un peu d'infiltration du pied.

Cet enfant est dans un bon état ; le pied a déjà pu être ramené à angle droit, et bientôt nous espérons obtenir l'angle aigu. L'absence de phlyctènes dans ce cas semble dénoter que chez la jeune fille dont nous avons parlé précédemment, la formation en a été favorisée par une peau excessivement fine ; et il y a tout lieu d'espérer, par conséquent, que le simple appareil que nous employons peut réussir complètement.

Double cataracte congéniale ; opération par abaissement.

Un enfant, âgé de huit ans, est entré à la salle Saint-Côme, portant de naissance une double cataracte. Ce petit enfant est doué d'une bonne constitution ; il jouit habituellement d'une bonne santé, et est d'un caractère gai. Jeudi, après une friction belladonée préalable, pratiquée autour des orbites, nous avons procédé à l'opération de ces deux cataractes par abaissement. L'œil gauche a été opéré le premier, et de ce côté l'opération s'est bien passée et n'a pas présenté de trop grandes difficultés ; le cristallin a été abaissé aisément, et la membrane cristalline qui était opaque, a été déchirée, et nous en avons fait tomber les lambeaux au fond de l'œil. A droite, où un semblable état de la capsule du cristallin existait, celle-ci n'a pas pu être aussi bien déchirée qu'à gauche, et quelques lambeaux sont restés dans le champ de la pupille.

Quelques vomissemens sont les seuls accidens qui ont suivi cette double opération. Les deux yeux ont été fréquemment lavés avec de l'eau contenant une certaine quantité de sulfate de zinc.

Nous n'avons pas eu d'accidens inflammatoires ; mais le petit malade n'ayant jamais voulu ouvrir les yeux depuis l'opération, et n'ayant pas jugé prudent de les ouvrir forcément, nous ignorons au juste l'état dans lequel ils se trouvent. Toutefois, je le répète, si on en excepte un peu de gonflement des paupières droites, le tout s'est passé sans symptômes inflammatoires apparens, et il y a lieu d'espérer que l'issue de cette double opération sera favorable, quoique nous ne connaissions pas, quant à présent, le résultat obtenu.

Des bains de pieds répétés et un régime doux sont les seules indications d'après lesquelles nous devons baser notre conduite, quant à présent.

Calcul vésical ; deuxième séance de lithotritie ; hématurie apparemment provoquée par des fragmens très irréguliers. Troisième séance ; arrêt d'un fragment très inégal dans l'urètre, à un pouce et demi du méat urinaire; arrêt d'un nouveau fragment dans le col vésical. Quatrième séance de lithotritie. (Voyez le nº du 6 août.)

Il est question ici du petit malade, âgé de quatorze ans, couché au nº 27 de la salle Saint-Côme, lequel avait déjà été soumis deux fois au broiement de son calcul, jeudi dernier. Deux jours après la seconde séance, ce malade a eu une hématurie assez sérieuse pour nécessiter l'emploi de la saignée, des injections émollientes et des applications froides sur le bas ventre.

A l'aide de ces moyens, on est parvenu à arrêter l'hémorrhagie ; mais au bout de vingt-quatre heures plusieurs fragmens ont été rendus, dont quelques-uns se sont arrêtés dans l'urètre et ont dû être refoulés dans la vessie, n'ayant pu être détruits au moyen de la curette articulée

---

lorsque des paysans du voisinage, qui s'étaient servis par hasard du limon dont je viens de parler, sous forme d'application extérieure contre des tumeurs scrofuleuses et quelques variétés de goître propres à ce canton, crurent s'apercevoir qu'il était efficace non seulement dans ces affections, mais encore dans plusieurs autres. Depuis ce moment la renommée du limon d'Otteleur se répandit au loin, ce qui força les chimistes à l'examen de la composition de la source, et les médecins à l'observation de tous les faits susceptibles d'en démontrer la valeur thérapeutique.

Cette source, située à quelque distance de Gouggisberg, fait partie de cette commune, qui s'élève sur le versant méridional de la chaîne du Gourniguel ; elle est éloignée de six lieues de Berne et de trois lieues des bains sulfureux de Schwarzensee et du Gourniguel.

Le local des bains est construit sur la rive droite de la Singine, à une hauteur de 3,340 pieds au-dessus du niveau de la mer ; il se compose de deux bâtimens en forme de châlets isolés et d'une élévation différente. L'inférieur renferme la chaudière et tous les ustensiles nécessaires pour chauffer et diriger l'eau ; ainsi qu'une baignoire commune pour les malades pauvres. Le supérieur, plus vaste, plus commode et d'un style plus gracieux, sert à la fois d'hôtel et de maison de bains à la classe riche. Chaque chambre est garnie d'une ou plusieurs baignoires, où les malades peuvent se plonger au sortir de leur lit sans quitter leurs appartemens.

Rien n'a été négligé dans ce logis pour satisfaire le public tant sous le rapport du confortable intérieur, que sous celui des agrémens de la position. Au sud, l'admirable perspective des glaciers éternels ; du côté de Berne, le lac de Thoune, les bois de sapins, et les délicieuses vallées qui l'entourent contribuent beaucoup à en faire rechercher le séjour. L'eau jaillit près de l'établissement, d'une fente argileuse à peine visible, et tombe de roche en roche comme une cascade dans un grand réservoir de bois de 20 pieds de diamètre, et de 9 pieds de profondeur; là on la recueille, et on la dirige par des conduits vers la chaudière principale. Au sortir de la source elle est très limpide, inodore, incolore, sans saveur particulière, fraîche, et fort agréable à boire ; sa densité est de 0,0006 ; sa température, de 6 degrés Réaumur. Dans le réservoir, elle y est de 7 degrés R. Au fond et sur les parois du bassin on remarque une couleur de rouille, et un dépôt brunâtre composé d'hydrate d'oxyde de fer, de carbonate de chaux, et de matières organiques qui semblent des détritus de conferves.

L'analyse qualitative et quantitative de l'eau a été faite, pour la première fois, au mois de septembre dernier, par M. L.-R. de Fellenberg, sous les yeux de M. Brunner, professeur de chimie à l'université de Berne. Nous allons emprunter à ce chimiste les détails les plus importans de son mémoire.

« Une bouteille de l'eau d'Otteleue fraîchement puisée à la source se trouble peu à peu dans une chambre chaude, ou lorsqu'on l'expose au soleil. Les parois du vase se couvrent de bulles de gaz, et celles-ci se dégagent en plus grande quantité par une forte agitation, la bouteille étant à moitié remplie ; mais il est impossible d'y découvrir la moindre odeur d'hydrogène sulfuré. Elle est précipitée en blanc par l'ammoniaque caustique, l'acide oxalique, l'eau de chaux, le chlorure de baryum, l'acétate de plomb et le nitrate d'argent ; mais ce dernier précipité passe vite au pourpre, et indique la présence d'une substance organique. En résumé, l'analyse qualitative, ou d'indication, a fait reconnaître à M. de Fellenberg : 1º du carbonate de chaux ; 2º de la magnésie ; 3º du peroxyde de fer ; 4º de la silice ; 5º de la soude ; 6º de l'alumine ; 7º de l'acide sulfurique ; 8º du chlore ; 9º des matières organiques, qui ont fourni de l'acide *crénique* et *apocrénique*.

L'analyse quantitative a donné ce résultat plus exact.

Pour 10,000 parties d'eau :

Substance	Parties
Sulfade de potasse,	0,02831 part.
Sulfate de soude,	0,11530
Chlorure de sodium,	0,03925
Bi carbonate de soude,	0,04794
Id. de chaux,	2,90616
Ib. de magnésie,	0,36185
Ib. de protoxyde de fer,	0,09367
Alumine,	0,01155
Silice,	0,09591
Acides crénique et apocrénique,	0,06970

On voit par cette analyse que l'eau des bains froids d'Otteleue, à cause de la grande quantité de sels purgatifs et de bi-carbonate qu'elle contient, ainsi que par sa proportion assez notable de fer, peut être rangée successivement dans la catégorie des eaux alcalines, salines et ferrugineuses. Sous le rapport de la quantité d'oxyde de fer, elle est une des moindres de la Suisse ; mais sous celui de la proportion de ses sels à base de soude et de potasse, et surtout à cause de son bi carbonate de soude, elle est une des plus importantes et des plus énergiques.

L'eau se prend en bains, en douches et en boisson, à partir du commencement de juin jusqu'au milieu du mois de septembre. Avant ou après ces deux termes, malgré la douceur habituelle du climat, plusieurs inconvéniens sont à craindre. D'abord les variations brusques de température qui s'obervent sur toutes les hautes montagnes sont plus fréquentes à ces époques. Et la grande quantité de neige tombée durant l'hiver, ou qui commence à se reformer en automne, outre qu'elle abaisse considérablement la température, empêche toute espèce de communication avec Berne et les points environnans.

Les maladies les plus diverses ont été considérablement améliorées par son usage. En premier lieu, je citerai les calculs d'acide urique et les affections goutteuses, toutes les gastralgies, entéralgies chroniques, les engorgemens du foie, de la rate et du bas-ventre. Il est rare qu'un traitement d'une saison ne suffise pour guérir radicalement les scrofules de toute espèce. Peut-être faut-il ajouter à la tonicité des principes minéralisateurs de l'eau l'action de l'air pur et balsamique des montagnes.

Quoi qu'il en soit, ces bains paraissent avoir aujourd'hui la vogue en Suisse, tant à cause de leur efficacité réelle que par le privilége de leur emplacement et la beauté pittoresque des lieux voisins.

Je terminerai là cette note, mon séjour aux bains d'Otteleue n'ayant pu se prolonger assez pour me laisser le temps de recueillir et de vérifier par moi-même tous les résultats merveilleux annoncés par les médecins de la contrée ; malgré son peu d'étendue, elle suffira, je pense, à fixer l'attention de ceux de nos confrères qui s'occupent de l'étude tant chimique que thérapeutique des eaux minérales, sur cette source inconnue en France, et que je n'ai trouvée nulle part mentionnée, même dans les ouvrages spéciaux.

Conformément au nouveau règlement sur le service de santé, MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices, qui désireront prendre part au concours des prix pour 1840, sont invités à se faire inscrire, depuis le lundi, 17 août, jusqu'au mardi, 25 août, inclusivement, de une heure à trois heures, au secrétariat de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, 2.

En exécution de la délibération du conseil général des hospices, en date du 13 mars 1840, les travaux et observations cliniques de MM. les élèves devront être remis au secrétariat général le samedi 5 septembre au plus tard, avant trois heures.

Le concours commencera le vendredi 11 septembre, dans le grand amphithéâtre de l'administration, à midi précis.

de M. Leroy d'Etiolles.

Evidemment il était urgent de recourir à une nouvelle séance de lithotritie, pour diminuer le volume des fragmens contenus dans la vessie, et leur permettre de passer librement par l'urètre, sans s'arrêter dans ce canal et occasionner de vives douleurs.

La troisième séance fut donc pratiquée, à la suite de laquelle le malade a encore rendu un nombre assez notable de fragmens lithiques. Mais un de ces derniers, assez volumineux et beaucoup plus irrégulier que les précédens, s'est arrêté dans l'urètre à un pouce et demi de distance du méat urinaire, et toutes les tentatives faites pour l'en retirer avec le secours de la curette articulée sont restées infructueuses. D'autre part, ce fragment était engagé si avant dans le canal, qu'il eût été, sinon impossible, du moins extrêmement difficile de le repousser dans la vessie. Le petit malade souffrait beaucoup, et nous dûmes nous décider à l'extraire en pratiquant l'opération de la boutonnière.

Depuis, nous n'avons plus eu d'accidens ; mais il n'est plus sorti de fragmens à partir de ce moment. A la suite de ce dernier accident, les urines sont devenues catarrhales et n'ont plus cessé de l'être depuis. De plus, le malade accusait des douleurs dont il rapportait la sensation à l'anus. A part cela, cependant, il disait bien aller, et cela peut-être dans la crainte d'être de nouveau soumis au broiement.

Au demeurant, quoiqu'il assurât très bien uriner, avant-hier nous avons cru devoir introduire la sonde et nous avons trouvé un fragment calculeux engagé dans le col vésical. Ce fragment s'est présenté plusieurs fois ; des tentatives ont été faites pour l'extraire, sans pouvoir y réussir. Il est indiqué, par conséquent, de revenir aujourd'hui à une quatrième séance de lithotritie, et tout nous fait espérer que ce sera la dernière. K...

HOPITAUX ITALIENS.

Cas remarquable de fongus médullaire à la main, guéri sans amputation; par M. Signorani, professeur de clinique chirurgicale à Padoue.

Une jeune femme portait depuis deux ans une tumeur sur le dos de la main gauche, s'étendant du bord antérieur de l'articulation carpo-cubitale à la racine des phalanges des quatre derniers doigts. Sa forme était indéterminable, sa surface irrégulière : ici aplatie, là élevée et convexe, à côté tuberculeuse. Sa base, fixée contre les os du poignet. Consistance variable ; dure sur quelques points, molle sur d'autres ; généralement élastique, au point de faire croire à une fluctuation. La peau qui la couvre est luisante, roussâtre, fortement tendue, sillonnée de veines dilatées et adhérentes à la masse morbide ; chaude comme celle des tumeurs érysipélateuses ; peu sensible au toucher. La malade y accuse quelquefois un sentiment de picotement ou de fourmillement.

La femme offre une constitution lymphatico-sanguine et scrofuleuse ; chairs flasques ; derme onctueux et légèrement verdâtre ; cheveux noirs ; yeux languissans ; pupille dilatée ; iris brun ; sclérotique azurée ; système veineux périphérique très développé.

La nature de la tumeur est très manifeste : les chirurgiens appelés en consultation y ont tous reconnu un fongus médullaire (tumeur encéphaloïde) ; leur pronostic a été fâcheux ; ils ont proposé l'amputation de l'avant-bras et en même temps exprimé la crainte d'une récidive. La malade cependant s'est refusée à l'opération. En conséquence M. Signorani a dû viser à la simple excision de la tumeur, à laquelle la malade consentait. Il était urgent d'opérer, car la végétation faisait des progrès rapides.

Une incision circulaire a cerné la base de la tumeur. La peau a été disséquée ainsi que le fascia sous-jacent. La masse encéphaloïde, mise à nu, a été enlevée par fragmens ; elle était tout-à-fait médullaire ; les tendons ont été ménagés et raclés à l'aide de la rugine crânienne. Il en est résulté une plaie considérable, parfaitement nette, l'opérateur ayant mis un soin minutieux dans l'enlèvement des dernières racines du tissu morbide. Pansement par seconde intention.

Au bout de trois mois, la plaie était presque cicatrisée, lorsque deux grosses végétations se sont montrées vers son fond, ayant tous les caractères des tumeurs encéphaloïdes.

Excision. Quelque temps après, nouvelles végétations ; cautérisation du fond de la plaie avec le fer incandescent. Il en est résulté une eschare énorme, couvrant tout le dos de la main, et s'étendant profondément dans le poignet. Suppuration abondante ; granulation franche ; cicatrisation prompte.

Depuis le mois de septembre 1836, époque de l'*exeat* de la malade jusqu'à aujourd'hui, la cure ne s'est pas démentie un seul instant, et la femme continue encore à présent à jouir des bienfaits de l'opération.

Examinée après la cure, la main paraît rétrécie dans son diamètre transverse ; les doigts du milieu sont rétractés ; mais le pouce est libre, ainsi que l'articulation du poignet. La femme se sert parfaitement de ce membre.

(*Memoriale della Medicina contemporana, stampato in Venezia*, juillet 1840.)

— Dans les considérations dont M. Signorani accompagne ce fait, l'auteur paraît attacher beaucoup d'importance à l'action du feu pour la destruction radicale de ces sortes de végétations. Il pense que la reproduction tient ordinairement à l'enlèvement inexact de la masse morbide, et que le calorique, racornissant, carbonisant toutes les molécules cachées, en prévient la récidive. Malheureusement il n'en est rien ; la récidive n'arrive pas toujours sur le lieu de la cicatrice. L'amputation elle-même du membre ne met pas toujours à l'abri de cet événement. C'est que le mal ne tient probablement pas à des conditions de localité. Quoi qu'il en soit, le fait ci-dessus n'est pas moins digne d'attention sous plusieurs rapports.

Plusieurs faits remarquables d'acupuncture; par M. Riberi, professeur de médecine opératoire à Turin.

Névralgie grave et chronique au pied. Thérèse Martinotti, vingt-deux ans, tempérament lymphatico-nerveux, mélancolique, prédisposée à la scrofule, était habituellement sujette à des exaltations dans le système vasculaire, lesquelles se calmaient durant ses grossesses, pour reparaître ensuite aux époques des règles. Arrivée au terme de sa dernière grossesse, elle a été saisie de douleur intense au pied droit, qui la faisait beaucoup souffrir, surtout en marchant. Cette douleur augmenta après les couches, au point qu'elle était devenue insupportable ; le pied s'est gonflé, et une violente réaction cardiaco-vasculaire a eu lieu. Dix saignées et plusieurs applications de sangsues ont dû être pratiquées pour combattre cet état. La douleur cependant a persisté, et la malade a été obligée de garder le lit pendant dix mois consécutifs. Après cette époque elle est entrée à la clinique de M. Riberi, le 24 septembre 1838. Elle a offert les symptômes suivans :

Décubitus latéral gauche impossible; battemens du cœur très forts et étendus ; palpitations fréquentes ; dyspnée; coloration facile du visage ; pouls fréquent, serré, dur ; peau chaude et sèche, inappétence, soif ; agitation vers le soir ; insomnie habituelle ; excrétions rares ; ventre tuméfié ; urines tantôt rouges, rares, tantôt limpides et abondantes ; constipation ; menstruation rare et douloureuse ; pied douloureux au plus léger mouvement et au plus faible attouchement, chaud et rougeâtre, légèrement gonflé. Le siége des douleurs et du gonflement est dans l'extrémité externe des lignes articulaires tarso-métatarsiennes et calcanéo-cuboïdienne. De là les douleurs s'irradient quelquefois sur la jambe, et le gonflement s'étend à tout le dos du pied. Si l'on abaisse le pied de quelques lignes au-dessous du plan horizontal, les douleurs augmentent considérablement. Evidemment le point de départ de la souffrance était dans les nerfs du pied. Si l'on pinçait seulement à peine la peau de cette partie, la douleur augmentait, etc.

On traita la malade antiphlogistiquement. L'état général s'améliore à la longue, mais la névropathie pédieuse persiste cruellement.

« Cette persévérance désespérante du mal m'a fait enfin, dit l'auteur, avoir recours à l'acupuncture sur le pied malade. Je me suis, pour cela, servi d'aiguilles en acier très fines. J'en ai implanté dix à douze que j'ai laissées dans les chairs pendant une heure. J'ai répété la même opération cinq à six jours après, et ainsi de suite pendant sept fois. La seconde fois, les aiguilles sont restées pendant deux heures, puis trois, puis quatre, puis cinq heures. Le soulagement que la malade a éprouvé a été tel, qu'après la première acupuncture elle pouvait se tenir sur le pied malade, et un mois après elle avait quitté le lit et se promenait, la douleur ayant entièrement disparu. Les règles ont repris leur cours normal, la santé générale s'est améliorée, et la malade est sortie deux mois après, dans un état parfait de guérison. Cet état ne s'est pas démenti depuis.

2° *Névralgie sacro-lombaire.* Giuseppe Vola, paysan, âgé de trente-huit ans, tempérament bilioso-sanguin, constitution vigoureuse, habituellement bien portant, a essuyé, en 1836, une sub-phlogose rhumatismale dans le testicule gauche, et des douleurs violentes aux lombes. Cette affection s'est terminée par une hydrocèle en quinze jours. Six mois après, cette tumeur avait acquis un volume très considérable: M. Riberi l'a opérée par incision et guérie. Quelque temps après, la même affection s'est déclarée à l'autre testicule ; hydrocèle, douleurs lombo-testiculaires. La tumeur a pris en six mois un accroissement énorme. M. Riberi l'a opéré à l'aide de la ponction et de l'injection de la teinture alcoolique d'iode. Quarante onces d'eau ont été extraits de la poche. Durant la période d'adhérence de la vaginale au testicule, le malade a été saisi de névralgie violente sacro-lombaire. L'hydrocèle a guéri ; mais la douleur a persisté et est devenue atroce.

« Je l'ai fait cesser comme par enchantement, dit l'auteur, à l'aide d'une seule acupuncture, dont la durée a été de trois heures. Trois jours plus tard, la douleur ayant reparu, mon premier aide de clinique a pratiqué la même opération, et le mal a disparu complètement. » M. Riberi n'indique point l'endroit où il a appliqué les aiguilles, ni leur nombre.

3° *Névralgie brachiale grave.* Une jeune personne, âgée de vingt ans, tempérament nervoso-sanguin, constitution plutôt faible, était souvent sujette à différentes affections nerveuses. Ayant été saignée du bras, elle éprouva, au moment de la piqûre, une sorte de tremblement violent et involontaire, avec douleur intense au pli du bras et contraction forcée de l'avant-bras. Cette contraction a persisté avec une telle violence que des attelles n'ont pas été suffisantes pour la surmonter, ni d'autres moyens. Alors la malade s'est fait recevoir à la clinique. Elle a offert l'état suivant : douleurs violentes ; insomnie, dérangement des voies digestives par l'effet des souffrances. L'endroit ne la cicatrice présente un petit nœud, presqu'imperceptible, qui n'est certainement pas la cause unique ni principale de la douleur. Celle-ci est continue, tantôt plus, tantôt moins violente, selon l'état de l'atmosphère. Le siége principal de la douleur la moins violente était évidemment le nerf médian, et s'étendait depuis le pli du coude jusqu'aux doigts. Le caractère de cette douleur était celui de la crampe, de l'engourdissement, et quelquefois d'un déchirement profond. La douleur violente était au contraire lancinante, ou comme celui d'une brûlure, et n'était pas accompagnée de tremblement ; elle s'étendait à la fois à tous les nerfs du bras, sans en excepter ceux du derme, et passait quelquefois au tronc où elle portait atteinte au cœur et aux poumons : de là des symptômes de suffocation, de resserrement de la poitrine et la syncope.

Pour produire ces effets, il suffisait d'étendre et fléchir promptement l'avant-bras ou tous les doigts à-la-fois ; ou de pincer avec quelque force le doigt médius ; ou de comprimer la cicatrice de la saignée ; ou de frictionner légèrement la peau du bras avec la main, ou celle de la partie interne de l'avant-bras ; ou qu'on chatouillât la peau de ces parties avec un corps lanugineux ou affilé ; ou que la malade s'appuyât sur le membre affecté ; ou que la manche de sa robe pesât dessus.

Dans ces circonstances et dans une foule d'autres, la douleur développée dans la cicatrice ou dans les doigts, se répandait avec la célérité de l'éclair sur tout le membre, puis à l'épaule, à la poitrine au cœur, et jetait la malade dans un état affreux.

Pour prévenir toute espèce de frottement, de pression, d'extension dans le membre, la malade ne marchait qu'avec l'épaule déprimée et le tronc incliné, comme si la colonne vertébrale fût atteinte de déviation latérale.

Bien que la névropathie fût évidemment de nature hypersthénique ou éréctile, ainsi que M. Riberi l'appelle, il a cru devoir essayer d'abord quelques remèdes excitans. Ensuite il a eu recours à la belladone, à la jusquiame intérieurement, à l'acide prussique localement. Les premiers remèdes ont exaspéré la maladie ; les seconds, l'ont calmée, mais sans la guérir.

J'ai alors eu recours, dit l'auteur, à l'acupuncture, à l'aide d'aiguilles très fines, que j'ai implantées dans le bras, précisément dans le trajet du nerf médian. Cette opération a été pratiqué douze fois dans l'espace de deux mois. Les aiguilles employées chaque fois ont été de douze à vingt, pendant deux à quatre heures. A chaque acupuncture la malade éprouvait une amélioration très marquée. La guérison a été radicale au bout de ce temps. Seulement la malade est restée un peu faible.

Les personnes qui n'ont pas assisté à cette cure, ne peuvent se faire une idée de l'efficacité remarquable de l'acupunture. Qu'il me suffise dire : 1° que le même jour de la première opération, la malade a commencé à mouvoir le bras sans beaucoup souffrir ; 2° que la douleur, de fixe qu'elle était, est devenue mobile, et ne s'est plus montrée sur les endroits acupuncturés ; de sorte qu'en multipliant les points d'aiguille, la douleur s'est, de plus en plus éloignée, et enfin elle a complètement disparu ; 3° qu'après la sixième opération, la malade n'accusait plus de douleur que lorsqu'on comprimait avec force le nerf médian ou ses branches principales ; 4° qu'enfin, après la dixième opération, la malade a été en état de se servir du bras dans ses différentes occupations domestiques.

4° *Névralgie lombo-ischiatique.* Michel Marchesotti, paysan, âgé de soixante-trois ans, tempérament sanguin, constitution robuste, caractère doux, a été reçu à la clinique le 17 janvier de cette année pour être traitée d'une hydrocèle volumineuse au testicule droit. Ses voies urinaires offraient une sensibilité esquise ; les urines étaient rendues tantôt avec peine, tantôt facilement, mais avec douleur. L'hydrocèle avait été précédée de douleurs dans le testicule droit, dans l'aine et aux lombes, lesquelles avaient duré pendant dix jours, et avaient été suivies de nombreuses varices aux membres abdominaux, surtout au membre gauche. Plus tard le malade avait essuyé une myélite rachidienne bornée à la partie supérieure de la colonne. Cette maladie avait été accompagnée de vertiges, de stupeur, de douleurs spasmodiques dans les membres thoraciques, puis d'engourdissement de ces parties. Une médication antiphlogistique énergique et un seton à la nuque ont dissipé ces symptômes. L'hydrocèle, qui datait déjà de plusieurs années, avait acquis un volume considérable ; le malade accusait dans le testicule correspondant des névralgies intenses. Ensuite la douleur s'est irradiée aux lombes et de là au nerf ischiatique du côté droit où elle s'est fixée définitivement.

M. Riberi a commencé par opérer l'hydrocèle à l'aide de l'injection iodée : guérison en 25 jours. La douleur lombo-ischiatique augmente, le membre reste impuissant. Acupuncture à l'aide de vingt aiguilles, qu'on répète quatre fois ; trois à quatre heures par fois. Guérison radicale.

5° *Paralysie douloureuse des membres inférieurs.* Une femme âgée de quarante ans, tempérament sanguin, bonne constitution, prédisposée à l'apoplexie, a été reçue à la clinique le 10 janvier de année. A la suite d'un dérangement des règles, elle éprouva une céphalalgie intense, puis des douleurs lombaires, lesquelles se sont terminées par la paralysie des membres inférieurs. Des spasmes survenaient de temps en temps, qui se communiquaient aux parois abdominales, puis à la colonne vertébrale, accompagnés de fourmillemens, de douleurs lancinantes, d'un sentiment de constriction, de chaleur vive aux membres inférieurs. A ces symptômes ont succédé l'engourdissement dans les membres, inertie de la défécation et de l'expulsion des urines, et enfin une paralysie parfaite.

On a essayé l'usage des topiques excitans, qui a été nuisible ; et cela devait être, puisque la maladie dépendait d'une phlogose sourde de la partie inférieure de la moelle épinière et des principaux troncs nerveux qui en émanent.

Le repos, la diète, les lavemens émolliens, les boissons rafraîchissantes, les illinitions huileuses, ont un peu amélioré l'état du malade. Vingt jours après ce traitement préparatoire, M. Riberi a pratiqué l'acupuncture. Huit fois cette opération a été répétée à l'aide de vingt aiguilles chaque fois ; durée, trois heures environ. Le siége de ces opérations a été la région dorso-lombaire et le trajet de la moitié supérieure des nerfs sciatiques.

Ma surprise et celle des élèves qui ont suivi le traitement, a été bien grande, lorsqu'après la seconde acupuncture nous avons vu les douleurs disparaître ; puis après les fonctions de la vessie se rétablirent ; et enfin, après vingt-cinq jours de la première opération, la malade quitter le lit et se promener dans les salles sans béquilles ni canne, ni autre espèce d'appui. Des réactions phlogistiques cependant sont survenues pendant ce temps, et qu'on a dû combattre. Enfin, toutes les douleurs ont disparu, les membres ont repris leur agilité et leur force, et le malade guérit d'une manière durable.

6° *Névralgie lombaire grave.* Un homme âgé de cinquante-cinq ans, tempérament sanguino-hépatique, de caractère, avait eu, à l'âge de quatorze ans, une affection rhumatismale aux articulations. Plus tard, des chancres syphilitiques, dont il a cependant bien guéri. A l'âge de trente-sept ans, il a éprouvé, à la suite d'un effroi, des attaques épileptiformes qui ont été amendées, mais non complètement guéries par deux traitemens mercuriels, une saignée cependant, pratiquée en temps opportun, en prévenait les accès : un pargatif produisait le même effet.

En janvier 1839, il a essuyé une gastro-bronchite qui a duré quatre mois, et pour laquelle on a pratiqué vingt-quatre saignées. En mars de la même année, un lombago intense s'est joint à la phlogose précédente. Des sudorifiques, des purgatifs, des topiques divers, ont été tour à tour essayés pour combattre cette douleur. D'autres moyens ont été prescrits encore pendant plusieurs mois ; le tout avec peu ou sans aucun soulagement. Le malade est obligé de garder le lit : chaque mouvement lui réveille des souffrances atroces, il ne peut se senir debout ; une légère compression aux lombes, dans les espaces inter épineux, aux fesses, et surtout vers l'origne des nerfs sciatiques, produit des douleurs intenses, une sensation de chaleur dans ces régions, de la fièvre et de la soif. M. Riberi combat cet état aigu à l'aide de plusieurs applications de sangsues vers les vaisseaux hémorrhoïdaux ; les douleurs persistent. Il a recours à l'acupuncture. Dix opérations avec 18 à 20 aiguilles chaque fois ont été pratiquées ; durée, deux heures, deux heures et demie pour chaque séance. « Nous avons remarqué que partout où nous plongions les aiguilles, la douleur disparaissait pour toujours. » Un mois après la guérison, le malade s'étant exposé à l'action de causes rhumatiques, a été saisi de fièvre, et le lombago a reparu. Trois saignées ont dissipé la fièvre, mais le lombago a persisté. Nouvelle acupuncture. Guérison radicale après la troisième séance.

(*Giornale delle scienze mediche di Torino*, mai 1840).

— Ces faits offrent un intérêt pratique réel ; ils émanent d'ailleurs d'un des praticiens les plus habiles de l'Italie, et nous ne saurions trop les recommander à la méditation de nos confrères. Il est, nous le savons bien, des médecins qui ne croient qu'à peine à l'action dynamique de l'acupuncture. Ce scepticisme cependant, est *à priori*. Aujourd'hui qu'on sait que la présence de l'aiguille dans les tissus développe des courants galvaniques, les effets de l'acupuncture prolongée sont beaucoup moins incompréhensibles qu'autrefois. Nous pensons que ce sujet mérite une meilleure appréciation qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 10 août.

Quantité d'air nécessaire à la respiration du cheval. — M. Chevreul fait au nom d'une commission un rapport en réponse à cette question sur laquelle M. le ministre de la guerre avait consulté l'Académie : « Quelle est la quantité d'air nécessaire à un cheval pendant 24 heures, en tenant compte de celle qui peut être viciée dans le même temps par les déjections et la litière, ainsi que du renouvellement par la ventilation de l'air de l'écurie où le cheval est enfermé, afin de pouvoir déduire de cette connaissance la capacité qu'il faut donner à une écurie pour un nombre determiné de chevaux qui devront y rester 24 heures avec leur litière sans souffrir du manque d'air et de ce qu'on nomme miasme. »

Le peu de temps laissé à la commission pour répondre à cette question ne lui a pas permis d'entreprendre, comme elle l'eût désiré, une longue série d'expériences, qu'elle regarde cependant comme indispensable pour arriver à une solution rigoureuse; elle a donc dû se borner à combiner les expériences déjà faites, tant sur l'homme que sur les animaux, pour en tirer des déductions qui ne doivent d'ailleurs être considerées que comme provisoires

Ces conclusions sont que dans une écurie où l'air se renouvelle convenablement au moyen des portes et des fenêtres, et a plus forte raison au moyen d'une ventilation habilement établie, un cheval ne sera jamais exposé à souffrir du manque d'oxigène atmosphérique lorsqu'il y trouvera 25 ou 30 mètres cubes d'air.

Nous recevons de notre honorable confrère, M. La Corbière, une réplique à la réponse de M. Baudens, et dont nous regrettons de ne pouvoir publier qu'un extrait.

« A l'exemple de M. Baudens, qui répond commodément à des faits par une pétition de principes, je pourrais me borner à répéter ici textuellement ce que j'ai eu l'honneur de vous écrire, et que je maintiens dans toute son intégrité, mais je crois convenable et utile d'ajouter : 1° que, dans la longue série d'auteurs que j'ai cités dans mon livre, dans ce livre lui-même, et surtout dans MM. Josse, Bérard, Jehon, etc., M. Baudens pourra sans peine trouver les règles et les exemples, au moins analogues, d'emploi du froid qu'il revendique ; 2° que je regarde comme téméraire et dangereuse la proscription absolue qu'il lance contre les saignées, les sangsues en particulier, dans l'entorse même aiguë; 3° que pour ce qui est de l'emploi de *son bandage*, que M. Baudens substitue dans tous les cas aux émissions sanguines locales, il est des conditions physiologiques et pathologiques hors desquelles je le déclare sans hesiter impossible ou dangereux... »

TRIBUNAUX.

Les sieurs Gélis et Conté, élèves, l'un en médecine, l'autre en pharmacie, avaient pris un brevet d'invention pour l'introduction dans la thérapeutique du lactate de fer. En vertu de ce brevet, ils avaient intenté un procès à MM. Arrault, Fornier, Houeix et Louradour, pharmaciens à Paris, chez lesquels ils avaient fait saisir des médicamens au lactate de fer.

Par un jugement en date du 14 août 1840, le tribunal de police correctionnelle (7e chambre), après la plaidoirie de Me Capin, et malgré les efforts de Me Regnault, a renvoyé les prévenus des fins de la plainte, conformément aux conclusions de M. l'avocat du roi, et a condamné les sieurs Gélis et Conté : à 200 fr. de dommages-intérêts pour chacun des prévenus ; à 200 fr. d'amende, à la remise des objets saisis, à la publication du jugement dans plusieurs journaux et à l'affiche de ce même jugement.

—Nous avons annoncé, il y a quelque temps la condamnation de M. le docteur Latour (Amédée) à 2,000 fr. de dommages-intérêts envers M. Gendrin, pour délit de diffamation. Cette condamnation a été obtenue en vertu de lois qui n'autorisent pas à fournir de preuves et refusent toute publicité aux débats.

Depuis lors, la *Gazette des Médecins Praticiens*, rédigée par cet honorable confrère, a cessé de paraître, et M. Latour a eu la loyauté de publier le jugement obtenu contre lui avant de renoncer à la publication de son journal.

C'est donc avec une surprise extrême que nous avons appris que M. Gendrin venait de faire arrêter M. Latour pour le paiement des 2,000 fr. adjugés à son honneur.

Ce procédé est presque inouï d'homme à homme, de confrère à confrère ; c'est un acte que notre plume se refuse à qualifier.

La sympathie générale est acquise à M. Latour, et il ne nous appartient pas de dire en quels termes on apprécie la conduite de son adversaire.

Quant à nous, comme journaliste et comme médecin, nous devons éprouver une double indignation ; d'anciens souvenirs sont présens à notre esprit ; ils sont ranimés par cette persécution, et il nous serait impossible, désormais, d'offrir à nos lecteurs le nom du médecin qui n'a pas craint de jeter en prison notre confrère.

Les leçons sur les maladies du cœur, recueillies à la Pitié, dans son service, et que nous publions depuis quelque temps, cessent dès ce jour de paraître dans notre Journal.

La Société de médecine de Paris vient de décider que les préparations d'anatomie clastique du docteur Auzoux feraient partie de ses collections, qu'elles serviraient aux démonstrations, que l'auteur prendrait le titre de préparateur.

L'école des Beaux-Arts a pris la même décision ; depuis longtemps, à Paris, le Muséum d'histoire naturelle, l'Ecole Polytechnique, le Conservatoire, l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, l'hôpital militaire du Gros Caillou possèdent de ces modèles. Dans beaucoup de départemens de la France, et dans les écoles de presque toutes les parties du monde, ces cadavres artificiels sont en usage pour montrer ou rappeler les parties de la science qui s'oublient le plus facilement, et que l'on peut revoir sur ces pièces que l'on peut consulter à chaque instant d'une manière plus sûre et plus invariable que sur la nature même que l'on n'a pas facilement sous les yeux.

Les Académies des sciences et de médecine ont donné les plus grands éloges à cette production justement appréciée par les etrangers ; le ministre de l'instruction publique a déjà invité les conseils-généraux à doter d'un de ces modèles chaque ville principale du royaume ; tôt ou tard ce vœu sera rempli ; mais pour en apprécier la perfection et l'utilité, il faut les avoir vues.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 18 AOUT 1840. (15e ANNÉE.) N° 97, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Service de M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Amputation tibio-tarsienne d'après la méthode mixte de M. Baudens; guérison complète.

Le membre pelvien, étudié au point de vue des amputations, témoigne puissamment des efforts et des progrès de la chirurgie. Toutes les parties qui constituent cet appendice ont été visitées par le couteau et la scie, à l'exception d'une seule restée jusqu'à ce jour, pour ainsi dire, vierge et non déflorée.

Nous voulons parler de l'articulation tibio-tarsienne.

L'aspect heurté de la mortaise qu'elle représente, la force des saillies malléolaires, le défaut apparent, mais non réel des parties molles, les préjugés relatifs aux tendons, ont défendu cette brisure articulaire contre les empiétemens de notre art, et le respect religieusement observé à son égard a donné bien des entorses au précepte, d'ailleurs si sage et si éminemment chirurgical, de toujours couper les membres le plus loin possible des troncs.

Hippocrate, dont le génie a sondé la science avec tant de profondeur, n'a pas manqué, il est vrai, de signaler cette articulation aux investigations chirurgicales, mais, disons-le franchement, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours les tentatives ont échoué complètement, et l'on n'est point encore parvenu à doter cette opération de lettres de naturalisation.

Voici comment Hippocrate s'exprime dans son livre *De Articulis*, sect. IV: « *At resectiones ossium perfectæ circa articulos et in pede, et in manu, et in tibia ad malleolos*, etc.»

D'après Sabatier (t. III, p. 335), F. de Hilden, après avoir exposé les avantages qu'il croit devoir résulter de l'amputation dans les articles, assure qu'il en a fait un fréquent usage: *idque frequentissime expertus sum*. Cependant, ajoute Sabatier, on trouve peu d'exemples de cette amputation, parce que sans doute on a jugé qu'il était plus à propos de couper la jambe à quelque distance du genou, pour donner aux malades la facilité de se servir d'une jambe de bois. C'est, du moins, ce que l'on peut inférer de ce passage de Paré. « Je sais que le capitaine Leclerc, étant » sur un navire, eut un coup de canon qui lui emporta le » pied un peu au-dessus de la cheville, de laquelle plaie » il fut guéri; mais quelque temps après, voyant que sa » jambe lui nuisait, la fit couper jusqu'à cinq doigts près » du genou, et maintenant se trouve mieux à marcher » qu'il ne faisait auparavant. »

Je vous ai cité en entier l'opinion de Paré rapportée par Sabatier à l'occasion de l'amputation tibio-tarsienne, afin de la réfuter sur-le-champ en ce qui concerne le sujet que nous traitons; et, en effet, puisque le coup de canon avait emporté le pied un peu au-dessus des malléoles, n'est-il pas évident que ce fait n'a aucun rapport avec l'amputation tibio-tarsienne? Sabatier a fait ici une erreur; l'objection soulevée ne serait tout au plus applicable qu'à l'amputation au tiers inférieur de la jambe, comme Solingem la pratiquait.

Du reste, Sabatier décrit le procédé opératoire suivant, pour le cas où l'on voudrait recourir à cette amputation.

« On couperait les tégumens *autour et au-dessous de la jointure*, et après les avoir fait relever, on inciserait les ligamens latéraux du pied, en faisant glisser le tranchant du couteau de bas en haut entre les deux malléoles et l'astragale. Il serait ensuite facile de désarticuler le pied, et d'achever le retranchement de cette partie par la section des tendons et des portions de ligamens qui n'auraient pu être entamés. »

M. Velpeau, dans sa *Médecine opératoire*, publiée en 1839, t. II, p. 499, indique le mode opératoire qui suit:

« Deux incisions en demi-lune, passant, l'une sur le coude-pied, l'autre au-dessus du talon, à douze ou quinze lignes en avant et en arrière de l'articulation, se réunissant pour former une autre demi-lune de chaque côté, à un pouce environ au-dessous des malléoles, en constitueraient le premier temps.

Après avoir fait retirer la peau, on diviserait les tendons extenseurs des orteils, des péroniers, du jambier antérieur, des muscles fléchisseur du métatarse, le tendon d'Achille, les ligamens latéraux externes, latéral interne, antérieur postérieur, le plus près possible de l'articulation. Dès-lors l'astragale pourrait être séparé sans effort de la mortaise péronéo-tibiale, et être enlevé avec le reste du pied. Les moyens hémostatiques appliqués, je voudrais qu'on rapprochât les lèvres de la plaie d'avant en arrière, afin que ses angles renfermassent les pointes malléolaires. C'est pour atteindre ce but que je propose d'inciser les tégumens à quelque distance des malléoles et des échancrures articulaires, *et non tout près, comme le veulent Brasdor et Sabatier*.

Puisque nous venons de citer Brasdor, il est bon que nous sachions ce qu'il conseille au sujet de l'amputation tibio-tarsienne.

A la page 786, tome V, des Mémoires de l'Académie de chirurgie, voici ce qu'il dit: « La jambe étant tenue par un aide dans une situation horizontale, l'opérateur appliquera sa main gauche sur le dessus du pied, qu'il étendra; il prendra un couteau..., le portera au-dessous de la malléole opposée, et le ramènera en le conduisant par dessus le col du pied, au-dessous de l'autre malléole. Il sera nécessaire d'appuyer fortement pour couper en leur entier les ligamens qui attachent le pied aux malléoles, et toutes les parties molles qui se trouvent dans le trajet de cette section. Au-dessous des malléoles, le tranchant du couteau sera dirigé obliquement de bas en haut; l'opérateur, sans faire de violence, tendra peu à peu à luxer le pied du côté de la malléole au-dessous de laquelle il aura commencé l'incision.

L'articulation de l'astragale avec le cuboïde s'ouvre très facilement, c'est à quoi il faudra prendre garde, parce que l'astragale étant détaché du cuboïde est plus difficile à ôter de la cavité articulaire formée par les os de la jambe. Cette dernière opération une fois faite, il reste à couper le tendon d'Achille et l'opération est terminée.

L'indication de conserver de la peau pour recouvrir les faces articulaires mises à nu, n'a point lieu pour cette amputation. Comme elle représente une cavité, il faudrait que ce tégument, pour s'y enfoncer, se repliât par dessus les bords, ce que l'on ne peut espérer. Cependant les extrémités osseuses devant s'affaisser par la suite, on fera bien de porter le couteau *uu bon travers de doigt au-dessous des malléoles*.

Vous l'entendez, un bon travers de doigt au-dessous des malléoles, tandis que Sabatier, lui, dit positivement, on couperait les tégumens antérieurs au-dessous de la jointure. M. Velpeau a donc prêté à ces deux chirurgiens une opinion diamétralement opposée à celle qu'ils ont écrite, quand il dit plus haut:

« Je propose d'inciser les tégumens à quelque distance, et non tout près, comme le veulent Sabatier et Brasdor, des malléoles et des échancrures articulaires. Or, ceci posé, il résulte que les procédés opératoires de Brasdor, Sabatier et de M. Velpeau, sont absolument le même, tant sont subtils les traits qui les distinguent.

Cette revue historique pourra vous paraître un peu longue; nous tâcherons d'abréger, et notre tâche sera d'autant plus facile que l'on ne s'est guère occupé de cette amputation qu'accidentellement. Néanmoins, comme nous avons à cœur de bien établir la priorité de notre procédé opératoire, permettez-moi de demander encore à quelques chirurgiens des plus célèbres leur opinion concernant l'amputation tibio-tarsienne.

Et d'abord, remarquons que Dupuytren n'en dit pas un seul mot, lui qui a traité à fond la question des amputations dans ses immortelles leçons de clinique. Sir Astley Cooper garde le même silence; Samuel Cooper, *Dictionnaire de Chirurgie pratique*, page 96, a écrit trois lignes sur cette amputation. Il est inutile, dit il, d'exposer dans cet ouvrage la manière d'amputer l'articulation tibio-tarsienne; cette opération ne sera jamais adoptée généralement. Rossi, t. II, *Elémens de Médecine opératoire*, dont les écrits inspirent d'ailleurs peu de foi, s'exprime ainsi qu'il suit: « J'ai exécuté avec un heureux succès cette extirpation en coupant les parties molles avec deux ligatures placées une de chaque côté, faisant pour cela entrer deux fils dans le centre de l'articulation de la partie antérieure à la postérieure avec une sonde en cas de carie des os du tarse. »

Rossi ne dit pas un mot des phénomènes qui ont signalé cette opération avant, pendant et après. Combien de temps la guérison s'est-elle maintenue? L'amputé a-t-il pu marcher en appuyant sur le moignon; et dans ce cas, de quel moyen prothétique a-t-il fait usage? Sur tous ces faits intéressans rien, absolument rien. A la page 229, il se contente d'ajouter ces mots: « Tout ce qu'on a dit dans l'article précédent (amputation tibio-fémorale) doit s'entendre rejeté pour l'extirpation du pied avec la jambe. Cette opération devra se faire pour les mêmes causes, dans les mêmes circonstances et avec les mêmes précautions, conservant deux lambeaux de tégumens au moyen desquels on couvre l'extrémité des os de la jambe. Voici maintenant l'opinion de Petrunti, t. II, p. 391. Naples, 1822: « La désarticulation du pied ne se pratique jamais, au dire de Richerand, parce que la surface inégale de l'articulation et la proéminence des deux malléoles rendent difficile et presque impossible la cicatrisation; d'ailleurs le malade ne pourrait jamais s'appuyer sur cette extrémité. Tel est aussi l'avis des auteurs du grand *Dictionnaire des Sciences médicales*, à moins que la gangrène ne soit limitée dans ce membre, ou qu'une violence traumatique ne l'ait en partie désarticulée; encore dans ce cas préfère-t-on amputer la jambe dans le lieu d'élection. Bertrandi ne dit pas un mot de la désarticulation du pied.

FEUILLETON.

REVUE ETRANGÈRE.

Deuxième article. (Suite du n° 87, 23 juillet.)

MÉMOIRES D'OBSTÉTRICIE PAR M. KOEBEKE, OPÉRATION CESARIENNE (1).

Nous avons étudié, dans un précédent article, le mode de déformation du bassin signalé par M. Hoebeke, et l'influence que l'usage de l'huile de poisson paraissait avoir eue sur le développement de cette difformité. Cette seconde partie est exclusivement consacrée à l'examen des opérations césariennes pratiquées dans le but de délivrer les malades, et à l'étude des résultats qui ont été obtenus. Nous n'examinerons ici que ces points de science, ne cherchant en rien à apprécier si la méthode suivie a été la plus convenable, et si elle était indiquée dans tous les cas. Il s'agit d'un autre fait à apprécier.

Depuis le 3 décembre 1828 jusqu'au 12 octobre 1838, M. Hoebeke a eu occasion de pratiquer treize fois l'opération césarienne, c'est-à-dire beaucoup plus souvent que les praticiens les plus exercés, même dans les maisons d'accouchemens; comme nous l'avons dit, toutes les femmes avaient eu précédemment un ou plusieurs enfans dont elles avaient été heureusement délivrées.

(1) N° 87, page 347, 1re colonne du *Feuilleton*, 3e ligne du 2e alinéa: au lieu de *proscrire*, lisez *prescrire*.

Ainsi, une en avait eu 1; deux en avaient eu chacune 2; sept en avaient eu 3; une en avait eu 4; enfin, une dernière 5. Elles appartenaient toutes à la classe indigente; elles étaient fortes et bien constituées, et d'un tempérament bilioso-sanguin; une seule était d'une constitution lymphatico-sanguine, chez une autre le système nerveux prédominait. Aucune ne présentait de traces de scrofules. Il est inutile de répéter que l'affection rhumatismale et surtout la difformité avaient suivi les derniers accouchemens naturels.

Nous allons indiquer rapidement les principales circonstances de chaque observation.

1re Trente-deux ans. Convulsions depuis le troisième mois de la grossesse, très fréquemment répétées depuis le sixième. Rupture de la poche des eaux avant l'opération. Enfant vivant. Sept points de suture entrecoupés soutenus par des bandelettes. Lactation le deuxième jour. Fin des convulsions dès le moment de l'incision. Abcès le huitième jour dans l'épaisseur des parois abdominales. Guérison complète au bout d'un mois.

2e Travail commencé depuis trois jours. Gastro-hystérotomie. Enfant vivant et très fort. Suture. Lactation le troisième jour. Le sixième, accès de toux; rupture des fils et de la portion cicatrisée; nouvelle réunion après réduction des intestins. Entéro-métro-péritonite. Mort le neuvième jour.

3e Travail commencé depuis deux jours. Eaux rompues depuis vingt-quatre heures. Gastro-hystérotomie. Enfant qui meurt peu de temps après l'accouchement. Suture. Pendant la nuit la garde fait boire à la malade trois verres de vin. Entéro-péritonite aiguë. Mort le second jour.

4e Quarante-huit ans. Poche des eaux rompue. Gastro-hystérotomie. Enfant vivant. Suture. Guérison complète. La malade sort le dix-huitième jour.

5e Rupture de la poche des eaux. Gastro-hystérotomie, tissu de l'utérus épais et très résistant. Enfant qui vécut peu de temps; la tête était fortement aplatie transversalement. Suture. Le troisième jour la femme se lève pour manger. Péritonite. Mort le quatrième jour.

6e Les douleurs ont duré deux jours et ont cessé. A l'examen de l'abdomen on soupçonne une rupture de l'utérus. Gastrotomie. Enfant mort. La matrice était rompue à la partie postérieure; cet organe était fortement revenu sur lui-même, et retenait le placenta. On coupa le cordon ombilical fort court, et après avoir nettoyé la cavité abdominale, on confia la délivrance à la nature. Suture. Vomissemens et fièvre les cinq premiers jours. Expulsion du placenta le douzième jour: il était entièrement décomposé. Guérison complète le vingt septième jour.

7e Trente-trois ans. Obliquité de la matrice à droite. On fit, en conséquence, l'incision sur la partie latérale droite de l'abdomen, en lui donnant une direction oblique; l'artère épigastrique fut compromise dans la section; le bout inférieur de l'artère fut lié; le supérieur ne donnant pas de sang, on négligea la même précaution. Suture. Hémorrhagie considérable par la plaie le cinquième jour. Le quatorzième la femme alla à l'église. L'enfant vécut.

8e Trente ans. Troisième jour du travail; rupture des membranes depuis deux jours. Vomissemens, fièvre. Hystérotomie par le procédé de Solayrés. Enfant mort. Suture; convalescence au bout d'un mois. Elle contracte une affection typhoïde qui régnait dans le voisinage et meurt.

9e Trente-neuf ans. Obliquité de l'utérus à droite. Opération par le procédé de Lauverjat. On fit l'extraction d'un premier enfant; une nouvelle contraction chassa deux placentas et les pieds d'un second enfant, dont la tête était fortement engagée au détroit supérieur; les deux enfans étaient vivans. La plaie restait béante; suture. Accidens inflammatoires du cinquième au dixiè-

M. Couprie, *Thèse*, nº 110, 1825, p. 9, avance ce qui suit : « Ravaton avait proposé d'amputer le plus près possible du pied...... Les chirurgiens ont rejeté cette proposition, d'une manière trop exclusive. Une observation digne d'être citée vient à l'appui de ce que nous avançons. Un militaire, pendant la campagne de Russie, eut le calcanéum emporté par un boulet : un chirurgien fit l'amputation dans l'articulation tibio-tarsienne ; le malade guérit très-bien, reçut son congé et vint à Paris où on lui fit faire une bottine si bien perfectionnée que cet homme exerce depuis douze ans la profession de menuisier, sans ressentir aucune douleur dans le moignon. Sa claudication est peu sensible. Cet homme est aujourd'hui gardien du cimetière Sainte-Catherine. » Nous reviendrons sur ce fait tout écourté qu'il est.

D'après l'opinion attribuée par M. Couprie à Ravaton, on pourrait croire que ce dernier a pratiqué l'extirpation du pied tibio-tarsienne : il n'en est rien ; seulement ce chirurgien a amputé près des malléoles. En effet, à la page 407 du livre de Ravatore sur les plaies d'armes à feu, voici ce qu'on lit : « L'usage établi de tous les temps, quand il y a une maladie à l'un des pieds qui demande l'amputation, c'est de couper la jambe au-dessous du genou, parce que si on la conservait dans toute sa longueur, elle serait incommode et inutile au malade, qui est toujours obligé dans la suite de porter une jambe de bois. Par cette nouvelle méthode on doit la couper le plus bas que possible. Il m'est arrivé de faire l'amputation près des malléoles à un paysan, à l'occasion d'une carie ; il continua de marcher et de travailler après la guérison, par le secours d'une bottine de cuir suffisamment exhaussée, matelassée et bien lacée devant et derrière autour de la jambe. J'examinai le moignon deux ans après ; et je trouvai que la peau qui le recouvrait était aussi épaisse, aussi compacte que celle des talons. » Bien que Ravaton n'ait pas fait l'amputation tibio-tarsienne, le fait qu'il rapporte ne laisse pas que de nous intéresser, parce qu'il constate que l'amputé marchait aisément sur son pilon à l'aide d'une simple bottine.

M. Larrey dit, en parlant de cette amputation (Clinique chirurgicale, t. III, p. 667) : « Nous ne parlerons pas de l'amputation du pied avec la jambe...... Comme nous l'avons dit à l'occasion de celle qu'on pratique dans la continuité de la jambe au dessus des malléoles, cette portion du moignon serait plus nuisible qu'utile au sujet, sans parler même des chances fâcheuses que l'amputation faite à cette partie inférieure du membre offre constamment. »

M. Blandin (Anatomie topographique, p. 656), porte sur l'amputation qui nous occupe le jugement qui suit : « L'extirpation du pied, bien qu'indiquée par Hippocrate comme peu grave, ne doit point être pratiquée, d'abord parce qu'elle laisserait à nu une surface osseuse très large que l'on pourrait à peine recouvrir avec des lambeaux fournis seulement par la peau et quelques tendons ; en second lieu, parce que toute la partie inférieure de la jambe gênerait, dans l'application d'un moyen artificiel convenable. »

Quant à M. Malgaigne (Manuel de médecine opératoire, p. 343), il se borne à rapporter le procédé opératoire de M. Velpeau, cité plus haut ; il ajoute que si les malléoles faisaient trop d'obstacles à la réunion ; il n'y aurait aucun inconvénient à les retrancher, et il conclut que la somme des inconvéniens de cette opération est bien au dessus des avantages qu'on peut s'en promettre, et qu'elle est absolument à rejeter.

Nous pourrions augmenter encore le nombre de ces citations, mais toutes ont, avec celles que nous venons d'exposer, un air de famille si parfait, qu'elles seraient désormais sans intérêt aucun.

Ainsi, vous le voyez, tous les chirurgiens, tant anciens que modernes, sont unanimes pour repousser l'amputation tibio-tarsienne d'une manière absolue. Toutefois, hâtons-nous de le dire, le prudent et sage Sabatier s'abstient de blâmer cette amputation. M. Velpeau (Médecine opératoire, t. II, p. 498) croit que l'on en a exagéré les inconvéniens. « Je pense, dit-il, que si des circonstances favorables se présentaient, il serait permis de faire encore quelques tentatives à ce sujet. » M. Lisfranc, au dire de M. Malgaigne (Médecine opératoire, p. 343), n'en parlait pas dans ses leçons sans témoigner quelque regret de l'oubli dans lequel elle est plongée.

Nous avons secoué la poussière de bien des bouquins et compulsé bien des livres pour connaître si les fastes de la science contiennent quelques observations bien avérées d'amputations faites dans l'articulation tibio-tarsienne, nos investigations seront peut-être plus heureuses par la suite, pour le moment, elles n'ont produit que fort peu de résultats. Je n'ai trouvé que de x faits, encore sont-ils écourtés et bien peu concluans. Je ne rappelle pas celui de Rossi cité plus haut, et ce pour les raisons déjà émises. L'un de ces faits est rapporté par Bresdor, l'autre par M. Malgaigne, qui dit le tenir de M. Lisfranc. Voici ce que dit à ce sujet Brasdor, à la page 770, t. V, Mémoires de l'Académie de chirurgie : « Le pied d'un enfant de dix ans tomba en mortification par l'effet d'une cause extérieure ; M. Sédiller, maître en chirurgie à Laval, en fit l'amputation dans l'article même. Le malade ne parut pas souffrir beaucoup pendant l'opération, et dans la suite les pansemens ne lui furent pas bien sensibles. Il y eut peu d'inflammation et de suppuration ; les surfaces articulaires ne s'exfolièrent pas, du moins d'une manière visible. La cicatrice se fit en peu de temps et ne s'est jamais rouverte pendant douze ans que le malade a survécu. »

Vous le voyez, voilà une opération faite à la suite d'une gangrène traumatique, qui doit nous faire supposer que les parties molles ne doivent pas être en excès. Quel mode opératoire a-t-on suivi ? on l'ignore. L'amputé marchait-il sur son pilon, quelle transformation pathologique le temps avait-il amené ? La peau du moignon est-elle devenue dure et calleuse comme celle de la face plantaire du pied, les saillies malléolaires s'étaient-elles émoussées ? de tout cela pas un mot.

Voyons si nous serons plus heureux dans l'exposé du second fait. Voici ce que nous lisons dans l'Anatomie chirurgicale de M. Malgaigne : « La désarticulation tibio-tarsienne, même en enlevant la saillie des malléoles, est toujours une mauvaise opération, attendu qu'on ne peut prendre le lambeau qu'en avant et sur les côtés, et que la cicatrice se trouvant sur les os ne permettra pas au malade d'appuyer dessus sans la déchirer. M. Lisfranc citait à la vérité dans ses cours l'observation d'un concierge du cimetière Sainte-Catherine qui, amputé dans cette articulation, pouvait cependant faire plusieurs lieues de suite à l'aide d'un appareil adopté à son moignon ; cet homme avait eu seulement le pied fracassé par un boulet à la bataille d'Essling, et un chirurgien s'était borné à rendre la plaie moins inégale. La malléole externe avait été probablement emportée, car la malléole tibiale existait seule et formait le sommet du moignon. La cicatrice développée sur la surface articulaire était tendue et solide. Mais cet homme n'appuyait pas non plus sur elle : son appareil, examiné par M. Lenoir, était tel qu'il prenait un point d'appui sur la tubérosité sciatique et en outre sur le haut de la jambe ; le moignon était libre dans la bottine, et ne supportait aucune pression. »

Plus haut, c'était pour ainsi dire la gangrène qui avait fait l'amputation ; dans ce dernier cas elle a été faite pas un boulet. Il est fâcheux que le boulet n'ait pas enlevé du même coup la deuxième malléole, et qu'il n'ait pas laissé suffisamment de parties tégumentaires pour matelasser le moignon, sans quoi l'amputé aurait probablement pu marcher sur son moignon ; et il eût été piquant pour des hommes jaloux de leur art de recevoir une si singulière leçon.

Du reste ce fait est évidemment le même que celui qui est rapporté plus haut par M. Couprie ; seulement, en lisant ce que M. Couprie a écrit sur cet sujet, nous supposions que le moignon supportait tout le poids du corps dans la station et la marche. Nous le pensions d'autant mieux que M. Velpeau (Médecine opératoire, t. II, p. 498), ajoute, dans un but bienveillant pour cette opération : « Au dire de M. Couprie, on a vu long-temps un ancien militaire qui aurait subi l'amputation dont je parle pendant la campagne de Russie, et qui marchait avec une bottine ; cette bottine, imaginée par le blessé, était d'ailleurs construite par le même principe que celle de M. Mille. M. Lenoir, qui a disséqué le membre en 1834, dit que l'amputation du pied chez cet homme n'avait point été régulière, qu'une des malléoles manquait ; ce qui ne fait au reste qu'augmenter l'intérêt du résultat. »

Ce fait serait pour nous d'un très grand poids si son authenticité, telle qu'elle est établie par M. Velpeau, n'était opposée au récit de M. Malgaigne, qui nous donne une version contradictoire ; et en attendant que la vérité se fasse jour, nous n'osons pas nous prononcer entre ces deux hommes également dignes d'une haute estime.

De cet exposé, il appert, qu'y compris le fait de Rossi, toutes les richesses de la science au point de vue de l'amputation tibio-tarsienne se réduisent à trois observations tellement incomplètes, tellement avortées qu'il est impossible d'en tirer aucunes déductions sérieuses ; de sorte qu'elles deviennent à peu près nulles pour éclairer le praticien qui voudrait s'engager dans cette voie vraiment encore inconnue.

Peut-être fallait-il quelque hardiesse pour faire route sans pilote et sans boussole dans des régions dont les récifs avaient éloignés depuis tant de siècles les hommes les plus entreprenans. Cette hardiesse, nous l'avons eue ; mais nous n'avons pas été téméraires nous avons tout pesé, tout calculé de sang froid, et ce n'est qu'après nous être convaincu que les écueils pouvaient être vaincus sans de grands efforts et d'une manière certaine, que nous avons consenti à aborder l'amputation tibio tarsienne.

L'exposé qui suit permettra de constater si nous avons ou non fait fausse-route.

Et d'abord, disons que nous avons doté l'articulation tibio-tarsienne de la méthode mixte que nous avons créée et généralisée pour toutes les amputations.

Une règle absolue que nous avons posée pour toutes les amputations qui se pratiquent sur le membre pelvien, consiste dans la formation d'un très grand lambeau antérieur, lequel en tombant par son propre poids, se coude, et vient de lui-même masquer la surface saignante du moignon. Cette disposition concourt puissamment à la réunion par première intention, et abrège singulièrement la durée du traitement, en même temps qu'elle soustrait l'amputé à cette foule de péripéties désastreuses qui surviennent par la réaction vive et orageuse sur les grands viscères des larges surfaces traumatiques quand elles deviennent le siége de suppurations abondantes et de longue durée.

De même que pour les amputations tarso-métatarsienne et médio-tarsienne, nous conservons un grand lambeau dorsal au lieu de le former aux dépens de la face plantaire du pied, comme par les procédés de M. Lisfranc et de Chopart ; de même aussi pour ce qui concerne l'amputation tibio-tarsienne, nous découpons sur le coude-pied et sur le patron d'une ample guêtre un vaste lambeau tégumentaire, y compris tous les tendons, le muscle pédieux en totalité, les nerfs, le plus de tissu cellulaire possible, et la belle artère pédieuse dont les gros rameaux vont porter la vie dans tous ces tissus, sans laisser craindre qu'ils se gangrènent jamais, quelle que soit leur étendue. Par cette dissection, la face dorsale du pied est réduite à ses muscles inter-osseux et à ses ligamens nacrés et brillans. Quand le lambeau est remonté jusqu'à la hauteur de l'articulation tibio-tarsienne, on démasque les malléoles des parties qui les recouvrent ; on ouvre l'articulation en coupant les fibres minces et peu résistantes du ligament antérieur, et c'est dans le sillon transversal et articulaire qui en résulte que je porte la scie de manière à couper les saillies malléolaires au niveau de la partie médiane de la mortaise articulaire, pour mettre tout le tissu osseux sur un plan uniforme. Après cette section, je quitte la scie pour reprendre le couteau, et j'achève d'avant en arrière la division des parties molles, y compris l'artère tibiale postérieure et le tendon d'Achille le plus bas possible, à son point d'insertion au calcanéum. Le lambeau est alors rabattu après la ligature des artères, et il reste fixé par trois points de suture, en ayant soin de lier ensemble le tendon d'Achille et quelques tendons des muscles extenseurs des orteils.

A l'aide de ces préliminaires largement esquissés, il sera facile de saisir l'exposé qui suit. La pratique va venir confirmer nos vues théoriques, en ce qu'elles nous ont présenté d'avantageux au point de vue de la désarticulation du pied en totalité.

Leblanc, soldat au 53e régiment de ligne, âgé de vingt-sept ans, éprouva une légère entorse dans un service commandé, le 10 janvier 1839. Nonobstant une difficulté notable dans la marche, ce militaire, animé d'un bon esprit, voulut continuer son service ; et ce n'est qu'au bout de trois mois qu'il entra à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, où il fut soumis par mon prédécesseur, au traitement ordinaire des affections de cette nature.

Le mal empira, une carie des os du tarse survint ; le calcanéum, l'astragale et scaphoïde s'altérèrent au point de fournir une suppuration abondante qui s'échappait par une foule de pertuis ouverts au niveau des malléoles. Quelques-uns de ces trajets fistuleux s'étaient fait jour spontanément ; d'autres provenaient d'abcès phlegmoneux qu'il avait fallu ouvrir avec le bistouri. Ces abcès reconnaissaient pour cause l'envahissement de la carie, et par

---

me jour. Abcès des parois abdominales. Guérison au bout de trois semaines.

10e Trente-cinq ans. Gastro-hystérotomie. Enfant vivant. Suture. Les dix premiers jours bien-être parfait. Morte le quatorzième sans avoir présenté des symptômes de péritonite. On trouve à l'autopsie des adhérences nombreuses, tous les organes de l'abdomen avec une teinte bleu marbré, et couverts d'une couche épaisse et concrète de pus.

11e Vingt-neuf ans. Rupture des membranes. Gastro-hystérotomie. Enfant vivant. Suture. Guérison sans accidens au bout de quelques semaines.

12e Travail depuis vingt-quatre heures. Gastro-hystérotomie. Cette opérée n'éprouve aucun accident les premiers jours ; le sixième, la plaie était entièrement cicatrisée. Depuis le premier pansement, aucun suintement ne s'était fait par la plaie, aucune douleur ne s'était manifestée, le ventre était souple, la langue fraîche, les facultés intellectuelles entières ; on pouvait avec raison la considérer comme guérie, lorsque deux ou trois heures après la visite du septième jour une hémorrhagie utérine l'emporta en quelques instans. La rupture de l'utérus s'était faite à la face antérieure de cet organe et un peu du côté gauche.

Nous ne nous arrêterons pas plus long-temps sur ces faits, qui ont toute l'exactitude désirable ; ils ont été l'objet de trois mémoires académiques, et ont été vérifiés par plusieurs médecins connus. Nous citerons MM. Seutin et Marinus, puis deux professeurs à l'université de Gand, MM. Verbeck et Lutens, qui furent plusieurs fois appelés comme consultans et furent chargés par la commission médicale de Gand de constater la difformité du bassin chez les femmes qui avaient survécu à l'opération.

Quant aux résultats obtenus, M. Koebeke n'a qu'à s'en louer. Sur les douze opérations que nous venons de citer, cinq femmes seulement moururent, sept furent guéries ; si l'on ajoute à ce nombre de sept, quatre autres guérisons obtenues par le même médecin dans d'autres circonstances (Mémoire cité, page 47), on a un total de onze guérisons sur seize opérations, ou presque trois succès sur quatre opérations.

Sur treize enfans nés des douze accouchemens que nous venons de signaler, car il y avait une grossesse double avec guérison de la mère (obs. 9e), quatre seulement moururent ou furent extraits mourans. La mort de ces enfans a coïncidé avec la rupture prématurée des membranes et la rupture de l'utérus.

Ce résultat constitue un véritable succès, car si l'on consulte les auteurs, on peut voir que le chiffre de la mortalité a presque toujours été fort grand chez les femmes opérées. Selon Samuel Gooper, il n'y a pas un exemple bien avéré de guérison en Angleterre, sur quinze ou seize opérations. Selon les relevés faits par M. Velpeau, l'opération a été jusqu'ici mortelle au moins une fois sur deux. Le même chirurgien fait remarquer, et M. Dubois confirme ce fait dans ses cliniques (*Gazette des Hôpitaux*, 1840), que sur un assez grand nombre de femmes d'opérées à Paris depuis quarante ans, y compris celles qui l'ont été par M. Dubois en avril 1839 et 1840, toutes ont succombé.

Sur les douze faits que nous venons d'analyser, huit fois M. Loebeke pratiqua la gastro-hystérotomie par l'incision sur la ligne blanche ; une fois la gastrotomie seule, dans le cas de rupture de l'utérus, et trois fois le procédé de Lauverjat, par l'incision latérale. La méthode opératoire employée ne paraît avoir été pour rien dans les résultats obtenus, seulement chez la malade qui fait le sujet de la septième observation on observera après l'incision latérale la lésion de l'artère épigastrique signalée par les auteurs comme l'un des inconvéniens principaux de ce procédé.

L. M.

suite une plus grande quantité de pus ; presque toujours ils donnaient lieu, quand ils n'étaient pas ouverts de bonne heure, à un phlegmon érysipélateux de tout le pied avec douleur vive, et réaction inflammatoire sur les grands viscères.

La constitution de ce militaire, quoique taillée sur un large patron, s'était altérée au point qu'il présentait sur le corps plusieurs stygmates de scrofules. La région du col était devenue le siége d'un long chapelet de glandes engorgées, et le bras droit, près de l'attache du deltoïde, présentait trois fistules profondes d'où s'échappait de la sérosité purulente, sans cependant que l'introduction d'une sonde pût faire reconnaître d'altération osseuse.

Telle était la position de ce militaire, quand je pris la direction du service chirurgical de cet hôpital.

Je compris de suite que la conservation du membre était impossible ; il existait une petite toux sèche qui me faisait craindre la présence de tubercules dans les poumons. L'auscultation ne me fit rien reconnaître de grave ; je me contentai de faire surgir sur le thorax une multitude de boutons à l'aide de la pommade émétisée, et de prescrire chaque jour une pilule de sulfate de quinine de cinq centigrammes, pour agir à la fois comme tonique et contre la résorption purulente.

Ce malade étant ainsi préparé, j'ai fait choix de l'amputation tibio-tarsienne, et voici comment j'ai procédé :

Le patient est placé sur une table, comme s'il s'agissait de l'amputation de la jambe, l'artère crurale est comprimée sur l'arcade pubienne, et en même temps au creux du jarret par la main d'un aide intelligent.

Dans le premier temps opératoire, le tranchant d'un petit couteau à amputation, tenu de la main droite, est appliqué avec force sur le talon au dessous de l'insertion du tendon d'Achille au calcanéum, pour être ramené ensuite en coupant les parties molles jusqu'aux os d'arrière en avant, sur la ligne de démarcation des faces plantaire et dorsale du pied jusqu'à quelques millimètres de la membrane interdigitale des orteils de manière à découper une vaste guêtre. Toutefois, sur le bord interne du pied, l'incision devra tomber un peu moins bas qu'en dehors, pour éviter de comprendre dans le lambeau un petit trousseau de fibres musculaires appartenant à la face plantaire, lequel pourrait se mortifier. Le sommet de ce vaste lambeau sera arrondi, et si le chirurgien manquait d'habitude, il ferait bien d'en décrire au préalable le tracé avec une plume.

Dans le deuxième temps, je saisis vivement de la main gauche le lambeau par son sommet, je le tends avec force pour le disséquer à grands traits, et l'isoler de ses adhérences avec le tissu osseux, lequel ne doit conserver que ses ligamens, afin que ce lambeau contienne à la fois le tissu cutané, les tendons des muscles qui proviennent de la jambe, les muscles pédieux en totalité, des tissus aponévrotique et cellulaire, des veines, des nerfs, et surtout l'artère pédieuse qui règne dans presque toute l'étendue du lambeau pour lui porter les élémens nutritifs ; c'est la présence de cette artère, qui, *à priori*, m'a fait présumer que je pourrais conserver le muscle pédieux et un très long lambeau tégumentaire sans craindre la gangrène, bien que le muscle pédieux fût privé de ses attaches sur le tissu osseux. Ce lambeau doit avoir sa base au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, et immédiatement au dessus des saillies malléolaires, dont la peau est aisément détachée, à cause de la laxité du tissu cellulaire, qui assez souvent même est converti en ce point en une bourse muqueuse. Ici, les fibres minces et transparentes du ligament articulaire antérieur doivent être coupées, et cette section laisse voir un sillon transversal qui pénètre dans l'articulation.

Dans le troisième temps, un trait de scie est porté en travers dans le sillon même pour abattre les malléoles et mettre sur un plan uniforme les os qui, plus tard, supporteront le poids du corps.

Dans le quatrième temps, le couteau est repris et porté sur les parties que la scie a respectées, afin de couper d'avant en arrière des tissus ligamenteux l'artère tibiale postérieure, dont un aide s'empare à l'instant, comme il l'avait fait déjà pour l'artère pédieuse. Plusieurs tendons sont ainsi divisés, et parmi eux le tendon d'Achille, par lequel je termine l'amputation, en ayant bien soin de raser la face postérieure du calcanéum, pour conserver de ce tendon le plus possible.

A voir la vaste dénudation opérée sur le pied dont on pourrait parfaitement étudier la syndesmologie, on croirait que les tégumens sont en excès, et cependant il n'en est rien, même quand on opère sur le cadavre, et à plus forte raison quand l'opération a lieu sur l'homme vivant, parce qu'alors les tissus ont toujours acquis autour des malléoles un peu de tuméfaction par le seul fait de l'engorgement chronique dont cette région est le siége.

Sur notre opéré je n'ai eu à faire que deux ligatures, celle de l'artère pédieuse et celle de l'artère tibiale postérieure. Le lambeau abandonné à son propre poids est alors venu de lui-même masquer la surface saignante du moignon ; son sommet se trouvant en contact avec le tendon d'Achille, j'ai fixé par un point de suture ce dernier avec quelques tendons du muscle extenseur commun des orteils, dans l'espérance que le tendon d'Achille, en se rétractant plus tard, entraînerait avec lui en arrière et en haut la cicatrice. Deux autres points de suture furent appliqués à droite et à gauche du premier, et entre ces points de suture, j'ai affronté, à l'aide de bandelettes de taffetas anglais, les lèvres de la plaie d'une manière très exacte, à l'exception de l'hiatus conservé pour livrer passage aux fils des ligatures artérielles. Une compresse fenêtrée enduite de cérat fut ensuite posée sur le moignon ; elle-même fut tapissée par un large morceau de coton cardé ayant la forme d'une grande compresse carrée, et le tout fut fixé par quelques jets de bande.

Le coton a l'avantage de se mouler admirablement bien sur les parties, d'y entretenir une chaleur très avantageuse quand on a affaire, comme dans le cas dont nous parlons, à un sujet détérioré, chez lequel le vitalisme fait en quelque sorte défaut. Il a, il est vrai, l'inconvénient de ne pas absorber la suppuration ; aussi, pour y remédier quand elle est abondante, je place entre lui et la compresse qui recouvre la plaie un plumasseau de charpie de toile pour empêcher la macération du moignon dans les humidités purulentes. A part ce désavantage, auquel il est, comme on le voit, facile de remédier, je trouve que le coton ainsi disposé convient parfaitement bien pour panser les plaies qui exigent une très grande douceur.

Dès le premier jour de l'amputation, nous avons nourri notre amputé de tisanes au bouillon de poulet ; cette tisane plaît singulièrement aux malades qui sont fatigués des sirops, elle se dirige très bien et relève les forces vitales. Dès le deuxième jour, nous avons permis matin et soir un potage léger au bouillon de poulet, avec addition de quelques grammes de vermicelle, et nous avons augmenté graduellement l'alimentation. Tout alla si bien, que je ne touchai pas à l'appareil jusqu'au dixième jour. La plaie était cicatrisée dans ses quatre cinquièmes ; il restait un écartement visible au point occupé par le tendon d'Achille ; le fil de la suture avait cédé, et le tendon était remonté de deux centimètres. Je fis un pansement simple qui fut renouvelé trois jours plus tard. A cette époque, le fil des ligatures tomba ; dès ce moment, la plaie, qui était fort peu étendue, fut pansée chaque jour, et un mois après l'opération tout était cicatrisé.

Depuis long-temps le moignon est laissé à nu exposé au contact de l'air, il est masqué par un tissu cutané abondant ; les tendons et surtout le muscle pédieux lui forment un coussinet protecteur, qui permet au malade de peser de tout le poids de son corps sur ce moignon sans éprouver la moindre souffrance. Quant à la constitution générale du malade, elle s'est souverainement améliorée ; les glandes du cou sont moins fortes, les plaies fistuleuses de l'épaule se ferment, et le système sanguin paraît lutter avec avantage sur le système lymphatique.

M. Charrière s'occupe en ce moment de faire, pour notre opéré, une petite bottine lacée dans laquelle entrera un pied en liége armée d'une brisure articulée vers son quart postérieur. Cette bottine sera d'un prix très modique, et je ne mets pas en doute, d'après la disposition du moignon, qu'avec son secours, notre malade ne puisse marcher à peu près aussi facilement que s'il n'avait pas subi d'amputation. Quant à la claudication, elle sera nulle, et il faudra un œil exercé pour reconnaître la présence d'un pied artificiel.

Maintenant, voulez-vous savoir quelle sera la destinée de notre découverte chirurgicale ? Dans les premiers temps, le blâme surgira de toutes parts ; on nous accusera de vouloir innover à tout prix, même au risque de faire de la chirurgie rétrograde, de la chirurgie du 12[e] siècle, comme déjà on a eu la bienveillance de nous le dire. Nous ne nous laisserons pas abattre ; et quand nous aurons fait triompher la vérité, quand nos détracteurs seront forcés de reconnaître que cette opération est une vraie conquête chirurgicale ; quand elle aura pris droit de cité, oh ! alors la tempête redoublera ; seulement, on changera de batterie : chacun ira répétant ce passage d'Hippocrate : « *At resectiones ossium..... et in tibiâ ad malleolos* ; » et dès ce moment, nous ne serons plus qu'un plagiaire. Ainsi va le monde, et surtout le monde médical.

Quant à nous, il nous restera au fond du cœur une récompense abritée des traits de l'envie, celle que donne la conscience d'avoir fait une chose utile.

Nota. Au moment où nous mettons sous presse la leçon clinique de M. Baudens, nous apprenons que ce chirurgien vient de pratiquer une deuxième amputation tibio-tarsienne, sur un soldat de la garde municipale qui était porteur d'une carie du calcanéum par suite d'une entorse qui date de quinze mois.

Tout fait présumer que ce militaire guérira comme le premier. Il est, pour le moment, dans les plus heureuses conditions de succès.

HOTEL-DIEU DE ROUEN. — M. Ach. FLAUBERT.

Observation d'ablation de l'os maxillaire supérieur en totalité, pour une affection indépendante de cet os. Guérison.

Pierre-Louis Despretz, âgé de vingt-trois ans, garçon de ferme dans un village voisin de la ville d'Eu, d'une petite stature, ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'au développement de l'affection actuelle, né de parens qui n'ont jamais eu d'affections cancéreuses, entra à l'Hôtel-Dieu de Rouen le 2 mai 1839.

Lors de son entrée, on constata l'existence d'un polype qui, développé dans la narine gauche, s'avance jusqu'à l'ouverture antérieure de cette narine qu'il dilate, repousse fortement à droite la cloison des fosses nasales, a détruit toute la portion osseuse de la voûte palatine ; cette voûte, de concave qu'elle est habituellement, est devenue convexe ; sa muqueuse est intacte, mais elle existe seule et se moule sur la partie inférieure du polype ; la voûte osseuse a presque complètement disparu ; il n'en reste qu'une très petite portion sur les parties antérieures et latérales ; le voile mobile a changé sa direction : d'horizontal il est devenu oblique en bas et en arrière, et semble élargi ; il ne recouvre qu'une partie du polype, qui descend jusque près de l'épiglote. La couleur de ce polype est rouge, sa consistance assez dense ; il n'a jamais été douloureux et ne l'est pas encore, mais il donne lieu à des épistaxis abondantes et répétées, qui viennent spontanément, ou que produisent les causes les plus légères. Respiration gênée, bruyante surtout pendant la nuit, où, de temps à autre, il y a menace de suffocation, et toujours un ronflement incommode aux autres malades. L'air ne traverse pas la narine gauche, mais la droite est libre ; voix fortement nasillarde, mastication et déglutition pénibles ; ouïe intacte, odorat obtus. D... fait remonter à près de cinq ans l'origine de sa maladie ; il n'a employé aucun moyen pour la combattre.

Des recherches répétées à l'aid du doigt et du stylet boutonné, n'ayant pu éclairer sur le point d'insertion du polype, mon père l'attaqua successivement par l'ouverture antérieure et par l'ouverture postérieure des fosses nasales, au moyen d'un fil de chanvre passé dans un bout de sonde élastique, suivant le procédé d'A. Dubois.

Le 23 mai, la ligature fut solidement appliquée, et le sixième jour une portion de la grosseur d'un œuf de poule se détacha ; elle avait tous les caractères des polypes fibreux. Le malade fut soulagé, mais non pas guéri. Les jours suivans, une nouvelle portion fut liée avec le fil d'argent, mais sans laisser le narines libres. La portion saillante à la voûte palatine restait aussi entière et aussi grosse qu'avant l'application des ligatures, dont aucune n'avait pu l'embrasser ; on incisa d'avant en arrière toute la muqueuse qui revêt la voute palatine, et l'incision, prolongée en arrière, divisa en deux parties égales le voile du palais et la luette. Le polype fut à découvert dans une grande étendue, et on put placer sur lui une ligature en suivant le procédé déjà indiqué. Cette ligature resta appliquée dix jours, du 12 au 21 juillet ; pendant ce temps, le serre-nœud appuya sur le bord supérieur de l'aile du nez, l'écarta, et y produisit une échancrure assez profonde. A la chute de cette portion, qui était aussi volumineuse et avait les mêmes caractères que la première ; la voûte palatine présenta une large fente qui communiquait avec les fosses nasales, et offrait une grande analogie avec le vice de conformation que présentent les sujets affectés de bec de lièvre compliqué d'un arrêt de développement de la voûte palatine. Le doigt, porté par cette ouverture, distinguait encore des portions de polype ; mais D..., qui, dans ces diverses opérations, avait perdu beaucoup de sang, et qui, en outre, a des épistaxis spontanées, s'infiltra ; on le soutint avec des toniques, et, le 25 juillet, on le renvoya à la campagne, avec recommandation de revenir, quand sa maladie aurait fait quelques progrès.

Le 12 mars 1840, Despretz se présente de nouveau à l'Hôtel-Dieu ; il offre l'état suivant ; tout le côté gauche de la face est plus saillant que le droit ; la joue plus pleine et plus soutenue ; l'œil projeté en avant, l'apophyse montante du maxillaire supérieur déjetée en avant et en dehors, est désarticulée d'avec la partie correspondante de l'os propre du nez, d'où résulte entre ces deux os un écartement très sensible au toucher. La narine est plus ouverte que celle du côté droit. Toute la portion horizontale de la voûte palatine et tout le voile sont écartés l'un de l'autre sur la ligne médiane de près de trois centimètres ; la muqueuse qui, après sa section, au mois de juillet précédent, offrait deux voiles latéraux flottans, est ratatinée, et forme de chaque côté un bourrelet qui recouvre la portion restante de la voûte osseuse. Tout l'écartement que je viens d'indiquer, et la partie supérieure du pharynx, sont exactement remplis par la partie inférieure du polype, qui, comme la première fois que nous avons vu le malade, forme la paroi supérieure de la cavité buccale, mais qui, aujourd'hui, est à nu et présente des bosselures rosées, denses, petites et de volume à peu près égal entre elles. Le doigt, porté aussi profondément que possible, constate qu'en arrière la tumeur est de même consistance, plus lisse et fortement accolée à la paroi postérieure du pharynx. Le stylet boutonné, introduit par la narine gauche, ne peut pas s'engager entre les parties supérieures latérales du polype et les parois correspondantes des fosses nasales ; lorsqu'on le porte en bas, on le voit saillir dans la bouche sur les parties latérales et antérieures de la tumeur. Toutes les dents de la mâchoire supérieure sont saines et immobiles ; les os maxillaires sont sains ; pas de douleurs dans la tumeur ; larmoiement de l'œil gauche ; vision aussi parfaite à gauche qu'à droite ; les autres troubles fonctionnels sont les mêmes que lors du premier séjour du malade à l'Hôtel-Dieu ; son état général est satisfaisant, bien qu'il soit débilité par de fréquentes pertes de sang.

A deux reprises différentes, le 18 et 23 mars, mon père essaya de placer des ligatures ; mais ces essais furent infructueux ; une seule fois il parvint à saisir une partie de la tumeur ; mais le lendemain la ligature avait glissé, et l'anse de fil saillante dans la bouche fut retirée.

J'ai pensé dès lors, 1° que toutes les tentatives de ligature échoueraient comme elles avaient déjà échoué, à cause des nombreuses insertions de la tumeur ; 2° que les autres procédés seraient ou non applicables, ou aussi peu suivis de succès ; 3° que la tumeur, déjà énorme, continuerait à faire des progrès et tuerait infailliblement le malade ; 4° qu'il n'y avait qu'un moyen de salut, et que ce moyen consistait à enlever l'os maxillaire supérieur gauche ; qu'alors le polype serait largement à découvert ; que l'on pourrait agir sur lui avec connaissance de cause, et enlever le mal dans ses racines.

Mon père adopta de tous points cette manière de voir, et me chargea de l'opération, que je pratiquai de la manière suivante, le 13 avril :

Le malade est assis sur une chaise. La grande incisive gauche arrachée, je pratique alors une incision droite et légèrement oblique en dehors et en bas, qui commence au niveau et un peu en dedans de l'angle interne de l'œil, passe au côté externe de l'aile du nez, et se termine à la commissure des lèvres; une seconde incision commencée au niveau de l'angle externe de l'œil, à près de quatre centimètres en dehors, sur l'extrémité de l'arcade zigomatique, vient tomber sur la première, au niveau du bord inférieur de l'aile du nez; ces deux incisions pénètrent du premier coup jusqu'aux os. La lèvre supérieure est disséquée jusqu'à la ligne médiane; la lèvre interne de la première incision l'est ensuite de manière à isoler complètement tout le bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire. Deux incisions sont faites sur le rebord alvéolaire, l'une en avant verticale, un peu à gauche de la ligne médiane, l'autre en arrière partant du point où commence la division de la voute palatine, et venant se confondre avec la première. Je détache le lambeau supérieur triangulaire en rasant l'os, et ensuite le bord orbitaire inférieur, la face inférieure de l'orbite, et je coupe le nerf sous-orbitaire aussi profondément que possible. Un ciseau est porté horizontalement et d'avant en arrière sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur et sur le bord inférieur de l'os planum, au niveau de son articulation avec la portion orbitaire du maxillaire supérieur. Sur l'indicateur gauche, porté dans l'orbite, je glisse une aiguille à suture fort recourbée, qui pénètre par l'extrémité antérieure de la fente sphéno-maxillaire, et ressort sous le bord inférieur de l'os mallaire; cette aiguille entraîne une scie à chaînette, et le malaire est scié verticalement et d'arrière en avant. La même aiguille, portée par la narine gauche vient ressortir à la partie antérieure de la voûte palatine, et la scie qu'elle entraîne divise le maxillaire, suivant la direction des deux incisions pratiquées à la muqueuse buccale. Je porte le ciseau en arrière de la tubérosité malaire du maxillaire sur l'articulation de cet os avec le palatin, et je peux alors luxer l'os et l'enlever en totalité.

Le polype est à découvert dans une grande étendue, et l'on peut reconnaître qu'il adhère largement, en dehors, à l'aile interne des apophyses ptérygoïdes, à droite à la plus grande partie de la cloison des fosses nasales qu'il a fortement rejetée vers leur paroi externe, en haut à l'ethmoïde et au corps du sphénoïde, en arrière à la paroi postérieure du pharynx. Je cerne la tumeur avec le bistouri, et, après en avoir isolé toute la partie antérieure, je l'enlève pour me donner plus de facilité; la partie postérieure est saisie avec une érigne, et, me servant tantôt de ciseaux courbes, tantôt du bistouri, je parviens à l'enlever en totalité, et à ne laisser sur les os que la partie intimément adhérente; j'ai enlevé de la paroi postérieure du pharynx un lambeau ovalaire, dont le grand diamètre vertical a au moins trois centimètres d'étendue, et qui n'intéresse que la muqueuse. L'aspect et la consistance des nombreux et larges pédicules, reconnaissables à leur couleur plus blanche que celle des tissus voisins, n'indiquant point de dégénérescence cancéreuse, je n'applique pas les cautères rougis qui étaient préparés. Deux points de suture à points séparés rapprochent la partie supérieure de la première incision, celle qui correspond au sillon naso-génien; sept points de suture entortillée réunissent les autres incisions, savoir: trois points pour la partie de la première incision comprise entre l'aile du nez et la commissure des lèvres, et quatre pour la seconde incision.

Après l'ablation du maxillaire, et pendant la dissection de la plus grande partie de la tumeur, le malade a perdu une grès grande quantité de sang qui venait en nappe de la partie supérieure du polype et de plusieurs points à la fois; il y eut, pendant cette seconde partie de l'opération, deux syncopes et, à deux reprises aussi, des convulsions très prononcées; avant la fin de la dissection, ces deux accidens avaient cessé, et l'hémorrhagie avait cessé également.

Examen des parties enlevées. 1° Le maxillaire supérieur, isolé aux paints indiqués, et fortement aplati de dedans en dehors, de sorte que son sinus est presque complètement effacé; il ne reste qu'une très petite cavité qui est refoulée à la partie supérieure de l'os; sa partie inférieure n'en présente plus de traces. La face externe de l'os n'est pas altérée, l'interne est légèrement concave; la supérieure offre le nerf sous-orbitaire qui a été coupé à un centimètre en arrière du point où la gouttière qui le reçoit se convertit en canal. Le canal nasal est aplati de dedans en dehors; il est presque entièrement oblitéré à sa partie inférieure. La portion horizontale de l'os est réduite à une lamelle osseuse fort mince dirigée en bas, et dont le bord inégal et tranchant se perd entre les deux feuillets de la muqueuse, qui se réfléchit sur lui, pour passer de la cavité buccale dans les fosses nasales; le cornet inférieur réduit à une lame osseuse fort mince, flexible, sans rugosités, est légèrement concave en sens inverse de sa courbure normale, et accolé à la face interne de l'os maxillaire sur laquelle il se moule. La muqueuse des fosses nasales, saine, remarquable par sa ténuité et le poli de sa surface, se continue sans interruption avec la muqueuse qui appartient à la voute palatine. Aucune adhérence n'existait entre le polype d'une part, et le maxillaire ou sa muqueuse de l'autre.

2° En réunissant les deux parties du polype, on a une tumeur qui, sans en avoir la forme, a le volume d'une orange, et qui, par ses caractères, semble tenir le milieu entre les polypes fibreux et les sarcomateux; elle est dense, ferme, pesante, crie sous le bistouri, résiste à la section, est composée de fibres ou faisceaux blanchâtres, entrecroisées comme les premiers, et qui, comme eux, n'était pas douloureuse. Elle se rapproche des polypes sarcomateux, en ce qu'elle est colorée assez fortement à la surface, que çà et là elle contient entre les fibres plus de vaisseaux sanguins qu'il n'y en a dans les polypes fibreux, et qu'enfin elle donnait lieu à des hémorrhagies abondantes et répétées.

Dans la journée, il ne s'est écoulé par la bouche de l'opéré que peu de liquides, le pouls est resté calme et faible.

14. Il y a eu quelques heures de sommeil, plénitude et fréquence du pouls, moiteur de la peau; pas de douleurs. Limonade.

15. Même état général; tension et rougeur de la joue, dues à la présence des aiguilles; les paupières de l'œil gauche participent à cette inflammation, et sont infiltrées; parole très difficile. Limonade.

16. Larmoiement; tension et rougeur des paupières et de la joue moindres. Pas de selles depuis le jour de l'opération; pouls encore un peu plein et fréquent; état général très satisfaisant. Lavement, soupes.

17. Le mieux continue; l'inflammation de la joue est tout à-fait tombée.

18. Cinquième jour de l'opération: je retire les épingles et les deux fils de la suture séparée. Dans la journée, Desprez se sent assez fort pour se lever sans qu'on le lui ait permis, et pour descendre de la salle qui est au second étage se promener dan la cour.

19. Les fils sont tombés; les deux incision sont reunies par une cicatrice linéaire. Plus de larmoiement.

20. D..... commence à manger du pain, et le fait avec assez de facilité.

22. Il ouvre aisément la bouche, et l'on peut voir les surfaces qui ont été mises à nu, les unes recouvertes de petits bourgeons charnus, les autres enduites d'une couche assez épaisse de pus blanchâtre, adhérent. (Gargarismes émolliens; exposer la bouche à la vapeur d'eau tiède). Le larmoiement a complètement cessé; il n'y en a eu que pendant trente-six heures environ. Sans doute il était dû à l'engorgement inflammatoire qui a suivi l'opération, engorgement qui portait sur les conduits lacrymaux ou sur la portion restante du sac.

Le mieux continue les jours suivans, et le 30 avril Despretz quitte l'Hôtel-Dieu complètement guéri; sa joue est aussi gaosse et aussi bien soutenue que l'autre.

(*Arch. gén.*)

Paris, le 16 août 1840.

Monsieur et très honoré confrère,

Tout en vous remerciant bien sincèrement de votre article sur les rigueurs exercées contre moi par M. Gendrin, permettez-moi de rectifier un seul mot de cet article. Vous citez que la *Gazette des Médecins-Praticiens* a cessé de paraître. Non, Monsieur et honoré confrère; ce journal s'est réuni à *L'Esculape* en lui apportant son titre, sa clientelle et sa rédaction.

Vous comprendrez facilement, Monsieur le Rédacteur, combien il m'importe, dans la situation où m'a placé M. Gendrin, de ne pas laisser croire que j'aie manqué à aucun engagement pris avec mes souscripteurs.

Veuillez agréer les sentimens bien dévoués de votre confrère.

LATOUR (Amédée).

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 20 AOUT 1840. (15e ANNÉE.) N° 98, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5[illegible]

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Résumé général de la clinique pendant le mois de juillet 1840.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

La première catégorie, comprenant les malades qui sont entrés antérieurement au 1er juillet, et sont encore dans nos salles à cette époque, renferme 29 malades, répartis de la manière suivante.

Première classe. Cas chroniques ou sub-aigus, au nombre de 20.

Affections organiques du cœur ou de l'aorte. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 20, sorti le 1er août; *ibid.*, 12, encore à l'hôpital; *ibid.*, 17, encore à l'hôpital. Salle Sainte-Madeleine, 14, sortie le 26 juillet.

Anémie, hypochondrie. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 18, sorti le 17 juillet.

Bronchite chronique, emphysème. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1, sorti le 18 juillet; *ibid*, 8, sorti le 18 juillet.

Affections des centres nerveux. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13, sorti le 6 juillet, *ibid.*, 23; encore à l'hôpital. Salle Sainte-Madelaine, 9, encore à l'hôpital.

Fièvres éphémère, et intermittente douteuse. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 22, sorti le 9 juillet; *ibid.*, 25, sorti le 11 juillet.

Phthisie pulmonaire. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14, mort le 31 juillet; *ibid.*, 21, encore dans les salles.

Idem. Salle Sainte-Madelaine, 2, mort le 16 juillet; *ibid.*, 1, encore dans les salles.

Embarras gastro-intestinale. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 19, sorti le 9 juillet. *Idem*, salle Sainte-Madelaine, 8, encore dans les salles.

Cystite chronique. Salle Sainte Madelaine, 5, encore à l'hôpital.

Tympanite nerveuse. Salle Sainte-Madelaine, 6, sortie le 12 juillet.

Seconde classe. Cas aigus au nombre de 9.

Pleuro-pneumonie au second degré. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Mort le 23 juillet. Ce malade est celui dont nous avons parlé dans notre dernier résumé, et qui parfaitement guéri de la pneumonie pour laquelle il était entré à la Charité, le 9 juin, fit une rechute à la suite d'une visite pendant laquelle sa femme lui apporta des alimens. Un érysipèle phlegmoneux du bras droit était venu, dans les derniers temps, compliquer encore le fâcheux état du malade.

Rhumatisme articulaire, 4 cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10; encore dans le service. *Ibid.*, 2; sorti le 12 juillet. *Ibid.*, 3; sorti le 15 juillet. *Ibid.*, 16; encore à l'hôpital.

Fièvre typhoïde, 4 cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 5; sorti le 13 juillet. *Ibid.*, 7; sorti le 16 juillet. *Ibid.*, 26; sorti le 2 août. *Ibid.*, 11; sorti le 15 juillet.

DEUXIÈME CATÉGORIE.

Cette catégorie comprenant les malades entrés depuis le 1er juillet jusqu'au 31 du même mois, renferme 48 cas, divisés en deux classes.

Première classe. Affections chroniques ou sub-aiguës, au nombre de 32, répartis de la manière suivante :

Bronchite chronique,	4
Affections organiques du cœur,	3
Chlorose, ou état anémique,	7
Coliques saturnines,	2
Affection des centres nerveux,	2
Rhumatisme chronique apyrétique,	3
Lumbago,	2
Sciatique rhumatismale,	1
Embarras gastro-intestinal,	1
Bronchite sub-aiguë, avortement,	1
Pleurésie chronique,	1
Courbature,	1
Céphalalgie (1),	1
Hémorrhoïdes,	1
Tumeurs squirrheuses épiploïques,	1
Fièvre intermittente,	1
	32

Deuxième classe. Maladies aiguës au nombre de 16.

Amygdalite, 2 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 5. Homme de vingt ans, malade depuis trois jours. Une saignée de 3 palettes, 20 sangsues. Convalescence le deuxième jour.

2° Salle Saint Jean-de-Dieu, 24. Homme de vingt ans, malade depuis huit jours. Une saignée de 3 palettes et demie, 20 sangsues. Convalescence le troisième jour. Sorti le 3 août parfaitement guéri.

Rhumatisme articulaire, 4 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Rhumatisme articulaire aigu avec épanchement dans l'articulation du genou droit. Cas moyen. Homme de vingt-six ans, malade depuis onze jours. Trois saignées, dont une locale, un vésicatoire. Convalescence le quatrième jour. Quelques douleurs ayant persisté dans un genou et une épaule pendant une huitaine de jours, deux vésicatoires volans furent appliqués. Total de sang retiré, 8 palettes (1000 grammes). Durée de la maladie, trois jours; depuis le début, 14 jours.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Rhumatisme articulaire aigu généralisé, rebelle aux saignées ordinaires, avec un peu d'endocardite; cas assez grave. Homme de quarante-huit ans, malade depuis sept jours. Cinq saignées, dont une locale; 15 palettes (1875 grammes). Convalescence le sixième jour. Durée de la maladie, six jours; depuis le début, treize jours.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Rhumatisme articulaire aigu généralisé, endocardite; cas grave. Homme de vingt-neuf ans, malade depuis six jours. Six saignées, dont une locale; 19 palettes (2375 grammes). Durée, depuis le début, quatorze jours; depuis l'entrée, huit jours. La convalescence se déclara le huitième jour.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 22. Affection sub-inflammatoire du genou droit avec épanchement considérable dans l'articulation; cas grave. Homme de dix-sept ans, malade depuis huit jours. Une saignée, deux applications de ventouses, dix palettes (1250 grammes). Convalescence le quatrième jour. Durée, depuis le début, onze jours; depuis l'entrée, trois jours.

Fièvre typhoïde. 6 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Affection typhoïde mal caractérisée, avec fièvre médiocre; cas léger. Pas d'émissions sanguines. Sorti sept jours après son entrée, bien guéri.

2° Salle Sainte-Madelaine, 7; symptômes de fièvre typhoïde sous forme inflammatoire encore mal caractérisée. Cas assez léger. Femme de dix-huit ans, malade depuis quinze jours. Une saignée de 3 palettes (375 grammes). Convalescence le troisième jour.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4; entéro-mésentérite bien caractérisée; mal traitée par les purgatifs. Cas moyen. Homme de vingt ans; malade depuis dix jours. Cinq saignées, dont deux locales; 15 palettes (1875 grammes). Convalescence le sixième jour. Durée, depuis le début, quinze jours; depuis l'entrée, cinq jours.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25. Entéro-mésentérite-typhoïde bien caractérisée, au commencement de la 2e période; cas moyen. Homme de vingt-six ans; malade depuis cinq jours. Trois saignées, dont une locale; 9 palettes et demie (1185 grammes). Convalescence le dix-septième jour.

5° Salle Saint-Jean de-Dieu, 11. Entéro-mésentérite-typhoïde bien caractérisée, vers la fin de la première période. Cas assez grave. Homme de vingt ans, malade depuis huit jours. Quatre saignées, dont deux locales; 12 palettes (1500 grammes). Convalescence de l'entéro-mésentérite le septième jour. Quelques jours après la confirmation de la convalescence imprudence du malade; pneumonia; une saignée; trois vésicatoires. (Etat toujours très grave aujourd'hui 1 août.)

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4. Entéro-mésentérite bien caractérisée, vers le commencement de la deuxième période. Cas assez grave. Homme de vingt-trois ans, malade depuis six jours. Six saignées, dont deux locales; 17 palettes et demie (2125 grammes). Convalescence le douzième jour. Durée, depuis le début, dix-huit jours; depuis l'entrée, onze jours.

Erysipèle, 1 cas.

Salle Saint-Jean de-Dieu, 9, vingt-quatre ans, malade depuis trois jours. Deux émissions sanguines, 30 sangsues; 9 palettes (1125 grammes). Convalescence le cinquième jour.

Variole, 2 cas.

1° Salle Sainte-Madelaine, 3. Femme de vingt-cinq ans, malade depuis quinze jours. Pas d'émission sanguine. Convalescence le quatrième jour.

2° Salle Sainte-Madelaine, 12. Femme de vingt-quatre ans. Saignée de 3 palettes (375 grammes). Convalescence le quatrième jour.

Péritonite, 1 cas.

Salle Sainte-Madelaine, 2. Femme de vingt-trois ans, malade depuis sept jours. Deux saignées, dont une locale; 6 palettes (750 grammes). Convalescence le quatrième jour.

— Nous n'avons, pour le mois de juillet, aucun cas funeste à mentionner; voici, du reste, le relevé de ces 16 cas aigus traités par la nouvelle formule des saignées :

Rhumatisme articulaire, 4 cas :	1 moyen.
	1 assez grave.
	2 graves.
Fièvre typhoïde, 6 cas.	2 légers.
	2 moyens.
	2 assez graves.
Erysipèle,	1 cas.
Variole,	2
Péritonite,	1
Amygdalite,	2
Total,	16.

Passage à l'état chronique, *nul*.
Mortalité, *nulle*.

Ajoutons ces 16 cas aux 63 des mois précédens, et nous aurons :

Entéro-mésentérites typhoïdes.	Avril,	11	
	Mai,	4	
	Juin,	5	
	Juillet,	6	— 26
Rhumatisme articulaire.	Avril,	1	
	Mai,	3	
	Juin,	5	
	Juillet,	4	— 13
Pleuro-pneumonies.	Avril,	6	
	Mai,	4	
	Juin,	4	— 14
Pleurésie.	Mai,	2	
	Juin,	1	— 3
Péritonite.	Avril,	3	
	J in,	1	
	Juillet,	1	— 5
Variole, rougeole, scarlatine.	Avril,	4	
	Mai,	1	
	Juillet,	2	— 7
Amygdalite.	Juillet,	2	— 2
Méningite, etc.	Avril,	2	— 2
Erysipèle, angine, bronchite, etc.	Avril,	5	
	Mai,	1	
	Juillet,	1	— 7
Total général,			79

En présence de pareils résultats basés sur des faits authentiques, dont le nombre augmente de jour en jour, est-il permis de s'élever encore, comme on le fait si souvent, contre la formule nouvelle selon laquelle les saignées sont mises en usage à la Charité. Et cependant l'on n'a pas rougi de dire, dans un journal publié tout récemment, « que les doctrines de M. Bouillaud sont dangereuses; qu'il est plus qu'imprudent de placer entre les mains des jeunes médecins un instrument aussi terriblement rapide et meurtrier que les saignées coup sur coup; et que l'on est effrayé en lisant les bulletins de la Charité, du nombre de palettes de sang que puise dans les veines des malades la lancette sanguifluente de M. Bouillaud! »

Laissons s'effrayer à loisir l'auteur anonyme de l'article auquel je fais allusion, les faits répondront suffisamment.

F...

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Affection cancéreuse de la face s'étendant : 1° du bord libre de la lèvre inférieure au bord inférieur de l'os maxillaire inférieur; 2° d'un demi-pouce en dehors de la commissure gauche à un pouce en arrière de la commissure du côté opposé. Réparation complète de la lèvre inférieure et d'une petite partie des joues par des tissus pris sur les partie antérieures et latérales du cou. Guérison en quinze jours sans presque aucune difformité. Par M. Lisfranc.

Le 20 juin est entré à la Maison de médecine opératoire un malade âgé de cinquante-cinq ans, d'un tempérament sanguin.

Commémoratifs. Il y a une dizaine d'années, M. G... vit au centre de sa lèvre inférieure un petit bouton de la grosseur d'une lentille, dont il fut débarrassé à l'aide de l'excision et de plusieurs cautérisations avec la pâte arsenicale de Dubois. La guérison eut lieu pendant trois ans; à cette époque, deux excroissances semblables à la première se déclarent vers les commissures labiales; elles disparaissent par l'usage des mêmes moyens; plus tard elles sont remplacées par des ulcérations de mauvaise nature, qui se cicatrisent, et se montrent de nouveau accompagnées de douleurs lancinantes, et affectant le caractère serpigineux. M. G... n'a jamais eu de maladies syphilitiques; aucun membre de sa famille n'a été victime du cancer.

(1) Ce cas de céphalalgie intense, sans aucun autre symptôme morbide, fut traité par l'application du topique dont M. Raspail a donné dernièrement la formule. Cinq à six heures après cette application, la céphalalgie avait disparu complètement.

Il est bien entendu que, ne possédant qu'un seul fait, nous ne faisons que l'indiquer sans prétendre en tirer la moindre conclusion.

Etiologie. Quelle est la cause de la maladie dont M. G... est affecté ? Il a contracté la pernicieuse habitude de fumer la pipe et de boire de l'eau-de-vie à jeûn ; il est probable qu'il ne faut pas chercher ailleurs la véritable origine du mal, d'autant plus que dans le pays habité par le malade plusieurs individus se trouvent dans le même cas que lui pour s'être adonnés à l'usage du tabac et des liqueurs alcooliques. Ajoutons à cela que M. G..., qui se livre habituellement aux travaux de la campagne, ne les a jamais interrompus, s'exposant en conséquence aux rigueurs atmosphériques, sans chercher à préserver du froid sa lèvre inférieure, laquelle, en outre, irritée par des cautérisations intempestives, a dû passer à l'état carcinomateux. Eu égard à ces diverses circonstances, l'opération se trouve parfaitement indiquée ici, et il est permis d'espérer que la récidive n'aura pas lieu.

Etat du malade à son entrée à la maison de santé. — Constitution assez vigoureuse, organes remplissant parfaitement leurs fonctions, grande énergie morale ; lèvre inférieure détruite dans toute sa circonférence dans une étendue de plusieurs lignes ; l'os maxillaire ne paraît pas envahi par le cancer, il semble cependant le siége d'un peu d'hypertrophie ; les ganglions cervicaux ne sont pas engorgés. La maladie s'étend du bord libre de la lèvre inférieure jusqu'au bord inférieur de l'os maxillaire ; elle part à gauche d'un demi-pouce en dehors de la commissure de ce côté, jusqu'à un pouce en arrière de la commissure du côté opposé.

Manuel opératoire. Le 28 juin, M. Lisfranc procède en trois temps à l'opération de la manière suivante :

1° Il commence par enlever les parties molles à l'aide d'une incision semi-lunaire et de deux incisions horizontales : le sang coulant en abondance, on fait de suite une dizaine de torsions ou de ligatures, afin de ne pas être gêné ultérieurement.

2° Pendant qu'un aide assujétit le larynx, M. Lisfranc porte le bistouri sur la ligne médiane jusqu'au cartilage thyroïde, dissèque les deux lambeaux sur les côtés de la région cervicale, en ayant bien soin de ne pas léser d'organes importans ; puis ramène en haut avec la plus grande facilité les tissus pris sur le cou afin de remplacer la lèvre inférieure qu'il vient de sacrifier.

3° L'opérateur, convaincu par la vue et le toucher, que les parties superficielles du maxillaire inférieur ont été envahies par la maladie, pratique l'avulsion de plusieurs dents ; puis, armé de tenailles incisives, il emporte le rebord alvéolaire et rugine dans plusieurs points de sa circonférence, l'os présentant une teinte légèrement ardoisée avec un peu de ramollissement ; enfin, pour éviter l'inflammation du lambeau que pourrait amener la saillie du menton, il en effectue l'ablation à l'aide de la scie. L'écoulement sanguin tout à fait arrêté, M. Lisfranc réunit par première intention au moyen de la suture entortillée : il place quatorze épingles autour desquelles il passe au milieu et sur les côtés un gros fil ciré qu'il attache au bonnet de l'opéré, dans le but de s'opposer à la descente du lambeau. Le malade est ensuite reporté dans son lit : la réparation de la lèvre inférieure et des tissus de la joue est complète.

Suites de l'opération. — 29 juin. Saignée de deux palettes ; applications d'axonge répétées toutes les deux heures, pour combattre un peu d'érysipèle existant sur le côté gauche du cou.

Le 1er juillet, M. Lisfranc enlève la plupart des épingles, à l'exception de celles qui réunissent les angles de la plaie. La rougeur érysipélateuse s'est montrée à droite : nous faisons des applications fréquentes de compresses fortement enduites d'axonge.

Le 2 juillet, le reste des épingles est ôté ; la réunion par première intention a eu lieu partout.

Le 4 juillet, apparition aux angles de la bouche de deux excavations donnant passage à une quantité considérable de pus qui y séjourne, et que nous avons soin d'expulser plusieurs fois dans la journée à l'aide de pressions ménagées.

Le 5 juillet, M. Lisfranc ouvre un petit abcès situé à droite et à un pouce au-dessous du menton ; il pratique en outre sur la sonde cannelée, avec la prudence qu'on lui connaît, deux contr'ouvertures au niveau des trous dont nous venons de parler.

Le 7 juillet, nouvelle contr'ouverture en dehors des jugulaires, pour faire cesser un décollement assez considérable de la peau, par suite de l'infiltration purulente.

Le 10 juillet, en pressant comme d'habitude sur les tégumens du cou, nous sentons rouler sous le doigt une espèce de corde que nous prenons pour le muscle omoplat-hyoïdien, lorsque nous apercevons au centre de la contre-ouverture la plus inférieure, un peu de tissu cellulaire frappé de mort. Le saisissant alors avec des pinces, nous faisons sortir un bourbillon pelotonné, cylindrique, long d'un pouce et demi et de la grosseur de la moitié du doigt auriculaire. A dater de ce moment l'érysipèle disparaît complètement, et les petites excavations signalées se remplissent de bourgeons charnus. On touche pendant quelque temps le bord alvéolaire avec le nitrate d'argent, et on le préserve du contact de la salive au moyen d'une compresse recouverte de cérat saturnin, qui a également pour effet de raffermir la cicatrice. Enfin M. G. quitte la Maison de médecine opératoire parfaitement guéri, et presque sans aucune difformité.

Conséquences pratiques. Cette observation démontre de la manière la plus évidente combien M. Lisfranc a raison d'insister très souvent dans ses leçons sur la nécessité de l'alliance de la médecine à la chirurgie. Le malade qui donne lieu à ces réflexions a éprouvé des accidens fort graves qui ont été enlevés à leur début par le chirurgien de la Pitié. Tout le monde connaît les dangers d'un érysipèle de la face, qui peut être jugulé, malgré l'opinion de certains praticiens, dont la doctrine consiste à ne rien faire. Or, ici, non-seulement la réunion par première intention eût pu être compromise, mais le voisinage du cerveau devait inspirer des craintes sérieuses ; une saignée pratiquée le soir même de l'opération, des applications d'axonge répétées toutes les deux heures ont conjuré l'orage.

Nous signalerons encore un circonstance remarquable relative aux excavations qui se sont déclarées vers les angles de la bouche ; le lambeau commençait à se décoller par suite du séjour de la matière purulente ; M. Lisfranc pratique à l'instant deux contr'ouvertures avec les précautions qu'il met en usage en portant le bistouri sur le trajet des nerfs ou des vaisseaux, et il ouvre plusieurs abcès à quelques jours d'intervalle. On peut avancer, sans crainte de se tromper, que la guérison de ce malade a été le résultat de cette pratique et de la localité si hygiénique dans laquelle il a été opéré. Nous dirons, en terminant, que la méthode qui consiste à faire la levée du premier appareil le troisième ou le quatrième jour après l'opération, est meurtrière pour l'humanité ; car on ne combat alors les accidens qui peuvent survenir que lorsqu'il est impossible de s'opposer à leur marche. En adoptant au contraire les idées de M. Lisfranc, mises en pratique depuis une quinzaine d'années au moins à la Pitié, on sauve une foule d'opérés qui auraient succombé victimes de l'ancienne routine.

Nous avons dit, en décrivant le manuel opératoire, que M. Lisfranc, à partir des commissures labiales, avait incisé les joues dans l'étendue d'un demi-pouce à gauche et d'un pouce à droite, la déperdition de substance ayant été plus considérable dans ce dernier endroit ; or, on sait qu'il existe après la cicatrisation, vers les angles de réunion des lambeaux, deux bourrelets plus ou moins saillans, qui disparaissent ordinairement en partie avec le temps. A la suite des contractions des muscles de la face, nous avons observé chez ce malade que la saillie existant à droite était moins forte que celle du côté opposé, ce que M. Lisfranc attribue à son incision qu'il a prolongée davantage à droite dans le but de remplir l'indication dont nous avons parlé ; en conséquence, lorsque ce chirurgien aura à pratiquer une opération de ce genre dans les mêmes circonstances, il ne craindra pas de fendre les joues beaucoup plus qu'on ne le fait généralement.

Enfin l'on a cru que l'os maxillaire inférieur présentait une teinte légèrement ardoisée, avec un peu de ramollissement, et cependant la plupart des chirurgiens auraient pensé que la maladie n'allait pas au-delà des parties molles. Le contraire a lieu plus fréquemment, c'est-à-dire que les cancers que l'on croit profonds ne sont souvent que superficiels. C'est à M. Lisfranc que revient l'honneur d'avoir le premier, dans ces derniers temps, appelé l'attention sur cette grande vérité. Nous avons observé dans les salles de la Pitié, un malade qui portait une vaste ulcération carcinomateuse dans la région lombaire ; cet homme avait été abandonné par deux praticiens haut placés, dans la conviction où ils étaient que le mal avait envahi la colonne vertébrale. M. Lisfranc pratiqua l'opération, et il vit, à sa grande satisfaction, que le cancer avait respecté l'aponévrose des lombes.

L'expérience a démontré à ce chirurgien, que les tissus denses, en général, opposaient pendant quelque temps une barrière insurmontable au virus cancéreux. On comprendra facilement à quelles erreurs peut donner lieu l'oubli de ces principes.

Nous dirons également que le praticien doit dans tous les cas examiner attentivement l'état des organes de son malade ; car, sans cette précaution, bien des revers signaleront sa carrière chirurgicale. Un professeur de l'Ecole cependant disait dernièrement que la phthisie ne constituait pas pour lui une contre-indication dans les amputations. X.

AMPUTATION A UN SEUL LAMBEAU DES MEMBRES A UN SEUL OS (1).

Depuis Celse qui vivait quatre cents ans après Hippocrate, jusqu'au dix-septième siècle où Botal guillotinait, pour ainsi dire, le membre en le plaçant entre deux tranchets, l'amputation, ressource extrême de la chirurgie, a été pratiquée d'un grand nombre de manières.

De toutes les méthodes suivies pour l'amputation dans la continuité des membres, deux sont restées : la méthode circulaire et la méthode à lambeaux. La première est, le plus souvent, employée dans l'amputation des membres à un seul os ; la seconde pour les membres à deux os.

Après avoir étudié et comparé ces deux méthodes, j'ai été amené à mettre en pratique, pour l'amputation de la cuisse et du bras, un procédé qui réunit les avantages de la méthode à lambeaux à ceux de la méthode circulaire, sans avoir les inconvéniens qu'on reproche à l'une et à l'autre.

Voici ce procédé pour la cuisse :

Le sujet et les aides convenablement disposés, le chirurgien saisit d'une main les chairs antérieures du membre qu'il écarte de l'os, enfonce de l'autre main, de part en part, un couteau tenu à plat, rase la partie antérieure du fémur, et taille un lambeau semi-lunaire de six à sept pouces.

L'opérateur reporte son couteau à la base du lambeau, qu'un aide est chargé de relever, coupe les chairs qui restent en arrière, comme dans la méthode circulaire, et scie l'os, en écornant, s'il le juge convenable, son bord antérieur et supérieur.

Au lieu de commencer le lambeau par une ponction de dedans en dehors, on peut le découper de dehors en dedans, c'est-à-dire de la peau vers l'os.

On peut encore tailler carrément le lambeau unique ; si alors les mesures sont bien prises, rien n'est facile comme d'affronter parfaitement les lèvres de la plaie.

Ce procédé peut s'appliquer, comme il est facile de le concevoir, au bras ; cependant pour ce membre, nous lui préférons la méthode circulaire.

Sans tenir compte de la facilité et de la prestesse avec lesquelles se pratique ce nouveau procédé, il nous a paru présenter les avantages suivans :

Le lambeau s'applique par son propre poids et facilite par sa disposition la réunion par première intention qui, de cette manière, peut s'obtenir très promptement.

L'os placé à la partie moyenne, sous un volume de chair assez considérable, ne tend pas comme dans les autres procédés à s'échapper par les angles de la plaie.

Cette dernière se trouvant au point le plus déclive, les fluides s'écoulent d'eux-mêmes et par le trajet le plus direct.

En cas d'hémorrhagie, il suffit de soulever le lambeau pour apercevoir le vaisseau qui la fournit, le tordre ou le lier. La principale artère se trouve à l'angle interne et au niveau de la plaie.

Ce procédé fait éviter la conicité du moignon, la saillie, l'exfoliation de l'os, les tiraillemens nécessités par les pansemens ou par la recherche des vaisseaux qui viennent à donner du sang, primitivement ou secondairement.

L'étranglement du moignon, le décollement, la gangrène de la peau, ne sont pas à craindre, et la phlébite, que sa cause première soit l'inflammation des veines ou l'absorption du pus, a peu de chances pour elle, la surface de la plaie étant abritée contre les causes externes. La cicatrice, dans cette méthode, est linéaire, ne se trouve pas au centre du membre ; elle est hors d'atteinte des chocs extérieurs. Cette disposition, jointe à la masse musculaire qui forme et termine le moignon, facilite l'application d'un membre artificiel. Félix LEGROS.

(1) Une lecture récemment faite à l'Académie de médecine me fait désirer la reproduction de cet article, inséré textuellement dans le Journal des Connaissances médico-chirurgicales, année 1834, page 174.

La méthode que j'y préconise, je l'ai inventée, bien consciencieusement, il y a plus de quinze ans, comme pourraient au besoin l'attester les chirurgiens d'hôpitaux : Caillard, Laugier, Manec, Robert, etc. Est-ce à dire qu'elle n'a pas été mise en usage avant moi ? Mes prétentions ne vont pas jusque-là ; car je sais que si l'axiome *nil sub sole novum* est vrai, c'est surtout en chirurgie où la même invention est inventée à des périodes plus ou moins rapprochées, et sans parler de ces découvertes de tous les jours qui soporifient chaque semaine nos académies, ne savons-nous pas que l'antiquité serait en droit de revendiquer les plus belles de nos opérations modernes. Galien n'indique-t-il pas la torsion des artères ? Rhazès n'a-t-il pas assisté à une résection de mâchoire inférieure ? Et Sanctorius ne pratiquait-il pas, en 1580, la lithotritie avec une *pince à trois branches et un foret* ?

D'où il faut conclure tout bas que le *suum cuique*, si fréquemment invoqué, laisse le plus souvent sous-entendu un verbe (très actif aujourd'hui) *Rapere*. L. L.

RÉCLAMATION DE M. GENDRIN. — RÉPONSE.

Nous recevons par huissier la réclamation suivante, que nous publions avec son protocole :

L'an mil huit cent quarante, le dix-sept août, à la requête de M. Augustin-Nicolas Gendrin, demeurant à Paris, rue de Grand mont, n° 14, pour lequel requérant domicile est élu à Paris, rue des Pyramides, n° 3, en l'étude de Me Estienne, avoué près le tribunal civil de la Seine ; j'ai, Claude Castoul, huissier près le tribunal civil de première instance de la Seine, séant à Paris, y demeurant, rue des Bourdonnais, n° 12, patenté le 4 juillet dernier, n° 116, 3e classe ;

Soussigné, signifié, déclaré à M. le docteur Fabre, rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, rue de Bussy, n° 13, audit domicile, où étant et parlant à la portière de ladite maison, ainsi déclaré ;

Que le seize août présent mois, le requérant a écrit au susnommé la lettre dont la teneur suit, avec injonction de l'insérer dans son plus prochain numéro : A Monsieur le docteur Fabre, rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, rue de Bussy, n° 13. — Monsieur, dans le dernier numéro de votre journal, vous exprimez votre indignation parce que j'ai fait exécuter contre M. Latour, un arrêt qui le condamne pour diffamation envers moi. Cet acte, que vous qualifiez d'inique, vous a rappelé des *souvenirs* : je conçois que ces souvenirs pèsent sur votre conscience. C'est vous, Monsieur, qui avez publié en mil huit cent trente-deux les inculpations qui ont servi de prétexte aux calomnies depuis lors répandues contre moi ; vous à qui je n'ai jamais fait de mal, à qui j'avais même pu rendre quelques services à votre arrivée à Paris, en mil huit cent vingt-sept. — Le jugement de première instance, et l'arrêt de cour royale qui ont atteint M. Latour, ont été rendus après de longues plaidoiries dans lesquelles les explications les plus détaillées ont été données, où la production des pièces et des documens n'a été gênée en aucune manière ; j'aurais plus gagné que M. Latour, à ce que la presse pût rendre compte des débats. Quant à l'exécution du jugement et de l'arrêt, il n'a dépendu que de M. Latour de la rendre moins rigoureuse. Il n'avait qu'à renoncer à la position hostile qu'il a prise contre moi. Etait-ce devant des menaces que je devais consentir à des concessions ? Je n'ai eu recours à l'incarcération qu'après avoir fait constater que M. Latour s'est mis à l'abri de tout autre moyen coercitif. M. Latour ne doit pas seulement les dommages et intérêts, il n'a pas payé un centime sur les frais que j'ai dû avancer pour obtenir justice. J'ai déclaré à l'audience que les dommages et intérêts étaient destinés aux pauvres. Monsieur, les calomnies

répandues contre moi, dans le but évident de me ruiner, de détruire ma réputation, d'arrêter mes travaux scientifiques et d'empêcher mon enseignement, doivent avoir un terme. On m'a réduit à demander justice et réparation aux lois de mon pays; j'ai obtenu justice et je l'obtiendrai encore s'il le faut, avec l'appui des hommes véritablement indépendans. Pour ceux qui n'ont pitié que pour les diffamateurs, pour ceux qui tremblent devant un article de journal, je ne veux pas de leur sympathie, et je ne fais aucun cas de leur haine. Je vous requiers, Monsieur, comme j'en ai le droit, d'insérer cette lettre dans le plus prochain numéro de votre journal. Je suis, Monsieur, votre serviteur. Signé : Gendrin. Paris, le seize août mil huit cent quarante.

Que cependant le sushommé n'a point obtempéré aux désirs de ladite lettre,

Pourquoi, à même requête, demeure et élection de domicile que dessus; j'ai, huissier susdit et soussigné, audit domicile, étant et parlant comme dit est, fait sommation au sus-nommé de présentement et sans délai, insérer dans le plus prochain numéro de son journal la lettre à lui écrite par le requérant, en date du seize août présent mois, telle qu'elle est ici reportée;

Lui déclarant que, faute par lui de satisfaire à la présente sommation, le requérant entend se pourvoir, ainsi qu'il appartiendra, à ce qu'il n'en ignore, et je lui ai, audit domicile étant et parlant comme dit est, laissé la présente copie. Le coût est de quatre francs soixante-dix centimes.

P. C. CASTOUL.

— Voici notre réponse :

Monsieur,

Je n'ai reçu aucune lettre de vous avant cette signification qui ne m'est parvenue que le 18 au matin, et qui, pour cause, peut-être, avait été remise la veille, fort tard dans la soirée chez le concierge du bureau. Afin d'éviter de me mettre sciemment en défaut vis-à-vis des lois de septembre, pour lesquelles vous paraissez avoir la plus tendre affection, je vous ai à mon tour envoyé un *papier timbré*, pour vous déclarer que votre lettre serait insérée le 20, et n'aurait pu l'être le 18, puisque le numéro était, selon l'habitude, composé et tiré à l'heure où votre signification est arrivée.

Je vous le répète encore, Monsieur, je n'ai point reçu votre prétendue lettre du 16 août; ou votre porteur est bien infidèle, ou ce n'est là qu'une tactique de votre part dans le but de vous excuser auprès du public, car vous avez agi de même à l'égard du rédacteur de l'Esculape, qui vous a donné un démenti formel. Je vous défie à mon tour d'indiquer la personne à qui votre réclamation a été remise.

Mais, eussé-je reçu cette lettre du 16, comment pouviez-vous faire dire le 17, par votre huissier, que je me refusais à la publier? Vous recevez mon journal, et vous savez fort bien les jours où il paraît; or, du dimanche 16 au lundi 17, il ne se trouve, que je sache, ni mardi, ni jeudi, ni samedi.

Vous prétendez, Monsieur, *avoir pu me rendre quelques services en 1827*; à cette époque, vous étiez rédacteur du *Journal général de médecine*; vous avez publié quelques articles de moi, voilà les seules relations que nous ayons jamais eues ensemble; si c'est là un service, je vous l'ai rendu au centuple, car j'ai présenté le compte le plus impartial du dernier concours où vous avez figuré, j'ai publié vos leçons sur les maladies du cœur, en faisant taire le sentiment que j'éprouve à votre égard, et soyez bien persuadé, Monsieur, que ce sentiment n'est pas de la haine.

Je suis journaliste depuis plus de 15 ans, et, je le déclare hautement, *aucun souvenir de ces 15 années ne pèse sur ma conscience*; j'ai pu flétrir des actes de mauvais citoyen, démasquer des intrigues, et miner des réputations usurpées; bien loin d'en éprouver du remords, je m'en fais gloire, Monsieur, et serai toujours prêt à recommencer, convaincu que je remplis un devoir public. Durant ces quinze années, il est vrai, j'ai énergiquement protesté contre la résurrection d'un édit infâme qui ordonnait aux médecins la délation; mais pour que vous m'adressiez un reproche, ai-je jamais prétendu que votre nom soit trouvé au bas d'aucune protestation de ce genre!!!

Vous pensez, Monsieur, que *vous auriez plus gagné que M. Latour à ce que la presse pût rendre compte des débats*; avec des intentions aussi libérales, puisque vous aviez à vous plaindre de moi en 1832, que ne m'attaquiez-vous devant les tribunaux? Vos désirs eussent été remplis; nous n'étions pas alors sous l'empire de lois draconiennes, et *la publicité* vous était acquise; j'aurais été le premier à vous l'accorder dans toute sa latitude.

Il ne m'appartient pas, Monsieur, de juger la conduite de M. Latour depuis l'arrêt; je ne sais pas si vous aviez à céder à des menaces, je ne le comprends même pas; mais ce qui est certain, c'est que vous avez fait plus que menacer M. Latour, vous l'avez exécuté, vous le poursuivez jusque dans sa prison de vos papiers timbrés, et toute âme honnête comprend qu'un homme de cœur ne cède pas devant des moyens coercitifs, et ne donne pas pour deux mille francs un démenti à sa conscience.

Vous paraissez aspirer à de nouveaux procès; libre à vous, Monsieur, de solliciter des certificats judiciaires, notre législation vous servira à merveille; ne donne-t-elle pas à M. de Bourmont le *courage* de demander des dommages et intérêts pour la désertion de WATERLOO!!

Dans votre colère contre ceux que vous appelez des diffamateurs, vous avez oublié une chose, Monsieur, c'est de définir la diffamation; les lois sur la presse vous en donnaient la faculté. Lisez l'article 13 de la loi du 17 mai 1819 :

« Toute allégation ou imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne ou du corps auquel le fait est imputé, est une diffamation. »

L'article 20 de la même loi ajoute :

« NUL NE SERA ADMIS A PROUVER LA VÉRITÉ DES FAITS DIFFAMATOIRES, si ce n'est dans le cas d'imputation contre des dépositaires ou agens de l'autorité, etc. »

Ainsi, Monsieur, si Cartouche et Mandrin ressuscitaient, à moins qu'ils ne fussent agens ou dépositaires de l'autorité, je ne pourrais les appeler *voleurs* sans m'exposer à être condamné comme les ayant diffamés; car je ne serais pas admis à prouver mon assertion, et je serais fort mal reçu à soutenir au parquet, ce qui est bien la vérité pourtant, que la diffamation n'est pas de la calomnie.

Vous ne voulez pas, Monsieur, *de la sympathie de ceux qui tremblent devant un article de journal, et vous ne faites aucun cas de leur haine*; vous avez parfaitement raison, et je les méprise autant que vous; mais quel cas feriez-vous, à ma place, de ces matamores de palais, de ces pourvoyeurs de police correctionnelle, qui seraient venus vous supplier, dans votre cabinet, de ne pas les perdre; qui vous auraient demandé comme une faveur de ne pas répondre à leurs réclamations, et qui, pour obtenir cette miséricorde, auraient consenti lâchement, chez vous, à modifier leurs phrases, à aplatir leurs réponses?

Allez, Monsieur, suivez le cours de vos triomphes, ils vous mèneront loin dans l'estime de mes confrères et vous susciteront de nobles sympathies. Vous avez fait, dites-vous, déclarer à l'audience, par la bouche de votre avocat, que les dommages et intérêts étaient destinés aux indigens; c'est fort bien, voilà de la générosité : faites des aumônes avec l'obole du pauvre, et vous gagnerez le royaume des cieux.

F. FABRE.

Paris, le 19 août 1840.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 18 août.

La correspondance présente la réclamation suivante de M. Brosson.

Dans la séance du 7 de ce mois, M. Leroy d'Etioles a présenté à l'Académie une pierre qu'il dit avoir extraite par la taille hypogastrique, après plusieurs tentatives inutiles d'un de ses confrères.

Cette pierre serait formée, d'après M. Leroy, *d'urate de soude*, et elle serait si dure qu'elle n'aurait pu être brisée; et pourtant, ajoute l'habile lithotriteur, c'est par la formation d'un *urate de soude que les partisans du traitement alcalin espèrent dissoudre les calculs ordinaires!* Enfin, M. Leroy ajoute encore que l'année dernière il remit à M. Gay-Lussac une pierre dure et grosse formée d'*urate de soude*.

Cette double révélation n'aura pas manqué, j'en suis persuadé, de provoquer le sourire de ceux de MM. les chimistes qui siègent sur les bancs de l'Académie.

Mais si le silence qu'ils ont cru devoir garder en recevant la communication de M. Leroy prouve en faveur de leur indulgence, et du haut sentiment qu'ils ont des convenances, il peut d'un autre côté induire le public en erreur; car, il faut bien le dire, M. Leroy n'a pas fait en cette circonstance une application exacte des notions chimiques qui lui ont été données sur la nature des *urates de soude*.

Il est probable que le calcul urinaire que possède M. Leroy est formé d'*urate acide de soude*, et non à l'état d'urate neutre. Dans ce cas, la conséquence qu'il en tire contre le traitement alcalin est erronée : car pour dissoudre un calcul si gros et si dur, il suffirait de le plonger pendant quelques jours dans un liquide alcalin.

Convaincu de la bonne foi de M. Leroy, je suis sûr qu'il s'empressera de remettre à l'Académie le calcul dont il s'agit, afin qu'une commission, prise dans son sein, vérifie, s'il en est encore besoin, qui de M. Leroy ou de moi se trompe en cette occasion, car l'intérêt de l'humanité exige que cette question ne reste pas en litige.

En conséquence, j'ai l'honneur de prier M. le président de demander le dépôt du calcul ou de le faire soumettre à l'analyse. S'il a été déposé, M. Leroy lui-même, je n'en doute pas, regretterait vivement l'opération qu'il a pratiquée, s'il venait à lui être démontré que la dissolution de son calcul était loin d'être impossible.

M. Leroy d'Etiolles dit aussi que l'usage des eaux de Vichy détermine la formation de calculs. La réserve que m'impose le cahier des charges, comme fermier de Vichy, m'empêche d'aborder *aujourd'hui* cette question (1).

L'Académie s'occupe de la nomination de son président, en remplacement de M. Bally, démissionnaire.

Le choix a porté sur l'honorable M. Barthélemy, membre de la section de médecine vétérinaire. Cette marque de distinction et de confiance envers un savant qui n'appartient pas à la classe des médecins de l'homme, fait honneur et à l'Académie et à la personne qui a su mériter ses suffrages. Sur 77 votans, M. Barthélemy a réuni 50 suffrages. Aussitôt après l'élection, M. Barthélemy a pris possession du fauteuil, remercié l'Académie et présidé la séance.

— *M. Roche* fait un long rapport officiel sur une demande de MM. Enget et Wertheim, docteurs allemands, d'autorisation à fonder un établissement à Paris, pour traiter les malades d'après le système de l'hydrothérapie, c'est-à-dire de l'usage de l'eau *intùs et extrà*.

Après avoir rappelé que l'emploi de l'eau comme remède interne et externe est fort ancien, qu'il est en usage depuis longtemps chez nous pour le traitement de différentes maladies, qu'un traité *ex-professo*, véritablement scientifique avait été depuis deux ans publié chez nous par M. Lacorbière, M. le rapporteur examine d'abord en grand, puis en détail, la valeur du nouveau système empyrique qu'on se propose d'enraciner en France.

Il a été facile à M. le rapporteur de faire voir que l'ignorance seule avait pu enfanter une médication aussi absurde et dangereuse, et que le charlatanisme avait fait tous les frais de ses succès. D'ailleurs aucun des faits présentés par les auteurs de la demande n'est concluant et n'annonce une instruction suffisante pour qu'on puisse lui accorder la moindre confiance.

(1) Le calcul a été réclamé : il est entre les mains de M. Pelouze, chargé de son examen; bientôt il passera dans celles de M. Mérat, et ce médecin rendra compte à l'Académie de la composition du calcul; en sorte qu'on saura définitivement si M. Leroy eût pu en obtenir la dissolution, et jusqu'à quel point il a eu raison de ne pas la tenter. *(Note du Réd. des séances.)*

M. le rapporteur compare l'hydrothérapie à l'homœopathie, au mesmérisme et à tant d'autres merveilles médicales qui nous sont venues de l'Allemagne. Il saisit cette occasion pour faire une violente sortie contre les médecins étrangers qui exercent ou ont exercé en France, et, sans faire aucune exception, il les a traités d'une manière extrêmement sévère et très peu académique (1).

— *M. Chervin* lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Catel, médecin en chef à la Martinique, membre correspondant de l'Académie. Le travail de M. Catel a pour objet l'épidémie de fièvre jaune qui éclata dans la ville de Saint-Pierre, dans les premiers jours d'octobre 1838, et qui a exercé ses ravages dans cette ville pendant plus d'un an.

Après quelques considérations générales, l'auteur du mémoire expose successivement les causes de la maladie, ses symptômes, les lésions organiques, la nature et le siége de l'affection, son traitement, etc.

Deux sortes de causes lui paraissent concourir au développement de la fièvre jaune : les unes sont générales, et les autres locales. Les premières existent dans l'atmosphère, et les secondes appartiennent au sol; c'est ce qu'on désigne sous le nom de miasmes. Suivant M. Catel, les vents du sud et du sud-ouest régnèrent beaucoup plus souvent et plus long temps, en 1838 et en 1839, que de coutume, et eurent une très grande influence sur la production de l'épidémie, sur sa marche et son intensité. Lorsqu'ils soufflaient avec force, on voyait la fièvre jaune attaquer un grand nombre d'individus en très peu de temps, et prendre un caractère beaucoup plus grave.

Si le vent passait, au contraire, à l'est et au nord, la maladie perdait bientôt de son intensité et ne présentait plus que les symptômes d'une simple gastro-entérite. D'après ces faits et plusieurs autres, le médecin en chef de la Martinique ne regarde la fièvre jaune que comme une gastro-entérite ordinaire, exaspérée par des causes météréologiques insolites; en un mot, la fièvre jaune ne diffère, selon lui, qu'en degré des fièvres automnales annuelles. M. le rapporteur fait remarquer, à cette occasion, que les opinions de M. Catel sur les causes et la nature de la fièvre jaune sont celles qu'il a adoptées depuis plus de vingt ans.

Dans l'épidémie que décrit M. Catel, la maladie ne respecta point les anciens résidens, ni même les créoles qui en furent atteints également, mais d'une manière moins grave que les non-acclimatés. Les enfans nés dans le pays ne furent pas épargnés, mais la fièvre fut chez eux d'une grande bénignité; très peu succombèrent. Enfin, des gens de couleur, des noirs même furent frappés par la maladie dont quelques-uns furent victimes. En un mot, aucune classe de la population de la Martinique ne fut entièrement à l'abri du fléau, qui ne s'était pas montré aux îles du vent avec un caractère épidémique depuis près de douze ans.

D'après les symptômes et les lésions pathologiques, il est évident que la maladie qui a régné à la Martinique en 1838 et en 1839, était bien la fièvre jaune telle qu'on l'a vue maintes fois dans les Antilles et dans quelques autres parages de l'Amérique intertropicale, et non une fièvre typhoïde, comme quelques médecins l'ont prétendu. Du reste, cette fièvre ne fut point importée, et ne se montra point contagieuse.

Dès que les autorités de la Martinique furent informées que cette maladie régnait à la Dominique, à la Trinité, à Démérary et à la Guadeloupe, elles mirent les provenances de ces diverses colonies en quarantaine rigoureuse, ce qui n'empêcha pas la fièvre jaune d'éclater précisément à Saint-Pierre, qui depuis long-temps ne recevait plus aucun bâtiment venant des lieux infectés; car on les envoyait faire leur quarantaine dans les bassins du fort royal. Notez que la fièvre jaune ne se montra dans cette dernière ville que près de quatre mois après avoir fait son apparition dans la ville de Saint-Pierre, et néanmoins les communications étaient restées parfaitement libres.

M. Catel a fait usage du traitement antiphlogistique des plus énergiques. Chez les hommes forts, il tirait jusqu'à deux kilogrammes de sang d'une seule fois, sans parler des applications de sangsues, dont il faisait suivre la saignée générale; il a traité de cette manière, dans l'hôpital de Saint-Pierre, 1202 malades atteints de la fièvre jaune, dont 150 seulement ont succombé, ce qui donne une mortalité d'environ un sur huit, ce qui est peu, comparé aux pertes causées par d'autres épidémies.

Le Mémoire de M. Catel contient plusieurs tableaux statistiques que M. le rapporteur a résumés avec soin, et qui présentent beaucoup d'intérêt, surtout celui qui établit que les chances de guérison sont d'autant plus grandes que le malade réclame plus promptement les secours de la médecine.

M. Catel étant correspondant de l'Académie, M. Chervin ne propose aucune conclusion, mais il s'exprime, en terminant son rapport d'une manière très honorable pour l'auteur du Mémoire.

— Vers la fin de la séance, M. Boulay présente un cœur hypertrophié de cheval avec ossification de l'oreillette droite. L'oreillette a dû être sciée pour être ouverte; elle ressemble à la voûte d'un crâne humain; ses parois offrent l'épaisseur de 10 à 12 lignes. Les valvules et le reste de l'organe sont sains, à l'hypertrophie près.

M. Hippolyte Larrey présente un malade qu'il a opéré d'un corps étranger formé spontanément dans le genou. Ce fait offre ceci de remarquable que le malade avait déjà été opéré de la même manière il y a 15 ans, par Richerand, sur le même genou. Il est remarquable en outre par les accidens graves qui ont suivi l'opération : hémorrhagie, phlegmon, pourriture d'hôpital. Enfin, le malade a guéri grâce au traitement énergique employé par M. H. Larrey. Disons enfin que, comme le corps disparaissait aisément, M. Larrey a imaginé un petit instrument très simple pour le fixer durant l'opération.

M. Villeneuve présente une longue épingle à grosse tête dorée dont les dames se servent pour fixer leur schale ou leur mantelet, et qui avait été avalée par un enfant, la tête la première. M. Villeneuve a fait manger à l'enfant du riz épais et des pommes

(1) Dans cette singulière excursion, M. Roche paraît avoir plutôt visé à faire de l'effet qu'à être juste. Les Lanfranc, les Winslow, les Berthollet, les Gall, les Edwards, etc., etc., ont rendu de véritables services à la science, et ne méritent certes pas le dédain que M. Roche a cherché à inspirer. Si les savans de chaque nation partageaient la manière de voir de M. Roche, M. Clot-Bey et les autres médecins français fixés en Egypte, M. Heurteloup et un grand nombre d'autres établis à Londres et ailleurs, etc., ne seraient que des Hahnemann et des Mesmer. Galien lui-même, qui a quitté la Grèce pour se fixer à Rome, ne serait, selon le système de M. Roche qu'une médiocrité!!! Nous pensons au reste comme M. Roche, relativement aux preuves rigoureuses de capacité qu'il faut exiger des étrangers qui viennent s'établir en France.

de terre, afin d'envelopper le corps étranger, et lui a défendu de boire. Le lendemain l'épingle est sortie avec les garderobes sans le moindre accident. Il lui avait défendu toute espèce de purgatifs, afin de prévenir les contractions violentes de l'intestin.

Cas remarquable d'hydrocèle spontanée par épanchement, terminée par résolution.

Voyageant en Italie, ce printemps, je fis, à Naples, la connaissance de M. Gaston B...., américain, âgé de trente-six ans, d'un tempérament sanguin et d'un embonpoint très considérable.

Vers le 25 avril, nous fîmes ensemble ce que les voyageurs appellent la grande tournée de Pouzols. Toute la journée, depuis quatre heures du matin jusqu'à huit heures du soir, se passa en courses, tantôt en voiture, tantôt en barque, et le plus souvent à pied. Le grand soleil rendit notre promenade encore plus fatigante. Fort ennemi de la chaleur, à cause de son embonpoint, M. B.... rentra très fatigué et se mit tout de suite au lit. La nuit, il fut très agité; il eut même un peu de délire. Le lendemain, son domestique me prévint de l'indisposition de mon compagnon, que je trouvai tout suant et fort agité; le pouls était plein, dur et fréquent; aucun organe en particulier ne donnait de signe de souffrance.

Je prescrivis l'eau de Sedlitz, la diète, des boissons acidules et un bain prolongé. Je me disposais à saigner lorsque tous ces phénomènes fébriles cessèrent; mais M. Gaston me montra ses bourses, qui étaient très grosses; déjà elles avaient doublé de volume. Cette augmentation avait eu lieu sans la moindre douleur; la pression n'en causait point; je ne devais pas songer à une orchite. Un bain, un cataplasme.

Le soir, le scrotum était tendu, la tumeur avait fait des progrès étonnans; il n'y avait pas de douleur, seulement de la gêne due à ce volume insolite.

J'examinais alors de plus près la tumeur: elle égalait presque la tête d'un fœtus à terme; elle était ronde; la peau, dont les rides avaient disparu, n'offrait point de changement de couleur; par une pression même assez forte, on ne produisait aucune sensation pénible; la percussion donnait partout un son mat; la fluctuation était de la dernière évidence; le doigt appliqué sur la tumeur ne laissait aucune impression: à peine était-il enlevé que les parties pressées reprenaient leur forme.

La transparence était parfaite; le testicule, nullement douloureux, était collé à l'anneau: il n'y avait point d'œdème des membres inférieurs, point d'ascite, point d'infiltration des tégumens de la verge. Malgré la singularité du fait, je dus diagnostiquer une hydrocèle par épanchement, ou de la tunique vaginale. Dans la journée, le malade sortit après s'être muni d'un suspensoir, et lorsqu'il rentra, je trouvai la peau de la verge infiltrée; mais aussi, je trouvai que le suspensoir, mal fait, avait étranglé le pénis à sa base et laissé une dépression: en quelques heures ce gonflement eut disparu. Pendant quelques jours, le traitement se composa d'eau de Sedlitz tous les matins, et d'applications froides et résolutives sur le scrotum. J'en serais venu aux vésicatoires, si sous peu nous n'avions dû quitter Naples pour nous rendre à Florence. Jusqu'au moment de notre embarcation, la tumeur diminua un peu. La traversée fut pénible, la mer était grosse, et M. B. fut pris du mal de mer; toute la nuit il ne fit que vomir, ou aller à la garderobe; il ne songeait guère à sa tumeur, que nous trouvâmes diminuée au moins de moitié en arrivant à Civita-Vecchia.

Le même jour nous repartîmes pour Livourne: M. Gaston continua de vomir; et, arrivés à notre destination, il ne restait presque plus rien. Pendant les premiers jours de notre séjour à Florence, nous fîmes des courses sans que la moindre des choses se manifestât dans les bourses; mais tout à coup, sans cause appréciable, la tumeur reparaît avec les mêmes caractères absolument. En trois jours l'hydrocèle arrive à son summum. J'étais presque tenté de faire la ponction, mais aussi j'étais bien curieux de savoir si la résolution s'opérerait comme la première fois. Je prescrivis de nouveau l'eau de Sedlitz et des applications d'acétate de plomb à l'eau glasée sur les bourses. Cette fois le malade garda la chambre, et à chaque instant il se mouillait: c'était une irrigation continue. La diminution commença à s'opérer, et en une dizaine de jours tout fut passé. A mesure que la tumeur diminuait, on sentait la peau rouler sur la tunique vaginale distendue; il semblait même, en pinçant de chaque côté le scrotum, que l'on sentait une cavité dont les parois pouvaient être séparées. Je fis encore continuer le traitement deux ou trois jours après la disparition de la tumeur, pour aider la tunique vaginale à se resserrer et revenir complètement sur elle-même. C'était le 1er juin; je rentrai en France; M. B... continuait son voyage dans le nord de l'Italie. Je lui conseillai les mêmes moyens s'il était atteint de nouveau, et la ponction si le mal persistait.

M. Gaston a parcouru Bologne, Venise, Milan, Turin, une partie de la Suisse, et rien ne s'est manifesté; il est de retour en France depuis huit jours. J'ai examiné avec le plus grand soin les bourses, sans y trouver la moindre trace de liquide soit infiltré, soit épanché.

Je n'ajouterai aucune réflexion à ce fait: je rappellerai seulement l'apparition et la disparition à deux reprises d'une hydrocèle dans l'espace d'un mois, la cause qui semble lui avoir donné lieu. Je ferai remarquer que lors de la première apparition, c'est le mal de mer qui a fait les frais de la cure; la seconde fois, ce sont les résolutifs et les purgatifs. Je ferai remarquer qu'on pouvait en quelque sorte suivre de l'œil la résolution, car tous les jours, en pinçant les enveloppes et les séparant l'une de l'autre, j'ai pu percevoir une cavité qui diminuait de plus en plus.

Le malade sera-t-il repris d'hydrocèle? Que s'est-il passé vers la tunique vaginale? Je n'en sais rien; je laisse à chacun de faire ses réflexions et établir des hypothèses; je me borne à constater le fait tel que je l'ai vu.

ANDRIEUX (de Brioude), D.-M.-P.

16 août 1840.

— M. Edouard ROBIN, honoré d'une médaille d'or, en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs institutions, ouvrira, le 24 août, trois nouveaux cours préparatoires ou baccalauréat ès-sciences et au premier examen en médecine.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 22 AOUT 1840. (13e ANNÉE.) N° 99, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, [illegible]

HOPITAUX ITALIENS.

Cas d'empoisonnement avec l'aconit, arrivé sur douze personnes; observé par M. Balardini.

Le 11 juin, dans l'après-midi, douze malades, affectés de scorbut et de pellagre, qui prenaient depuis plusieurs jours trois onces de suc récemment exprimé de cochléaria, éprouvent, une heure après l'ingestion de leur potion, un malaise extraordinaire. L'un d'eux, âgé de soixante ans, se sentant fort mal, appelle du secours. Il offre de l'anxiété, respiration hâletante et des vomissemens. On présume que c'est là un accès d'asthme occasionné par embarras gastrique : on lui prescrit une dose d'huile de ricin et un vésicatoire au sternum. L'anxiété cependant augmente outre mesure; les forces déclinent; prostration. Mort en peu d'heures.

Au même instant, deux femmes, âgées de cinquante-cinq ans environ, traitées d'une folie pellagreuse, éprouvent de l'agitation, puis des convulsions, ensuite tombent dans une prostration paralytique et succombent deux heures et demie après avoir avalé le suc végétal. On avait cru, aux premiers symptômes qu'elles éprouvaient un accès maniaque.

Chez les autres, le premier malaise augmente plus ou moins, ensuite ils tombent dans une prostration extrême et leur vie est en grand danger; ils auraient sans doute également succombé, si on ne les eût pas secours à temps par des remèdes énergiques que nous allons indiquer. Voici les symptômes qu'ils ont présentés.

Abattement rapide des forces avec prostration physique et morale; pupille dilatée; vertiges avec un sentiment de tiraillement et de douleur obtuse à la tête, surtout vers l'occiput; tension douloureuse au ventre, avec borborygmes; vomissemens de matières verdâtres; sentiment d'oppression à la poitrine; anxiété; froid général et progressif, surtout vers les extrémités, avec cyanose aux ongles des mains et des pieds; crampes aux jambes; pouls petit, vacillant, imperceptible chez quelques sujets.

L'ensemble de ces symptômes fait soupçonner un empoisonnement par quelque substance végétale. Cependant les premières recherches sur la nature de la substance restent infructueuses; les indications thérapeutiques néanmoins étaient évidentes : l'épuisement général des forces, la pâleur extrême, le froid intense, la concentration filiforme et la vacillation du pouls; tout indique une hyposthénie générale. En conséquence, loin d'avoir recours à l'émétique, ainsi qu'on le prescrit communément, nous avons de suite eu recours aux remèdes excitans dans le but de ranimer la vitalité presqu'éteinte, l'eau de cannelle d'abord animée de la liqueur minérale d'Hoffmann, ensuite le vin généreux, puis le rhum délayé dans de l'eau, tels sont les moyens que nous avons administrés par bouche. Des frictions ont été faites en même temps aux bras et aux jambes avec des liqueurs alcooliques chaudes, et des linges trempés dans un liniment ammoniacal.

Les effets salutaires de cette médication n'ont pas tardé à se faire connaître. On a vu, sous leur influence, le pouls, la chaleur animale se relever, la physionomie se recomposer, les forces reparaître, l'anxiété se dissiper, la respiration redevenir libre; de sorte qu'en peu d'heures tous les effets de l'empoisonnement ont disparu, et les malades ont guéri. Restait maintenant à faire l'autopsie de trois sujets qui avaient succombé. Voici ce qu'ils ont offert.

Surface extérieure des cadavres. Rien autre de remarquable qu'un gonflement de la région abdominale, et couleur livide des ongles des doigts des pieds et des mains : ces doigts sont contractés.

Encéphale. Les vaisseaux de la pie-mère et de l'arachnoïde sont injectés. De la sérosité existe entre les méninges et la base du crâne; aucun liquide dans les ventricules, qui contenaient de petites hydatides chez les deux femmes.

Poitrine. Les poumons sont très engorgés de sang noirâtre, surtout les lobes inférieurs. Le cœur est flasque et contient un peu de sang fluide et noirâtre. Les gros vaisseaux sont presque vides. Anciennes adhérences des plèvres.

Abdomen. Foie à l'état normal. La vésicule biliaire contient un peu de bile jaunâtre, aqueuse. Rate flasque, molle, se déchirant avec une facilité extrême (spappolabile). L'estomac, distendu par des gaz, contient un peu de liquide visqueux et d'une couleur vert-cendré; sa membrane interne est rougie sur plusieurs points, pas uniformément cependant, surtout vers le grand cul-de-sac et à la grande courbure; aucune érosion ni d'autre solution de continuité. Le duodénum et les intestins grêles contiennent une assez grande quantité d'humeur visqueuse et offrent par-ci par-là des taches rouges. Les reins sont un peu engorgés de sang; la vessie ne contient presque pas d'urine.

Les matières retirées du tube gastro-entérique, et celles qui avaient été expulsées par les vomissemens, ont été confiées à MM. Cenedella et Civardi, le premier, professeur de chimie, le second, pharmacien, pour en faire l'analyse chimique.

Des recherches ayant été faites à la pharmacie centrale, d'où la potion avait été expédiée pour les douze malades, on s'est assuré que le suc de cochléaria, qu'on avait préparé d'après l'ordonnance, avait été, par inadvertance, versé dans un pot qui contenait du suc d'aconit exprimé le même jour, et c'est de ce mélange que la potion avait été tirée et dosée par lélève qui l'ignorait.

« Ce fait, dit l'auteur en terminant, s'il est, d'une part, déplorable par la perte de trois individus, est, de l'autre, consolant; car il confirme la puissance de l'art et l'exactitude des principes thérapeutiques de M. Giacomini, qui avait classé l'aconit au nombre des hyposthénisans et prescrit contre ses effets toxiques les excitans, en particulier les alcooliques, l'eau de cannelle et les opiacés. »

(*Memoriale della medicina contemporanea, stampato in Venezia;* Epître du docteur Balardini, au professeur Giacomini.)

— Le docteur Fario, rédacteur de ce journal, fait suivre cette observation de considérations fort judicieuses. Il s'attache à démontrer d'abord que la dose du poison ayant été la même pour les douze individus, on ne saurait révoquer en doute qu'elle ne fût mortelle, puisque trois d'entre eux qui n'ont presque pas reçu de secours ont succombé en peu d'heures; et les neuf autres auraient incontestablement subi le même sort, puisqu'ils étaient sur le point d'expirer lorsqu'ils ont été soumis à la médication stimulante. M. Fario s'attache à prouver, d'autre part, que les lésions rencontrées sur le cadavre donnent un démenti formel à ceux des toxicologues modernes qui, regardant l'aconit comme un excitant, *narcotico-âcre*, ainsi qu'ils l'appellent, préconisent le traitement antiphlogistique. Nulle part effectivement on n'a vu la moindre trace de phlogose, si l'on en excepte ces injections passives parcellaires, propres à tous les poisons qui tuent par hyposthénie ou par l'abaissement progressif de la force organique. L'état de flaccidité du cœur, de ramollissement de la rate, de vacuité des gros vaisseaux, de stase passive du sang dans les poumons vient à l'appui des considérations de notre confrère. Le dernier point enfin, touché par M. Fario, concerne l'état de la pratique chez les anciens contre cet empoisonnement : il trouve que, dirigés par la seule observation des symptômes, les anciens avaient bien jugé la nature de la maladie; ils avaient caractérisé le poison du titre de *froid*, et ils prescrivaient avec succès contre ses effets les médicamens chauds, principalement le vin.

Deux cas remarquables de trépan céphalique; par M. Signoroni, professeur de clinique chirurgicale à Padoue.

Premier fait. Joseph Scorabelletto a été reçu à la clinique pour être traité d'une fracture multiple au crâne, accompagnée de symptômes de compression. Il y avait enfoncemens des os; mais les phénomènes que le malade présentait étaient trop intenses pour être attribués à la seule dépression crânienne apparente. M. Signoroni soupçonne la présence de grumeaux sanguins à l'endroit de la fracture et le détachement de quelques esquilles de la table vitrée qui péseraient sur l'encéphale. La trépanation

FEUILLETON.

LEÇONS DU PROFESSEUR LALLEMAND SUR LA GÉNÉRATION.

Depuis Platon, qui faisait consister l'essence de toute génération *dans l'unité d'harmonie du nombre trois*, jusqu'à Vallisnieri, qui prétendait que dans l'ovaire de la première femme était contenue toute la race humaine, passée, présente et à venir, que de fois on a tenté d'expliquer l'acte mysterieux de la reproduction! Que d'hypothèses bizarres se sont succédé tour à tour! Pouvait-il en être autrement? Parmi les auteurs de ces systèmes où, comme le dit Dugès, le ridicule et l'incompréhensible disputent souvent la palme au vraisemblable, les uns ont négligé l'expérience et se sont contentés de bâtir sur des idées abstraites; les autres, occupés exclusivement de l'homme, ont étudié le phénomène chez l'être où il est le plus complexe, et par conséquent le plus difficile à saisir. Convaincu que, pour bien connaître une fonction, il faut l'examiner chez tous les organismes en commençant par les plus simples pour s'elever jusqu'aux plus compliqués, l'auteur des *Lettres sur l'encéphale* a entrepris cette tâche immense et difficultueuse; et lorsqu'à force d'observations et d'expériences il a cru avoir trouvé le mot de l'énigme que la nature propose à l'homme depuis plusieurs milliers d'années, il s'est empressé de communiquer à ses élèves le résultat de ses laborieuses investigations. Nous avons eu nous même l'avantage d'entendre ces leçons tout à la fois si originales et si intéressantes; nous avons vu de nombreux jeunes gens accourir dans l'amphithéâtre de notre Faculté de médecine; nous avons même remarqué confondus parmi eux des hommes d'un caractère grave et d'un talent incontestable, des hommes chez qui toute conception neuve et marquée au coin du génie est toujours sûre de trouver de l'écho.

Nous ne suivrons pas le savant professeur dans tous les développemens qu'il a déjà donnés à son ingénieuse théorie : nous nous bornerons à un simple aperçu de ses idées sur l'importante question qu'il s'est proposé d'éclaircir.

Selon lui, la génération est à l'espèce ce que la nutrition est à l'individu c'est-à-dire qu'il faut que l'individualité de l'être soit assurée avant qu'il puisse reproduire son espèce.

La génération étant un fait postérieur à la nutrition, celle-ci doit avoir sur la première une influence marquée : et c'est ce que prouve, en effet, l'observation de tous les jours. Les statistiques les plus exactes ont démontré qu'après les années de disette, les naissances sont beaucoup moins nombreuses chez l'espèce humaine que pendant les années d'abondance. Les poules fortes et bien nourries pondent souvent des œufs à double jaune; enfin, on sait qu'en variant la bouillie qu'elles donnent à leurs élèves, les abeilles peuvent produire à volonté des femelles stériles ou des reines propres à repeupler l'essaim.

L'influence de la temperature sur la fonction qui nous occupe n'est pas moins remarquable. En Egypte, en Italie, la poule ne cesse jamais de pondre; dans le nord de la France, elle se repose pendant deux ou trois mois. Ordinairement les grenouilles ne font qu'une seule ponte par an : mais, quand l'automne est tempéré, elles produisent deux fois; et, chose bien singulière, les têtards de la ponte printannière ne sont pas moins nombreux que si la ponte automnale n'avait jamais eu lieu. C'est un fait que tout le monde a pu vérifier cette année même; les végétaux ont également offert quelque chose d'analogue.

Parmi les animaux, il en est qui sont entièrement privés de sexe (corail, éponge); quelques-uns sont *hermaphrodites*, et peuvent se féconder eux-mêmes (huître); d'autres sont *androgynes*, c'est-à-dire que dans l'acte de la reproduction ils remplissent tout à la fois le rôle de mâle et celui de femelle (colimaçon); d'autres, enfin, ont des sexes nettement séparés, et se fécondent avec ou sans accouplement.

Monogénie et *digénie*, tels sont, d'après M. Lallemand, les deux modes auxquels on peut ramener toutes les variétés que présente le phénomène de la génération.

Dans la *monogenie*, un seul individu travaille à cette fonction; dans la *digénie*, au contraire, le concours d'un organe mâle et d'un organe femelle appartenant à deux êtres distincts ou réunis sur un même individu, est toujours indispensable pour la procréation; mais dans l'un et l'autre cas, chez les plantes comme chez les animaux, c'est toujours une partie vivante qui se sépare d'un individu vivant pour former à son tour d'autres parties également vivantes; car il ne faut pas croire, dit M. Lallemand, qu'au moment même de la fécondation la vie soit donnée à la matière comme le mouvement à une machine : la vie marche avec l'organisation, se complique avec elle, et sans elle ne saurait exister.

Quand on étudie les organes générateurs des deux sexes, on est frappé de la ressemblance presque parfaite qu'ils présentent chez certains animaux inférieurs et chez les végétaux en général. Cette ressemblance est telle, qu'ils ont été souvent pris l'un pour l'autre; et l'illustre Cuvier lui même a quelquefois commis des erreurs de ce genre. Dans ces cas ambigus, une observation très attentive et l'examen microscopique peuvent seuls nous éclairer sur la véritable nature des parties en litige. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, pendant long-temps on a regardé les *clovisses* (*venus pudica*), si communs sur nos côtes, comme réellement hermaphrodites; MM. Lallemand et Milne-Edwards viennent de prouver qu'il y a parmi ces mollusques des femelles et des mâles. En effet, bien que les organes des deux sexes soient identiques pour l'apparence extérieure, ces messieurs ont trouvé, chez certains individus, des ovules parfaitement distincts; chez d'autres, des zoospermes doués de mouvemens très énergiques. Quoi qu'il en soit, quand les sexes existent, la femelle sécrète toujours les œufs; le mâle, les zoospermes. L'une donne naissance à la première moitié de l'être; l'autre fournit la seconde moitié. A la première sont dévolus les soins de l'alimentation; au second sont le plus souvent confiés les soins uniquement protecteurs.

Pour être inattaquable, dit M. Lallemand, une théorie doit s'appliquer à tous les faits qui sont de son domaine; elle doit même expliquer les cas en apparence anormaux ou exceptionnels. Aussi a-t-il soin d'appuyer chacune de ses propositions sur des exemples bien choisis, empruntés tantôt à la zoologie et tantôt au règne végétal.

On s'étonne souvent que les œufs des mammifères et ceux de la femme elle-même soient, pour ainsi dire, imperceptibles, tandis que ceux des ovipares en général, et ceux des oiseaux en particulier, offrent un volume très considérable relativement à la taille de l'individu qui les fournit. C'est que, chez les premiers, l'œuf ne doit servir à la nutrition de l'embryon que pendant dix ou douze jours au plus; le jaune ou *vitellus* une fois épuisé, l'embryon se soude à sa mère, et dès lors il y a entre elle et lui échange continuel de matériaux. Là ne se borne pas le rôle de la mère : après la naissance, ses mamelles, véritables annexes de *l'uterus*, continuent à fournir à l'enfant la nourriture que réclame sa faiblesse; elle lui donne elle-même les premières leçons; elle guide ses premiers pas; enfin, elle ne se sépare de lui qu'au moment où il peut se passer de ses soins.

Chez les oiseaux, au contraire, la ponte une fois terminée, la femelle se livre à l'incubation; mais elle ne doit plus avoir de rapports directs avec ses petits jusqu'au moment de leur naissance. Aussi ses œufs renferment-ils tout ce qui sera nécessaire au développement du jeune individu jusqu'à l'époque où il bri-

a paru indiquée par les symptômes ci-dessus, les os déprimés n'ayant pu être relevés. Une couronne de trépan a donc été appliquée à côté de la fracture, sur l'os pariétal. L'ouverture a été assez ample pour permettre l'introduction d'un corps solide et le soulèvement des os ; un fragment détaché de la table vitrée a été extrait par cette voie ; plusieurs grumeaux de sang pesaient aussi sur cette partie ; ils ont été retirés, et la dure-mère s'est trouvée détachée de la voûte dans une assez grande étendue. L'ouverture du trépan n'ayant pas alors paru assez grande pour donner issue aux matières, M. Signoroni en a appliqué une seconde à côté, et a fait sauter l'entre-deux.

Les symptômes de compression ont considérablement diminué, mais l'épanchement persistait encore au loin, toujours cependant dans le cercle de la fracture qui s'étendait jusqu'à la tempe. J'aurais voulu, dit l'auteur, poursuivre le mal par l'application multiple du trépan, à l'exemple de Fallope, d'Aquapendente, de Pott, etc. Mais le danger de l'entreprise m'a arrêté. Je ne savais pas d'ailleurs si un épanchement pareil n'existait pas à la base du crâne. Je m'en suis donc tenu aux deux seules couronnes. L'événement cependant m'a fait éprouver bien des regrets de n'avoir pas suivi ma première inspiration.

Vingt-quatre heures après, les symptômes de compression graves sont reparus, accompagnés de ceux de réaction irritative. Deux jours après, le malade a succombé malgré la médication anti-phlogistique active que nous avons suivie.

A l'autopsie, on a trouvé que la fracture s'étendait jusqu'au rocher ; la dure-mère était séparée dans toute l'étendue de la fracture, et couverte d'une couche de sang provenant de la substance des os. Nous nous sommes assurés qu'en multipliant les couronnes de trépan de ce côté, tout le sang aurait pu trouver une issue libre.

« Cette nécropsie confirme l'opinion de Pott, de Quesnay et de Callisen, que la dure-mère se détache de la lame vitrée dans toute l'étendue de la fracture, et que de là suit l'épanchement qui donne lieu aux symptômes de compression. Elle confirme aussi le précepte que j'ai établi dans mes cours ; savoir : que la trépanation est indiquée dans toute espèce de fracture crânienne qui se trouve compliquée de symptômes de compression, et que cette opération doit être pratiquée de bonne heure et avant que les symptômes de réaction inflammatoire ne se manifestent, la perforation artificielle du crâne ne pouvant pas ajouter sérieusement aux dangers de la blessure elle-même. Malheureusement cependant les chirurgiens craintifs ont faussé ce point de pratique, discrédité l'opération du trépan, et détourné une ressource qui aurait pu profiter à beaucoup d'individus qui ont été victimes de l'expectation. »

Deuxième fait. Giambattista Crestanelli a été, dans la nuit du 30 avril 1839, gravement blessé à la tête de plusieurs coups de sabre. Il a offert les lésions suivantes : plusieurs plaies par arme tranchante sur le cuir chevelu ; une de ces plaies est droite, une seconde est courbe, une troisième anguleuse. La première a cinq pouces environ de long, est parallèle à la suture sagittale, commence du milieu du front et se continue jusqu'à l'occiput. La seconde existe sur le pariétal droit, et présente un de ses lambeaux renversés. Une autre plaie existe sur la joue gauche, près du nez, Plusieurs contusions sur la région temporale gauche et dans quelques autres régions. Sur la voûte crânienne, on observe une fracture longitudinale qui suit la direction de la première plaie fronto-occipitale ; elle commence à la racine du nez et se termine à la suture lambdoïde. Une seconde fracture angulaire, depuis le bord postérieur de l'os temporal gauche, passe par la suture lambdoïde et se termine à la région pariétale opposée. Une troisième fracture est transversale, et comprend la grande aile droite du sphénoïde.

Toutes ces solutions de continuité crânienne présentaient les phénomènes et les complications suivantes : Dépression de la marge droite de la fracture sagittale, ayant pouces d'étendue et quatre lignes de profondeur ; dépression de l'angle postérieur supérieur du pariétal ; trois esquilles de la table interne à l'endroit déprimé du frontal : ces esquilles sont au nombre de trois, ont une forme irrégulière et des angles aigus ; deux sont libres, l'autre est insinuée dans les méninges ; extravasation sanguine au-dessous des fractures ; lacération des méninges et du cerveau dans la fracture sagittale ; dans quelques endroits la lésion est profonde, s'étend jusqu'au niveau des corps calleux et dans le tube droit du cerveau. Extravasation abondante de sang dans les anfractuosités cérébrales dans toute l'étendue de la voûte. Les méninges sont évidemment injectées ainsi que la masse encéphalique. Aux endroits dilacérés la pulpe cérébrale est manifestement ramollie. A son entrée, le malade est assoupi, avec résolution des sens et des mouvemens volontaires. Il est resté depuis deux heures du matin, époque des blessures, jusqu'à six heures du matin, au poste de la police, comme mort. Il a été couché dans cet état désespéré sur la table des opérations. Que faire ? Il y avait évidemment des symptômes d'épanchement et de compression.

Après les premiers secours d'entrée, il semble reprendre un peu la connaissance : il répondait à nos questions par des monosyllabes et d'une manière vague, mais il retombait aussitôt dans son sommeil morbide ; il agitait les mains automatiquement qu'il portait aux lieux blessés ; il restait couché comme dans un état de prostration. Le pouls cependant, chose étonnante, était fort ; la respiration ne paraissait pas très génée ; la température était naturelle ; l'abdomen mou ; il n'urinait pas. Les plaies correspondant aux fractures laissaient couler du sang continuellement ; ses cheveux en étaient imprégnés ; la tête est prodigieusement difforme.

« Il y avait évidemment, dit l'auteur, indication à trépaner le plus promptement possible. Nous nous sommes donc mis de suite à la besogne, et nous avons appliqué quatre couronnes de trépan sur les contours de la plus grande fracture ; ce nombre a été fixé par les points déprimés qu'il fallait relever, et par les esquilles qu'il importait d'extraire. La dure-mère paraît détachée de la voûte dans une grande étendue ; il coule du sang de tous les points. A l'aide de petites spatules et d'injections, nous faisons sortir une grande quantité de caillots sanguins ; plusieurs esquilles ont été tirées.

Le malade est soulagé ; les symptômes de dépression sont moindres, les sens reprennent leurs fonctions. L'opéré ouvre les yeux, répond à nos questions exactement. Ce que nous craignions cependant, c'était la réaction inflammatoire des méninges déchirées et du cerveau sabré. Le sang a continué à couler par les quatre ouvertures du trépan. Cependant, ce que nous redoutions est arrivé ; le coma a reparu, les mouvemens du cerveau ont diminué de plus en plus, la masse céphalique a paru s'affaisser, la respiration est devenue stertoreuse ; le pouls petit, vacillant, vide ; l'action musculaire s'est éteinte, et le malade est mort dans la nuit, c'est-à-dire 24 heures après l'accident. (*Annali universali di medicina*, juillet 1840.)

— Le dernier mot n'a pas encore été prononcé sur les véritables indications du trépan céphalique. Les uns en sont partisans à l'excès, les autres pas assez. Il est si commode de se renfermer dans cette expectation qu'on caractérise toujours de sage, et d'attribuer à une opération ce qui appartient plutôt à la maladie, que beaucoup de personnes se soucient à peine aujourd'hui d'avoir recours à ce moyen puissant, qui a produit des effets si admirables entre les mains des chirurgiens du siècle dernier.

Aujourd'hui on trépane si peu, que les jeunes chirurgiens quittent les écoles sans sentir la nécessité de se pourvoir de l'appareil ; ils n'ont peut-être pas eu, d'ailleurs, l'occasion de voir cette opération pratiquée une seule fois sur le vivant. Des considérations d'un haut intérêt se rattachent à cette question ; un ouvrage *ex-professo* est désiré, qui embrassât dans une monographie tous les cas où l'opération serait indiquée ou contre-indiquée. On est cependant loin de s'accorder sur la valeur de tous les faits qu'on devrait faire valoir pour la décision des points en discussion.

Les deux cas de M. Signoroni offrent un véritable intérêt sous le rapport des indications du trépan et de ses effets immédiats comme opération. Bien que le trépan ait ici échoué comme remède, ces deux faits ne méritent pas l'attention du praticien sous un point de vue plus général.

HOPITAL DES ENFANS. — (Chirurgie.)

M. Guersant fils.

Pied-bot. Accidens. Ténotomie. (*V.* le n° du 15 août.)

Nous rappellerons en deux mots que les phlyctènes qui étaient survenues chez la petite malade couchée au n° 9 de la salle Sainte-Thérèse, sont complètement cicatrisées. Nous continuons encore aujourd'hui l'application d'une simple bandelette de sparadrap, et nous pensons pouvoir bientôt reprendre l'usage du simple appareil que nous avions substitué à la bottine. Les mouvemens de l'articulation du coude-pied sont larges, étendus, et tout fait espérer que nous obtiendrons un heureux résultat.

Amputation de la cuisse. Symptômes d'infection purulente. Mort. Autopsie. (*V.* le n° du 15 août.)

Il est question ici du petit malade couché au n° 5 de la salle Saint-Côme, qui s'est trouvé dans la nécessité de subir l'amputation de la cuisse par suite d'un vaste abcès abcès accompagné de décollement du périoste. Ce petit malade était dans les conditions les plus défavorables au moment de son entrée à la clinique ; non-seulement il était dans un état d'émaciation très avancé, mais, en outre, il présentait des symptômes capables de faire soupçonner un commencement de transport du pus dans le sang. Le pouls était fréquent et frémissant, la peau chaude, âcre ; plusieurs articulations étaient douloureuses, et notamment celle du pied et de l'épaule gauche, circonstance qui avait encore fait craindre l'existence d'une certaine quantité de pus dans les cavités articulaires.

Quoi qu'il en soit, depuis notre dernière conférence, l'état général de ce petit malade a continué à s'aggraver, et la mort est arrivée au sixième jour sans secousses violentes, sans état aigu d'aucun des organes internes de l'abdomen, de la poitrine ou de la tête. En un mot, il s'est éteint sans accuser de souffrances bien vives dans les derniers momens.

L'autopsie a démontré l'existence des lésions que l'on avait soupçonnées, c'est-à-dire du pus dans le système circulatoire veineux et dans quelques articulations. La veine fémorale et les veines iliaques renfermaient du pus ; on en a également trouvé dans plusieurs articulations, et notamment dans celle du pied et dans celle de l'épaule gauche.

L'amputation a donc été pratiquée dans un moment où l'économie était déjà sous l'influence d'un travail de résorption qui n'avait pas échappé à notre attention ; mais c'était la seule chance favorable que nous eussions à lui faire courir, et nous n'avons pas cru devoir hésiter, malgré le peu d'espoir de réussir que nous conservions.

Double pied-équin accidentel. Section du tendon d'Achille. (*V.* le n° du 15 août.)

Le petit malade couché au n° 18 de la salle Saint-Côme, qui, à la suite d'une brûlure des deux talons, a éprouvé une rétraction violente des deux tendons d'Achille, et chez lequel nous avons pratiqué, il y a actuellement quinze jours, la section du tendon d'Achille gauche, se présente dans les conditions les plus favorables. L'écartement obtenu entre les deux extrémités du tendon a été considérable, et l'opération n'a été suivie d'aucun accident, excepté une légère ecchymose, chose inévitable en pareil cas et qui ne présente aucune gravité.

Vous savez que chez ce garçon nous avons fait l'application d'un simple appareil non mécanique, dès le surlendemain même de l'opération ; et aujourd'hui le pied est fléchi plus qu'à angle droit sur la jambe.

Jeudi prochain, nous ferons la section du tendon d'Achille à droite ; cette fois également, nous nous proposon de nous abstenir de l'application de tout appareil mécani

---

sera son enveloppe fragile, et commencera une vie toute nouvelle. La même loi s'observe chez tous les vertébrés ovipares (reptiles, poissons).

Quant aux invertébrés, les mères ont souvent recours à des moyens auxiliaires pour assurer le développement complet de l'être qui leur devra le jour. Cest ainsi que les femelles des *ichneumons* déposent leurs œufs dans le corps des chenilles, des pucerons et même des araignées ; bientôt après les larves naissent et se nourrissent de la propre substance des animaux dans l'intérieur desquels elles ont été placées ; puis elles leur percent la peau pour en sortir, soit à l'état parfait, soit au moment de subir leurs métamorphoses.

Ainsi, nutrition et fécondation, voilà les deux faces du phénomène qu'il s'agissait d'étudier : nous avons cherché à faire connaître la première en ce qu'elle a de plus saillant ; la seconde sera bientôt l'objet d'un autre article.

N. Joly, docteur ès-sciences.
(*Gazette médicale de Montpellier.*)

Traité théorique et pratique de l'Art des Accouchemens, contenant l'histoire des maladies qui peuvent se manifester pendant la grossesse et le travail, et l'indication des soins à donner à l'enfant nouveau-né; par P. Cazeaux, d.-m.-p., ancien chef de clinique d'accouchemens de la Faculté de médecine de Paris. — Chez Méquignon-Marvis père et fils ; in-8°, 836 pages, 12 planches gravées. Paris, 1840.

Cet ouvrage, destiné par l'auteur aux élèves en médecine et aux élèves sage-femmes, présente l'exposé des leçons que M. Cazeaux fait depuis quelques années. Comme il nous est impossible de nous arrêter à tous les points de doctrine que soulève ce livre, nous croyons être plus utiles à nos lecteurs en leur donnant une indication rapide des nombreux matériaux qu'ils y rencontreront.

La première partie est consacrée à la description des organes génitaux de la femme, et plusieurs chapitres traitent successivement des os, des articulations et des parties molles considérées soit isolément, soit dans leur ensemble. Nous avons surtout remarqué l'article III, qui traite du bassin considéré en général, de ses détroits, de ses diamètres, de ses différences suivant les âges et les sexes, de ses usages.

La seconde partie embrasse l'histoire de la génération sous tous les points de vue ; ainsi : les changemens anatomiques et physiologiques de l'utérus et des organes voisins ; le diagnostic de la grossesse, augmenté des recherches encore peu connues en France du docteur Montgomery, et d'une appréciation fort complète de la valeur des signes fournis par l'auscultation abdominale ; la description de l'œuf humain ; l'étude des dimensions, du poids, des fonctions, des positions du fœtus. Après cet examen arrive l'étude des maladies tant générales que locales de la grossesse, et l'histoire des causes, des signes, du diagnostic et du traitement de l'avortement.

L'accouchement en général occupe la troisième division, après l'examen des différentes variétés que cette opération présente, l'auteur étudie les phénomènes physiologiques et mécaniques du travail ; vient ensuite l'exposé des présentations du fœtus et leur classification. Enfin, les soins à donner à la femme pendant le travail et après l'accouchement, ceux qui concernent spécialement le nouveau-né, et l'étude des difficultés qui peuvent se présenter dans l'accouchement naturel, complètent cette section.

La dystocie, ses causes nombreuses tant de la part de la mère que de celle de l'enfant, le mode d'action de chacune d'elles, les signes à l'aide desquels on peut reconnaître leur existence, les indications qu'elles présentent et les moyens d'y remédier forment le quatrième livre.

Enfin, la cinquième et dernière partie est consacrée à la délivrance, tant naturelle qu'artificielle.

Sous le point de vue des doctrines, le livre de M. Cazeaux sera d'une grande utilité pour les élèves, car ils y trouveront l'exposition complète des idées des professeurs Naëgele et Stolz, qui n'étaient clairement signalées dans aucun de nos livres classiques ; celles que M. Paul Dubois professe chaque jour dans sa clinique, et qui n'ont pas encore été réunies, ont également trouvé en lui un interprète habile ; citons encore l'analyse des recherches de Montgomery, Burns, Merriman, Campbell, Guillemot, etc., sur beaucoup de points peu connus dont l'étude a été long-temps négligée en France. C'en est assez pour fixer l'attention sur ce livre. Ajoutons que la rédaction est claire et concise, exempte du luxe bibliographique qui fait redouter des étudians et des praticiens des traités fort estimables du reste, et que ce Traité, éminemment pratique, est certainement supérieur à la plupart des ouvrages de ce genre que nous possédons, en ce sens qu'il est beaucoup plus au courant des nombreuses recherches de la science moderne, mieux divisé, et beaucoup plus correctement composé.

L. M.

que, voulant nous assurer jusqu'à quel point on peut réussir par l'emploi d'un simple appareil.

Tumeur blanche du genou droit. Amputation de la cuisse.

Au n. 26, de la salle Saint-Côme est couché un petit enfant de neuf ans, d'une constitution éminemment lymphatique, annoncée principalement par une pâleur remarquable de la peau, lequel est entré dans le service par suite d'une tumeur blanche qu'il porte au genou droit.

Cet enfant est entré dans le courant du mois de février dernier, et sa maladie datait alors de trois mois; il avait reçu en ville les soins de MM. Marjolin et Michon, qui nous l'ont adressé et qui avaient employé chez lui tout ce que la thérapeutique peut présenter de plus efficace en pareil cas. Il nous restait à tenter encore l'emploi des cautères qui ne nous ont point donné de résultas bien décisifs, et l'administration à l'intérieur des préparations martiales, dans le but de modifier la constitution et de donner du ton aux organes splanchniques. C'est alors que nous avons porté progressivement le carbonate de fer à la dose de 6 grains par jour.

La constitution paraissait se relever un peu sous l'influence de cette modication et l'état du genou s'améliorer un peu lorsque le petit malade fit une chute dans laquelle ce même genou porta contre l'un des pieds de son lit. Cet accident fut suivi d'une réaction inflammatoire locale assez intense, mais l'état anémique du petit sujet ne nous ayant pas semblé indiquer l'emploi des émissions sanguines, nous nous abstînmes de faire appliquer des sangsues, et nous nous bornâmes à l'emploi local des émolliens, qui toutefois furent incapables de prévenir la formation d'une ulcération des parties molles au niveau du point qui avait porté au moment de la chute, ulcération qui ne s'est jamais refermée depuis, quelle que ait été la série des moyens que nous avons dirigé contre elle.

Enfin, dans ces derniers temps, un vaste abcès s'est formé à la partie externe de l'articulation, dont le foyer s'étend supérieurement jusqu'à un point très élevé de la cuisse, circonstance qui nous obligera de pratiquer l'amputation assez haut.

Depuis quelques jours la santé générale du sujet se détériore; les douleurs sont vives au point d'occasionner l'insomnie est de forcer le petit malade lui-même à demander l'opération. L'articulation malade jouit d'une mobilité excessive, qui dénote l'existence de désordres profonds tout-à-fait au-dessus des ressources de la science et de la nature elle-même. Cependant, au milieu de toutes ces circonstances défavorables, les fonctions se conservent encore en bon état et s'accomplissent bien, de sorte que nous croyons devoir profiter de ce bon moment pour amputer; car nous pourrions le perdre en différant plus long-temps.

Il n'existe pas de dévoiement ni de toux, et un examen attentif de la poitrine ne nous permet de conserver aucune crainte relativement à l'existence de tubercules dans le poumon.

Double cataracte congéniale opérée par abaissement. (*V.* le n° du 15 août.)

Il y a aujourd'hui quinze jours que nous avons opéré par abaissement la double cataracte congéniale que portait le petit malade couché à la salle Saint-Côme. Vous savez que cette double opération a été pratiquée avec assez de succès, et qu'à part quelques vomissemens qui ont eu lieu le jour même, il n'est pas survenu d'autres accidens.

Mais une circonstance bien fâcheuse, c'est que, par suite de l'entêtement du petit malade, il nous a été impossible de constater depuis l'état des yeux. Un instant seulement nous avons entrevu l'œil gauche, et alors il nous a semblé que quelques lambeaux étaient restés dans le champ de la pupille, mais que, du reste, il y avait peu d'inflammation. A droite, nous avons déjà dit qu'il était survenu une légère inflammation des paupières.

Une saignée au bras, préventive, avait déjà été pratiquée le jour même de l'opération; et dès l'apparition de l'inflammation palpébrale nous avons cru devoir la faire répéter. Dans le doute où nous sommes, faute de pouvoir explorer directement les deux yeux, et dans la crainte qu'il n'existe des accidens inflammatoires, qui toutefois, ne peuvent point présenter une grande intensité, nous avons agi comme si ceux-ci existaient réellement, et nous avons soumis notre petit malade à l'usage des évacuations. Le sulfate de soude de d'abord et le calomel ensuite n'ayant point fourni d'évacuations, celles-ci ont été provoquées par trois gouttes d'huile de croton tiglium. Des bains de pieds irritans ont été employés, et un vésicatoire que l'on entretient, et été appliqué à la nuque.

Calcul vésical, quatrième séance de lithotritie. Arrêt d'un nouveau calcul dans l'urètre. Deuxième boutonnière. (*V.* le n° du 15 août.)

C'est jeudi dernier que nous avons pratiqué la quatrième séance de lithotritie chez le petit malade de la salle Saint-Côme: cette séance a été excessivement difficile, à cause de l'extrême indocilité du malade.

Néanmoins, l'instrument a saisi cinq à six fois et a marqué jusqu'à douze millimètres d'écartement. Des fragmens ont été rendus, depuis, en assez grande quantité; mais dès le lendemain de la séance, un assez volumineux, pour n'avoir pu être rendu, s'est engagé dans l'urètre. Toute manœuvre a été inutile: d'abord nous avons essayé de le refouler dans la vessie, ce qui a été fait sans succès; ensuite nous l'avons successivement accroché avec la curette articulée de M. Leroy d'Etiolles, et avec la pince de Hunter, sans pouvoir l'extraire; nous sommes même parvenu à le saisir avec une petite pince à polypes, mais les efforts que nous avons faits pour l'entraîner au dehors sont restés sans résultat.

Enfin nous avons été forcés de faire l'opération de la boutonnière, à laquelle nous avions recours pour la seconde fois chez ce malade.

Le fragment qui présente un volume énorme (14 millimètres de diamètre dans un sens et 12 dans l'autre) était arrêté au devant du bulbe de l'urètre.

Ici nous devons faire naturellement une réflexion relative à la lithotritie pratiquée chez les enfans. Nous avons souvent pratiqué cette opération chez les adultes et chez les vieillards: chez ces derniers surtout, lorsque nous étions à Bicêtre, et jamais chez eux, nous n'avons vu des fragmens s'arrêter dans le canal. Nous croyons que ce fait tient à ce que le col vésical est beaucoup plus extensible chez les enfans, cède plus facilement à l'impulsion communiquée aux fragmens pierreux; ceux-ci s'engagent dans l'urètre, après avoir forcé le passage au col vésical; mais les parois urétrales n'étant pas proportionnellement aussi extensibles que le col, il doit arriver que les fragmens volumineux qui, avec quelque effort, ont pu franchir le col, s'arrêtent nécessairement dans l'urètre.

On peut s'assurer sur le cadavre de cette plus grande extensibilité du col chez les enfans que chez les adultes et les vieillards; il suffit à cet effet d'y engager l'extrémité du doigt

En définitive, à la suite de la lithotritie, les fragmens pierreux ont beaucoup plus de tendance à s'arrêter dans l'urètre chez les enfans que chez les vieillards et les adultes; et cette circonstance nous paraît devoir être mise au nombre de celles qui contre-indiquent cette opération chez eux, toutes les fois cependant que le calcul, par suite de sa friabilité et de son petit volume, laisse espérer sa prompte destruction. K...

Nouvelle méthode pour fixer les corps étrangers mobiles dans l'articulation du genou, suivie d'une observation où elle a été appliquée avec succès; par le docteur E. Dufresse-Chassaigne.

Les corps étrangers dans l'articulation du genou ne sont heureusement pas très communs. On sait que c'est au célèbre A. Paré qu'est dû la première observation de ce genre. On sait aussi qu'il eut le bonheur de guérir son malade au moyen de l'extraction; depuis ce temps-là plusieurs observations du même genre ont été faites, mais toutes les fois qu'on a été obligé d'ouvrir l'articulation pour en débarrasser les malades, cette opération n'a pas eu le même succès que celle d'A. Paré, et elle a même quelquefois été suivie d'accidens assez graves pour faire périr les opérés. Ainsi, le malade de Simson (Essaies d'Edimbourg, t. IV, p. 374), ne fut guéri qu'au bout d'un an, et la cure fut traversée par une série d'accidens qui mirent plusieurs fois ses jours en danger. Boyer rapporte, dans son Traité des maladies chirurgicales, t. IV, p. 451 et suivantes, plusieurs autres observations dans lesquelles les opérés furent en danger de périr, malgré le traitement général énergique auquel on les soumit; tels furent les opérés de Hewit, de Londres, de Jord, de la même ville. Le malade opéré par Desault, en 1785, ne guérit qu'après avoir eu deux abcès, l'un à la partie moyenne de la jambe, et l'autre au milieu de la cuisse. Enfin, un autre malade dont parle Théden, fut opéré à Breslaw et périt d'une fièvre maligne.

C'est donc à juste titre qu'on range cette affection parmi celles que les chirurgiens n'aiment pas à traiter: la raison en est facile à concevoir; c'est que l'opération par laquelle on en débarrasse les malades, étant fort simple, si on les guérit ils n'en tiennent aucun compte, et s'il survient des accidens ils en accusent la négligence ou l'inhabileté du chirurgien.

Cependant, on ne connaît actuellement que l'opération comme véritable moyen curatif; car personne n'oserait compter sur la compression pour fixer ces corps étrangers en un point où ils ne puissent pas nuire à la progression, soit qu'on l'employât d'après la méthode de Midleton, qui consiste à appliquer un emplâtre agglutinatif autour de la rotule et un bandage circulaire, soit qu'on se servît de la genouillère de Gooch, avec laquelle Boyer (*loc. cit.*, p. 444) dit avoir réussi après l'avoir fait porter un an à son malade.

Bien, comme je l'ai dit au commencement de cet article, qu'on ait rarement occasion de rencontrer des corps étrangers mobiles dans l'articulation du genou, je crois qu'il ne sera pas inutile de faire connaître une nouvelle méthode propre à fixer solidement ces corps en quelques jours, et sans faire courir aux malades le moindre danger.

M. D., propriétaire des environs de Chartres, âgé de trente-cinq ans, étant à Paris au mois de mai dernier, ressentit un matin une vive douleur dans le genou droit au moment où il voulut mettre sa jambe dans son pantalon; il tomba, et ne put se tenir de bout, il se traîna alors sur son lit et me fit appeler.

Il n'était pas possible de songer à une fracture du col du fémur; car le membre n'en présentait aucun symptôme, et l'âge du malade n'était pas assez avancé pour cela. Je dirigeai donc mes recherches vers le genou dont le malade se plaignait, et en faisant exécuter à la jambe des mouvemens alternatifs de flexion et d'extension sur la cuisse, je parvins à découvrir à la partie interne du genou un corps étranger, dur, aplati et gros comme une aveline ou comme une fève de marais. La cause du mal étant reconnue, je dis à M. D., qu'en lui enlevant ce corps par une incision on le guérirait certainement, mais que cette opération, quelque légère qu'elle parût, pouvait entraîner à sa suite des accidens fort graves. C'est alors que je lui proposai l'application de ma méthode, en lui assurant que si elle ne réussissait pas, elle ne causerait du moins aucun accident, et qu'il serait alors toujours temps de recourir à l'extraction. Ma proposition fut acceptée.

Depuis long-temps déjà en pensant aux dangers qui accompagnent les plaies des articulations, j'avais songé à trouver un moyen de fixer avec certitude les corps étrangers mobiles dans ces cavités, et je m'étais arrêté aux deux méthodes suivantes:

La première consistait à saisir le corps étranger entre le pouce et l'index de la main gauche, puis à faire une incision qui n'intéressât que la peau et laissât la capsule intacte, pensant que celle-ci s'enflammerait dans le point où elle serait en contact avec le corps étranger et contracterait des adhérences avec lui; mais je réfléchis bientôt que l'inflammation, une fois développée dans la capsule, pourrait bien ne pas se borner au point où je l'aurais voulu, mais se propager à toute sa surface et donner lieu à des accidens graves; aussi l'abandonnai-je pour pratiquer l'autre que je préfère.

Voici cette seconde méthode et la manière dont je la pratiquai sur M. D.; je plaçai la jambe et la cuisse dans l'extension sans raideur. J'amenai le corps étranger vers la partie interne et inférieure de la rotule; je le saisis entre le pouce et l'index de la main gauche et je plongeai avec l'autre main une fine aiguille à cataracte sous la peau; je déchirai la capsule tout autour du corps étranger, je retirai l'instrument et je maintins les parties dans les rapports où je les avais mises avec une bandelette de dyachilum étroite que je serrai autour du corps recouvert de la peau; puis, j'appliquai un bandage roulé autour du membre, depuis le pied jusqu'au-dessus du genou; je le plaçai dans l'extension et l'y laissai pendant huit jours, au bout desquels je trouvai le corps adhérent dans le lieu où je l'avais placé.

Craignant que par des mouvemens les adhérences de nouvelle formation se déchirassent, j'engageai M. D. à garder le lit pendant huit jours, mais comme il ne souffrait pas il n'en fit rien, et les adhérences n'en ont pas moins persisté.

Cette méthode, comme on le voit, est excessivement simple et innocente; il est probable qu'après que l'aiguille a labouré les tissus sous-jacens à la peau, il se forme un léger épanchement de sang, bientôt suivi d'une sécrétion de lymphe plastique qui s'organise et devient la cause et le moyen des adhérences.

Si j'avais à recommencer l'opération, j'aimerais mieux fixer d'abord le corps avec la bandelette de diachylum avant d'enfoncer l'aiguille.

Fracture des 5e et 6e côtes et des cartilages de 7e et 8e. Tumeur sanguine et emphysème de la région antérieure et latérale droite du thorax. Observation communiquée par le M. docteur Guillemin, de Versailles.

M. Vassard, marchand grainetier à Versailles, rue de l'Orangerie, 62, âgé de 29 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, marié depuis neuf jours, le 30 juin dernier, il conduisait sa voiture contenant une charge de foin, sur laquelle il était assis, tenant les guides de son cheval, lorsqu'il est heurté par une autre voiture qui venait en sens inverse. La secousse est si violente, qu'elle le fait verser et le précipite, la région antérieure et latérale droite du thorax contre la ridelle de la voiture qu'il avait rencontrée. En même temps, et sans désemparer, il glisse dans l'intervalle très rétréci que circonscrivent les deux voitures alors en arrêt, et s'y trouve assez fortement pressé d'avant en arrière. Cependant il ne perd pas connaissance, et parvient à se dégager sans secours étranger.

La baronne de Costollan, passant sur ces entrefaites, s'empresse de descendre de sa voiture pour y faire placer le blessé, avec ordre de le conduire à sa demeure, qui n'était éloignée que de quatre cents pas environ. Soutenu par les aisselles et les avant-bras, il descend de la voiture et monte ainsi jusqu'au premier étage. Une demi-heure après, à sept heures du soir, j'arrive auprès du malade, qui je trouve dans l'état suivant:

Facies portant l'empreinte de la souffrance; légère contusion de la moitié interne de la joue droite se continuant sur l'aile jusqu'au dos du nez; teinte jaunâtre des sclérotiques et de la peau dont la température est sensiblement plus élevée qu'à l'état normal; pouls plein et dur, à 100 pulsations, intermittent; langue légèrement blanchâtre. Décubitus sur le côté gauche avec inclinaison de la tête sur l'épaule du même côté; jambes fléchies sur les cuisses qui, elles-mêmes sont fléchies sur le bassin. Le malade garde l'immobilité.

A gauche, le thorax ne présente aucune lésion. A droite, à un pouce et demi au-dessous du mamelon et à deux pouces et demi de la ligne médiane, est une tumeur molle, avec coloration noirâtre de la peau, en partie réductible par la pression. Cette tumeur augmente dans le premier temps, et s'affaisse au contraire, mais non entièrement, dans le second temps de la respiration; elle ne dépasse jamais le volume d'un œuf de poule. L'action de parler, la toux, les mouvemens du tronc, provoquent des douleurs violentes; il en est de même de l'inspiration et de l'expiration qui, en outre, font entendre d'une manière bien distincte comme le frottement d'extrémités d'os fracturés.

La crépitation est encore bien mieux perçue si l'on applique à plat les deux mains, l'une en-deçà, l'autre au-delà de la tumeur, et qu'on presse alternativement la poitrine de l'une et de l'autre main. Ces manœuvres, en effet, déterminent le chevauchement des fragmens les uns sur les autres; si l'on promène l'indicateur et le médius le long d'une ligne oblique qui s'étendrait depuis la cinquième côte, au niveau, et à quatre lignes au-dessous du mamelon, et couperait à angle les cartilages de la septième et de la

huitième, en passant sur la tumeur sanguine on sent manifestement quatre saillies anguleuses, auxquelles correspondent quatre enfoncemens. En outre, il existe une tuméfaction considérable de tout le côté droit; tuméfaction qui est limitée en bas par la fosse iliaque, en haut par l'os maxillaire inférieur, en avant par la ligne médiane et par l'angle des côtes en arrière. Cette tuméfaction est blanche, luisante, élastique, ne conservant pas l'empreinte des doigts sous la pression desquels elle donne la sensation de bulles qui se crèvent. La percussion sur les points tuméfiés rend un son plus clair que de coutume. A l'auscultation, le premier temps fait entendre une inspiration vésiculaire superficielle et prolongée qui masque en partie l'inspiration vésiculaire profonde, qu'on distingue néanmoins avec un peu d'attention. L'expiration n'existe que dans le poumon; pas de bruits anormaux.

Prescription. Sur le-champ, saignée de 500 grammes; 30 sangsues sur la tumeur, que j'applique moi-même; tilleul, oranger.

A la chute des sangsues, la tumeur était réduite de beaucoup, mais elle n'avait point entièrement disparu. J'avais obtenu un amendement; il était actuellement essentiel de rendre la respiration moins douloureuse, en permettant le moins de dilatation possible à l'expansion vésiculaire : c'est le résultat que je cherche à produire en appliquant le bandage accoutumé des auteurs, que j'imbibe d'eau végéto-minérale. Immédiatement après, le malade respire avec moins de peine.

Pour la nuit, eau de veau, lavement émollient, diète; le malade gardera le silence.

Mercredi, 1er juillet, 7 heures du matin. Le malade a eu une nuit agitée; néanmoins il a pu dormir deux heures environ. La respiration est toujours pénible, le pouls régulier, fréquent et dur; la peau chaude et ictérique; la langue large et recouverte d'un enduit blanchâtre; gargouillement et douleur de la fosse iliaque droite à la pression de la main. La douleur se fait sentir aussi, mais moins vivement à la fosse iliaque gauche et dans toute l'étendue de l'abdomen. L'emphysème semble s'être accru; il y a eu pendant la nuit des crachemens de sang qui continuent le matin. Je réapplique le bandage que j'avais levé pour examiner les parties lésées.

Prescription. 25 sangsues sur la fosse iliaque droite; eau de veau; lavement émollient; cataplasme sur l'abdomen; silence; diète.

A sept heures du soir, pouls fréquent, dur, irrégulier; peau chaude. Je me trouve dans une autre maison, en consultation avec MM. Gouraud, et, à ma prière, M. Gouraud fils, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, veut bien se rendre avec moi chez mon malade. Après un examen attentif, il constate l'emphysème mentionné, la fracture des cinquième et sixième côtes, et celle des cartilages des septième et huitième, les deux sortes d'inspiration; il ne découvre d'ailleurs aucune trace de pneumonie, ni de pleurésie au moins étendues. Il pense avec moi qu'il sera nécessaire de saigner de nouveau le malade, qui conserve encore beaucoup de force.

Comme il n'y a pas eu de selles depuis l'accident, je fais administrer un quart de lavement émollient additionné de 64 grammes de miel mercuriel.

Jeudi 2 juillet. Le lavement, après de vives coliques, a amené une garderobe abondante, qui a beaucoup soulagé le malade. La douleur de la fosse iliaque est moins intense; mais une autre douleur que je n'avais point remarquée jusqu'ici se fait sentir à l'hypochondre droit; respiration toujours pénible avec point de côté; continuation du crachement de sang, pouls et peau comme hier.

Prescription. Saignée de 700 grammes, limonade citrique, lavement émollient, cataplasmes sur l'abdomen, silence, diète.

Vendredi 3 juillet. Le sang de la saignée offre un caillot assez riche sans couenne inflammatoire, le sérum est de couleur jaune verdâtre ordinaire. Teinte ictérique plus prononcée des sclérotiques et de la peau dont la température se maintient plus élevée que d'habitude, pouls à environ 85 pulsations, régulier, assez plein, langue recouverte d'un enduit jaunâtre, amertume de la bouche, soif modérée; la douleur de l'hypochondre persiste; encore de la difficulté dans la respiration et quelques crachemens de sang. Je lève l'appareil, et j'aperçois de la suppuration aux piqûres des sangsues. Par une pression assez douce, je puis encore faire céder les côtes, mais je me garde bien de produire la crépitation. L'emphysème demeure stationnaire; je pratique sur son étendue deux mouchetures avec la lancette; il s'en échappe quelques bulles d'air qui agitent légèrement la flamme d'une chandelle. Comme les fragmens internes chevauchent sur les externes, j'exerce sur eux une forte pression, en même temps que j'ordonne au malade de faire une profonde inspiration; ensuite j'applique à leur niveau une plus grande épaisseur de compresses graduées, après avoir préalablement pansé les points en suppuration avec un linge enduit de beurre frais.

Prescription. La même, plus un quart de lavement émollient avec 96 grammes de miel mercuriel.

Samedi matin 4. La nuit a été meilleure que les précédentes; il y a eu deux selles très copieuses; toujours de la douleur à l'hypochondre; plus d'expectoration sanguinolente; la contusion de la joue et de l'aile du nez a disparu.

Prescription. 25 sangsues sur le lieu douloureux, cataplasmes à la chute des sangsues, limonade citrique, lavement émollient, diète.

Le soir à sept heures, plus de douleur ni à l'hypochondre, ni dans toute l'étendue de l'abdomen; pouls régulier, sans fréquence, chaleur de la peau naturelle.

Dimanche 5. Le malade a reposé toute la nuit; l'ictère est moins prononcé; la langue se nettoie; l'emphysème diminue; le malade demande à manger, ce que je lui refuse.

Prescription : la même.

Le lundi 6. Le mieux continue. J'accorde une légère semouille au lait.

Le mardi 7. J'augmente la quantité des alimens. Deux petits potages dont l'un au lait, l'autre au gras.

Le mercredi 8. Le potage au gras a produit hier soir vers cinq heures de la pesanteur à l'estomac, des nausées, de la céphalalgie, de la chaleur à la peau et de la fréquence dans le pouls. Le malade m'avoue que, même dans l'état de santé, le bouillon gras lui inspire du dégoût. Après trois à quatre heures de malaise, tout est rentré dans l'ordre, et il a pu dormir toute la nuit. Ce matin, il est aussi bien que possible.

Trois potages.

Le jeudi 9. Alimens comme hier; plus une petite quantité de viandes blanches.

Le vendredi 10. Bon état général; l'ictère et l'emphysème se voient à peine; la respiration s'exécute sans douleur; mais la toux, le rire et les mouvemens du tronc en provoquent encore un peu; l'appétit se prononce de plus en plus.

Le samedi 11, il se lève pendant deux heures environ, après lesquelles, se sentant faible, il se recouche.

Le dimanche 12, la convalescence s'affermit, il reste levé pendant quatre heures sans fatigue, il mange presque comme dans l'état de santé; la digestion et les selles se font bien.

Le lundi 13, je lève le bandage par une pression même assez considérable; il ne m'est pas possible d'abaisser les fragmens, mais on sent au toucher quatre légères saillies auxquelles correspondent quatre enfoncemens dans la direction de la ligne oblique déjà signalée. L'emphysème et l'ictère n'existent plus. Je réapplique l'appareil, et je recommande au malade la plus grande prudence.

Aujourd'hui 13 août, quarante-cinquième jour après l'accident, M. Vassard a recouvré ses forces, et il se livre à ses occupations habituelles. Pourtant, sur ma recommandation, il s'abstient de porter des fardeaux et de quitter son bandage de corps, qu'il gardera encore pendant trois semaines ou un mois. Les saillies et les enfoncemens à peine sensibles à la première moitié de la ligne oblique, sont encore assez prononcés à la seconde moitié de cette ligne. Se serait-il opéré une consolidation des fragmens des cartilages non point bout-à-bout, mais par leurs faces antérieures et postérieures correspondantes? C'est ce que je suis porté à penser, et ce que j'avais prévu. Du reste, ainsi qu'il arrive dans la majorité des cas, aucune gêne ne résulte pour M. Vassard de cette consolidation vicieuse qui, comme on le sait, n'est pas encore définitive.

Le fait suivant, rapporté par la Gazette des Tribunaux, nous a paru curieux dans les circonstances actuelles :

M. Martin, marchand de sangsues, a saisi le tribunal de police correctionnelle d'une plainte en diffamation dirigée contre madame Thomas, également marchande de sangsues au faubourg de la Guillotière, à Lyon. Il articule que, sous la forme de pétition adressée à la chambre des pairs, madame Thomas s'est permis à son égard une imputation calomnieuse et diffamatoire, qui a été reproduite par presque tous les journaux qui ont rendu compte de la séance de la chambre et notamment par le Moniteur du 28 janvier dernier.

Madame Thomas fait défaut. Me Lacoin, défenseur de M. Martin, donne lecture de la pétition, et fait ressortir tout le tort que la reproduction dans les journaux a dû faire à la considération et aux intérêts commerciaux de M. Martin qui, tout en demandant la répression du délit, *se refuse à exiger des dommages-intérêts*.

Conformément aux conclusions de M. l'avocat du roi, le tribunal, après en avoir délibéré, condamne madame Thomas à 300 f. d'amende et aux frais, pour tous dommages-intérêts, et ordonne l'insertion du jugement dans trois journaux de la capitale, notamment dans le Moniteur.

Ainsi voilà un marchand de sangsues qui semble avoir voulu donner une leçon à un médecin et se *refuse à exiger des dommages intérêts*. Que n'a-t-il eu l'idée de les donner aux pauvres?

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 25 AOUT 1840. (13e ANNÉE.) N° 100, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, [illegible]

HOSPICE DE BICÊTRE.

Observations sur l'emploi de la belladone dans le traitement de l'épilepsie.

Il n'est pas besoin de dire combien est grave et terrible cette affection nerveuse qu'on nomme épilepsie. Il n'est pas besoin non plus de répéter, avec tous les auteurs, combien elle s'est toujours montrée rebelle aux agens de la thérapeutique. Tous les médecins connaissent sans doute la liste si nombreuse et si variée des médicamens qui ont été préconisés tour à tour contre cette triste maladie, et bientôt après abandonnés. Toutes les substances qui jouissent d'une action énergique sur l'énonomie, et particulièrement sur le système nerveux, ont été essayées sans amener de résultats satisfaisans. Serait-ce donc que notre art soit à jamais condamné à l'impuissance, et qu'une nombreuse classe de malades doive être abandonné aux expériences des charlatans, qui trouvent surtout des dupes parmi les malheureux condamnés, à tort peut-être, à l'incurabilité? Non, sans doute, il faut se donner bien de garde de se laisser aller ainsi au découragement. L'épilepsie, en raison même de sa nature, qui a échappé jusqu'ici, il est vrai, à toutes les recherches, mais qui doit être passagère comme ses symptômes, l'épilepsie, dis-je, doit rentrer dans la classe des maladies susceptibles de guérison. Il existe certainement dans la nature une substance ou un ordre de moyens capables d'arrêter ses progrès et de modifier l'organisation de manière à prévenir le retour de ses accès; et parce que ce bienheureux spécifique n'a pas encore été trouvé, est-ce une raison de croire qu'on ne le trouvera jamais, et de s'abstenir de toute recherche ultérieure? Rien ne serait plus fatal à l'avenir de la science qu'une semblable manière d'agir. On conviendra sans doute que, de ce qu'un médicament a été employé plusieurs fois sans succès, il ne s'en suive nullement qu'on doive renoncer complètement à y recourir. Qui peut dire, en effet, que son administration, ordonnée sur une plus grande échelle, et d'une manière plus suivie, plus méthodique, plus long-temps continuée, viendra toujours aboutir aux mêmes résultats négatifs? Jusque-là il est au moins permis de douter; et ce n'est qu'après qu'un agent thérapeutique a été examiné sous toutes ses faces, qu'il est possible de constater son inefficacité.

Les réflexions qui précèdent s'appliquent seulement à l'emploi en médecine de ces substances peu nombreuses qui exercent une action puissante et incontestée sur nos organes. Or, personne n'ignore sans doute que la belladone jouit au plus haut degré de cette propriété remarquable; aussi a-t-on songé depuis long-temps à l'employer dans le traitement de l'épilepsie. Greding, le premier, fit des expériences suivies dans cette voie, et il en retira des résultats assez satisfaisans pour engager quelques-uns de ses contemporains à les répéter. Malgré ces précédens encourageans, personne n'avait pensé à suivre les traces de Greding jusqu'à ces dernières années, et la plupart des auteurs de nos jours ne mentionnent pas même la belladone parmi les substances qui peuvent être utiles contre l'affreuse maladie qui nous occupe. Dans ces circonstances, M. le docteur Leuret résolut, vers la fin de 1837, de tenter des expériences nouvelles. Il était alors chargé seul du service des aliénés pendant l'absence de M. Ferrus, et par conséquent dans une position très favorable pour arriver à un résultat quelconque, soit positif, soit négatif.

Pour donner à ses essais le plus haut degré possible de certitude, il choisit ses malades parmi ceux qui offraient les accès les plus fréquens et les plus intenses. Leur nombre, d'abord borné à six, fut, après quelques jours, porté à quatorze, et plus tard encore à dix-huit. Presque tous éprouvèrent une amélioration sensible; aussi M. Ferrus s'associant aux espérances de M. Leuret, fit continuer ses observations aussitôt après son retour. Les malades furent donc soumis à l'influence de la belladone pendant plusieurs mois, et il était déjà permis, d'après les résultats obtenus, d'en espérer de plus satisfaisans, surtout chez des malades placés dans des conditions plus favorables. Mais par suite de circonstances qu'il est inutile de faire connaître ici, les expériences furent interrompues au commencement de l'année 1838, et elles n'ont pas été reprises depuis.

Cependant M. Leuret n'avait pas renoncé à donner à ses essais toute l'extension dont ils étaient susceptibles. Aussi presque aussitôt après sa nomination de médecin en chef d'une des divisions de Bicêtre, a-t-il songé à les reprendre avec la ferme résolution de ne plus les interrompre avant d'être arrivé à fixer d'une manière positive le degré d'efficacité de la belladone et de quelques autres agens pharmaceutiques. Il m'a semblé alors qu'il ne serait pas inutile de faire connaître en peu de mots les expériences faites il y a trois ans, et sur lesquelles j'ai recueilli des notes très détaillées presque sous la dictée de M. Leuret et de M. Ferrus. Mais ces notes étant très étendues, je me bornerai à en faire une analyse aussi succincte que possible, persuadé que je suis que s'il est bien de n'oublier aucun détail lorsqu'on recueille une observation, il est encore mieux de supprimer les moins importans lorsqu'on veut la publier.

Première observation. Pierre F... est devenu épileptique à la suite de chagrins violens et long-temps prolongés. Ses accès, d'abord très rares, ont augmenté peu à peu de fréquence au point de se renouveler presque tous les jours, et quelquefois jusqu'à deux et trois fois par jour.

Le 9 septembre, il fut amené à l'infirmerie de la division, avec six de ses camarades, dont il sera parlé plus bas. Son pouls offrait 66 pulsations par minute, et sa pupille présentait une ligne de dilatation. Le jour même, il prit 30 centigrammes d'extrait de belladone, divisés en trois pilules. Dès le lendemain cette dose fut portée à 60 centigr., et resta la même jusqu'au 1er janvier 1838, époque à laquelle je quittai Bicêtre. Pendant cette longue période le malade a présenté les phénomènes suivans: le pouls, accéléré pendant deux ou trois jours, redescendit bientôt à l'état normal et même souvent au-dessous. La pupille offrit, dès le 10 septembre, une dilatation notable, qui persista beaucoup plus long temps que l'accélération du pouls. Pendant les premiers jours encore la vue du malade se troubla, il éprouva des éblouissemens fréquens; sa langue, tantôt sèche, tantôt humide, offrit parfois un léger enduit brunâtre, et presque constamment un développement assez marqué des papilles épidermiques; enfin, après avoir eu quatorze accès du 2 au 6 octobre, le malade n'a pas cessé de jouir d'un bien-être dont il était privé depuis long-temps, jusqu'au 1er janvier, époque à laquelle j'ai cessé de le voir.

Dans cette observation il est incontestable que la belladone a exercé une influence salutaire sur le nombre des accès qui venaient tous les jours tourmenter le malade, et avaient porté une atteinte très prononcée à son intelligence. Elle a fait plus encore, elle a diminué l'intensité de ceux qu'elle n'a pas pu prévenir, et après leur cessation le malade a éprouvé moins d'hébétude et d'abattement. Il s'en faut de beaucoup que tous les malades aient éprouvé la même amélioration. Celui qui fait le sujet de l'observation suivante n'a, en effet, présenté que des effets négatifs, et cependant il a été beaucoup plus sensible à l'action de la belladone.

Deuxième observation. Eugène D... est âgé de dix-sept ans et épileptique par accident. Ses attaques sont fréquentes et se renouvellent à des époques variables, souvent à la suite de la contrariété la plus légère. Le 9 septembre son pouls bat 80 fois par minute, et sa pupille offre près de deux lignes de dilatation. La dose d'extrait de belladone fut portée le second jour à 60 centigrammes, et continuée jusqu'au sixième. Pendant ce court intervalle, la vue du malade se trouble, ses pupilles acquièrent jusqu'à trois lignes et demie de dilatation; il éprouve de la céphalalgie, il a des hallucinations nombreuses qui amènent avec elles un délire gai et tranquille. La langue se dessèche et se couvre d'un ruban brunâtre au centre. Le pouls devient fort, plein, difficile à déprimer, et offre jusqu'à 108 pulsations. Cessation complète du traitement et peu après des accidens. La belladone est reprise à la dose de 60 centigrammes; mais le prompt retour des accidens oblige de la borner à celle de 30 centigrammes. Celle-ci fut continuée pendant toute la durée du traitement sans aucun phénomène nouveau.

Dès le 28 septembre le pouls était redescendu à 78 pulsations; la langue s'était humectée et l'appétit était revenu. Quant aux attaques, elles sont revenues à peu près aussi souvent qu'auparavant; on en a compté quarante depuis le 9 septembre jusqu'au 1er janvier. Il a semblé cependant qu'elles n'étaient pas tout à fait aussi intenses.

Troisième observation. Etienne L... est âgé de quarante-deux ans. Il a eu trois ou quatre attaques consécutives très violentes tous les huit jours, depuis son entrée à l'hospice qui date de plusieurs années.

Le 27 septembre 1837, il fut soumis au traitement par la belladone: sa langue était humide et offrait des papilles épidermiques à peine visibles; ses pupilles avaient une ligne de diamètre; son pouls ne battait que 45 fois par minute. Belladone, 30 centigr.

Le 28, pas d'attaques; pupilles, deux lignes de diamètre; langue humide; 96 pulsations. Le 30, pas d'attaques. Agitation violente et délire maniaque pendant toute la nuit et au moment de la visite; pupilles, deux lignes et demie de dilatation; langue un peu sèche, papilles de l'épiderme très grosses; pouls, 84 pulsations. Du 1er au 2 octobre, une attaque. L'agitation et le délire persistent, mais avec moins d'intensité; même état de la langue et des pupilles; 45 pulsations. Le malade n'a pas pris de belladone la veille. Belladone, 10 centigr.

Du 3 octobre au 1er novembre, Etienne n'a pas d'accès.

FEUILLETON.

Traité pratique des hernies et déplacemens de la matrice; affections considérées sous leur rapport anatomique, médical et chirurgical, etc. Par P.-L. VERDIER, chirurgien herniaire de la marine, etc. — Paris, Béchet et Labé, 1840. — In-8° de 742 pages.

Le livre sur les hernies que nous analysons est le fruit d'une longue pratique toute spéciale sur cette matière; la position particulière de M. Verdier l'a mis à même de recueillir un grand nombre de faits curieux qu'il publie aujourd'hui sous forme de traité.

On y rencontre des tableaux statistiques roulant sur des nombres considérables, ce qui leur donne une haute importance scientifique; ne pouvant suivre M. Verdier dans tous les détails qu'il donne, et indiquer tous *ses tableaux*, nous pouvons rapidement énoncer les points les plus curieux de ce volumineux ouvrage, dans lequel les chirurgeins puiseront les plus utiles documens.

Une première notion qui constitue pour ainsi dire un préambule est consacré à l'anatomie et à des considérations générales sur la disposition de la cavité abdominale et des organes qu'elle renferme. Nous passerons cette partie sous silence, car sur ce sujet les idées de l'auteur sont celles de tous les anatomistes modernes, et doivent être par conséquent suffisamment connus.

L'auteur procède ensuite à une classification générale des hernies, et recherche les variétés que la disposition anatomique explique devoir être plus fréquentes chez tel ou tel sexe. Il envisage ensuite les différences qu'elles présentent selon les âges de la vie auxquels elles se forment. Ici se place un chapitre intéressant sur les hernies des nouveau-nés. Les tableaux statistiques de M. Verdier lui ont donné sur ce point curieux de pathogénie les chiffres suivans:

Hernies inguinales,	98,	garçons 82,	filles 16 (:: 4 : 7).
Id. ombilicales,	45,	8,	7 (:: 8 : 7).
Id. de la ligne blanche,	4,	3,	1 (:: 3 : 1).

Ce tableau a encore établi pour l'auteur que les filles sont plus souvent affectées de hernies inguinales doubles que les garçons. Les recherches faites dans le but d'en découvrir le motif sont restées sans fruit, cependant tout en l'ignorant, M. Verdier pense que cela résulte de la disposition des anneaux inguinaux chez ce sexe. C'est donc aux anatomistes à étudier ce point curieux de science.

Causes présumées de la plus grande fréquence des hernies des adultes du côté droit. Sur 22,508 bandages fournis aux hôpitaux de la marine et de la guerre, 10,727 étaient du côté droit, 6,984 du côté gauche, 4,704 doubles et 93 ombilicaux. L'auteur trouve les causes dans les habitudes de l'économie.

Epoque de la vie où les hernies ont le plus souvent lieu. Voici les résultats des séries établies par M. Verdier.

De 36 ans à 40,	196.
41 35,	175.
31 45,	152.
De 1 jour à 5 ans,	137.
De 26 ans à 30,	137.
46 50,	103.

La plus grande fréquence est donc de 30 à 50 ans, ce qui est contraire à l'assertion des auteurs qui ont admis la fréquence plus grandes des hernie pendant la vieillesse.

Division des hernies. M. Verdier croit que les divisions des hernies sont insuffisantes pour apprécier leur nuance. Il propose les variétés suivantes: 1° Hernies internes; 2° externes; 3° simples; 4° composées; 5° compliquées; 6° libres et réductibles; 7° irréductibles; 8° engouées; 9° étranglées.

Comme statistique, cette division lui a donné les élémens suivans:

Hernies internes,	390.	— Hommes 310.	Femmes 80.
externes,	836.	— 666.	170.
simples,	653.	— 511.	142.
composées,	573.	— 465.	108.
libres,	905.	— 769.	136.
irréductibles,	321.	— 207.	114.
compliquées,	61.	— 59.	2.
engouées,	29.	— 24.	5.
étranglées,	51.	— 42.	9.

Causes des hernies. Ce sujet est le motif d'un chapitre fort intéressant et fort complet.

Des hernies selon les organes qui les composent, indiquées dans un tableau spécial que nous ne pouvons que signaler. Les chapitres qui suivent présentent une histoire fort complète des signes, des modifications pathologiques et du traitement qu'elles comportent. Les praticiens y trouveront une foule de faits remarquables, de modifications utiles et de préceptes sagement déduits. Nous avons surtout remarqué les sections consacrées au traitement chirurgical à l'application des bandages, à la cure radicale des hernies, et l'exposé d'une nouvelle méthode de guérison des hernies nouvelles par les douches d'eau froide.

Il continue à prendre de l'extrait de belladone, mais à des doses très faibles.

Le 1er novembre et le 4 de ce même mois, il a deux accès. Belladone, 30 centigr. Cette dernière prescription ne varie plus jusqu'au 1er janvier, et le malade n'a pas d'attaques pendant cette longue période. Ainsi, du 27 septembre jusqu'au 1er janvier, Etienne n'a eu que trois accès au lieu de trente à trente-cinq qu'il aurait eus dans le même temps, avant son entrée à l'infirmerie. Doit-on attribuer ce résultat à la belladone, pour laquelle le malade a montré une telle susceptibilité, qu'il n'a jamais pu en supporter plus de 30 centigrammes par jour?

Quatrième observation. G..., âgé de vingt-un ans, d'une constitution faible, imbécile, épileptique depuis son enfance, a tous les jours de cinq à six accès. Les infirmiers de sa salle ne se rappellent pas qu'il ait passé un seul jour sans avoir des attaques.

Le 27 septembre, il prend 30 centigrammes d'extrait de belladone. Le lendemain, il a eu six attaques; la langue est humide, le pouls un peu accéléré. Même prescription.

Le 29, cinq accès; même état général. Le 1er octobre, une attaque très faible. Pupilles, deux lignes et demie de diamètre; langue rosée tendant à la sécheresse, papilles épidermiques très développées; agitation violente, délire gai, hallucinations nombreuses; pouls, 80 pulsations. On suspend l'usage de la belladone pendant deux jours.

Le 3, pas d'accès depuis le 1er, encore un peu d'agitation; le malade a dormi pendant plusieurs heures. Belladone, 30 centigrammes.

Une attaque tous les jours du 4 au 10 octobre; état général assez satisfaisant. Le 10, pas d'accès; retour de l'agitation et du délire; langue un peu sèche; pouls, à 86 pulsations. Cet état se dissipe le lendemain, quoique le médicament ait été pris comme à l'ordinaire. Depuis lors, G... continue à prendre de la belladone à des doses variables, et la cessation des accès a coïncidé presque toujours avec un état d'agitation et de délire, passager il est vrai, mais entièrement semblable à celui qui avait été d'abord observé. A deux reprises différentes le malade a passé huit jours consécutifs sans se ressentir de sa terrible maladie. Il est évident que chez lui la belladone a exercé une influence salutaire. Mais la maladie était si ancienne et si invétérée, qu'il n'était guère possible d'espérer un résultat plus satisfaisant.

Cette seule observation suffirait pour engager les observateurs à porter leurs recherches dans la voie si heureusement frayée par M. Leuret. On connaît assez l'influence puissante que l'habitude et la répétition périodique des mêmes actes exercent sur nos organes; et chez notre malade cette influence était fortifiée de toute l'énergie d'une maladie arrivée depuis long-temps à son plus haut point d'intensité. Qu'on juge donc de tout ce qu'il a fallu de puissance à la belladone pour combattre efficacement, même pour peu de jours, ces deux actions si délétères!

Cinquième observation. François V... est âgé de trente ans; il a des accès presque tous les jours et toutes les nuits, plus fréquemment pendant la nuit. 27 septembre; deux accès la veille; langue humide; pupilles, 1 ligne de diamètre; pouls, 92 pulsations. Belladone, 30 centigr.

28, Deux attaques pendant la nuit; même état de la langue et des pupilles; pouls à 106 pulsations. 30, pas d'accès; un peu d'agitation et de délire; langue un peu chargée. Même prescription.

Une attaque le 3, le 4 et le 5 octobre. Langue humide; pouls à 96 pulsations; les pupilles n'ont offert jusque-là qu'une très légère dilatation. Le malade continue à prendre de l'extrait de belladone à la dose de 15, 20 ou 30 centigrammes, et n'a plus d'accès jusqu'au 24 octobre. Il en a encore un le 8 novembre, et deux le 9 du même mois. Depuis lors il n'a cessé de jouir d'une santé parfaite, jusqu'au 30 novembre, époque à laquelle le traitement fut interrompu à cause de son indocilité.

Sixième observation. Nicolas M... est âgé de vingt-deux ans. Sa maladie date de sa treizième année; il est imbécille, d'un caractère timide et d'une constitution assez faible. Il a des accès très fréquemment, souvent plusieurs par jour.

27 septembre. Trois accès depuis la veille; pupilles un peu plus d'une ligne de diamètre; langue humide, blanchâtre; pouls, 86 pulsations. Extrait de belladone, 30 centigrammes.

Le 28, pas d'accès. Pupilles, trois lignes de diamètres; langue tendant à la sécheresse; pouls, à 101 pulations. Le 29, pas d'attaques, même état général; pouls, à 108 pulsations. Pas d'attaques du 30 au 9 octobre. Le pouls redescend graduellement à son rhythme normal. Les pupilles se maintiennent fortement dilatées. Depuis cette époque jusqu'au 1er janvier, Nicolas continue à prendre l'extrait de belladone à la dose de 30 centigrammes, et un peu plus tard à celle de 50 centigrammes, sans présenter aucun phénomène remarquable. Pendant cette longue période, il n'a eu de loin en loin que quelques accès, qui se sont élevés au nombre de huit.

Septième observation. P..... est âgé de quarante-quatre ans et épileptique depuis sa naissance. Entré à l'infirmerie pour une légère maladie accidentelle tout à fait étrangère à son affection primitive, il a été observé avec soin pendant dix-huit jours avant d'être soumis au traitement par la belladone. Penant ce court intervalle de temps il a eu cinquante-huit accès. Il est resté plongé dans un état d'hébétude et d'abattement bien voisin de la stupidité la plus complète.

Le 17 octobre il a pris 30 centigrammes de belladone. Pendant trois jours, il a encore une attaque chaque jour. Mais depuis le 20 octobre jusqu'au 13 décembre, époque à laquelle il sortit de l'infirmerie, il n'eut plus aucun accès. Il n'était plus alors reconnaissable; sa figure annonçait un peu d'intelligence; ses yeux s'étaient animés; il comprenait les questions qu'on lui adressait et y répondait sensément. Cette observation est peut-être la plus concluante de toutes celles que j'ai recueillies. Elle aurait besoin sans doute d'être complétée par la connaissance de l'état ultérieur du malade; cependant, telle qu'elle est, elle a déjà une grande importance; elle prouve jusqu'à l'évidence, que lors même que l'épilepsie est le plus grave, l'extrait de belladone peut modifier assez puissamment l'organisme pour suspendre pendant un intervalle assez long ses attaques et donner un peu de répit au pauvre malade.

Dans un prochain article, je ferai connaître le reste de mes observations, qui seraient trop nombreuses pour entrer dans celui-ci. E. LISLE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Fongus hématode très volumineux, siégeant à la main, paraissant s'étendre très profondément tandis qu'il était très superficiel. Ablation de la tumeur. Conservation du carpe, des quatre derniers métacarpiens et des quatre derniers doigts. Pas d'accidens.

L'observation qui suit est intéressante sous plus d'un rapport; mais elle mérite d'être publiée surtout comme exemple de chirurgie conservatrice. Parmi les faits saillans que présente son service, le professeur Lisfranc choisit de prédilection pour les signaler à son auditoire, comme autant de nouvelles conquêtes, ceux où il a pu restreindre le champ de la médecine opératoire. C'est aussi, je n'en doute pas, l'un de ses titres les plus sûrs à la reconnaissance des praticiens, et, sous ce point de vue, ils liront avec intérêt la relation d'un cas où il a pu conserver la main presque entière à une malade que plusieurs chirurgiens pleins de mérite avaient jugée ne pouvoir être sauvée que par le sacrifice total de ce membre.

La femme B..., est âgée de trente-huit ans, d'une constitution sèche, à peau brune; rien dans ses antécédens ne nous intéresse. En 1832, au commencement de l'été, sans cause connue, il se développa une petite tumeur grosse comme une tête d'épingle au milieu de la face dorsale de l'espace inter-osseux du pouce et de l'index. Cette tumeur, indolore habituellement, faisait éprouver de vives douleurs quand on la pressait, et restait toujours très chaude; elle roulait sous la peau qui n'offrait encore aucune rougeur. Cinq ans plus tard, elle n'avait atteint que le volume d'une noisette et n'avait encore contracté aucune adhérence ni avec la peau ni avec les os. Bientôt elle a commencé à faire saillie à la face palmaire, et a complètement envahi l'espace inter-osseux. Le pouce n'a été complètement enveloppé que depuis un an. Depuis trois, la tumeur offre des battemens, et ils ne sont perçus par la malade que depuis deux. La malade éprouvait habituellement un sentiment d'engourdissement dans le pouce. Pendant la nuit, elle était éveillée par des élancemens qui se faisaient sentir surtout dans les variations de température. Elle a pu coudre jusqu'à son entrée dans cet hôpital; mais ce n'est qu'avec de grandes douleurs qu'elle se servait de sa main droite pour soulever des corps pesans.

Elle est reçue dans nos salles au mois d'avril 1840. Sa tumeur, régulièrement arrondie, donnait alors à la pression la sensation que fait éprouver une éponge très ferme; la peau qui la recouvrait, partout adhérente et surtout à la face dorsale, était luisante, comme transparente, d'une teinte légèrement bleuâtre. Ses dimensions étaient les suivantes: neuf pouces dans son diamètre longitudinal, huit pouces dans son diamètre transversal.

Nous indiquerons ses limites précises au moment de l'opération; disons seulement, par anticipation, que quinze ou dix-huit jours après l'introduction des aiguilles la tumeur avait abandonné le carpe et le deuxième métacarpien, que d'abord l'on pouvait croire malades; en sorte que nous n'avons eu qu'à désarticuler le premier métacarpien au lieu d'enlever avec lui le trapèze et le trapézoïde, ce qu'il nous eût, du reste, été facile de faire, d'après un procédé très méthodique que nous avons trouvé dans nos essais sur le cadavre, et que nous avons publié dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Revenons à la description de la tumeur:

Elle offrait des battemens, ou mieux un mouvement d'expansion générale. A la face dorsale et à la face palmaire, l'on sentait battre plusieurs troncs artériels égalant l'humérale en grosseur. L'avant-bras était sillonné de veines énormes, qui devaient ce volume anormal à une plénitude extrême plutôt qu'à une dilatation variqueuse. Elles avaient, en un mot, l'aspect qu'elles présentent quand une ligature est appliquée au-dessus du pli du coude, et qu'elle serre étroitement la partie inférieure du bras.

Dans l'espoir de faire disparaître cette tumeur, ou tout au moins de la diminuer, nous la traversâmes en tous sens d'une quinzaine de très grosses aiguilles, et, chose bien remarquable, à peine quelques minutes s'étaient-elles écoulées, que le mouvement d'expansion avait complètement cessé, preuve que nous avions diminué la circulation. Il y a plus, toutes les branches artérielles insolitement développées cessèrent de battre, deux seules exceptées; et, six heures plus tard, les veines de l'avant-bras étaient revenues à leur volume normal: nouvelle preuve que nous avions déterminé une modification en moins dans la circulation de la tumeur, puisque les veines qui en naissaient en rapportaient une bien moins grande quantité de sang. Ces faits remarquables sont positifs; vous les avez observés comme nous.

Le premier jour de l'introduction des aiguilles, il y eut de la douleur, du gonflement, de la fièvre; un érysipèle se manifesta, sous l'influence de l'épidémie dont nous étions alors affligés; il fut peu intense, et céda facilement à l'emploi de l'axonge.

Nous enlevâmes les premières aiguilles pour en placer de nouvelles. Les trous que ces premières laissèrent à leur suite donnèrent issue à une grande quantité de sang, qui fut arrêté par la compression. Par eux se firent jour des végétations fongiformes de nature cancéreuse, et qui s'accrurent rapidement.

Toutefois, nous avions diminué les dimensions de la tumeur, et il nous était désormais permis d'espérer davantage que nous pourrions l'attaquer dans ses nouvelles limites en conservant la plus grande partie du poignet. Je dis espérer, car nous vous avons annoncé qu'avant de l'avoir mise à découvert par la dissection, nous ignorions jusqu'où s'étendaient ses racines. En effet, de ces tumeurs érectiles, squirrheuses, carcinomateuses, les unes ont des prolongemens que rien n'avait pu faire prévoir; d'autres, au contraire, sont beaucoup plus superficielles qu'on ne peut le croire avant la dissection. Dans notre mémoire ayant pour titre: *Des Cancers superficiels qu'on croyait profonds*, nous avons prescrit, pour ces cas douteux, la marche suivante: on pratique une incision exploratrice; on divise lentement les tissus, couche par couche, comme si l'on voulait mettre à découvert un sac herniaire; le bistouri a dépassé les tissus morbides; il a donné la certitude que ce tissu ne s'étend pas trop loin dans l'épaisseur du membre, que l'on peut alors conserver, es que l'on sacrifierait s'il était envahi dans une trop grande étendue.

Dans ce même mémoire, vous verrez que nous avons enlevé, en ménageant les cartilages du nez, des cancers qui semblaient avoir envahi toute l'épaisseur du lobe et des ailes de cet organe. Vous y trouverez des exemples de verges entièrement cancéreuses en apparence, et où nous n'avons eu, pour enlever la totalité de l'affection, qu'à pénétrer et à disséquer sur l'enveloppe fibreuse des corps caverneux. Nous avons détaché du rectum, sans le léser, des ulcérations situés à la partie inférieure du vagin et ne dépassant pas les parois de cet organe.

La quatrième section est formée par les *tableaux statistiques*, au nombre de 23; ils sont disposés en deux séries: la première est exclusivement consacrée aux hernies, et la deuxième aux déplacemens et maladies de la matrice. Nous indiquerons seulement les titres pour faire saisir les sujets que ces tableaux concernent.

1° Ancienneté des hernies; 2° fréquence selon les organes qui les composent; 3° fréquence d'après les lieux; 4° hernies diverses selon les sexes; 5° selon les tempéramens; 6° selon les professions; 7° selon les causes d'après 1226 sujets; 8° selon l'âge; 9° accidens éprouvés; 10° hernies simples, doubles, triples; 11° hernies inguinales (canal); 12° *id.* (anneau) chez les hommes; 13° *id.* chez les femmes; 14° hernies scrotales; 15° hernies crurales (hommes); 16° *id.* (femmes); 17° ombilicales; 18° de la ligne blanche; 19° hernies ventrales; 20° congénitales; 21° hernies inguinales des nouveau-nés; 22° hernies inguinales avec rétention du testicule; 23° hernies réductibles ou non. Ces tableaux offrent le plus grand intérêt, ils sont presque tous fondés sur plusieurs centaines d'observations; ceux qui veulent étudier avec fruit les hernies, cette branche si importante de la pathologie chirurgicale, y trouveront les plus utiles renseignemens.

Un traité complet historique et pratique des bandages complète cette première partie.

La seconde partie est consacrée aux maladies de la matrice, et divisée en trois sections.

La première offre la description anatomique des organes génitaux de la femme.

La seconde est consacrée à l'examen des déplacemens et maladies de la matrice, des ovaires et du vagin, suivie de l'indication du traitement qu'il convient d'employer pour combattre ces affections.

La troisième est constituée par ces tableaux statistiques analogues à ceux de la première partie; nous allons également en indiquer les matériaux: 1° déplacement de la matrice selon l'âge auquel il est apparu; 2° tempéramens; 3° profession; 4° cause; 5° ancienneté; 6° accidens consécutifs; 7° selon le degré.

La dernière portion de l'ouvrage est complétée par une collection de deux cent cinquante-deux observations sur les cas rares de hernies, déplacemens et maladies de l'utérus. Il est impossible d'analyser ces faits et même d'en donner le catalogue; nous ne pouvons que donner le texte des classes auxquelles ils appartiennent.

1° Tumeurs prises à tort pour des hernies (7); 2° hernies méconnues et traitées pour d'autres maladies (12); 3° cas rares de hernies inguinales (19); 4° cas rares de hernies crurales (17); 5° cas rares de hernies ombilicales (12); 6° cas rares de hernies vaginales et autres (5); 7° hernies devenues volumineuses par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles (14); 8° hernies engouées guéries sans opération (5); 9° hernies étranglées guéries sans opération (10); 10° hernies opérées, suivies de mort (5); 11° hernies guéries par les douches d'eau froide (14); 12° maladies de la matrice (37).

On trouve encore à la fin de cet ouvrage, un mémoire sur l'onanisme; la description de plusieurs appareils orthopédiques, et d'un fantôme pour les accouchemens, etc.

En résumé, l'ouvrage de M. Verdier est un livre curieux, savant, utile, et d'une grande valeur pour la statistique des hernies; les praticiens le consulteront avec fruit, et les chirurgiens instruits le liront avec plaisir. L. M.

Un avocat de Salins portait un cancer de la langue, qui occupait les deux tiers du diamètre transversal et la presque totalité du diamètre longitudinal de l'organe. Nous priâmes M. Mayor, qui était alors à Paris, de placer une ligature sur les limites du mal au moyen de son tourniquet-cabestan; quelques jours après, toute la portion embrassée par le lien était noire, flétrie. Nous l'enlevâmes; le lendemain, chute spontanée des tissus gangrénés. A la pointe de la langue, l'eschare occupait toute l'épaisseur de l'organe dans l'étendue d'une ligne; mais, en arrière, elle n'était formée que par des couches superficielles.

Nous nous proposions d'appliquer de nouveau l'instrument pour achever l'élimination de cette sorte de noyau, qui nous semblait partager l'altération des tissus superficiels; mais quelle ne fut pas notre satisfaction, quand nous nous aperçumes qu'il s'y développait des bourgeons charnus de très bonne nature! La cicatrisation fut prompte; et aujourd'hui encore, l'avocat dont il est question fait un excellent usage de sa langue.

Il y a peu de temps, nous avons opéré en ville M. G..., chez lequel une ulcération de la langue, s'étendant depuis le milieu de cet organe jusqu'à la base de l'épiglotte, semblait devoir exiger le sacrifice d'une énorme quantité de tissus; il n'en a pas été ainsi, car le cancer était superficiel. Aujourd'hui que la cicatrice s'est régularisée, elle est en quelque sorte linéaire.

Un homme est entré, il y a deux ans, dans cet hôpital, portant une large ulcération carcinomateuse située à la partie inférieure du dos, sur la masse commune au sacro-lombaire et au long spinal; plusieurs chirurgiens avaient jugé que le mal était trop profond pour qu'il fût permis de tenter l'opération. Nous pensâmes que ce cas pouvait fort bien se ranger sous la loi que nous établissons ici; nous y portâmes le bistouri, et nous trouvâmes en effet que l'altération pathologique avait pour limites l'aponévrose d'enveloppe des muscles de cette région. Ce fait vient à l'appui de ce principe émis par nous, que le cancer, quand il siége sur un tissu, n'envahit que très lentement les tissus voisins, mais d'une autre nature que celui qui était primitivement affecté.

Il y a quelques jours à peine, vous en avez vu vous-mêmes un nouvel exemple chez ce vieillard à qui nous avons fait l'ablation d'une large ulcération de mauvaise nature, qui occupait presque toute l'étendue de la région temporale; la peau et le tissu cellulaire sous-cutané étaient seuls altérés, et sous elle l'aponévrose de cette région était parfaitement intacte.

Voici les limites de la tumeur au moment où l'opération a été pratiquée.

Transversalement, elle s'étendait depuis le premier métacarpien et ses parties molles qu'elle embrassait complètement, jusqu'à l'espace qui sépare le quatrième du cinquième métacarpien à la face palmaire, et jusqu'au deuxième métacarpien à la face dorsale; de haut en bas, elle partait du niveau du trapèze et s'arrêtait à une ligne de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index.

Deux incisions semi-lunaires ont d'abord circonscrit la plus grande partie de la peau qui recouvrait la tumeur, peau que nous étions forcé de sacrifier parce qu'elle était rouge, amincie et ulcérée en plusieurs points; ceux où les fongosités, dont nous avons déjà parlé, s'étaient fait jour au dehors. Nous avons alors commencé la dissection par la face dorsale, et nous avons trouvé avec satisfaction que le tissu cellulaire avait formé à la masse morbide un kyste très résistant; nous sommes arrivés à ces limites de ce côté en disséquant et en énucléant. Nous avons ensuite attaqué du côté de la face palmaire. Ici la maladie n'avait pas dépassé l'aponévrose de ce nom; nous avons porté la dissection jusqu'au côté externe du second métacarpien, qui a été reconnu parfaitement sain; le premier a été désarticulé et la tumeur ainsi complètement enlevée.

De nombreuses artères sont liées ou tordues, grâce à la compression que nous avions fait exercer pendant l'opération, non-seulement sur les artères radiale et cubitale, mais encore sur l'humérale, nous n'avons été que très peu gênés par le sang, et il nous importait que ce liquide ne vînt pas inonder les points où nous portions le bistouri, car nous avions besoin de beaucoup d'attention pour ne pas trop dénuder pendant notre dissection les tissus que nous voulions ménager; il n'aurait pas d'ailleurs été sans inconvenient de laisser perdre trop de sang à cette femme, affaiblie déjà par des hémorrhagies antérieures avec des ciseaux, nous avons nétoyé la plaie de quelques restes de tissus douteux, et elle a été pansée à plat; nous n'avions pas pu, il est vrai, conserver de lambeau pour la recouvrir, mais nous avions pour nous rassurer des exemples très nombreux, observés par nous ou par d'autres chirurgiens, de désordres graves causés dans la main par l'explosion des armes à feu et qui ont parfaitement guéri, quoique des plaies très étendues aient été produites sans conservation de lambeaux.

Anatomie pathologique. La tumeur est entièrement formée d'une matière blanchâtre, consistante, friable, traversée par de nombreuses lames fibreuses, circonscrite par un kyste très adhérent et très résistant. Plusieurs branches artérielles insolitement développées, mais bien moins nombreuses qu'on n'aurait pu le croire *à priori*, traversent cette cette masse encéphaloïde surtout à sa partie supérieure ou carpienne.

Les deux phalanges du pouce sont parfaitement saines. Son métacarpien, entièrement fondu dans la masse cancéreuse, n'est plus représenté que par une sorte de gaîne formée par son périoste demeuré presque intact et par ses deux cartilages articulaires parfaitement conservées. L'on retrouvait également dans un état d'intégrité complète les tendons extenseurs et fléchisseurs du pouce.

La malade est opérée; depuis elle n'a éprouvé aucun accident partout la plaie est couverte de bourgeons charnus de très bonne nature. Déjà la cicatrice marche rapidement de la circonférence au centre, et les quatre derniers doigts jouissent déjà de leurs mouvemens dans une assez grande étendue. V. Baud.

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies; par M. Malgaigne.

(Quatorzième leçon.)

DE LA HERNIE INGUINALE CHEZ LA FEMME.

La première question qui se présente à l'occasion des hernies inguinales chez la femme est celle de leur fréquence. Toute l'antiquité, tout le moyen-âge, tout le seizième siècle, avec la majeure partie du dix-septième, avaient pensé qu'il n'en existait pas d'autre; n'était-ce pas là une doctrine bien appuyée sur l'autorité et sur ce qu'on appelle quelquefois l'expérience des siècles? Mais quand Barbette et Verheyen eurent éveillé l'attention sur cette autre hernie du pli de l'aine qui traverse l'anneau crural, on se tourna peu à peu vers l'extrême opposé, et à entendre quelques chirurgiens, c'est à peine si l'on rencontrerait par hasard chez la femme quelques hernies inguinales: l'immense majorité serait des hernies crurales. Tout au plus a-t-on gardé mémoire de l'opinion d'Arnaud, que dans le jeune âge et jusqu'à la puberté il n'y a guères que des hernies inguinales chez la femme; tandis que passé cet âge, les crurales prédominent.

Sur quels faits s'est-on appuyé pour résondre la question en ce sens? Nous avons, Messieurs, à discuter trois sortes d'autorités: les opérateurs, les bandagistes, et enfin quelques observateurs qu'il faut mettre soigneusement à part de ces derniers.

Les opérateurs vous diront tous que presque toutes les hernies étranglées des femmes sont des hernies crurales. Voilà le fait général, je l'admets: mais quelle en est la conséquence? tout simplement que les hernies crurales sont plus sujettes à l'étranglement que les autres. Est-il juste de conclure des hernies étranglées aux hernies simples? et parce que les exomphales, par exemple, s'étranglent fort rarement chez la femme et chez l'homme, dira-t-on que les exomphales sont très rares? Nous parlons des hernies simples et réductibles; laissons donc là les calculs de ceux qui n'ont vu pour la plupart que des hernies dans un tout autre état.

Mais les bandagistes sont aussi d'accord que les hernies inguinales sont fort rares chez les femmes; et cette fois leurs calculs ont bien trait à des hernies simples, comme nous les avons observées nous-même. Monnikoff, d'Amsterdam, sur 516 femmes hernieuses, n'en avait trouvé que 121 affectées de hernies crurales, contre 366 qui portaient des hernies inguinales, c'est-à-dire à peine 1 sur 4. Mathey, d'Anvers, sur un plus petit nombre à la vérité, était arrivé à des conséquences bien plus singulières: sur 79 femmes, en ôtant 29 exomphales, il lui restait 43 hernies crurales, et seulement 7 hernies inguinales, ou 1 sur 7.

Eh bien, ceci n'est rien encore, et ces calculs sont dépassés par ceux de la Société des bandages de Londres à un point qu'il serait difficile d'imaginer. Sur 1141 femmes hernieuses, il s'en trouvait 693 affectées de hernies inguinales ou crurales. Or, sur ce nombre les bandagistes anglais n'ont vu que 44 hernies inguinales contre 649 hernies crurales, ce qui ne fait pas même 1 sur 15.

Et d'abord, Messieurs, une simple réflexion: pensez-vous que d'Amsterdam à Anvers et à Londres il y ait une telle différence dans la constitution des femmes, dans la nature des travaux qui les exposent à telle hernie plutôt qu'à telle autre, pour expliquer l'énorme différence de ces trois résultats? Vous ne sauriez le penser, ni moi non plus. Et cependant, chose étrange, jamais, jusqu'à présent, on n'a soulevé le moindre doute sur la valeur de ces chiffres; ils flattaient l'opinion dominante, c'était assez pour être aveuglément admis.

Que peut-on cependant leur objecter? tout simplement ceci, Messieurs: c'est que les bandagistes ne connaissent pas assez bien la nature et les rapports de chaque hernie pour être en état de porter un diagnostic différentiel suffisant. Vous avez vu ici même, au Bureau central, un bandagiste que nous pouvons mettre cependant au-dessus de la majorité de ses confrères, car depuis quarante années il a touché et réduit plus de 80 mille hernies; car il a agi fréquemment sous le contrôle de chirurgiens; car enfin il est docteur lui-même; eh bien, vous l'avez vu jeter son diagnostic comme au hasard, rencontrant juste, par une sorte d'habitude ancienne, dans les cas les plus faciles, se trompant dans les cas difficiles; et alors, par une sorte d'amour-propre bien concevable à son âge, s'entêtant dans son erreur, même quand le diagnostic était devenu clair pour chacun de vous. Ce sont aussi les bandagistes, à qui l'on avait laissé malheureusement le traitement des prolapsus vaginaux comme celui des hernies, et qui ne voyaient et ne voient encore partout que des chutes de l'utérus!

Mais enfin il est des observateurs qui ont agi comme nous sur des hernies simples, et qui cependant ont encore soutenu la doctrine ancienne. Ainsi M. Nivet, interne fort distingué de nos hôpitaux, a examiné 146 femmes à la Salpêtrière; et en retranchant 30 hernies ombilicales, il a trouvé 67 crurales, 40 inguinales, et 9 hernies inguinales et 9 hernies siégeant au pli de l'aine, mais de nature douteuse.

Voici d'abord un résultat bien éloigné des précédens, car cette fois les hernies inguinales forment plus du tiers de toute la masse des hernies de l'aine. Le travail de M. Nivet avait été entrepris à une époque où déjà j'avais combattu l'opinion ancienne; l'auteur dit même en commençant que son but avait d'abord été de vérifier ce qu'il fallait croire sur cette question; et vous voyez qu'il a donné tort à tout le monde. Tort à tous les calculs précédens, car il a trouvé incomparablement plus de hernies inguinales qu'ils n'était permis de le croire; tort à mes propres calculs, car j'étais et je suis encore d'avis *que les hernies inguinales sont plus communes chez les femmes que les crurales.*

Comment donc m'expliquer ce chiffre contraire? J'ai cherché d'abord si l'âge des femmes observées par M. Nivet ne rendrait pas compte de la fréquence des hernies crurales qu'il avait rencontrées; car, au Bureau central, nous voyons une certaine quantité d'enfans et de jeunes filles qui n'ont presque jamais que des exomphales ou des hernies inguinales. Mais l'observateur ayant eu soin de noter l'âge d'apparition des hernies, à partir de l'âge de quinze ans, les crurales prédominaient toujours sur les inguinales; et d'ailleurs ici, au Bureau central, en ôtant même cette période des vingt premières années de la vie, je trouvais toujours plus de hernies inguinales. Alors je me demandai si en vérité le diagnostic avait dû être bien saisi toujours; et quand nous traiterons de la hernie crurale, je vous ferai voir, Messieurs, tout ce qu'il y a d'incomplet et de sujet à erreur dans les signes diagnostiques donnés par les auteurs et par M. Nivet lui-même. Je ne pouvais d'ailleurs sortir de ce dilemme: ou je m'étais trompé, ou il s'était trompé. Mais en quatre années, j'avais répété mes premières observations sur plus de 500 femmes; et dans les séances auxquelles vous avez assisté, je vous ai fait voir de vos yeux et constater de vos mains que les hernies inguinales sont plus communes même chez les femmes âgées que les crurales. D'une autre part, ce serait une trop facile manière d'éluder une difficulté, que d'accuser d'erreur un observateur consciencieux, uniquement parce qu'il lui a manqué quelques données pour le diagnostic; l'erreur est bien ainsi démontrée possible, mais non pas réelle. Je ne sais, après tout, quelle est la condition des vieilles femmes de la Salpêtrière; et je ne serai complètement satisfait que quand j'aurai répété les essais de M. Nivet sur son terrain même, c'est-à-dire que je veux, quand j'en aurai le temps, passer à mon tour en revue les hernieuses de la Salpêtrière (1).

Enfin, j'ai laissé pour la dernière l'autorité, sans contredit la plus puissante, celle de M. J. Cloquet. Sur 457 hernies examinées sur le cadavre, et conséquemment cette fois sans erreur possible, 121, crurales ou inguinales, appartenaient à des femmes; et il n'y avait que 42 inguinales. Vous voyez, du moins, Messieurs, qu'en vous apportant ici des opinions que plusieurs n'ont pas manqué de qualifier de paradoxales, je ne cherche pas du moins à affaiblir les argumens des opinions contraires, je les rapporte tous dans leur intégrité; je discute seulement leur valeur réelle; en sorte que vous avez sous les yeux toutes les pièces du procès, et que vous pouvez juger en connaissance de cause. Et maintenant, que puis-je opposer au tableau de M. J. Cloquet?

Certes, ce que je vais vous dire vous semblera étrange au premier abord; mais cela est ainsi pourtant; c'est que le tableau de M. Cloquet, dressé d'après des autopsies, n'a pas une légitime valeur d'application aux hernies observées sur le vivant. En d autres termes, si M. J. Cloquet avait examiné vivantes toutes les femmes qu'il a disséquées, il aurait à peu près retrouvé toutes les hernies inguinales; il eût certainement méconnu beaucoup des hernies crurales. Il y a une de ses observations où il décrit sac herniaire crural *dont la cavité pouvait contenir tout au plus un pois*; un autre a cinq lignes de profondeur, un autre six lignes, etc. En un mot, M. J. Cloquet a compté, et il devait le faire, un assez grand nombre de hernies crurales ou commençantes ou effacées, et tellement petites qu'elles sortent tout à fait du cadre des descriptions classiques de la hernie crurale; et que sir A. Cooper, qui en a le premier écrit, si je ne me trompe, dans un traité dogmatique, ne donne aucun signe pour les reconnaître, et déclare que dans les cas d'étranglement il a plus d'une fois tenté l'opération au hasard et seulement pour arriver au diagnostic. Vous voyez donc qu'il s'agit, dans le tableau de M. J. Cloquet, de faits d'un autre ordre que ceux sur lesquels les chirurgiens ont établi l'opinion que je combats; et c'est aussi à raison de cette différence dans les moyens d'investigation que M. J. Cloquet a trouvé tant de hernies crurales chez les hommes, où généralement elles passent pour si rares. M. Cloquet en compte 55 sur 307 hernies; ou mieux encore 55 pour 247 hernies inguinales, approchant du quart. C'est encore ainsi qu'il a trouvé sur 457 hernies 10 hernies du trou obturateur, ce qui est plus qu'il n'en existe d'observation dans toutes les annales de la science.

(1) Dans le nouveau cours sur les hernies qu'il a professé cet été, M. Malgaigne a donné les résultats de cette revue qu'il avait passée en effet avec toutes les précautions nécessaires. Une partie des femmes fut examinée en présence de M. Manec et de ses élèves, et toutes en présence de M. Guiton, interne de M. Manec, qui professait absolument l'ancienne opinion, et à qui, pour cette raison, M. Malgaigne fit vérifier le diagnostic dans tous les cas difficiles. Tout compte fait, il se trouva un tiers en plus de femmes ayant des hernies inguinales; solution toute contraire à celle de M. Nivet.

Une première conséquence de tout ceci, c'est que le diagnostic des hernies sur le vivant est bien peu avancé, puisqu'il en est un si grand nombre que nous sommes exposés à méconnaître. Déjà, pour les hernies inguinales, je vous ai fait voir nombre de fois, sur le vivant, ces premiers indices de la hernie que les auteurs avaient passé sous silence ; et j'espère, pour les hernies crurales, vous donner des signes pathognomoniques de ces petites hernies que sir A. Cooper jugeait si difficile de reconnaître. J'augmenterai donc, pour vous, le nombre des hernies crurales perceptibles sur le vivant ; et cependant, comme je ne peux pas abdiquer ma propre expérience pour celle d'autrui, je vous dirai encore, et d'une manière quil aissera aux observations des autres toute leur valeur, que, jusqu'à présent, j'ai constamment trouvé les hernies inguinales plus fréquentes chez la femme que les hernies crurales.

Les chiffres que j'avais recueillis en octobre et novembre 1835, établissaient une différence au-delà de tout ce que vous pourriez croire. Notez d'abord que je recueillais alors les observations sans aucune opinion préconçue, et que ce n'est que plus tard, en les additionnant, que j'ai trouvé le résultat que je vais vous dire, et qui m'avait moi-même effrayé. Sur 62 femmes affectées de hernies dans l'aine, 54 portaient des hernies inguinales, 7 des crurales, 1 à la fois une inguinale et une crurale. C'était une disproportion énorme et que je n'ai jamais retrouvée depuis. En accuserons-nous une série spéciale, comme il peut, en effet, s'en rencontrer quand on agit sur de si petits nombres? La chose est possible. Cependant, Messieurs, je vous dirai nettement ma pensée à cet égard, et après avoir fait le procès aux autres, je ne reculerai pas lorsqu'il s'agira de moi-même. Je doute de ces résultats comme je doute de ceux de M. Nivet, et par la même raison, parce que je n'avais alors que les moyens de diagnostic vulgaires, et que je les ai reconnus insuffisans. Tout ce qu'il me reste de démontré par ces chiffres, c'est que les hernies crurales devaient être cependant en assez petit nombre, attendu que je mettais tous mes soins à les reconnaître, et que je ne saurais supposer que je me suis trompé dans la moitié des cas. Mais du moins ceci m'a donné l'éveil, je suis revenu en 1836, en 1837, en 1838, en 1839, examinant, vérifiant, complétant mes moyens de diagnostic ; et c'est après cette longue série d'épreuves que j'ai pu vous dire au commencement de ce cours : *Vous verrez plus de hernies inguinales que de crurales ehes les femmes*, avec la certitude de ne pas être démenti par les faits.

Passons maintenant aux prédispositions et aux causes déterminantes de ces hernies.

Les jeunes filles nouvellement nées y sont plus exposées qu'à toute autre espèce de hernie, ce qui est dû à la présence du diverticulum du péritoine dans leur canal inguinal, connu sous le nom de canal de Nuck. Mais ce canal est toujours beaucoup plus étroit que chez les enfans mâles ; aussi, même à cet âge, les filles offient à peine le quart des hernies inguinales des garçons. Cette proportion semble augmenter un peu dans la deuxième année de la vie et se maintenir dans les trois et quatre années suivantes ; mais nous n'avons pas de chiffres assez considérables pour l'affirmer d'une façon positive. Ce qui est certain, c'est qu'elles se produisent de plus en plus rarement jusqu'à l'âge de vingt ans ; bien qu'elles fassent presqu'à elles seules, dans cette période, la totalité des hernies des femmes ; car, passé la première année de la vie, les exemples sont très rares, et les hernies crurales le sont encore plus avant la vingtième année. Passé cet âge, elles entrent en concurrence avec les autres, mais les inguinales gardent toujours la prédominance, et il ne m'a point paru qu'il y ait une époque où les crurales l'emportassent pour le nombre.

Dirai-je que la grossesse a quelque influence de ce genre? Il serait fort difficile d'en apporter la preuve. La grossesse dispose bien aux hernies crurales ; mais elle dilate autant les anneaux inguinaux, et avec d'autant plus de facilité que l'anneau interne est fort long-temps entretenu ouvert par le canal de Nuck ; et, en thèse générale, il y a, dans une époque donnée de la vie, encore au moins autant de hernies inguinales chez des femmes qui ont été enceintes que de hernies crurales.

La grossesse est la plus grande prédisposition des femmes aux hernies, mais à toutes les espèces de hernies. Quant aux professions, à la taille, à toutes les circonstances que nous avons étudiées chez l'homme, elles se perdent toutes dans cette grande prédisposition qui absorbe, ou du moins qui masque leurs influences spéciales. L'hérédité seule agit sensiblement, ainsi que nous l'avons dit pour les hommes.

Toutefois, il ne faudrait pas s'imaginer que les hernies se font plus facilement chez la femme. Leur moindre nombre déposerait déjà contre cette induction ; mais, de plus, quel qu'ait été le nombre des enfans, il faut presque toujours, de même que chez l'homme, un effort particulier pour déterminer les hernies, et les hernies spontanées ne sont pas plus communes dans l'un que dans l'autre sexe.

Les phénomènes sont les mêmes que chez l'homme, du moins pour les trois premiers degrés ; ainsi, on peut suivre chez la femme la première *pointe*, la hernie *interstitielle* et le *bubonocèle*. Mais au dernier degré, la hernie emplit la grande lèvre et prend le nom de hernie *inguino-labiale*, ou plus simplement *labiale*. Généralement elle n'acquiert pas alors aussi souvent un volume aussi considérable que l'oschiocèle de l'homme ; mais j'ai vu plus d'une fois de ces hernies labiales atteindre le volume d'un œuf de cane ; et une fois j'ai vu la tumeur descendre jusqu'à la moitié de la cuisse.

Les symptômes généraux, les réactions sur la digestion, la respiration, etc., sont les mêmes que dans l'autre sexe. Mais les lésions locales sont bien moins graves ; à part le poids de la tumeur et la distension de la grande lèvre, il n'y a guères à noter qu'un état variqueux des veines ambiantes. J'ai vu deux ou trois fois la grande lèvre transformée en un peloton de veines noueuses et entrelacées ; mais cela est beaucoup plus rare qu'on ne serait porté à le croire.

Le traitement, soit palliatif, soit curatif, ne saurait varier. Sans doute, si l'on a recours à des opérations sanglantes, il y a ici moins de danger ; mais nous écartons ces moyens extrêmes et nous ne parlons que de l'application des bandages. Je n'ajouterai qu'une remarque à ce qui a été dit à cet égard pour l'autre sexe, c'est que vous trouverez souvent chez les femmes les épines pubiennes très saillantes en avant, conséquemment comprimées durement sous les pelotes, quand la nature de la hernie vous obligera à étendre la compression jusque-là, et c'est une difficulté qu'on ne peut vaincre quelquefois qu'en ménageant dans la pelote une dépression spéciale qui reçoive cette épine et annulle, ou au moins pallie beaucoup la compression.

— Nous apprenons avec plaisir que M. le docteur Amédée Latour est sorti de prison. 2,200 fr. ont été déposés au greffe, et *M. Gendrin a pu toucher son argent.*

— A la suite du dernier concours pour les places de chirurgiens du Bureau central, MM. Denonvilliers, Maisonneuve et Chassaignac ont été nommés.

— On lit ce qui suit dans le livre spirituel de M. Munaret, *le Médecin des villes et le Médecin de campagne* :

« Un fabricant de produits crimiques et pharmaceutiques (M. Arrault, rue Jacob, 6, à Paris), a eu l'obligeance de me montrer une petite pharmacie portative. C'est une boîte longue, solide et recouverte en cuir, pouvant être sanglée comme un porte-manteau, et portée à la main à l'aide d'une anse supérieure et moyenne. Outre les médicamens que je vous ai indiqués, elle contient une trousse, une boîte à sangsues, des bandes *dextrinées* pour certaines fractures, etc.

» *Si vous exercez à la campagne, je vous engage à l'acheter.* »

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 27 AOUT 1840. (15e ANNÉE.) N° 101, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5..

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Déviation accidentelle du pied en dedans (stréphendopodie de M. Duval) Réflexions relatives au procédé opératoire à employer dans ce cas.

L'histoire médicale de la malade couchée à la salle St-Jean, atteinte de renversement accidentel du pied en dedans, ne laisse pas d'être entourée de la plus grande obscurité. S'il faut s'arrêter aux quelques renseignemens vagues que la malade donne relativement aux accidens qui ont précédé, chez elle, à une époque déjà éloignée, la variété de pied-bot qu'elle présente actuellement, on serait autorisé à admettre qu'ils ont consisté dans une inflammation phlegmoneuse de la partie externe de la jambe, s'étant terminée par des abcès, qui, à ce qu'il paraît, ont fusé dans les gaînes des tendons des muscles péroniers latéraux, qui paraisssent cependant plutôt relâchés que détruits en partie. Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a de bien positif, c'est que, par suite du défaut d'antagonisme qui est résulté d'une altération quelconque de ces mêmes tendons, ceux des adducteurs, le jambier antérieur et le jambier postérieur, sont actuellement raccourcis et fortement rétractés.

L'opération qu'il convient de pratiquer pour remédier à cette difformité, consiste dans la ténotomie sous-cutanée. Nous avons donc affaire à la section des tendons des muscles jambier postérieur et jambier antérieur. La section du tendon du muscle jambier postérieur doit nécessairement être pratiquée au-dessus du point où ce même tendon s'engage dans la gaîne qui lui est commune, en bas avec le muscle long fléchisseur commun des orteils. Ce dernier muscle, en effet, lorsqu'il est parvenu à la partie inférieure de la jambe, se termine par un tendon qui passe derrière la malléole interne conjointement avec celui du jambier postérieur, auquel il est postérieur; en est séparé par une cloison ligamenteuse très forte, et est retenu par une espèce de ligament annulaire. Lorsqu'il est parvenu au-dessous de la malléole interne, il s'enfonce sous la voûte du calcanéum et glisse dans une coulisse particulière, où il est retenu par un ligament annulaire. Nous le répétons, la section du tendon du muscle jambier postérieur doit être faite à la partie inférieure de la jambe, au-dessus de la coulisse creusée sur la partie postérieure de la malléole interne, qui lui est commune avec le tendon du muscle long fléchisseur, dont il n'est séparé que par un ligament annulaire. Je dois rappeler que le tendon du jambier postérieur s'insère par deux languettes à la tubérosité de la partie inférieure et interne du scaphoïde, et à la partie postérieure de la base du premier os cunéiforme.

Le tendon du muscle jambier antérieur descend devant l'extrémité inférieure du tibia, et s'avance ensuite sur l'articulation du pied, où il passe dans un anneau ligamenteux que forme le ligament annulaire du tarse, et qui lui est réservé exclusivement. Après avoir franchi cet anneau, le tendon se porte en avant et en dedans, se contourne sur le premier cunéiforme et se divise en deux portions : une postérieure, plus volumineuse, qui s'attache à la partie interne et antérieure de la base du premier os cunéiforme; la seconde, plus petite, qui va s'attacher à la partie interne et inférieure de l'extrémité postérieure du premier os du métatarse.

Nous avons cru nécessaire d'entrer dans ces quelques considérations anatomiques, pour vous rappeler la disposition de ces différentes parties, et mieux vous faire comprendre l'opération que nous nous proposons de pratiquer.

Celle-ci consiste, avons-nous dit, dans la ténotomie sous-cutanée. On se sert quelquefois du mot ténotomie, pour exprimer la section des tendons; mais cette dénomination est impropre, puisqu'elle exprime généralement la section d'une partie tendue : il convient par conséquent d'ajouter l'épithète tendineuse, lorsque la section porte sur les tendons.

La ténotomie tendineuse est une opération qui a été instituée par Tulpius et un autre médecin hollandais, d'où lui est venu le nom de méthode hollandaise. Cette méthode, qui consiste dans la section pure et simple de la peau et du tendon, présente le grave inconvénient d'exposer à l'action de l'air les parties qui doivent reproduire ce dernier.

Delpech ne pratiquait à la peau que deux ponctions opposées, l'une d'entrée et l'autre de sortie du bistouri; la peau au niveau du tendon restait intacte, et la section de ce dernier était faite en sciant de dedans en dehors : Dupuytren ne s'est jamais éloigné de la méthode de Delpech, et c'est par erreur qu'on lui attribue de n'avoir fait qu'une seule ponction.

Sartorius pratiquait une incision longitudinale à la peau parallèle à l'axe du tendon, faisait sortir celui-ci comme par une sorte d'énucléation à travers les lèvres de l'incision et en pratiquait la section transversale : ce procédé expose à de graves accidens inflammatoires.

MM. Duval, Bouvier et Guérin, enfin, sont arrivés à opérer la section sous-cutanée des tendons, ne pratiquant à la peau qu'une simple ponction : ce sont eux réellement qui ont imaginé cette méthode.

L'opération que nous allons pratiquer prochainement devant vous a été proposée, à la vérité, mais nous ignorons si elle a jamais été exécutée sur le vivant. La section seule du tendon du muscle jambier postérieur présentera quelque difficulté; il n'en est pas de même de celle du tendon du jambier postérieur, qui est aisée.

Prolapsus de la membrane muqueuse rectale; nouveau procédé opératoire; réclamation de M. BLANDIN.

Au n. 33 de la salle Saint-Jean, a été couchée une femme qui présentait un prolapsus de la membrane muqueuse du rectum. L'ouverture anale offrait une capacité capable de faire soupçonner chez cette femme des habitudes antiphysiques. Son affection réclamait évidemment une opération chirurgicale.

On a proposé différentes méthodes opératoires pour obtenir la cure radicale de la maladie qui nous occupe, et premièrement celle qui consiste à retrancher un morceau de l'intestin. Une semblable pratique, il faut le dire, réunit tous les inconvéniens d'une opération grave et ne remédie point à la cause du mal.

Dupuytren excisait quelques-uns des plis muqueux de l'anus dans le but d'obtenir un rétrécissement de cet orifice; cette opération, qui peut réussir dans quelques cas, serait assurément insuffisante dans le cas qui nous occupe, à cause de la grande dilatation que présente l'orifice anal, et d'ailleurs cette méthode opératoire a déjà échoué une fois chez cette même malade.

Voici le procédé que nous allons employer et que nous proposons comme règle dans les cas de cette nature :

Nous inciserons profondément le sphyncter, et, au moyen de deux incisions se réunissant en V renversé, nous emporterons un lambeau triangulaire de ce même sphyncter. Nous avons depuis long-temps employé ce procédé chez une femme qui se trouvait dans des conditions analogues, et cette femme est complètement guérie. Nous le répétons, l'excision simple de quelques-uns des plis radiés de l'anus, conseillée par Dupuytren, serait insuffisante dans le cas qui nous occupe, lequel réclame évidemment l'emploi de notre méthode opératoire. Néanmoins celle-ci étant beaucoup plus grave, et l'autre ne pouvant par contre entraîner aucune suite fâcheuse, nous l'essaierons d'abord.

Il résulte d'un Mémoire lu à l'Académie de médecine par M. Robert, que ce chirurgien, dans l'affection dont nous parlons, a appliqué un procédé opératoire identique au nôtre. M. Robert, ne connaissant pas notre méthode opératoire, et ne sachant pas que nous l'avions déjà pratiquée avec succès, a imaginé d'y avoir recours; chose qu'il assure avoir accomplie avec succès. Sans prétendre diminuer en rien le mérite qui revient à M. Robert pour la découverte qu'il a faite de son côté, nous croyons devoir néanmoins en réclamer la priorité. M. Robert, autant que nous pouvons nous en rappeler, a fait son opération chez une femme chez laquelle l'excision des plis radiés de l'anus avait échoué; sa méthode lui a procuré un succès complet.

Brûlure occasionnée par l'acide nitrique; accidens inflammatoires graves.

A la salle Sainte-Agnès est entré un homme qui s'est brûlé le pied avec de l'eau forte (acide nitrique ou azotique); la brûlure est profonde et s'étend jusqu'aux parties sous-cutanées, y compris le tissu cellulaire et les parties aponévrotiques superficielles. La peau présente cette teinte jaunâtre caractéristique de l'action de l'acide azotique sur elle.

Aujourd'hui, il existe une inflammation très intense de la peau, et l'inflammation commençante du tissu cellulaire sous-cutané semble nous menacer d'un phlegmon des plus graves. Pour prévenir autant que possible cette complication, nous avons pratiqué sur l'eschare des scarifications, au nombre de quatre ou cinq, comprenant toute son épaisseur.

Loin de nous en tenir aux seules scarifications, le premier jour du séjour du malade à la Clinique, nous avons eu recours aux répercussifs, auxquels nous avons fait succéder le second jour les antiphlogistiques et les cataplasmes; de plus, le pied a été maintenu dans une position élevée, afin de favoriser autant que possible la circulation concentrique et éviter la stase du sang.

Nous aimons à croire que la guérison pourra être obtenue par le concours de ces moyens, et nous ne modifierions notre manière de voir à cet égard que dans le cas où nous

FEUILLETON.

Recherches sur les kystes des os maxillaires, suivies de considérations générales sur l'amputation de la mâchoire inférieure (1).

M. Am. Forget vient de consacrer à cet intéressant sujet un article fort complet, dans lequel il s'est attaché à étudier avec soin l'anatomie pathologique, l'étiologie et le diagnostic *des kystes des os maxillaires*. L'existence de ces produits morbides, oubliée des anciens, soupçonnée par Bordenave sous le nom *d'exostose de l'os maxillaire*, fut constatée par J. Hunter (*Principles of surgery*). Mais c'est à Dupuytren qu'on doit les premières recherches un peu complètes sur leur anatomie et leur traitement.

Depuis le grand chirurgien que nous venons de citer, la thérapeutique de cette affection s'était vulgarisée; de nouveaux procédés opératoires avaient rendu le traitement mieux à la portée de tous les chirurgiens, et avaient permis d'obtenir des guérisons plus nombreuses. Mais leur étude n'avait fait que des progrès très restreints sous le point de vue anatomique. Il faut donc savoir gré à M. A. Forget des efforts qu'il a faits pour éclairer cette question difficile et pour les matériaux curieux qu'il a amassés dans le but de servir à l'histoire définitive des kystes de la mâchoire.

Division. Tout en sentant le vice de la division actuellement usitée dans la science pour les kystes des os maxillaires, l'auteur n'a pas cru devoir en proposer un autre, il admet donc que la diversité des produits renfermés dans les kystes osseux doit servir de base à leur division, et il décrit : 1° les kystes *à produits liquides*; 2° ceux *à produits solides*, et il en indique un troisième genre, les kystes *à produits mixtes*.

Les produits liquides sont formés par de la sérosité pure ou mélangée de sang, par du pus, des hydatides, des matières muqueuses; une fois M. A. Forget a trouvé une substance analogue au méliceris.

Les produits solides sont constitués par des corps fibreux analogues à ceux de l'utérus; quelquefois on y a trouvé des tumeurs fongueuses sanguines. Des dissections nombreuses paraissent avoir démontré à l'auteur que ces kystes reconnaissent pour principe générateur, ou le périoste alvéolo-dentaire, ou la membrane médullaire (1); aussi remarque-t-on qu'ils occupent surtout le centre de l'os.

Bordenave a signalé un cas de kyste contenant du pus et un corps fibro calcaire. C'est la un cas de kyste à produits mixtes.

Etiologie. Anatomie. L'étiologie des kystes osseux est obscure. Ils se développent quelquefois à la suite d'un coup, d'une chute ou d'une violence quelconque; l'avulsion d'une dent peut en être la cause efficiente. De toutes les causes, la carie dentaire est celle qui paraît exercer sur l'origine des kystes osseux l'influence la plus directe. Cependant, comme cette cause, dont l'action est fréquente, ne suffit pas pour expliquer la formation des tissus fibreux qui constituent la plupart des kystes solides, M. A. Forget admet pour eux une prédisposition insaisissable pour sa nature, mais appréciable pour ses effets qui, sous quelques rapports, ont une certaine analogie avec ceux des tumeurs sarcomateuses proprement dites.

Il est difficile de préciser avec certitude le point de départ des kystes osseux; il faudrait pour cela pouvoir les examiner à l'état rudimentaire, tandis qu'on n'est appelé à le faire que lorsqu'ils ont amené des désordres graves.

Cependant l'auteur croit être arrivé à cette conclusion : que les tumeurs enkystées occupent les aréoles du tissu spongieux de l'os maxillaire inférieur; tandis que les kystes liquides sont plus superficiellement situés et voisins du bord alvéolaire, souvent même ils se développent dans l'alvéole. Ce kyste auquel M. A. Forget donne le nom de kyste *alvéolo-dentaire*, avait déjà été décrit sous quelques-uns de ses points de vue par Delpech, qui avait signalé plusieurs particularités intéressantes de son histoire. Quant à ceux qui renferment des produits solides, ils sont formés en grande partie par des corps fibreux analogues à ceux de l'utérus. Nous citerons surtout la IXe et la Xe observations, qui sont fort complètes et donnent une idée parfaite de la disposition des tissus morbides, et des modifications qu'ils éprouvent par suite de l'ancienneté de la maladie. Nous citerons encore la XIIe observation, qui offre un exemple fort rare de kystes multiples développés dans l'épaisseur de la mâchoire inférieure. L'état anatomique de cette pièce paraît jeter un grand jour sur la nature et le siége primitif de l'altération que nous étudions. La malade qui fait le sujet de cette observation a été amputée par M. Lisfranc, et a bien guéri.

(1) Thèses de Paris, 1840.

(1) Les anatomistes ne sont pas d'accord sur l'existence de la membrane médullaire à l'intérieur des cellules du tissu spongieux; Bichat ne l'admet pas. Plusieurs anatomistes modernes ont combattu cette opinion, et croient avoir reconnu l'existence d'une membrane médullaire dans les cellules de l'os maxillaire inférieur. M. A. Forget se prononce formellement en faveur de cette opinion, dont il croit avoir constaté l'existence d'une manière manifeste.

verrions l'inflammation s'étendre profondément et se propager aux gaînes des tendons.

Au demeurant, dans le cas même le plus favorable, la guérison sera longue à obtenir, parce que la nature aura à reproduire la peau dans une grande étendue.

Plaie de tête très grave, avec dénudation de os. Infection purulente. Mort. (Voy. le n° du 18 juin.)

Le malade qui était couché au n° 35 de la salle Sainte-Agnès, et qui était entré par suite d'une plaie très grave de la tête, avec dénudation des os, est mort par le fait du passage du pus dans le système circulatoire. Nous rappellerons succinctement que ce malheureux avait perdu connaissance au moment de l'accident, et qu'ayant été saigné deux ou trois jours avant sa mort, il est survenu une phlébite ; du pus s'est écoulé par l'ouverture béante de la veine, qui était dure et tendue.

Des phénomènes réactionnels ayant occasionné quelque crainte, on espérait néanmoins qu'ils seraient le résultat d'une phlébite externe sans propagation aux vaisseaux intérieurs, mais des symptômes d'infection purulente ne tardèrent pas à se manifester, et vinrent ôter tout espoir. C'est au progrès de l'infection purulente qu'a été due la mort.

A l'autopsie, on a constaté un décollement considérable des tégumens crâniens et une dépression de la table externe des os ; si le malade n'eût pas succombé, un travail d'exfoliation se serait donc effectué, et il n'y aurait pas eu de bourgeons servant de base à la cicatrice. On a constaté en outre la diastase de l'articulation sphéno-temporale, et un épanchement sanguin entre la dure-mère et les os. Du sang était également épanché dans la cavité de l'arachnoïde, ainsi qu'entre cette membrane séreuse et la pie-mère, s'étendant même entre les circonvolutions du cerveau. Au niveau de la fracture, le cerveau était ramolli à sa surface, et présentait une ecchymose superficielle. Vers la région mastoïdienne gauche, et ici nous devons rappeler que cet homme avait été frappé à la tempe droite), du sang était aussi épanché entre la dure-mère et les os, dans la cavité arachnoïdienne, et entre l'arachnoïde et la pie-mère. Le cerveau de même était ramolli à sa surface, circonstance pathologique qui confirme entièrement la théorie des contre-coups.

Les organes intérieurs ont été examinés avant les veines. La rate était saine, et n'a point présenté de plaques violacées : elle était petite et n'offrait pas de turgescence. Le foie paraissait seulement un peu tuméfié de prime-abord, mais il était de fait profondément altéré ; sur un point on a constaté une ecchymose brunâtre où la substance du foie était un peu ramollie. Dans cinq ou six points de la circonférence de l'organe, on remarquait des ecchymoses, au centre desquelles existait un point jaunâtre ramolli; c'était de la suppuration, en d'autres termes comparable à l'hépatisation grise du poumon, ou, si vous aimez mieux, la transformation du tissu hépatique en un pus grumeleux.

Les poumons, le droit principalement, ont présenté des altérations analogues à celles du foie, consistant dans des taches brunâtres simples ou jaunâtres au centre (hépatisation grise).

Les lésions anatomiques qui précèdent seraient déjà suffisantes pour rendre incontestable l'existence de l'infection purulente dans les derniers temps de la vie, et indiquer que du pus devait exister quelque part dans le système veineux. C'est en effet ce que l'on a constaté en poursuivant les recherches cadavériques. La veine céphalique droite présentait simultanément les caractères d'une phlébite interne et externe. L'inflammation s'étendait jusqu'à l'interstice musculaire du deltoïde et du grand pectoral. A la partie supérieure de cette veine le sang était fluide, il n'y avait point de coagulum, et cette fluidité du sang était entretenue dans cet endroit par une veine émanant de la partie superficielle du moignon, laquelle aboutissait à la partie supérieure de la veine céphalique. C'était donc cette petite veine qui entretenait la circulation dans la partie supérieure de la céphalique et qui entraînait le pus, qui était ainsi charrié après avoir été sécrété dans la veine enflammée. Inférieurement, la veine céphalique était oblitérée par un caillot sanguin, et la circulation y était interrompue.

HOPITAUX DE LONDRES.

Cas de surdité par suite de l'usage du sulfate de quinine; par M. Williams.

Une femme âgée de quarante-huit ans souffrait depuis quelque temps de la sciatique. On a cru devoir la traiter à l'aide du sulfate de quinine. Après trois semaines de l'usage de ce remède, la malade est devenue sourde. On a suspendu l'usage du médicament, et on lui a fait prendre des purgatifs. Trois semaines après l'ouïe était revenue.

Une autre femme, âgée de soixante ans, souffrait considérablement d'un tic douloureux. On lui a fait prendre le quinine à forte dose et souvent. Par suite de cette médication, le nerf acoustique a perdu graduellement la faculté sensitive, et la femme est devenue sourde. On a continué le remède, et la surdité a augmenté. On l'a cessé, et trois semaines après l'ouïe a commencé à revenir. Ce progrès cependant n'a point continué, et l'ouïe est restée dure.

(*The Lancet.*, juillet, 1840.)

— On a depuis long-temps observé le phénomène dont il s'agit dans ces deux faits ; il a été observé surtout chez les sujets pléthoriques, et en général chez les personnes bien portantes qui se soumettent à l'usage des sels de quinine, principalement du sulfate. Pour que la surdité se déclare, il faut que la dose soit forte et répétée. Qu'elle dépende d'ailleurs de l'action directe de cette substance, la chose n'est point douteuse, puisqu'elle se manifeste également chez les personnes qui en prennent sans être préalablement malades. Une circonstance importante à faire remarquer, c'est que dans les faits publiés jusqu'à ce jour, la surdité a disparu par la seule cessation du remède; il faut en excepter cependant celui dont on vient de lire les détails. Généralement cet effet est regardé comme nerveux. M. Giacomini a observé, dans ses belles expériences sur les sels de quinine, que jamais la surdité ne se déclarait si son administration était précédée d'une saignée du bras; il l'attribue à l'action hyposthénique que le sulfate de quinine exerce sur les vaisseaux capillaires de tous les organes, et en particulier du cerveau. Cet affaissement dans les capillaires donne lieu à une sorte de stase passive du sang cérébral dans les vaisseaux d'un ordre plus élevé; de là la céphalalgie et la surdité. Chez l'homme sain, ces phénomènes se dissipent aisément à l'aide d'un repas substantiel et de quelque boisson alcoolisée. A part l'explication, qu'on peut adopter ou ne pas adopter, l'observation de l'influence préalable de la saignée n'en est pas moins un fait important à signaler; d'autant plus qu'elle rend beaucoup plus énergique l'action de la quinine. Ajoutons, au reste, que la céphalalgie et la surdité s'observent souvent à la suite d'autres médicamens énergiques.

Gangrène de la bouche guérie à l'aide du cautère actuel; par M. Henry Obre, médecin à l'infirmerie Marylebone.

Charles Harris, âgé de neuf ans, vivait dans un lieu humide (*damp*), dans une atmosphère malsaine, lorsqu'il a été attaqué, il y a quelques jours, de fièvre dont le caractère est devenu promptement typhoïque. Il était depuis deux à trois jours dans un état très bas, presqu'insensible, et il paraissait réclamer l'usage du vin et d'autres stimulans pour se relever. A la suite de ces secours il pouvait se relever en rester sur son séant. Alors une ulcération s'est manifestée dans la bouche, précisément à la partie externe et postérieure de la gencive gauche de la mâchoire supérieure, ayant une couleur cendrée. Cette ulcération s'est étendue à un tel point avant d'être découverte, que les deux premières molaires tombèrent. L'arrière-bouche s'est couverte d'aphthes ; le reste de la cavité est resté sain.

On touche la surface ulcérée avec l'acide muriatique mêlé avec du miel. On donne d'ailleurs du sulfate de quinine et du vin. L'ulcération s'étend à la joue, qui devient dure, gonflée et comme glacée extérieurement, excepté au centre, où elle est molle. Pouls petit, pas de diarrhée ni de sueurs. On touche l'ulcère avec l'acide nitrique. Gargarismes avec une décotion de quinquina et d'alun ; vésicatoire à la nuque. La gangrène fait des progrès ; l'autre joue en est envahie. Ici l'ulcère est noir, a une odeur gangreneuse et l'étendue d'un écu. Lotions chlorurées. L'appétit est bon d'ailleurs.

Le mal s'avance en avant vers les commissures de la bouche, en arrière, vers la gorge et l'isthme du gosier. On visa alors à l'attaquer d'une manière plus énergique. On applique donc le cautère actuel et dans la bouche et sur les parties externes. Cette opération a été parfaitement supportée par le petit malade. Dès ce moment la maladie a été arrêtée dans la bouche, mais elle a fait des progrès sous les tégumens. Les bords de l'ulcération étaient irréguliers et extroversés ; la bouche se trouve par là perforée et l'os maxillaire dénudé jusqu'à l'apophyse zygomatique. On craint que la paupière ne soit attaquée. Nouvelle application du cautère avec un égal succès. Cataplasmes couverts de poudre de charbon. L'odeur du chlorure est insupportable au malade. Chute des eschares, granulations abondantes de bonne nature ; sueurs salutaires ; bon appétit ; sommeil ; amélioration progressive ; chute d'autres dents. On touche la plaie avec l'acide nitro-muriatique ; les sueurs s'arrêtent ; diarrhée. Vin, aliment généreux. L'enfant se promène dans les salles. Cicatrisation progressive. La brèche s'est oblitérée à la longue, à l'exception d'un point de l'étendue d'un petit pois. La difformité n'est pas très choquante.

Dans un autre cas observé chez un enfant âgé de trois ans, le même remède a été employé avec un succès complet, malgré son étendue effrayante. (*Ibid.*)

— A part le traitement interne, qui est en opposition avec la pratique suivie chez nous dans des cas analogues, la médication locale est digne de fixer l'attention. Les caustiques potentiels ont été insuffisans pour arrêter le mal ; on a eu recours au fer incandescent et l'état des tissus a changé heureusement. Cette remarque n'est déjà pas nouvelle, et il serait convenable désormais d'avoir, dès l'abord, recours au cautère actuel dans la maladie appelée gangrène de la bouche. Ce qui rend probablement insuffisans les caustiques liquides, c'est, d'une part, l'impossibilité de les fixer convenablement; de l'autre, l'humidité naturelle de la région, qui délaie et affaiblit le caustique lui-même. Le fer rouge, au contraire, évapore les liquides; raccornit les tissus et en change les conditions morbides. Une précaution essentielle dans cette application, surtout si la partie malade est très profonde, c'est de ne pas tenir le cautère trop long-temps sur place, la fumée qui résulte de l'évaporation des liquides pouvant produire une sorte d'étouffement.

Luxation de l'apophyse odontoïde, ou de la seconde vertèbre cervicale sur la première.

Un jeune homme, âgé de vingt-deux ans, gardait le lit depuis sept semaines, à cause d'un rhumatisme. Devenu convalescent, on s'est aperçu qu'il avait le col ankylosé vers les premières vertèbres cervicales : la tête est fixe et fléchie en avant. L'individu peut cependant vaquer à ses occupations de coutelier. A l'âge de vingt-huit ans, il est saisi de bronchite opiniâtre, à laquelle il succombe subitement comme par asphyxie.

A l'autopsie, on trouve, indépendamment de l'ankylose des vertèbres cervicales supérieures, une luxation de l'axis.

Diagnostic. En général, l'évolution de la maladie est lente ; quelquefois cependant, ces kystes, après être restés long-temps stationnaires, acquièrent dans l'espace de quelques semaines un volume énorme. Souvent indolores, ils déterminent parfois des douleurs sourdes. Le malade se plaint quelquefois de douleurs analogues à des douleurs névralgiques. Le plus souvent l'os maxillaire présente des modifications dans la forme extérieure ; son corps subit une sorte d'expansion, et ses deux faces fort écartées simulent une cavité de forme ovalaire. D'autres fois, l'accroissement du kyste s'opère aux dépens d'une des faces seulement ; on dirait une portion de sphère sur-ajoutée en un point de la mâchoire.

Les recherches de M. A. Forget lui ont fait éclaircir un point important de diagnostic, nous voulons parler de la valeur d'un signe auquel Dupuytren a donné le nom de *crépitation*. « Les parois de ces kystes, dit l'auteur, formées par le tissu compacte de l'os, peuvent bien, tant que le volume du produit enkysté n'est pas trop considérable, la circonscrire de toutes parts sans interruption, mais il arrive un moment où sous l'influence de la pression incessamment accrue, ces parois finissent par s'user et offrent çà et là des intertices remplis par un tissu fibreux, dont les bords sont continus à ceux des plaques osseuses voisines par une disposition tout-à-fait analogue à celle qui existe entre les os du crâne et le tissu des fontanelles. Cette distinction, fondée sur l'examen de la maladie aux diverses époques de son évolution, explique la contradiction apparente qui existe dans les observations au sujet de la crépitation que présenteraient au toucher les parois des kystes osseux. Pour Dupuytren, c'est un signe pathognomonique. Sans vouloir déprécier sa valeur séméïotique, je rappellerai que dans les observations IIe, IIIe et V^e^, ce signe manquait, et que Delpech n'en fait aucune mention dans ses OEuvres chirurgicales ; c'est qu'en effet, au début de la tumeur, l'os, faiblement dilaté, conserve son épaisseur et son inflexibilité. Ce n'est que plus tard, quand le kyste a pris un accroissement considérable, que ses parois se parcheminent et qu'elles offrent la crépitation.

»On comprend dès lors que, pour l'observateur qui examine la tumeur peu après son invasion, et pour celui qui la considère à une période plus avancée, l'expression symptômatique soit différente. Un kyste liquide, développé dans l'épaisseur de l'os maxillaire supérieur, peut, lorsqu'il a pris un certain volume, envahir le sinus et en effacer la cavité. Cette disposition, signalée par Dupuytren, lui paraît une raison de penser que beaucoup d'hydropisies du sinus maxillaire ne sont autre que des kystes. L'erreur de diagnostic est d'autant plus facile à commettre, qu'après la chute ou l'extirpation des dents en rapport avec le fond du sinus, on trouve une cavité formée par les alvéoles, dont les cloisons respectives ont été détruites. Delpech a vu cette cavité accidentelle offrir une si grande dimension, qu'il put facilement y introduire le doigt. »

Il faut encore noter l'état des ganglions sous-maxillaires souvent engorgés dans les cas d'ostéo-sarcôme, tandis que le plus fréquemment ils conservent leur type normal dans le cas des kystes.

Traitement. La thérapeutique des kystes est subordonnée aux exigences des indications particulières.

Pour les kystes à produits liquides, la ponction suffit comme moyen palliatif, mais il faut prévenir la récidive qui arriverait infailliblement en faisant naître une inflammation suppurative assez intense pour désorganiser la membrane interne du kyste. On arrivera dans le sac tantôt en arrachant une ou plusieurs dents dans le cas de kyste *alvéolo-dentaire*, ou bien en pénétrant par l'alvéole lorsque le kyste occupe le centre de l'os, et cette ouverture se fera toujours par le point le plus déclive de la paroi externe.

Les kystes à parois solides lorsqu'ils sont récens, peuvent être attaqués par l'intérieur de la bouche; plus tard, il ne faudrait plus y songer ; il faut alors disséquer les parties molles extérieures, et arriver sur la tumeur de dehors en dedans. Après avoir ouvert le sac osseux soit avec un fort bistouri, soit avec la gouge et le maillet, on saisit le corps fibreux avec des tenettes, et on l'arrache. Il ne faut pas craindre d'arracher avec quelques fragmens d'os, car souvent l'altération va au delà du terme apparent de la maladie. On rugine ensuite fortement la surface interne de la cavité et on cautérise, pratique qui a des avantages incontestables sur la cautérisation d'emblée.

Cette courte analyse donnera une faible idée de l'important travail de M. A. Forget, mais nous sommes obligés de nous renfermer dans les bornes ordinaires, après avoir fait entrevoir à nos lecteurs les points principaux qui ont été étudiés et les considérations pratiques qui en ont été déduites. Des observations fort longues et fort complètes, au nombre de douze, placées dans le corps du mémoire, fourniront un tableau minutieux de la nature de le lésion anatomique, et seront des exemples pratiques fort utiles à consulter sous le point de vue du manuel opératoire et du traitement consécutif. En un mot, nous devons des remercîmens à M. A. Forget pour avoir de nouveau fixé l'attention des chirurgiens sur un sujet que les belles recherches des plus grands praticiens modernes n'ont encore éclairé qu'incomplètement.

Nous ne nous arrêterons pas sur la seconde partie du travail que nous avons sous les yeux. Nous dirons seulement qu'elle contient une histoire fort curieuse de l'amputation de la mâchoire inférieure. La valeur de chaque procédé est discutée avec soin et appréciée au moyen d'exemples tirés presque tous de la pratique de M. Lisfranc. Enfin, cet examen est complété par l'histoire anatomique et physiologique d'un malade amputé il y a six ans de la moitié droite de la mâchoire inférieure. Nous avons lu et médité ce travail avec un véritable plaisir. L. M.

L'apophyse odontoïde avait été tiré en arrière, et se trouve à trois lignes loin de la surface postérieure du canal osseux, ou plutôt de la face interne du demi-cercle postérieur de l'atlas. Malgré cette diminution de diamètre, les membranes et la substance de la moelle épinière sont parfaitement sains sur ce point, et les nerfs qui partent de cette portion de la moelle offrent le volume, la couleur et la consistance normales. (*Ibid.*)

— Cette observation manque, comme on le voit, de détails sur le mode de formation de la luxation. Assurément, ce n'est pas là un cas de luxation traumatique; les conséquences en auraient été bien différentes. Elle manque aussi de détails sur l'état des surfaces articulaires luxées; c'était là une chose importante pour l'éclaircissement de la première question. Toujours est-il, cependant, que la compression produite par l'apophyse odontoïde sur la moelle n'avait entraîné aucune conséquence fâcheuse, ce qui est digne de méditation.

Cas de fistule abdominale par maladie du cœcum et de l'appendice vermiforme, par M. Southam.

Thomas Ryley, âgé de vingt-deux ans, avait reçu, il y a un an, un violent coup à la partie inférieure de l'abdomen. Dès ce moment, il a commencé à éprouver une douleur dans le ventre, d'abord légère, ensuite insupportable au point que depuis six mois il ne peut plus vaquer à ses affaires. Une tumeur s'est développée graduellement au côté droit, immédiatement au dessus du ligament de Paupart.

A l'entrée du malade à l'hôpital, il offre l'état suivant : abdomen très sensible; tumeur au-dessus de l'aine droite très dure et douloureuse à la pression; garderobes tous les jours; les fèces sont bien conditionnées. Le gonflement s'étend en haut, et crève vers l'ombilic le 23 juillet; écoulement de matière fécale liquide; soulagement. Les fèces continuent à couler par cette ouverture et par l'anus naturel. Diarrhée. Mort.

A l'autopsie on trouve la portion inférieure de l'iléum et du cœcum très épaissie; un sinus s'étend du cœcum à l'ombilic; il est formé d'abord par l'appendice vermiforme, réfléchie en haut, et adhérent à la paroi de l'abdomen, puis par un canal fistuleux dans l'ombilic communiquant avec cette appendice. Celle-ci est épaissie, dilatée et contient dans son intérieur une coquille de noisette. (*Ibid.*)

— On connaît un assez grand nombre de cas analogues à celui ci, Dupuytren en citait plusieurs dans ses cours, et, il n'y a pas long-temps, un mémoire a été publié sur ce sujet. Souvent l'abcès causé par la présence du corps étranger fixé soit dans le cœcum soit dans son appendice, s'est terminé par un épanchement mortel dans le bassin. Ce qu'il y a de plus remarquable dans le fait en question, c'est l'ouverture de l'abcès dans l'ombilic, ce qui rendait le diagnostic tout à fait obscur. Il est évident cependant qu'il faut chercher ailleurs que dans la fistule ombilicale la véritable cause de la mort. On a parlé de la diarrhée, mais on n'a pas fait connaître l'état de la muqueuse intestinale auquel il faut probablement rapporter la terminaison fatale de la maladie.

Extraction d'une portion de sonde tombée dans la vessie; par M. Buchanam.

A. B..., âgé de quarante ans, domestique, a été reçu à Glocester-Infirmary, le 24 novembre 1836. Il déclare qu'ayant été traité pour un rétrécissement de l'urètre, en septembre dernier, à l'aide de sondes élastiques, une portion de cet instrument est restée dans la vessie par suite de sa rupture. Trois pouces environ de la sonde se trouvaient engagés près du col. M. Buchanam le sonde plusieurs fois, mais ne trouve pas de corps étranger dans l'urètre ni dans la vessie; et, comme l'individu ne souffrait pas beaucoup, il le congédia, l'engageant toutefois à revenir si l'état des choses empirait.

Le 23 mai 1837, l'homme revient à l'Infirmerie; on le sonde et l'on sent un corps étranger dans la vessie donnant la sensation d'une substance molle, environnée de matière calcaire. La vessie est enflammée, l'urètre très irritable : on juge convenable d'attendre avant de rien entreprendre.

Le 19 juin, le patient est sur le point d'être opéré de la cystotomie, mais la sonde ne pouvant pas sentir le corps étranger, on diffère.

Le 27, on sent le corps engagé dans la portion prostatique de l'urètre. On attend, on dilate l'urètre avec des sondes; bain chaud; boire beaucoup, et retenir les urines afin de les expulser ensuite avec force. L'urine ne peut pas passer dans le canal quelquefois, et l'on est obligé d'employer les bougies pour désobstruer.

Le 29 juillet, le corps étranger avance jusqu'au bulbe de l'urètre et empêche l'urine de sortir. Écoulement de pus par le pénis.

10 septembre, issue du corps étranger. C'est un bout de trois quarts de pouce d'une sonde élastique n° 6, rugueux. L'extraction a été accomplie avec des pinces.

On sent un second morceau de sonde engagé dans l'urètre; on l'en extrait le 15 octobre; il offre un pouce et demi de longueur, et semble appartenir à une très petite sonde. Pour cette extraction, on introduisit un petit stylet trochu dans le canal du fragment, et on le força à sortir.

Le soir, un troisième fragment se présente; c'est la portion qui répond au cul-de-sac œillé de la sonde; il a été extrait également. Réaction phlogistique aux testicules. Guérison. (*London med. Gaz.*, juillet 1840.)

— Trois circonstances rendent ce fait remarquable; la fragmentation spontanée de la sonde par son long séjour dans la vessie; l'absence d'un calcul consécutif et l'expulsion spontanée des corps étrangers. Au reste, si cette expulsion n'eût pas eu lieu de la sorte, il n'aurait pas été difficile d'en débarrasser le malade à l'aide d'instrumens analogues à ceux de la lithotripsie. L'accident dont il s'agit a déjà été prévu et s'est présenté quelquefois, mais bien rarement. En 1827, un célèbre acteur d'un des théâtres de Naples, M. Marini, fut opéré de la cystotomie périnéale pour être débarrassé d'une sonde de gomme élastique tombée dans la vessie; l'incrustation calcaire était déjà très avancée, quoique l'accident ne fût arrivé que depuis quelques mois. On trouve dans plusieurs cabinets anatomiques des exemples du cas en question. Dans l'état actuel de l'art, un chirurgien serait coupable s'il pratiquait la taille pour en débarrasser le malade.

Ténotomie.

On lit dans la Lancette anglaise les remarques suivantes sur les opérations de ténotomie pratiquées à Berlin.

« M. Dieffenbach vient de guérir plusieurs cas de piedplat à l'aide de la division sous-cutanée des tendons des muscles longs extenseurs, soit sur le dos du pied, soit au coude-pied. Le pied est resté comme paralysé pendant plusieurs jours; ensuite l'appareil lui a redonné la forme et la force convenables; la platitude du pied a disparu, la convexité plantaire s'est convertie en une voûte normale, mais il en est résulté un pied équin. La section du tendon d'Achille a parfaitement guéri ce dernier vice, et le pied a repris les conditions de l'état normal.

» Dans les luxations spontanées anciennes de la tête du fémur, il a obtenu des avantages en coupant les muscles les plus courts ou les tendons. Le traitement mécanique devient alors plus facile et plus efficace. Les appareils de Stromeyer sont ceux dont se sert M. Dieffenbach. Aussitôt après la section des muscles, M. Dieffenbach exerce sur le membre une forte extension rapide, ou une forte flexion, selon les cas; on entend alors un craquement comme si des tissus étaient déchirés; le membre est enveloppé dans une flanelle et soutenu par des attelles de bois.

» Les contractions rhumatismales ou goutteuses des doigts, M. Dieffenbach les traite également par la ténotomie Ces lésions guérissent, au reste, plus facilement que les analogues des membres inférieurs.

» M. Dieffenbach divise le tendon du biceps, le fléchisseur du carpe radial, le fléchisseur du carpe cubital, et le fléchisseur commun des doigts à deux individus qui offraient une flexion permanente des doigts, du poignet et de l'avant-bras à la suite d'une affection cérébrale, et leur état s'est considérablement amélioré. L'auteur a opéré 300 cas de pied-bot, 60 cas de torticolis, 260 cas de strabisme; un nombre considérable de luxations de la hanche, de contractures du genou, du coude, des doigts, des orteils à l'aide de la ténotomie, sans accidens. Il est remarquable que le nombre des individus atteints de pied-bots opérés à Berlin, est à peu près égal à celui des individus opérés à Paris par M. Duval. » (*Extrait d'un ouvrage de M. Dieffenbach, intitulé*: De la Cure de la Contraction congéniale et accidentelle des membres, à l'aide de la division des muscles ou des tendons contractés. 1839.)

Accidens cérébraux, simulant la meningite, enrayés chez un enfant de quinze mois par la scission des gencives et les ventouses scarifiées à la nuque. Par M. Robbe, à Nogent-le-Rotrou.

A la fin de juillet dernier, je fus requis pour donner des soins à un jeune élève de l'administration de Sainte-Appolline, fils d'un médecin distingué de la capitale, enfant d'une forte constitution, pris subitement de convulsions dentaires pendant la sortie de ses œillères. Le petit malade avait eu du dévoiement quelques jours, et ce dernier s'était supprimé tout-à-coup. Je le trouvai dans l'état suivant.

La tête inclinée en arrière, les yeux fixes dans les orbites, les membres convulsivement agités; un peu de salive écumeuse à la bouche. Il avait vomi le peu de lait qu'il avait pris le matin. La nourrice restait spectatrice affligée mais inactive de ce combat, partageant le préjugé des gens de sa sorte, qui pensent qu'il y a danger d'estropier un enfant pour sa vie en le touchant quand il est sous le coup du mal dit de Saint-Gille.

J'ai déjà signalé ce fanatisme aussi absurde que dangereux dans une observation insérée dans *la Lancette*, il y a huit ou dix ans pour un fait à peu près analogue.

Je plaçai le petit malade la tête élevée, le front couvert de compresses imbibées d'oxicrat, les jambes enveloppées de linges sinapisés; j'administrai un lavement purgatif qui produisit peu d'effets. Les accidens persistant, j'appliquai derrière les oreilles un collier de 6 sangsues.

Ces premiers secours n'amenèrent d'autre changement notable que de faire remplacer les convulsions par un état comateux. La pupille demeurait contractée; je remarquai dans l'immobilité et la presque insensibilité des membres un commencement de paralysie. Le pouls restait serré et fréquent.

J'avais écrit au père tout le détail des accidens et des moyens curatifs; j'étais arrivé à lui faire connaître les faibles espérances qui me restaient. Mon confrère partageait mon opinion, en me communiquant qu'il rangeait la méningite sous la ligne du croup, et qu'il reconnaissait pour nécessairement mortelles ces maladies, quand on ne les enrayait pas dès le début.

J'étais au quatrième jour de la maladie; j'inspectais soigneusement la bouche, me rappelant que quatre ans plus tôt j'avais fait cesser des accidens à peu près semblables chez mon propre enfant, en incisant profondément les gencives, de manière à déterminer la sortie de quatre molaires dans une nuit.

Les gencives étant dures et gonflées, j'agis de même en ce cas; je coupais, avec la pointe d'un bistouri, la muqueuse endurcie, et sentis l'acier toucher la dent. Cette opération se fait toujours sans douleur pour l'enfant, et est aussi toujours suivie de la sortie immédiate de la dent quand on incise jusqu'à elle.

Je pratiquai en même temps de larges ventousations scarifiées entre les deux épaules; j'en fis de sèches dans toute la région dorsale. Je répétai deux jours de suite ce traitement énergique, en tirant chaque fois deux cuillerées de sang à la nuque, et en rubéfiant tout le dessus du dos.

Tout cela fut fait avec un succès si entier, que huit jours après, j'apprenais au père le plein rétablissement de notre petit désespéré, qui n'avait pas été moins de dix jonrs dans un état successivement convulsif et léthargique.

Académie de Médecine. — Séance du 25 août.

M. le Président fait part à l'Académie d'une démarche que le Conseil d'administration vient de faire auprès du roi, afin d'obtenir un local gratuit pour ses séances. Profitant du séjour du roi à Eu et de la présence de M. Fouquier auprès de Sa Majesté, le Conseil a prié ce confrère de présenter la demande qu'on avait fait imprimer au nom de l'Académie. Le roi l'a accueillie avec faveur, et en a remis la révision à M. le ministre des travaux publics, qui se trouvait aussi à Eu. M. Fouquier l'a également recommandée auprès du ministre, qui a promis de s'en occuper incessamment. On attend, par conséquent, le résultat définitif de ces démarches. Aujourd'hui, on a distribué à chaque membre de l'Académie un exemplaire imprimé de la pétition.

— L'Académie s'occupe du remplacement d'un membre de la commission de vaccine. Le choix a porté sur M. Jolly. M. Cornac a manqué d'une voix pour se ballotter avec M. Jolly.

— *M. le Président* annonce à l'Académie qu'elle possède dans son sein M. Arendt, premier médecin de l'empereur de Russie. L'un des membres du bureau invite M. Arendt à prendre place à côté du président.

— *M. Patissier* lit, au nom de M. Adelon, un rapport peu favorable sur une demande de brevet d'invention adressée par un pharmacien de Paris à M. le ministre du commerce, pour une préparation prétendue nouvelle de sel ferrugineux (citrate de fer et d'ammoniaque).

M. Dubois (d'Amiens) fait observer que les conclusions défavorables de ces sortes de rapports officiels n'empêchent pas l'expédition du brevet : il en cite des exemples.

Un Membre fait remarquer que, d'après une loi en vigueur, le ministre ne peut refuser un brevet à tout pharmacien qui en demande.

M. Cornac donne d'autres détails sur ce sujet.

M. Boulay demande que l'Académie écrive au ministre sur cette question, et lui fasse sentir l'inutilité des avis qu'il demande à l'assemblée, puisque le brevet est toujours accordé. (Ordre du jour. Adopté.)

— *M. Bérard* fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Robert, concernant un nouveau mode de traitement du prolapsus du rectum, et qui consiste dans l'excision d'une portion du sphincter dans le but d'en rétrécir l'ouverture. Nous en avons rendu compte dans le temps. (Remercîmens; publication du mémoire; inscription sur la liste des candidats.)

— *M. Boulay* fait un rapport favorable sur un ouvrage manuscrit intitulé : Régulateur métrologico-pratique à l'usage des médecins et des pharmaciens. C'est, comme on le voit, un traité comparatif des poids et mesures, bien que son titre ne le laisse pas assez comprendre. Ce rapport a soulevé un singulier incident; l'auteur avait fait distribuer devant la porte de l'Académie un prospectus imprimé, dans lequel se trouvait consigné une partie du rapport. On lisait en tête de la feuille, ces mots, écrits à l'encre rouge : *Aujourd'hui le rapport par M. Boulay.*

MM. Gauthier de Claubry et *Gerdy* proposent que le rapport ne soit pas adopté à cause de cette circonstance, qu'ils regardent comme fort inconvenante.

M. Londe fait remarquer que le travail dont il s'agit n'offre aucun mérite puisque la chose se trouve imprimée dans une foule de livres.

On biffe du rapport les phrases louangeuses.

— *M. Gerdy* lit un travail remarquable sur la vision. La question qu'il s'est proposé d'examiner est relative à l'unité de la vision dans le regard binocle. Des observations neuves et intéressantes ont été exposées par M. Gerdy avec clarté et méthode.

M. Virey trouve que tout cela n'est applicable tout au plus qu'à l'homme et à quelques animaux : chez les poissons, chez le caméléon, chez les insectes, les choses se passent autrement, ces animaux ne pouvant regarder que d'un côté à la fois. Selon M. Virey, les questions de physiologie ne peuvent plus être traitées aujourd'hui d'une manière isolée; leur solution ne serait que fort incomplète si on ne les suivait pas dans toute l'échelle animale.

M. Gerdy répond que cela n'ôte rien à l'exactitude de ses observations actuelles. On verra, quand il arrivera à la physiologie comparée, que chez les animaux les choses ne se passent pas autrement. Les poissons, le caméléon, les insectes ne voient que d'un œil à la fois, et s'ils regardent avec les deux yeux, leur vision est confuse. Il cite le lièvre pour exemple.

Dans le regard binocle l'homme ne voit distinctement les surfaces qu'avec un seul œil à la fois. Cette thèse nous a paru prouvée par M. Gerdy jusqu'à l'évidence.

M. Rochoux établit que l'unité de la perception, dans le regard binocle, dépend de la coïncidence égale des axes visuels et de la similitude parfaite des deux images dans les deux yeux.

M. Gerdy regarde comme erronées les idées émises par M. Rochoux.

M. Bégin revient sur les faits énoncés par M. Gerdy, les développe brièvement et en confirme l'exactitude.

— Vers la fin de la séance, M. Gerdy présente un jeune homme, atteint d'une exostose énorme à l'os maxillaire supérieur droit. Cette tumeur, du volume du poing d'un homme adulte, proémine en dehors de la bouche et donne lieu à une difformité monstrueuse. C'est bien là un exemple d'exostose parenchymateuse fort rare pour la région qu'elle occupe et la circonscription presque parfaite. M. Gerdy se propose de l'opérer et d'en rendre compte à l'Académie.

— *M. Bricheteau* présente un rein converti en une véritable poche membraneuse et contenant deux ou trois calculs assez volumineux, de couleur noire et d'une forme analogue à celle des truffes.

— Un élève des hôpitaux, *M....*, présente une mamelle d'un volume énorme, convertie en tissu encéphaloïde. Cette pièce est remarquable par le volume et le prompt développement de la maladie (trois mois).

M. Sédillot, professeur au Val-de-Grâce, présente le fémur d'un homme qu'il a amputé il y a neuf jours dans l'articulation coxo-fémorale. L'ostéite qui a nécessité cette grave opération a été la suite d'une fracture compliquée de la partie moyenne de la cuisse, arrivée trois ans auparavant. Le fragment supérieur avait traversé les tégumens, et après la réduction, une esquille était restée enclavée entre les extrémités de la fracture. Malgré la suppuration et la plaie fistuleuse qui en résulta, la consolidation s'opéra en partie; mais une nouvelle, puis une troisième fractures, déterminées par des violences extérieures occasionnèrent un raccourcissement de plus de trois pouces, et l'impossibilité pour le malade de se servir de son membre. Pendant les derniers dix-huit mois, l'inflammation fit des progrès; vingt et une fistules traversèrent le membre en tous sens et s'élevèrent jusqu'à l'arcade pubienne et le niveau de l'épine iliaque. Toutes les chairs de la cuisse étaient engorgées, durcies, la suppuration abondante, le genou ankylosé; le malade, condamné au lit, s'affaiblissait, et une terminaison fatale se faisait prévoir. Cependant il pouvait encore mouvoir sa jambe, lorsqu'en prenant un bain, il ressentit un léger craquement vers l'articulation de la hanche, et perdit toute faculté de se servir de sa jambe. Un stylet enfoncé dans les fistules arrivait sur une portion dénudée des os, vers le milieu de la cuisse, mais partout ailleurs ne rencontrait que des parties indurées. M. Sédillot jugea indiquée l'amputation coxo-fémorale, et appuyé dans cette opinion par les avis du baron Larrey, de MM. Ovity, Cornuau, etc., il céda aux instances du malade qui demandait depuis long-temps à être débarrassé de son membre, et l'opéra le lundi 17 août, en taillant un large et unique lambeau antérieur. L'opération ne dura que quelques secondes, et vingt-deux ligatures durent être appliquées sans que le malade eût perdu beaucoup de sang. Le fémur préparé permit de reconnaître une consolidation solide des deux fragmens qui étaient réunis par deux prolongemens osseux, circonscrivant entre eux un intervalle dans lequel était engagée une esquille de plus d'un pouce de longueur, à cheval sur une saillie en arête du cal, et maintenue par un périoste épais et gélatineux. Une ostéite remarquable par l'hypertrophie du corps de l'os, et surtout par l'injection rouge qu'il présentait, s'étendait jusqu'au grand trochanter, dont le tissu spongieux était en partie ramolli et raréfié, et à la tête du fémur, qui était convertie dans près de sa moitié en une espèce de coque qui s'enfonçait sous le doigt à la manière du kyste osseux du maxillaire supérieur, et en donnant la sensation d'un morceau de parchemin sec, revenant par sa propre élasticité sur lui-même. Le ramollissement du tissu spongieux de la tête fémorale avait amené l'enclavement du col du fémur vers la moitié interne de sa base, et de là le craquement que le malade avait éprouvé quinze jours auparavant dans la hanche. Le ligament capsulaire était brunâtre, et les replis synoviaux de même couleur et fortement ecchymosés. L'ischion était dénudé et noirâtre, mais dur, ce qui avait empêché M. Sédillot de le réséquer.

Ce chirurgien annonce que son malade, parvenu aujourd'hui au neuvième jour de l'opération, se trouve dans les conditions les plus satisfaisantes, et que tout fait espérer une prompte et heureuse guérison.

Séance levée à cinq heures.

MANIÈRE DONT ON PREND LES BAINS A ALGER.

On est d'abord introduit dans un salon superbement illuminé et couvert de nattes; on y est déshabillé et couvert de deux serviettes, dont l'une est mise autour du corps en manière de jupon, et l'autre sur les épaules en guise de mantelet. On fait passer de là dans une chambre, où on vous laisse exposé à une chaleur douce pour mieux se préparer à la chaleur soudaine et excessive qu'on doit bientôt éprouver dans le grand salon du bain. Ce dernier est un grand dôme pavé en marbre blanc, avec plusieurs cabinets tout autour, où l'on est frotté et lavé seul à seul; on fait asseoir sur un siége en marbre rond, placé dans le milieu, et l'on sent tout de suite une chaleur si vive que la sueur perce bientôt les serviettes.

On est ensuite conduit dans des cabinets d'une plus douce température; on ôte les serviettes, et on vous étend sur un drap blanc posé sur les carreaux, où l'on est ainsi livré à deux nègres rudes et robustes. Un genou en terre, ces nègres prennent chacun une jambe et raclent la plante des pieds pour en détruire les callosités.

Après cette rude opération, ils s'enveloppent la main d'un morceau de camelot, et recommencent à vous frotter de plus belle par tout le corps. Pendant cette opération, ils vous inondent le corps d'eau chaude avec de grands vases d'argent, vous relèvent et vous mettent la tête sous le robinet pour vous arroser encore d'un déluge d'eau. Ils vous essuient avec des serviettes fines, et vous frottent rudement après tout le corps avec une espèce de terre; cette terre brûle la peau même, si on l'y laisse séjourner tant soit peu. On subit ensuite une nouvelle ablution, et, après ce traitement, on vous saisit derrière les épaules; les nègres appuient leurs genoux contre les reins et font craquer les os. Enfin, on vous fait pirouetter sur les talons plusieurs fois; on vous fait sortir du cabinet après y être resté une demi-heure environ. Ceci est le traitement ordinaire; le seul moyen de l'éviter est de prévenir le maître, en entrant, sur la manière dont on souhaite être servi.

(*Hygie.*)

— Le parquet de Paris est en ce moment saisi d'une affaire qui fait sentir les bienfaits de la nouvelle législation sur les aliénés, législation qui rend impossibles les séquestrations arbitraires qu'avant la loi de 1838 exerçaient trop souvent, sous prétexte d'aliénation mentale, la cupidité et les dissentimens de famille.

Voici le fait qui résulte de la plainte déposée. Nous ne garantissons pas les faits et ne préjugeons en rien la décision de la justice: Un jeune homme, doué d'une rare intelligence, F. M..., aurait été séquestré par son père à une époque où il jouissait de la plénitude de sa raison. Cette détention, comme il est facile de le concevoir, aurait altéré les facultés du jeune M.., qui, au dire de nombreux témoins, était parfaitement sain de corps et d'esprit au moment où il fut privé de la liberté.

MM. les docteurs Londe et Ferrus ont fait chacun un rapport dans cette affaire, qui doit exciter à un haut point l'intérêt de l'humanité:

M. Londe, se fondant sur le grand nombre de témoignages favorables au détenu, sur la position et le caractère des témoins, conclut à la nécessité d'une enquête de la part de la justice pour constater l'état mental du jeune M.... au moment de la séquestration. Ce moyen est, en effet, le seul qui puisse apprendre si le détenu a été ou non victime d'un attentat à sa liberté;

M. le docteur Ferrus déclare dans son rapport, que le malade est curable, et il indique, pour parvenir à la guérison, des moyens qui n'ont pas été mis en usage à l'égard du détenu, comme les voyages; ce qui est une raison de plus pour que l'enquête ait lieu; car il importe de soustraire le jeune M..... à l'autorité de son père, si celui-ci en a abusé, afin de lui appliquer les moyens curatifs indiqués par M. Ferrus.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 29 AOUT 1840. (15e ANNÉE.) No 102, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, [illegible]

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

Cancer énorme d'une grande partie de la mâchoire inférieure s'étendant au loin sur les parties environnantes. Ablation complète de la tumeur. Mort par innervation douze heures après l'opération.

Le malade sur lequel vous nous avez vu pratiquer hier l'une des plus grandes opérations qui aient jamais été faites, a succombé avant la fin du jour. Nous ne pouvons nous défendre d'une émotion pénible en vous annonçant cette perte douloureuse à laquelle nous étions tous loin de nous attendre. Non, Messieurs, le chirurgien qui prend son devoir à cœur n'est pas toujours couché sur un lit de roses, et nous avons besoin, pour nous sauver d'un découragement complet, de revenir souvent à cette pensée que l'art a fait tout ce qu'il est humainement possible de faire, mais que la nature seule nous a fait défaut.

De quoi est mort ce malheureux malade? La journée s'est très bien passée. Nous l'avons vu à sept heures du soir: tout allait encore pour le mieux, seulement un léger mouvement fébrile semblait préluder au travail de cicatrisation. Il buvait sans trop de difficultés la tisane qu'on lui présentait avec un long biberon; la respiration n'était que médiocrement gênée à de longs intervalles, et cessait de l'être aussitôt qu'avec un petit pinceau on avait enlevé quelques mucosités tenaces accumulées dans l'arrière-gorge. A onze heures et demie, l'interne trouva le pouls très affaibli; dix minutes après il avait cessé de battre.

L'autopsie sera faite avec soin. Nous croyons pouvoir vous annoncer par anticipation que le malade est mort d'une hémorrhagie du système nerveux. En effet, Messieurs, on meurt d'une trop grande perte de sensibilité, comme on meurt d'une trop grande perte de sang. Craignez surtout ce funeste résultat de la commotion nerveuse chez les sujets qui, comme celui dont il est question, supporteront avec un courage impassible une opération longue et douloureuse. Il n'est pas impossible que l'autopsie nous révèle des désordres d'une autre nature; mais, jusque-là, nous avons foi en notre opinion, et, dans les mêmes circonstances nous suivrions la même conduite, car fort heureusement le cas est peu commun.

Décrivons maintenant l'opération qui, vous le savez, avait réussi au-delà de nos espérances. Elle est la plus grave, la plus compliquée que nous ayons encore faite sur l'os maxillaire inférieur. Nous avons plusieurs fois désarticulé la mâchoire, et dans deux cas poursuivi la dissection de la tumeur jusque sur les parois latérale et antérieure du pharynx: je veux parler de M. Baud et de la femme sur laquelle nous avons l'an dernier pratiqué cette grande opération, dont plusieurs d'entre vous ont été témoins; mais dans ces cas au moins nous avions affaire à des tumeurs appartenant à l'os, et quelque solides que fussent leurs adhérences avec les autres tissus, nous n'avions éprouvé de difficultés réelles dans la dissection, qu'au voisinage de l'angle maxillaire, à cause de la proximité des carotides; mais ici, au lieu d'une masse compacte, nous avions des ganglions carcinomateux disséminés dans les tissus, les infiltrant en quelque sorte dans une grande étendue. Nous avions ces difficultés, et vous vous rappelez les doutes que nous avions exprimés devant vous la veille du jour de l'opération; nous vous avions dit qu'il nous était impossible de juger si l'os était malade, mais que, ne le fût-il pas, nous serions probablement obligés de le sacrifier dans une certaine étendue, parce que, après l'ablation des tumeurs situées derrière lui, il serait resté isolé en quelque sorte et sans communication avec les autres tissus, parce que le sacrifice d'une grande étendue de la peau nous forcerait à laisser à découvert une partie de sa face antérieure, que d'ailleurs la saillie qu'il formerait ne nous permettrait pas de tenter la réunion immédiate. La tumeur s'étendait depuis un demi-pouce au-dessus de l'angle du maxillaire inférieur à droite jusqu'à l'alvéole de l'avant-dernière molaire du côté opposé. Du niveau du bord inférieur de la pommette, elle descendait au bord supérieur du cartilage thyroïde; elle faisait en avant une saillie de deux pouces. La peau qui la recouvrait offrait à son centre une plaque rouge, adhérente, ulcérée en plusieurs points, de deux pouces de longueur transversale et d'un pouce de hauteur. Il existait à la lèvre inférieure une déperdition de substance occupant les deux tiers de la longueur de son bord libre, et de huit lignes de hauteur; elle était le résultat d'une première opération nécessitée par une ulcération cancéreuse.

Opération. D'après la description que nous venons de donner, il est évident qu'il fallait sacrifier toute la portion des tégumens offrant de la rougeur et des ulcérations. Une première incision, partie de la commissure droite et passant au-dessus de cette plaque de peau altérée, s'est étendue à un demi-pouce au-delà de la ligne médiane à gauche. Une seconde incision, commençant au même point que la première, mais se dirigeant au-dessous de cette même plaque, a rejoint celle qui passait au-dessus, et a ainsi achevé de l'isoler du reste des tégumens. Le lambeau droit a été disséqué jusqu'à l'insertion de la branche sur le corps du maxillaire inférieur. Arrivés à ce point, nous hésitions à le choisir pour y faire porter la section de l'os; nous serions ainsi resté à distance des carotides; mais après un instant de réflexion, nous avons enlevé une partie des indurations qui recouvraient l'os, et sous elle, trouvant l'os hypertrophié, raboteux, nous avons poussé notre dissection à deux pouces au-dessus de ce point sur la partie inférieure de la branche maxillaire. Pendant tout ce temps, un aide tenait trois doigts appliqués sur le trajet des carotides. Le lambeau gauche a dû être détaché à son tour; il l'a été jusqu'au niveau de la première petite molaire.

Nous voulions scier l'os en dehors de la canine gauche. Quoique l'alvéole en parût vide, dans la crainte qu'il ne s'y trouvât quelque racine qui aurait arrêté notre scie, saisissant avec un davier la base de cette alvéole, nous l'avons emportée et avec elle une racine qu'elle renfermait en effet. Vous avez remarqué avec quelle lenteur marchait notre scie; c'est que l'os offrait une dureté, une compacité peu ordinaires. Là commençaient les grandes difficultés, car nous allions poursuivre la tumeur dans la profondeur des tissus. Deux manières de procéder s'offraient à nous: 1° Filer de droite à gauche entre la tumeur et l'os, puis de gauche à droite dans le plancher de la bouche, et revenir ainsi à droite vers le point de l'os où devait porter une seconde fois la scie. 2° Faire pénétrer le bistouri par l'intervalle des deux parties de l'os scié en les écartant; couper d'avant en arrière dans la masse cancéreuse; oublier un instant la moitié gauche de la tumeur pour ne s'occuper que de la droite, et ne revenir à celle-là qu'après avoir complètement isolé celle-ci et enlevé avec elle la portion malade de l'os. De grandes difficultés sont attachées au premier de ces procédés, comme l'expérience nous l'a appris; le second est préférable dans tous les cas de ce genre, et c'est à lui que nous avons eu recours ici.

Nos doigts précédaient et dirigeaient tantôt le bistouri, tantôt les ciseaux; car l'énucléation était impossible jusqu'aux limites les plus reculées de cette portion droite de la tumeur; c'est-à-dire jusque derrière l'angle correspondant de la mâchoire. Nous avons coupé sans y voir, et n'ayant pour guide que le toucher, les insertions du ptérygoïdien interne énormément développé, et sommes enfin parvenus au point de la branche maxillaire où nous avions décidé de faire notre section. L'os, fortement porté en dehors pendant ce temps de l'opération, s'était brisé, vermoulu qu'il était, dans la profondeur de la masse cancéreuse; il n'en a pas moins continué à nous servir utilement de levier. Avant de porter la scie sur la branche de l'os, à un demi-pouce au-dessus de son insertion au corps, nous avons glissé derrière elle une petite planchette, et nous avons recommandé qu'elle fût bien maintenue dans la crainte qu'en se déplaçant, elle ne laissât les carotides à découvert, exposées à l'action de la scie. Nous avions ainsi enlevé l'os, et avec lui la plus grande partie de la tumeur. Ce qui restait à faire semblait d'une grande simplicité; mais de nouvelles difficultés nous attendaient plus graves encore que celles que nous venions de surmonter. Au centre même du faisceau nervoso-vasculaire qui parcourt la région latérale du col, entre le pneumo-gastrique, le grand sympathique, la veine jugulaire interne, la carotide primitive et les branches tyroïdiennes veineuses et artérielles, il existait un ganglion cancéreux du volume de la dernière phalange de l'index, et qui, malheureusement, n'avait en quelque sorte pour kyste que ses adhérences intimes avec les nerfs et vaisseaux entre lesquels il s'était développé. Il n'était permis d'en approcher aucun instrument tranchant; d'autre part, l'énucléation en était presqu'impossible, tant ses adhérences étaient solides. D'ailleurs, en cherchant à l'isoler par énucléation au moyen de nos ongles, nous avions fait à la jugulaire interne une petite ouverture latérale dont les lèvres furent rapprochées par une ligature, et les pressions que nous étions obligés de faire subir au pneumo-gastrique déterminaient chez le malade une dyspnée assez intense. Nous procédâmes donc d'une autre manière:

Saisissant avec des pinces le ganglion dans un point où nous ne saisissions que lui, et portant l'extrémité d'une sonde cannelée sur ses adhérences, nous les déchirâmes en quelque sorte lame par lame, et parvînmes enfin à le détacher complètement du faisceau nervoso-vasculaire, qui resta complètement découvert dans une étendue de de 18 à 20 lignes, correspondant à la partie supérieure de la carotide primitive et à la partie inférieure de ses deux divisions.

Nous revînmes alors à la portion gauche de la tumeur. Tout alla bien pendant que nous la poursuivions sous la langue et derrière l'os maxillaire; les nombreuses artères que nous ouvrions étaient tordues ou liées à proportion, et nous pouvions ainsi continuer notre dissection; mais arrivés à l'os hyoïde, nous le trouvâmes enveloppé par la masse cancéreuse; il ne fut pas extrêmement difficile d'en dégager ses grandes et petites cornes; nous n'eûmes pas trop de toute notre attention, de tout notre sang-froid pour détruire les adhérences intimes qu'elle avait contractées avec le corps de l'os et la membrane tyrohyoïdienne. Nous nous servîmes pour cela des ciseaux promenés horizontalement sur la frêle membrane qui nous séparait de la cavité pharyngo-laryngienne, et avec lesquels nous tondîmes la face antérieure du corps de l'os hyoïde.

Notre opération était terminée; vous avez été effrayés de l'antre énorme que nous avions été obligés de pratiquer. Après quelques tentatives pour rapprocher les lambeaux, nous désespérions presque de les amener à se rejoindre assez pour tenter la réunion, et cependant nous étions encore satisfaits du résultat de nos efforts, car nous nous rappellions qu'ayant visité les Invalides lors de la préparation de notre thèse inaugurale, nous y trouvâmes plusieurs militaires à qui des projectiles lancés par la poudre avaient enlevé le menton, la partie inférieure des joues avec d'énormes déperditions de substance, et qui n'en avaient pas moins guéri. Nous ne pouvions songer à faire de l'autoplastie. Nous fîmes donc de nouveaux essais de réunion, et à notre grand étonnement nous parvînmes enfin à rapprocher complètement les bords de la plaie et à les fixer au contact par de nombreux points de suture, sans faire éprouver aux tissus voisins des tiraillemens considérables. Une aiguille courbe fut passée dans l'épaisseur de la langue, qu'assujétit un fil destiné à l'empêcher de se porter dans l'ithsme du gosier. Ce fil fut fixé à l'extérieur. Le malade fut rapporté à son lit: vous savez ce qui s'est passé.

Autopsie. Etat complètement normal des organes contenus dans le crâne, dans la poitrine et dans l'abdomen. Les points de suture maintiennent les lambeaux bord à bord; on les enlève, et l'on met ainsi à découvert le fond de la vaste déperdition de substance qui repose sur la colonne vertébrale, sur la paroi antérieure de la cavité pharyngo-laryngienne, et qui se confond avec l'excavation bucco-pharyngienne. Un examen attentif des nombreux organes mis à découvert dans l'opération prouve que le grand sympathique, le pneumo-gastrique, le spinal, les artères carotides sont intacts. Il en est de même du larynx, dans la cavité duquel on ne trouve nulle trace de mucosités. Le glosso-pharyngien et le grand hypoglosse sont coupés au voisinage l'un du pharynx, l'autre de la langue. La perforation de la jugulaire interne, dont nous avons parlé, admet à peine la tête d'une épingle noire. La ligature qu'on y a placée avait complètement fermé cette ouverture, et quoique le vaisseau eût à peine perdu le vingtième de son calibre, il n'en était pas moins oblitéré en ce point par un caillot de la longueur d'un quart de pouce. Il n'existait d'ailleurs aucune trace de phlébite.

Examen de la tumeur. Elle est entièrement formée de tissu encéphaloïde, et ce tissu, ou plutôt cette matière, est divisée par des sortes de kystes fibreux en plusieurs masses secondaires, dont quelques-unes même sont séparées dans leurs intervalles par des tissus sains. L'os n'est malade que consécutivement; il est raboteux, brunâtre, friable. Son tissu spongieux semble plus compacte, mais il n'existe aucune végétation ni dans les alvéoles, ni dans le canal dentaire. Tout prouve que l'affection a sévi d'abord sur les parties molles.

V. Baud.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Service de M. Baudens, chirurgien en chef.

Phimosis. Adhérence du prépuce au gland. Opération telle que les rabins juifs la pratiquent à Alger.

Trois militaires ont subi à peu de jours de distance l'opération du phimosis. De tous les modes opératoires proposés pour cette petite opération, M. Baudens donne la préférence à la circoncision. La simple incision du prépuce dans toute l'étendue qui recouvre le gland, qu'elle soit pratiquée sur la base antérieure de ce dernier, ou postérieure, près du filet, amène presque constamment une tuméfaction considérable, qui persiste fort long-temps encore après guérison; les lèvres de la plaie tendent souvent à s'ulcérer, quelquefois le prépuce subit la dégénérescence lardacée, et il n'est pas rare qu'il faille l'enlever jusqu'à la base du gland, de sorte qu'après avoir passé par une foule de périphéries plus ou moins dramatiques, le malade finit par avoir subi, en définitive, une circoncision.

Deux des militaires opérés présentaient des phimosis naturels; chez le troisième, le phimosis était acquis, et reconnaissait pour cause une cicatrice indurée par suite d'ulcération.

Le premier qui fut opéré présentait une complication fort importante à noter; la membrane muqueuse du gland adhérait au feuillet pariétal du prépuce, partout, si ce n'est au pourtour du méat urinaire.

Cette disposition pathologique n'avait point échappé à M. Baudens, qui, dans cette circonstance encore, fit preuve d'une grande précision de diagnostic. Le gland, exploré à travers le prépuce, présentait une dureté semi-cartilagineuse remarquable. En tirant sur l'extrémité libre du prépuce, on entraînait le tissu cutané, mais la muqueuse résistait. Un stylet engagé par l'ouverture du prépuce, qui, à peine pouvait admettre le volume d'une sonde ordinaire, ne pouvait explorer la surface du gland, et s'engageait facilement dans l'urètre. Un chirurgien peu attentif aurait pu, dans ce cas, commettre une grave méprise en fendre le gland en deux parties, en suivant le procédé de l'incision.

On évite sûrement cet écueil, dit M. Baudens, en suivant le procédé de la circoncision tel que je l'ai vu pratiquer en Afrique par les Juifs, à qui cette opération est familière, et remonte au berceau de leur religion.

« La peau est retirée en arrière le plus qu'il est possible par la main d'un aide intelligent, l'opérateur saisit de la main gauche le bord libre du prépuce, et le fixe dans les mors d'une pince à anneaux qu'il confie encore à la main gauche; une deuxième pince à anneaux est engagée derrière la première, puis ramenée le plus près possible vers le gland, qu'elle refoule. Cette pince est alors confiée à un aide pour laisser libre la main droite de l'opérateur, qui saisit un rasoir, et, d'un seul temps, coupe les parties du prépuce comprises entre les deux pinces, en rasant la pince la plus rapprochée du gland.

» Nous ne connaissons rien de plus parfait que ce mode d'opérer; nous ajouterons que, dans le cas où la muqueuse, retirée derrière le gland, semblerait l'étrangler, et faire craindre, par la suite, un paraphymosis, on pourrait immédiatement l'inciser à partir de son bord libre dans l'étendue de quelques millimètres en arrière. Cette opération peut avoir son indication, et serait d'ailleurs peu douloureuse.

Les tissus cutanés et muqueux se renversent, le premier en dedans, le deuxième en dehors, et se soudent en peu de jours sans qu'il soit besoin de les fixer par des points de suture, comme M. Hawkins, chirurgien de Londres, l'a proposé. Ce perfectionnement peut être avantageux, mais il nous semble devoir être acheté au prix de trop de souffrances. »

Tel est le procédé opératoire dont M. Baudens a fait choix depuis long-temps, et auquel il a soumis ses trois opérés. Le succès a été complet sur deux d'entre eux; la membrane muqueuse et le tissu cutané, divisés sur un plan uniforme, se sont contractés simultanément et ont laissé à découvert les deux tiers de la longueur du gland. Quant au troisième, celui qui offrait des adhérences, la peau seule avait été enlevée, le prépuce restait coiffé de la membrane muqueuse, avec laquelle il avait contracté des adhérences anciennes, dures et épaisses. M. Baudens a enlevé avec le bistouri, et par une dissection délicate, le plus possible des indurations, puis, par une section circulaire à la base du gland, il a achevé d'isoler complètement cette partie d'avec le prépuce, en rétablissant le sillon qui sert de démarcation naturelle.

Cette opération a réussi parfaitement; la suppuration ayant entraîné les parties étrangères au prépuce, et qui avaient échappé au bistouri, tout est rentré dans l'état naturel.

Dans ce cas comme dans les deux autres, il n'est pas survenu d'accidens, l'inflammation a été modérée par des irrigations d'eau froide continuée pendant plusieurs jours sans interruption.

Le pansement consiste à faire une ouverture à une compresse longuette, recouverte préalablement de cérat, à engager le gland par cette ouverture, pour maintenir le prépuce refoulé en arrière, et à fixer la compresse avec quelques jets de bande.

Du quinzième au vingtième jour ces trois militaires sont sortis de l'hôpital.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Clinique chirurgicale de M. Sédillot.

Varicocèle; opération par un nouveau procédé de ligature.

La dilatation variqueuse des veines du cordon spermatique est un accident à la fois si fréquent, et si incommode par la gêne et la douleur auxquelles il donne lieu, que tous les chirurgiens ont cherché les moyens d'y remédier; mais nous devons l'avouer, l'on attend encore des progrès de l'art un procédé facile et sans danger pour obtenir un résultat aussi désirable.

Les réfrigérans et les répercussifs ne sont que des palliatifs en général infidèles; l'amputation du testicule est une terrible ressource contre un mal qui ne compromet pas la vie; l'excision des veines est à peu près abandonnée, l'a peut-être été à tort, car elle était employée par les anciens, adoptée par Delpech, et ne paraît pas plus redoutable que bien d'autres procédés préconisés de nos jours. Les épingles enfoncées dans les veines variqueuses; les fils passés au travers en guise de séton; les pinces à compression amenant la gangrène des parties comprises entre leurs mords, sont des moyens sans doute que l'on peut particulièrement choisir et qui ont procuré de nombreux succès à leurs habiles inventeurs; mais quelle qu'en soit la valeur, ils ne sont pas encore définitivement jugés, et les guérisons même qu'ils ont procurées montrent que les opérations pratiquées sur les veines ne sont pas aussi dangereuses qu'on l'a prétendu. M. Ricord, à son tour, a fait connaître un procédé de ligature extrêmement ingénieux, dû à un médecin étranger, dont la *Gazette des Hôpitaux* a dernièrement entretenu ses lecteurs; et c'est à cette occasion que je rappellerai un fait semblable, recueilli au Val-de-Grâce dans le service de M. Sédillot, fait qui me paraît présenter plusieurs particularités dignes d'intérêt.

M. Sédillot a eu l'occasion de se convaincre par l'observation d'une foule de sujets, annuellement examinés dans les conseils de révision ou dans les hôpitaux, que les inconvéniens et la gravité du varicocèle ne sauraient être jugés d'une manière absolue d'après le volume et le développement de la tumeur. M. Sédillot a rencontré beaucoup de personnes atteintes de varicocèles considérables, qui n'en avaient jamais ressenti de douleurs; tandis que d'autres éprouvent une gêne permanente, des tiraillemens dans l'aine et le flanc correspondant, et une souffrance assez vive de varicocèles peu volumineux.

C'est d'après ces observations que M. Sédillot s'est expliqué les avantages des topiques dans ces derniers cas où l'irritation joue le plus grand rôle, et dans lesquels il a retiré de bons effets d'une solution aqueuse d'alun et d'alcool, appliquée sur les trajets variqueux qui causent le plus de démangeaison et de chaleur.

Lorsque la dilatation des veines du cordon est portée très loin, et que le malade veut être débarrassé de son affection, un pareil moyen ne suffit plus; et quoique le suspensoir soit encore le palliatif le plus recommandé, cependant les opérations propres à déterminer une guérison radicale sont indiquées, en prenant les précautions nécessaires pour prévenir ou combattre tout danger.

C'est dans ce dernier état que se trouvait le malade de M. Sédillot, entré à la salle 14, lit 72, pour un varicocèle gauche volumineux, datant de plusieurs années, et exempt de toute complication.

Après quelques jours de séjour à l'hôpital pour établir une sorte d'habitude des localités, un purgatif salin fut administré, et le surlendemain M. Sédillot procéda à la ligature. Dans un premier temps, le canal déférent dut être séparé des veines, et cette séparation ne se fit pas sans difficultés. Deux cordons minces et résistans, donnant l'idée du canal déférent, se rencontraient au milieu de la tumeur, et offraient entre eux assez d'analogie pour qu'on crût convenable de les isoler, et ce qui ne put avoir lieu sans entraîner entre les doigts de l'aide chargé de les contenir une assez grande quantité de veines variqueuses, et la ligature n'atteignit ainsi que la moitié environ du varicocèle.

Une première aiguille plate et tranchante à l'une de ses extrémités, offrant à l'autre une chass dans laquelle étaient engagées les deux extrémités réunies d'une ligature formant anse du côté opposé, fut dirigée au travers du scrotum en arrière du paquet variqueux destiné à être lié. Une autre aiguille semblable à la première, mais mousse sur ses bords et à son extrémité, conduisit une ligature toute pareille par les ouvertures déjà faites aux tégumens, avec cette différence capitale toutefois que l'aiguille pénétra en commençant par le point de sortie de la première, et passa au-devant du varicocèle au lieu de passer derrière. Il en résulta, lorsque les aiguilles eurent été détachées des ligatures, que le scrotum présentait deux ouvertures très étroites, entièrement remplies par les fils qui embrassaient entre eux, dans l'épaisseur des bourses, une assez grande quantité de veines variqueuses, et qui étaient opposés de manière à ce que l'anse de chacun d'eux correspondît à l'extrémité libre du second; en engageant dès lors chaque fil dans l'anse, et tirant de chaque côté sur lui, on vit les deux anses disparaître sous la peau en glissant l'une vers l'autre pour étreindre toutes les parties comprises dans l'intervalle, et il ne resta plus qu'une ligature dans chacune des petites plaies scrotales.

Au moment où M. Sédillot opéra la constriction du varicocèle, la douleur fut assez vive pour que le malade se trouvât mal, et un trouble très apparent survint momentanément dans la circulation des veines testiculaires. Le sang, arrêté dans la plupart de ses vaisseaux de retour, dilata d'une manière soudaine les veines voisines et subjacentes, et celles-ci devinrent dures, tendues et sinueuses, puis se désemplirent peu à peu, au fur et à mesure du rétablissement circulatoire.

Les fils furent alors engagés dans le serre-nœud métallique, en arc de cercle, que l'on doit à l'habileté ordinaire de M. Charrière, et fixés à un petit treuil propre à augmenter successivement leur constriction.

Pendant les premiers jours, il y eut beaucoup de fièvre, de la chaleur et du gonflement dans toute la partie gauche du scrotum; le malade fut complètement privé de sommeil et se plaignit d'une vive douleur, s'étendant le long de l'aine et remontant vers le flanc. Ces symptômes diminuèrent ensuite, après sept jours d'une diète absolue, époque où le malade prit un peu de soupe maigre, puis fut ramené, à partir du quinzième jour, à son alimentation ordinaire.

Malgré le soin avec lequel le serre-nœud fut maintenu dans une position telle que les fils ne pussent appuyer sur les tégumens, nos précautions furent à peu près inutiles, et la peau, ulcérée à leur contact, offrit bientôt de chaque côté une plaie d'un pouce environ de longueur. La suppuration fut très abondante, et chaque fois que l'on resserra les ligatures l'on fit extrêmement souffrir le malade, qui était cependant un jeune homme assez fort et courageux.

Le treizième jour, la ligature parut plus libre, et en tirant légèrement sur le serre-nœud, il sembla qu'on la faisait glisser dans la plaie; on desserra donc le petit treuil et on put amener au dehors le fil qui avait complètement coupé les parties étreintes, et qui offrait dans son milieu le nœud au point de jonction des deux ligatures.

La suppuration, après être restée quelque temps abondante, commença à diminuer et cessa tout à fait vers la fin du mois.

Toutes les veines variqueuses, même celles qui n'avaient pas été liées, s'étaient enflammées et paraissaient remplies d'un caillot sanguin très dur, ce qui contribua à laisser le scrotum volumineux.

Toutefois, le malade, qui était devenu très maigre sous l'influence de la fièvre, de la douleur et du régime, reprend des forces; les plaies scrotales se cicatrisèrent et six semaines environ après l'opération; il commença à marcher et sortit de l'hôpital en promettant de continuer l'usage d'un suspensoir, que M. Sédillot lui conseilla de porter deux ou trois mois.

M. Sédillot a revu le malade soixante jours après qu'il eut quitté l'hôpital. Le scrotum, revenu sur lui-même, ne contenait qu'un noyau dur et résistant, formé par les veines oblitérées. Le testicule n'était nullement douloureux, et avait conservé son premier volume; il était cependant encore entouré de veines assez dilatées, dès que le malade était resté long-temps de bout ou qu'il avait été fatigué par quelque travail pénible.

Cette observation est un nouvel exemple de succès du procédé qu'a fait connaître M. Ricord; mais on peut se demander si la guérison se maintiendra, et si les veines qui paraissent actuellement oblitérées ne redeviendront pas variqueuses un peu plus tard.

Quoiqu'il n'y ait eu qu'une seule ligature posée, l'inflammation cependant et la réaction générale furent très vives, et probablement sans la sévérité du régime et la bonne disposition constitutionnelle du sujet, la suppuration aurait pu suivre le trajet du cordon et amener des accidens.

L'avantage de ne pratiquer au scrotum que des plaies à peine perceptibles et sans introduction de l'air, est purement imaginaire, puisque les fils ulcèrent bientôt les tégumens, déterminent une abondante suppuration, et rendent les plaies assez larges.

Les suites de l'opération sont fort longues, puisque le malade dont *la Lancette* a rapporté l'histoire n'a commencé à marcher qu'au bout de plus de deux mois, et que celui de M. Sédillot a gardé le lit une trentaine de jours.

Il nous semble donc que ce procédé, quelque simple et ingénieux qu'il paraisse au premier abord, n'est pas cependant destiné à remplacer tous les autres et à faire cesser les recherches et les études des praticiens au sujet de la cure du varicocèle. L'excision des veines variqueuses n'exposerait pas vraisemblablement à plus d'accidens, ni à un traitement plus long, et fournirait certainement des résultats plus sûrs. Toutefois l'application de ce procédé a réussi non-seulement à M. Ricord et à M. Sédillot, mais encore à M. Roux, et de nouveaux exemples serviront probablement à en fixer la valeur définitive. ***

HOSPICE DE BICÊTRE.

Observations sur l'emploi de la belladone dans le traitement de l'épilepsie.

(Deuxième article.)

Les observations qui vont suivre ne sont peut-être pas aussi concluantes que celles qui composent l'article précédent (25 août). Cependant elles n'en offrent pas moins un grand intérêt en ce qu'elles permettent de déterminer d'une manière assez positive les effets physiologiques de la belladone. Elles confirment, comme nous le verrons plus bas, quelques-unes des notions déjà acquises à la science sur ce sujet; elles en combattent quelques autres, et enfin en ajoutent peut-être de nouvelles. Elles donneront encore une solution satisfaisante à une question importante: Jusqu'à quelle dose peut-on élever l'administration de ce médicament sans amener des symptômes d'empoisonnement, et pendant combien de temps la belladone conserve-t-elle son influence à une dose donnée?

Huitième observation. Paul P... a des accès très fréquemment. Il est âgé de vingt-cinq ans environ. On manque de renseignemens sur son état antérieur. Il avait eu deux accès, chacun des deux jours qui précédèrent son entrée à l'infirmerie.

9 septembre: pupilles, une ligne et demi de diamètre; langue humide; pouls à 51 pulsations. (Belladone, 30 centigrammes.)

10 septembre. Pupilles, trois lignes de diamètre, 92 pulsations artérielles; pas d'attaques.

Du 10 au 20, le malade prend 60 centigrammes de belladone chaque jour, malgré une accélération du pouls très marquée (de 80 à 95 pulsations), une forte dilatation de la pupille, quelques symptômes nerveux, et une sécheresse presque constante de la langue.

Du 20 septembre au 14 octobre, même prescription, et cependant la fréquence du pouls diminue, les pupilles sont moins dilatées, la langue s'humecte et ne conserve qu'un développement singulier des papilles épidermiques.

Jusque là le malade n'avait pas eu d'accès.

Le 11 et le 13, il survient un peu de dévoiement à la suite de deux accès assez violens; la belladone est supprimée pendant plusieurs jours. Lorsqu'il est possible de la reprendre, la dose n'en est jamais portée à plus de 30 centigrammes, et avec des alternatives très fréquentes d'aug-

mentation et de diminution, suivant l'état du tube diges-
tifs du système nerveux.

Du 14 octobre au 1er janvier, Paul P... éprouve encore des attaques pendant deux périodes distinctes du 11 au 18 novembre, et du 12 au 16 décembre.

Neuvième observation. M..., âgé de vingt-deux ans, imbécile, a souvent plusieurs attaques par jour.

9 septembre. Pupilles, une ligne de diamètre ; langue humide ; pouls à 57 pulsations. Il a eu deux accès la veille. (Extrait de belladone, 30 centigrammes.)

10. Deux accès ; pupilles, 3 lignes; pouls à 77 pulsations. (Belladone, 60 centigrammes.)

Le lendemain, le malade est très agité, on est obligé de lui mettre la camisole de force ; une attaque ; 74 pulsations; pupilles, 3 lignes. Cet état auquel vient s'ajouter du délire maniaque persiste pendant trois jours. (Même prescription.)

Le 15 septembre, M... n'a pas eu d'accès depuis le 11. L'agitation et le délire ont cessé. Le pouls ne bat plus que 65 fois par minute ; le sommeil est bon ; la langue tend cependant un peu à la sécheresse.

Du 15 au 27, le malade offre de fréquentes alternatives de calme et d'agitation, de fréquence et de ralentissement du pouls, de sécheresse et d'humidité de la langue. Celle-ci ne présente que des papilles épidermiques à peine visibles ; la dilatation des pupilles a un peu diminué.

Le 27, une attaque. On continue le traitement sans nouvel accident jusqu'au 12 novembre, époque à laquelle M... se fait renvoyer de l'infirmerie à cause de son indocilité.

Dixième observation. Charles Av..., âgé de quarante ans, est depuis fort long-temps à Bicêtre ; son intelligence est assez bien conservée, quoiqu'il ait des attaques tous les jours. Il en a eu trois pendant la nuit du 26 septembre, jour de son entrée à l'infirmerie.

Le 27, pouls à 75 pulsations ; pupille, une ligne et demie de dilatation ; langue humide. Belladone, 30 centigrammes.

Le 28, quatre attaques depuis la veille. Pupilles, deux lignes et demie ; langue blanche, humide ; papilles de l'épiderme bien développées ; pouls à 82 pulsations.

Le 29, trois attaques. Même état des pupilles et de la langue ; pouls à 92 pulsations.

Le 30, un accès. Même état de la langue et des pupilles ; 78 pulsations.

Du 1er octobre au 16 du même mois, Charles A... n'a pas eu d'attaques ; le pouls a presque toujours conservé un peu de fréquence ; les pupilles sont restées dilatées ; les papilles épidermiques de la langue ont toujours été très développées. Le malade n'a du reste offert aucun phénomène qui n'ait été observé chez les autres.

Du 16 octobre au 13 décembre la dose de belladone est graduellement élevée de 30 à 75 centigrammes par jour, et cependant les attaques reviennent en grand nombre.

Vers la fin de ce dernier mois, la maladie, d'abord vaincue, se relève presque aussi grave que d'abord, et ne laisse plus un jour de repos au pauvre Charles A.....

Onzième observation. Emile M... est âgé de vingt ans, son intelligence est assez développée. Chez lui, l'épilepsie offre une marche tout à fait régulière. Les accès reviennent tous les mois à la même époque, et se répètent tous les jours pendant huit jours de suite.

Le 5 septembre, ce malade a un premier accès avant de prendre 30 centigrammes de belladone.

Le 6, pas d'attaques. Pupilles très dilatées ; vue trouble, affaiblie ; un peu d'affaissement ; pouls à 70 pulsations. Belladone, 60 centigrammes.

Le 7, même état de vue ; 73 pulsations. Le malade éprouve quelques symptômes qui lui annoncent ordinairement la venue de ses accès, et qu'il désigne sous le nom de menaces. Belladone, 80 centigrammes.

Du 7 au 14, pas d'attaques. Menaces fréquentes ; même état général ; même prescription.

Du 14 au 18, un accès chaque jour, précédé chaque fois de nombreuses menaces. Le trouble de la vision persiste ; langue blanche, humide ; pouls fort, vibrant, à 75 pulsations. Même prescription.

Le 22, deux accès depuis la veille ; pupilles, 3 lignes de diamètre ; même état de la langue et du pouls.

Le 30, une attaque ; pupilles, 2 lignes ; pouls à 88 pulsations. La belladone, qui avait été abandonnée depuis six jours, est reprise à la dose de 30 centigrammes.

Depuis lors, Emile M... n'a plus offert aucun phénomène remarquable, quoique la dose d'extrait de belladone ait été graduellement élevée jusqu'à 90 centigrammes pendant plusieurs jours de suite. Il a eu seulement quatorze accès, et à des époques très irrégulières.

Chez ces quatre malades, l'épilepsie a encore été modifiée dans sa marche d'une manière très notable, par l'extrait de belladone. Le nombre des accès a été considérablement diminué. L'un d'eux a éprouvé, pendant seize jours, un bien-être auquel il n'était pas accoutumé depuis long-temps. Le second n'avait pas eu d'accès depuis plus d'un mois, lorsque son indocilité nécessita sa sortie de l'infirmerie. Enfin, le dernier a vu avec bonheur sa maladie changer de nature, ses périodes d'accès retardées de plusieurs jours et considérablement abrégées, et a pu espérer du temps une grande amélioration, sinon une guérison radicale. Les observations qui vont suivre n'ont guère offert que des résultats négatifs ; mais quel est le médicament qui agit de la même manière sur tous les individus, et qui n'a pas eu aussi ses revers?

Douzième observation. Ch... est âgé de vingt-quatre ans; ses accès sont très fréquens et surtout très violens. Chez lui la belladone a eu des effets physiologiques très intenses dès le quatrième jour de son administration ; elle fut supprimée, et néanmoins pendant six jours on observa les symptômes suivans : accélération, puis ralentissement du pouls (83-61-50 pulsations) ; dilatation très considérable des pupilles (plus de trois lignes) ; vue trouble, éblouissemens fréquens ; hallucinations presque continuelles, accompagnées d'un délire gai et de rires convulsifs. Quelques bourdonnemens dans les oreilles ; envies fréquentes d'uriner. Pendant deux jours, sueur grasse, fétide, un peu visqueuse surtout aux pieds.

Le 14 septembre, la langue qui pendant les jours précédens avait été un peu sèche et râpeuse, reprend son état normal, en conservant cependant un développement très notable des papilles épidermiques ; les autres phénomènes se dissipent également, et le 18 le malade recommence à prendre 30 centigrammes de belladone.

De cette époque au 1er janvier, la dose en fut portée à 60 centigrammes. Cette dernière fut plusieurs fois diminuée et augmentée de nouveau, suivant l'état du malade, et les symptômes observés pendant les premiers jours ne se reproduisirent plus. La dilatation des pupilles persista pendant toute la durée du traitement ; il en fut de même du développement des papilles épidermiques de la langue ; le pouls offrit des variations très nombreuses dans sa fréquence. Enfin, le nombre des attaques ne parut pas diminuer d'une manière sensible ; on en compta trente-cinq, peut-être cependant moins intenses que précédemment.

Treizième observation. Pierre G... est épileptique depuis sa naissance ; les accès reviennent presque tous les jours ; il est âgé de dix-huit ans ; son intelligence est très peu développée.

Le 27 septembre, langue humide ; papilles de l'épiderme à peine visibles ; pupilles, 1 ligne ; pouls à 75 pulsations. Belladone, 30 centigrammes.

28. Pupilles, 1 ligne et demie ; langue un peu sèche ; même état des papilles ; pouls à 96 pulsations, pas d'attaques.

29. Pas d'attaques. Pupilles, 2 lignes ; langue un peu sèche à sa pointe ; papilles épidermiques très développées ; pouls à 76 pulsations.

Le 1er octobre, pas d'accès ; pupilles, 2 lignes et demie ; langue offrant un large ruban brunâtre, sèche, râpeuse au centre ; même état des papilles ; pouls tendu, vibrant, 96 pulsations.

Le 4, une attaque ; même état général.

Le 7, trois attaques.

Le 11, un accès ; même état général ; 96 pulsations.

Enfin, depuis le 11 octobre jusqu'au 13 décembre, Pierre G... a eu trente-cinq accès. Il n'a plus d'ailleurs présenté aucun phénomène remarquable.

Quatorzième observation. Mathurin est un pauvre idiot âgé de vingt-cinq à trente ans, scrofuleux et épileptique depuis sa naissance, qui n'a été soumis à l'influence de la belladone que pendant quinze jours. Il a présenté à peu près les mêmes symptômes que les autres malades ; à savoir : forte accélération du pouls (de 75 à 100 pulsations) ; dilatation de la pupille (jusqu'à trois lignes et demie) ; un peu de sécheresse de la langue avec un développement très notable des papilles épidermiques. Pendant cette courte période, Mathurin a eu seulement cinq accès, quoi qu'il en eût ordinairement un chaque jour ; ce qui aurait pu faire espérer d'obtenir un peu d'amélioration dans son état, si son indocilité n'avait obligé M. Leuret à le renvoyer dans sa division.

Quinzième observation. Jean C..., âgé de vingt ans, épileptique depuis plusieurs années. Son intelligence est très peu développée.

Du 7 au 10 septembre, la dose d'extrait de belladone est rapidement portée à 80 centigrammes, sans résultat bien satisfaisant.

Le 10, agitation accompagnée de délire général ; humeur querelleuse, démarche mal assurée, entièrement semblable à celle d'un homme pris de vin ; vue trouble, pupilles fortement dilatées ; hallucinations nombreuses ; pouls irrégulier, 100 pulsations. Le malade ne prend pas de belladone. Le lendemain et les trois jours suivans, l'administration en fut reprise à la dose de 90 centigrammes, et les premiers accidens ne se reproduisirent pas.

Le 16, cette dose fut réduite à 50 centigrammes, à cause de l'apparition de quelques symptômes d'irritation gastro-intestinale, et continuée ainsi jusqu'au 28, époque à laquelle le retour constant des accès fit cesser tout traitement.

Seizième et dix-septième observations. Les malades qui font le sujet de ces deux dernières observations sont, comme le précédent, jeunes et d'un tempérament faible ; leur intelligence est très peu développée. Leur maladie date de leur enfance, et est tous les jours devenue plus grave et plus intense ; depuis long-temps ils n'ont pas passé un seul jour sans en ressentir les atteintes. L'extrait de belladone leur fut donné aux mêmes doses, amena les mêmes effets immédiats : agitation, délire, ivresse, trouble et obscurcissement de la vue, hallucinations ; accélération du pouls, et enfin aboutit aux mêmes résultats purement négatifs qui firent abandonner le traitement au bout de quelques jours.

Résumé. Si maintenant nous résumons en peu de mots tous les résultats obtenus, nous verrons d'abord, quant à l'action curative de la belladone, que chez presque tous les malades qui ont été soumis à son influence, on a observé une amélioration évidente. Cette amélioration s'est surtout manifestée dans les premiers jours du traitement. Elle a persisté pendant un temps variable, et d'autant plus long-temps que les effets physiologiques du médicament ont été moins marqués. Cette règle n'a souffert que très peu d'exceptions : l'un de nos malades (quatrième observation) a cependant offert une remarquable coïncidence de la cessation des accès avec l'invasion du délire et de l'agitation presque maniaque qui succédaient chez lui à l'action de la belladone. L'amélioration obtenue a porté plus souvent sur le nombre des accès que sur leur intensité. Leur intensité a néanmoins été diminuée chez quelques-uns. Chez Emile M... (observation onzième), entre autres, leur durée a été plusieurs fois bornée aux symptômes précurseurs.

Il semblerait, d'après ce qui précède, que la belladone ne conserve que pendant peu de jours une influence énergique sur nos organes, lors même qu'on élève graduellement la dose. L'étude des phénomènes physiologiques produits par cette substance vient, comme nous le verrons plus bas à l'appui de cette opinion. Ne paraîtrait-il pas, dès lors, convenable de faire alterner l'emploi de la belladone avec celui d'une autre substance dont l'efficacité serait aussi bien constatée ? Ne pourrait-on pas encore retarder l'établissement de cette tolérance de nos organes, en ne l'administrant qu'à des doses très faibles, et seulement tous les deux ou trois jours?

Si nous cherchons maintenant à constater les effets immédiats de la belladone sur l'homme, nous trouverons qu'elle a agi surtout sur la circulation, sur la vision, sur le système nerveux, et sur la langue.

1° Chez tous les malades, le pouls a été fortement accéléré dès le second jour du traitement. Mais cette accélération a été peu durable, quelle que fût la dose de médicamens administrée ; elle a cessé chez quelques-uns après trois ou quatre jours, chez tous au bout de quinze ou vingt jours.

2° Les mêmes remarques s'appliquent à la dilatation des pupilles, qui a été constante comme la fréquence du pouls ; elle a cependant duré plus long-temps ; elle a même persisté pendant toute la durée du traitement, chez le malade qui fait le sujet de la douzième observation. A cette dilatation de la pupille se sont joints, chez quelques-uns de nos épileptiques, d'autres troubles de la vision, tels que des éblouissemens fréquens, de la myopie, une cécité incomplète, etc.

3° Ce sont les derniers malades qui ont surtout offert des symptômes nerveux, plus passagers encore, il est vrai, que les autres phénomènes dont nous venons de parler. Ainsi, agitation plus ou moins violente ; délire ordinairement gai, quelquefois furieux ; hallucinations fréquentes ; démarche chancelante ; cris et rires convulsifs, etc. Et, chose remarquable, ces symptômes ont existé surtout chez ceux dont l'affection est restée entièrement rebelle à l'action de la belladone. Seraient-ils le résultat de la maladie plutôt que celui du remède ?

4° Un des symptômes les plus constans et les plus durables que nous ayons observés, c'est sans contredit un développement très marqué de papilles épidermiques de la langue. Ce phénomène, qui n'a été noté par aucun observateur, est-il un effet de l'action de la belladone, ou sa présence ne doit-elle être regardée que comme le résultat d'une simple coïncidence? Il s'est trouvé plusieurs fois accompagné d'une sécheresse assez prononcée de la langue avec un peu de soif. Mais il y a loin de là à cette chaleur de la bouche et de la gorge, à cette soif ardente, à ces déjections plus ou moins multipliées dont parlent les auteurs. Un seul malade a eu un peu de dévoiement, et encore ne prenait-il que 60 centigrammes de belladone. Presque tous au contraire ont continué pendant tout le temps du traitement à manger les trois quarts et même la portion entière.

Il nous reste encore à résoudre cette question : Jusqu'à quelle dose peut-on administrer la belladone sans danger? Malgré l'autorité de Gréding, qui recommandait de ne pas dépasser 20 centigrammes, M. le docteur Leuret ne craignit pas d'en prescrire 30 dans les premiers jours, et d'élever la dose à 60 centigrammes le second jour chez presque tous ses malades. Trois en prirent même 90 centigrammes pendant quelques jours. Cependant cette dernière dose n'a jamais été dépassée par M. Leuret. Pour le plus grand nombre de ses malades, il n'a pas dépassé 60 centigrammes.

L'extrait alcoolique de belladone a été préféré à toutes les autres préparations de cette plante, comme plus énergique et d'une administration plus facile. La dose de chaque jour était divisée en trois parties qui devaient être prises pendant les 24 heures, à des intervalles à peu près égaux. Elle a été donnée tantôt en pilules, tantôt sous forme de julep, suivant le goût de chaque malade.

Je bornerai là les remarques qu'il serait possible de faire sur les observations qui précèdent, et je m'estimerai heureux si leur publication pouvait décider quelques observateurs à porter leur attention sur l'étude d'une maladie qui n'est peut-être regardée comme incurable que parce qu'elle est trop négligée.

E. Lisle.

Méningo-encéphalite communiquée par une inflammation de la pituitaire, le long des nerfs olfactifs. Par M. le docteur J. Johnson.

Mademoiselle X, âgée de cinquante ans, était sujette à un écoulement jaunâtre, purulent, par la narine gauche. Le côté gauche du nez était plus saillant que le droit, et la peau était un peu rouge, avec douleur à la pression. La portion de la pituitaire qui était visible était plus rouge que du côté opposé, et un peu gonflée ; mais on ne reconnaissait avec la sonde ni ulcération ni carie. Il n'y avait aucun phénomène morbide du côté de l'arrière-bouche ou de la gorge, ni trouble de la vision, ni céphalalgie. La physionomie exprimait la souffrance : la langue était chargée, le pouls fréquent.

La malade n'avait pas eu d'affection vénérienne, et elle n'avait subi aucun traitement syphilitique. Elle ne pouvait donner de renseignement positif ni sur la cause de la maladie, ni sur son début : la santé générale avait toujours été passable. L'écoulement s'était établi graduellement : on l'avait pris d'abord pour un coryza, il durait depuis six semaines.

Dans l'idée d'une inflammation de la pituitaire, accompagnée probablement d'ulcérations sur les parties les plus saillantes, je prescrivis l'application de deux ou trois sangsues au-dessous de la narine gauche, répétée tous les deux ou trois jours ; des injections d'eau chaude et ensuite de sulfate de zinc et des lotions avec le même fluide, quelques laxatifs, et enfin la salsepareille. Une amélioration parut s'en suivre ; l'écoulement diminua, puis cessa presque tout à fait ; la tuméfaction diminua aussi, la douleur s'en alla, et la santé générale devint un peu meilleure. La malade voulut aller à la campagne, elle y souffrit d'une température humide, et quand elle revint à la ville au bout de trois mois, elle était très changée, et avait maigri ; la figure était altérée, d'un jaune pâle ; il y avait de la fièvre hectique.

Le nez était moins gonflé qu'autrefois, mais l'écoulement de la narine gauche était plus abondant : purulent d'ordinaire, il était quelquefois sanguinolent et fétide. La narine droite coulait aussi, et le liquide était jaunâtre et d'une fétidité moindre.

L'inspection des narines ne faisait reconnaître rien de nouveau. J'employai l'iodure de potassium, la salsepareille, les acides minéraux et diverses injections, sans soulagement aucun. La malade empira même : je remarquai à cette époque du tremblement, et une absence de mémoire et d'attention qui me frappa. Le pouls était fréquent, petit ; la peau chaude et sèche. Bientôt la marche fut impossible, et il survint du délire, puis du coma qui dura trente-six heures et qui se termina par la mort.

Autopsie. — Injection veineuse assez marquée des membranes et de la substance du cerveau ; distension considérable des ventricules par un fluide trouble, séro-purulent, qui contient beaucoup de flocons de lymphe. Le septum lucidum est détruit presque entièrement ; les parois ventriculaires sont ramollies dans une profondeur d'une demiligne environ, et cette substance ramollie offre, ainsi que la substance environnante, du pointillé et des traces d'injection vasculaire. L'épanchement s'étendait dans les troisième et quatrième ventricules. Les altérations les plus profondes existaient à la partie antérieure du ventricule latéral gauche. La surface du corps strié était ulcérée et ramollie, d'un pointillé grisâtre ; la corne antérieure de ce ventricule aboutissait à une excavation du lobe antérieur qui pouvait loger une noisette moyenne, et qui était remplie par un liquide séro-purulent. A la base du crâne et surtout du côté gauche, l'arachnoïde était recouverte d'une couche de lymphe et d'un liquide séro-purulent qui s'étendait jusqu'à la moelle allongée. Une goutte de pus, qui se trouvait sur la lame criblée de l'ethmoïde, appela l'attention de ce côté. Ce pus communiquait, par une large ouverture qui donnait passage à l'un des rameaux du nerf olfactif, avec du pus contenu dans la cavité nasale, et qui baignait la membrane pituitaire ; les parois osseuses de cette cavité étaient à nu sur plusieurs points et cariées. Les cellules ethmoïdes du côté gauche s'ouvraient par des pertes de substance dans la cavité nasale ; elles étaient pleines de pus et détruites en partie ; la lame perpendiculaire était intacte, ainsi que la paroi interne des deux orbites. La dure-mère et l'arachnoïde qui tapissent la face supérieure de l'ethmoïde étaient saines : la goutte de pus trouvée à leur surface venait d'un petit abcès creusé dans le lobe olfactif gauche, qui reposait sur ce point de la gouttière ; la racine du nerf olfactif qui l'unit au lobe cérébral antérieur était grise, injectée, ramollie ; c'est là qu'était l'orifice de la cavité ulcéreuse du tube antérieur gauche. (*Médico-chirurgical review*, et *Archives génér.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 2 juillet 1840.

M. Souberbielle présente à la Société une excroissance corniforme de neuf pouces et demi de longueur qu'il a enlevée à une femme de quatre-vingt-deux ans ; elle avait mis six ans à se développer ; placée sur le front, elle était dirigée de haut en bas ; elle était mobile et n'adhérait qu'au moyen d'une partie fibreuse, ligamenteuse ; aussi a-t-il suffi de cerner la peau au moyen du bistouri pour la détacher avec facilité.

M. Emmanuel Rousseau ayant examiné avec soin et à la loupe cette production, pense que c'est une agglomération de cheveux, une espèce de plique.

M. Tanchou a vu chez une femme deux cornes semblables qui l'empêchaient de marcher à cause de leur situation aux cuisses. Il ne pense pas non plus que ce soit une production véritablement cornée, car l'ayant fait macérer, celle dont il vient de parler s'est enlevée couche par couche, comme le lichen (dartre).

M. Béclard a vu une substance semblable qui est devenue la base d'un cancer.

M. Serrurier a vu deux petites productions semblables donner lieu à une hémorrhagie.

M. Souberbielle a eu occasion de voir une demoiselle de Versailles, âgée de quarante-quatre ans, chez laquelle les urines chariaient depuis l'âge de quatre ans ; elle avait dans ces derniers temps reçu les soins de plusieurs chirurgiens tant de Versailles que de Paris, lesquels n'avaient point reconnu la présence de la pierre, malgré l'emploi souvent répété du cathétérisme ; depuis sept ans, elle ne pouvait rendre son urine qu'au moyen de la sonde. Notre confrère introduisit un cathéter qui lui fit de suite reconnaître la présence d'un calcul. Il opéra cette malade par le haut appareil chez M. Battaille, de Versailles, et il fit l'extraction de quatre calculi enkystés assez volumineux. Pendant quatre jours la malade alla bien, puis elle éprouva des douleurs dans la région des reins ; vers le sixième jour, elles gagnèrent la région épigastrique. Alors il survint des vomissemens qui donnèrent lieu à la déchirure de la cicatrice de la plaie, presque complète, et à l'écoulement de l'urine par cette même plaie. Les douleurs et les accidens allèrent depuis lors en augmentant d'intensité, et la mort survint le onzième jour.

Autopsie. Le rein droit présentait un volume quatre fois plus considérable que celui de l'état sain ; il était rempli de calculs plus ou moins volumineux, et de foyers purulens ; le gauche contenait également des calculs, mais il était atrophié. La vessie était saine. La cicatrice de la plaie était faite dans les deux tiers de son étendue.

M. Tanchou fait observer que les calculs devaient être difficiles à reconnaître, puisqu'un chirurgien distingué de la capitale ne les a pas trouvés. La qualité des calculs présentée par M. Souberbielle lui fait croire qu'ils ont été attaqués par l'eau de Vichy, ou tout autre lithontriptique. Ils ne contiennent plus de matière agglutinative.

M. Guersant fils fait remarquer aussi que les calculs présentent quelque chose de particulier ; aussi prie-t-il M. Souberbielle de s'informer si la malade a fait usage des eaux minérales ou de tout autre médicament lithontriptique.

M. Emmanuel Rousseau a présenté, il y a dix ans, un calcul ayant un aspect semblable qu'il avait trouvé dans la vessie d'un cochon.

M. Guersant fils a broyé dans la vessie un calcul dont il n'a pu extraire tous les fragmens ; alors il mit le malade à l'usage de l'eau de Vichy ; quelques temps après il succomba, et à l'autopsie, on trouva des calculs chagrinés à toute leur surface pour ceux qui étaient libres dans la vessie ; tandis que ceux qui étaient enchatonnés présentaient la même apparence par leur surface libre en contact avec l'urine, lorsque la surface préservée de ce contact était lisse, polie.

M. Tanchou a vu quelque chose de semblable.

M. Guersant fils a aussi lithotritié un vieillard de Bicêtre qui, trois mois après la dernière opération, est revenu dans son service ; alors il a pu s'assurer de l'existence d'un nouveau calcul, dont il a, en présence de M. Bérard jeune et M. Petit, de Vichy, déterminé exactement les dimensions. Le malade a été soumis pendant trente jours à l'usage de l'eau de Vichy, après quoi il succomba à une démence sénile.

A l'ouverture du cadavre on a constaté le diminution du volume du calcul, et la perte de son poli qui le faisait ressembler à ceux présentés par M. Souberbielle.

Le même confrère a pratiqué dernièrement la résection des amygdales (opération qu'il dit être faite quelquefois sans grande nécessité,) chez un jeune homme de vingt-neuf ans, lequel les avait excessivement volumineuses depuis l'âge de dix ans.

Après l'opération, il se fit un écoulement assez abondant de sang, qu'on essaya, mais en vain, d'arrêter avec de l'eau vinaigrée, une solution d'alun, etc. L'hémorrhagie continuant, on appliqua de la glace sur le col sans aucun résultat. M. Guersant fit gargariser le malade avec deux flacons d'eau Brochiery, qu'il avait chez lui ; *l'hémorrhagie n'en fut en rien modifiée.* Après une consultation avec M. Blandin, la cautérisation fut faite avec un fer rougi à blanc ; dès-lors l'écoulement du sang fut arrêté.

Le neuvième jour, le malade fut débarrassé des eschares qui, après leur chute, laissèrent un mal de gorge très léger, bien différent de ceux qu'il avait eus précédemment. Notre confrère pensa que cet accident étant moins à redouter chez les enfans que chez les adultes, la résection des amygdales doit être pratiquée dès le jeune âge.

M. Charles Masson dit que l'hémorrhagie survenue dans ce cas pourrait tenir à une disposition particulière de l'individu. Il a vu survenir une hémorrhagie après l'avulsion d'une dent.

Dans un cas semblable, M. Souberbielle a replacé dans l'alvéole la dent qu'on venait d'extraire, laquelle a été retenue par la gencive.

M. Guersant fils a récemment enlevé, chez un enfant de deux ans, un testicule encéphaloïde. Né de parens bien portans, son grand-père a eu deux sarcocèles qui lui ont causé la mort. Il y a 15 jours, cet enfant a commencé à souffrir du testicule, qui fut recouvert de cataplasmes et autres topiques émolliens, mais son volume augmenta considérablement. M. Cloquet, appelé en consultation ne détermina point le diagnostic précis. Une ponction faite donna issue à une petite quantité de sang, et aussitôt le testicule fut enlevé. Notre confrère a pratiqué la ligature du cordon en masse, et le malade n'a point témoigné de douleur plus vive au moment de cette ligature. L'affection était bien un cancer encéphaloïde.

La nuit qui a suivi cette opération a été mauvaise, la fièvre s'est développée ; bientôt après il est survenu des convulsions qui ont continué jusqu'à la mort, arrivée trente-six heures après l'opération. Notre confrère ajoute qu'il remarque rarement des convulsions chez ses jeunes opérés.

Pour extrait conforme : Le secrétaire annuel, Duhamel.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 1er SEPTEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 103, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Jobert (de Lamballe).

Fracture de l'humérus, traitée en province par l'appareil inamovible. Fausse articulation. Guérison de cette fausse articulation par le séton.

Depuis plusieurs années on s'occupe beaucoup de la thérapeutique des fractures, et c'est surtout sur l'appareil inamovible et ses diverses modifications que l'attention des chirurgiens s'est spécialement fixée.

Nous sommes loin de vouloir ici juger la valeur réelle de ce genre d'appareil, mais nous croyons ne pas trop nous avancer en disant : Que, dans certaines circonstances, son application est plus funeste qu'utile, et qu'il serait bon de poser de nouvelles règles pour en limiter l'emploi. Le malade qui fait le sujet de cette observation a été primitivement traité dans son pays par l'appareil amilacé, et peut-être est-on en droit d'attribuer à ce traitement la non-consolidation des fragmens.

Observation. Le 27 mai 1840, s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis le nommé Bouilly, Cyprien, âgé de 40 ans, domestique, cet homme a été admis dans le service de M. Jobert, et couché dans la salle Saint-Augustin.

Ce malade présente tous les caractères d'une bonne constitution; il est de haute taille, sa poitrine est large, il n'a jamais eu de maladie vénérienne, en un mot aucun vice inhérent à sa constitution ne peut avoir été la cause de la maladie qu'il porte actuellement.

Dans le mois de février de cette année, Bouilly fit une chute, et dans cette chute son bras droit ayant porté sur le sol, eut à soutenir tout le poids du corps. Mais, placé dans une fausse position, il ne put résister, et l'humérus fut fracturé à sa partie moyenne. Le malade nous assure qu'il y eut en même temps une petite plaie au niveau de la solution de continuité de l'os. Eu égard à la manière dont la fracture s'est opérée par action médiate, nous devons considérer cette plaie comme produite, suivant toutes les probabilités, par l'extrémité de l'un des fragmens.

Le médecin qui fut immédiatement appelé pour traiter la fracture, appliqua de suite un appareil composé de bandes, de compresses longues et d'attelles de carton. Toutes ces pièces furent enduites d'une solution d'amidon.

Le malade ne sait pas rendre un compte bien exact de l'état dans lequel se trouva son bras après l'accident, pas plus que des modifications que la réduction de la fracture put lui faire subir; seulement Bouilly nous assure que les jours qui suivirent l'application de l'appareil inamovible, il éprouva dans le membre les douleurs les plus violentes, mais cependant pas encore assez fortes pour qu'on crût nécessaire de débarrasser le malade du bandage. Du reste, après quelques jours, les douleurs cessèrent et l'appareil fut toléré sans accidens apparens.

Un mois après, le membre fut mis à découvert, et l'on vit qu'un abcès s'était formé au niveau de la fracture, abcès qui fut ouvert et donna issue, au dire du malade, à une grande quantité de pus. On eut alors recours aux moyens contentifs ordinaires, et quinze jours après la plaie était formée, mais il n'y avait encore aucune consolidation.

Tout le temps qui s'écoula entre cette époque et le jour de l'entrée du malade, malgré le soin qu'on eut de tenir le membre immobile, la formation du cal n'eut pas lieu; et désespéré de cet état de choses qui le mettait dans l'impossibilité de se servir de son bras, Bouilly se décida à venir réclamer les secours de l'art à Paris; voici quel était à cette époque l'état du bras. Nous n'avons pas à revenir sur l'état général qui était parfait.

Aspect du bras. A la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen de l'humérus, on trouvait une déformation très apparente, le fragment inférieur tout à fait sous-cutané, avait chevauché en partie sur le supérieur et s'était glissé sur la face antérieure de ce dernier; le bras, mais l'avant-bras surtout et la main, étaient considérablement tuméfiés. A la partie interne du bras, au niveau de la déformation, existait une petite plaie superficielle (qui guérit promptement à l'hôpital).

Au toucher on sentait parfaitement les fragmens ajustés l'un sur l'autre, et si l'on saisissait le bras au-dessus et au-dessous de la solution de continuité, on lui faisait facilement exécuter des mouvemens assez étendus au niveau de la fracture; cette exploration ne déterminait aucune crépitation, et le malade la supportait sans douleur.

Bouilly ne pouvait ni soulever l'avant-bras, ni se servir de sa main; tout le membre présentait une grande faiblesse.

Du reste, aucun symptôme local ne peut faire supposer une affection de l'humérus.

On avait donc affaire à une fausse articulation, il s'agissait d'en obtenir la consolidation. M. Jaubert eut dans ce cas recours à l'emploi du séton. Entre les fragmens de l'os il glissa un bistouri étroit, et une aiguille, entraînant après elle une mèche, fut glissée dans le trajet parcouru par l'instrument tranchant. Ensuite le chirurgien appliqua un appareil simplement contentif, composé comme il suit :

Il fit avec une feuille de fort carton mouillé, une espèce de gouttière embrassant la demi-circonférence postérieure du bras, une bande en haut et en bas du membre rendait fixe cette pièce d'appareil qui laissait toute la partie antérieure du bras à nu ce qui permit de panser facilement le séton.

Peu de jours après cette opération, qui fut pratiquée le 9 juin, la suppuration était établie, et huit jours après M. Jobert supprima le séton. Un pansement simple détermina promptement la cicatrisation des plaies, et le malade dès-lors n'eut plus aucune souffrance à endurer; le même appareil fut conservé et, dans les premiers jours de ce mois, l'opérateur eut la satisfaction de constater qu'il s'effectuait un travail efficace de consolidation. Actuellement Bouilly est tout à fait guéri; son bras est débarrassé de tout appareil; il peut le soulever facilement, et l'avant-bras et la main détuméfiés acquièrent plus de force de jour en jour.

Nous devons ajouter ici un fait indiqué par M. Jobert, lorsqu'on a recours au séton pour le traitement des fauses articulations; ce chirurgien a déjà bien des fois usé de ce moyen et avec succès; mais il a constaté qu'il ne fallait pas laisser séjourner le séton pendant plus de huit à dix jours entre les fragmens; car alors le corps étranger finit par s'organiser un trajet fistuleux qui ne peut plus lui-même s'oblitérer, et dans bien des cas, suivant le chirurgien de Saint-Louis, le peu de résultats qu'on obtient par ce mode de traitement tient à ce qu'on n'a pas assez promptement enlevé la mèche du seton. Une dissection qu'il a eu occasion de faire d'une fausse articulation, qui avait été traitée par le séton long-temps maintenu, lui a permis de constater la vérité de ce fait.

Nous ne discuterons pas, comme nous l'avons déjà dit en commençant, le rôle qu'a pu jouer dans la production de la fausse articulation l'emploi de l'appareil amidonné, disons seulement qu'un nouveau malade est venu dans le service de M. Jobert pour se faire guérir d'une affection semblable à celle de Bouilly, siégeant aussi à l'os du bras, et que le malade a été traité aussi par l'appareil inamovible. Voici deux faits importans à noter; ils ne plaident pas contre l'emploi de l'appareil inamovible, mais tout au moins ils viennent prouver que dans bien des cas on devrait ne pas y avoir recours.

Le second malade auquel nous venons de faire allusion est couché aussi salle Saint-Augustin, il a été opéré comme le premier, et tout fait espérer un résultat semblable.

L. E.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

Service des blessés. — M. Bégin.

Hémorrhagie consécutive à l'ablation d'un testicule.

Nous devons vous entretenir un instant du malade chez lequel vous nous avez vu, mercredi dernier, pratiquer l'extirpation d'un testicule cancéreux. Vous vous rappelez combien cette opération a été simple et promptement exécutée. Deux artères génitales externes seulement ont été liées, ainsi que deux artères spermatiques sur lesquelles on a également de suite appliqué des ligatures. La plaie ensuite a bientôt cessé de laisser paraître à sa surface le moindre écoulement de sang; de sorte que, sans plus tarder, nous avons pu opérer le rapprochement de ses bords, au moyen de plusieurs points de suture. Au moment où le malade a été transporté dans son lit, la plaie était parfaitement sèche.

A midi, c'est-à-dire deux heures et demie environ après le pansement, à la suite d'un léger mouvement exécuté par le malade, un abondant écoulement de sang artériel a commencé à se faire. Nous nous sommes immédiatement rendu au lit du malade, et après avoir relâché les points de suture, nous avons pu nous assurer que l'écoulement réellement considérable de sang qui s'effectuait, était le résultat d'un suintement par les orifices capillaires. En d'autres termes, nous avions affaire à une hémorrhagie en nappe, circonstance qui nous avait donné la pensée de faire la ligature en masse, chose que nous n'avons pu effectuer, à cause de la grande étendue de la surface d'où le sang suintait, et de la multiplicité des points sur lesquels ce suintement se faisait, ce qui nous a encore démontré que nous avions affaire à une hémorrhagie par exhalation.

Pour faire cesser cette hémorrhagie, et ne pouvant recourir à la ligature, soit partielle, soit en masse, nous avons eu recours à une éponge imbibée d'eau fraîche appliqué sur la surface qui était la source de l'écoulement sanguin. Ce simple moyen hémostatique nous a complètement réussi; dès le lendemain il nous a été permis de rapprocher de nouveau les bords de la plaie, et aujourd'hui le malade est très bien.

— L'hémorrhagie par exhalation telle que nous venons de l'observer chez ce malade, est un accident que nous avons eu plusieurs fois à combattre à la suite de l'opération du sarcocèle. Dans tous les cas, l'écoulement du sang s'est manifesté quatre, cinq, six ou sept heures après l'opération. Nous nous sommes demandé, par conséquent, s'il n'y aurait pas moyen de prévenir un semblable accident, qui entraîne toujours des inconvéniens même dans les cas les plus heureux, ne serait-ce que de priver l'opérée des bienfaits de la réunion immédiate, en grande partie au moins.

Partant, à dater d'aujourd'hui, nous nous proposons, dans tous les cas où nous aurons à pratiquer l'extirpation du testicule, de laisser la plaie à découvert, et de ne réunir ses bords qu'au bout de vingt-quatre heures; alors seulement nous emploierons la suture.

Du reste, nous tiendrons la même conduite dans tous les cas d'opération où, par suite du lieu où celle-ci serait pratiquée, nous aurions à craindre de voir survenir une hémorrhagie semblable à celle qui s'est manifestée chez notre malade. Ainsi, au cou, par exemple, quels que puisse être, en effet, les inconvéniens d'une semblable pratique, ceux-ci seront toujours moins à redouter que l'hémorrhagie elle-même.

Abcès du sinus frontal gauche ouvert à l'extérieur. Fistule osseuse consécutive. Traitement par les injections. Application d'une canule en plomb laminé.

Le cas dont nous allons vous entretenir présente beaucoup d'intérêt; il s'agit d'un militaire qui, pendant quelque temps, a été accablé par des céphalalgies intenses, occupant principalement la région frontale; céphalalgies qui se sont terminées par la formation d'un petit abcès à la partie interne du pourtour de l'orbite, au-dessus de l'insertion du muscle orbiculaire des paupières.

L'ouverture de cet abcès a procuré l'issue d'une quantité notable de pus, et l'abcès lui-même n'a pas tardé à se transformer en un trajet fistuleux. Actuellement, un stylet engagé dans ce même trajet pénètre à la profondeur de cinq centimètres, et arrive dans le sinus frontal gauche, dont la paroi antérieure est perforée et dénudée en partie.

Si nous cherchons à expliquer l'existence de tous ces désordres, il nous semble rationnel d'admettre qu'ils sont le résultat d'une inflammation de la membrane muqueuse du sinus, laquelle s'étant terminée par suppuration, le pus a consécutivement amené la dénudation et la carie des tables osseuses qui constituent les parois de ce même sinus.

Il est impossible de méconnaître tout d'abord la grande analogie qui existe entre l'affection de ce militaire, ou, en d'autres termes, les collections purulentes qui se forment dans les sinus frontaux, et les hydropisies ou abcès des sinus maxillaires. Or, ces traits de ressemblance entre ces affections nous permettent d'espérer qu'en suivant à peu près la marche qui est indiquée pour les collections du sinus maxillaire, nous pourrons, à l'aide des mêmes moyens thérapeutiques, parvenir à guérir celle dont nous nous occupons en ce moment. Nous rappellerons que pour guérir les abcès du sinus maxillaire, on a recours à l'évulsion de quelques dents maxillaires; et c'est une conduite analogue que nous tiendrons dans ce cas, et sur laquelle nous allons nous expliquer dans un instant. Nous espérons, par l'emploi des moyens que nous allons mettre en pratique, obtenir l'oblitération du sinus par suite de la formation de bourgeons charnus s'élevant de la surface de la membrane muqueuse. Voici comment nous opérerons.

Sur une sonde cannelée engagée dans la fistule, nous pratiquerons le débridement des parties molles en dedans et un peu en haut vers la racine du nez. Ce premier temps de l'opération aura pour but de mettre l'os à découvert. Ensuite, si la fistule osseuse offre des dimensions convenables, nous n'y toucherons pas; mais si elle est trop étroite, nous la dilaterons à l'aide d'un instrument simple appelé langue de carpe par les dentistes. Enfin, nous engagerons dans le sinus frontal, à travers la fitule osseuse dilatée, une canule en plomb laminé, qui remplira le double but de transporter au-dehors les produits des sécrétions du sinus, et de servir de moyen de transport aux injections que nous nous proposons de pousser dans cette cavité.

Note du Rédacteur. — Cette opération a été pratiquée par M. Bégin, ainsi qu'il l'avait annoncé. L'os ayant été mis à nu, son ouverture a été trouvée trop étroite pour recevoir une canule assez volumineuse, pour que les injections pussent être poussées facilement dans la cavité du sinus; la dilatation en a été faite avec la langue de carpe, moyennant deux ou trois mouvemens en vrille. Le débridement a entraîné l'ouverture d'une petite artériole, qui a été liée. La canule en plomb laminé a été introduite fa-

cilement ; pour la fixer, on l'a dilatée à son extrémité extérieure en forme d'entonnoir, au moyen de petites coupures que l'on y avait pratiquées suivant la direction de son axe.

Cette opération a été d'une exécution prompte et facile. Aussitôt terminée, une injection a été poussée dans le sinus ; le malade a accusé le passage du liquide dans le nez, et en a éprouvé du soulagement. De nouvelles injections, d'abord émollientes, seront pratiquées à plusieurs reprises tous les jours.

Nous reviendrons sur ce malade pour faire connaître le résultat définitif de l'opération. K...

La fièvre typhoïde épidémique, à Nogent-le-Rotrou,

Par M. le docteur Robbe.

Nogent-le-Rotrou, cruellement dévasté par la grêle au mois de juin dernier, a vu dans les quatre mois d'hiver qui viennent de s'écouler, sa population décimée par le typhus. Ce fléau a succédé aux pluies continuelles, sévissant particulièrement dans les lieux bas et humides, le long du parcours des rivières. Une rue qui côtoie un de ces cours d'eau a eu des victimes de porte en porte. De ce nombre ont été surtout les jeunes femmes et les enfans. L'affection, chez la plupart, a été violente et meurtrière, revêtissant, dans la majorité des cas, les formes ataxiques ou adynamiques.

Céphalalgie au début, stupeur, anorexie, somnolence avec rêvasseries ; selles bilieuses plus ou moins abandantes ; éruptions à la peau ; surdité ; production aphtheuse de longue durée sur la muqueuse pharyngienne et buccale. Tous ces symptômes, accompagnés d'un mouvement fébrile intense qui se prolongeait bien avant dans la convalescence. Voilà pour les typhus les plus bénins et les plus rares.

Un délire souvent furieux dès les premiers jours ; des selles involontaires très fétides, aussi instantanées ; un météorisme extrême, souvent accompagné d'un gonflement des jambes. Dès la fin du premier septenaire l'envahissement du poumon et la mort, résultat d'une méningite ou d'une pneumonie. Voilà pour les funestes éventualités assez fréquentes.

Il n'a pas été rare de trouver ces deux formes de typhus sur deux sœurs, dont l'une, frappée dans la convalescence de l'autre, a pu rapidement parcourir les phases de la maladie et succomber avant le rétablissement complet de la première attaquée.

Enfin, l'affection a quelquefois revêtu une forme insidieuse, marchant sans accidens redoutables et comme vers la résolution jusqu'au second ou troisième septenaire ; puis, au moment où l'on croyait toucher à la convalescence, une inflammation cérébro-rachidienne tuait en deux jours.

Les médecins de la localité, après quelques fluctuations d'éclectisme dans une maladie dont la thérapeutique est peu fixée, ont généralement adopté un traitement antiphlogistique basé sur des déperditions sanguines proportionnées à la violence du mal et à la force du sujet, et sur des dérivatifs aux extrémités ; les vésicatoires aux jambes apposés dès le début et soigneusement entretenus. La maladie a presque toujours pris une marche favorable quand ces derniers ont fourni une abondante suppuration. Les gommeux ou légers acides à l'intérieur, associés aux lavemens huileux ou mucilagineux (l'huile de ricin a souvent produit de ce côté un bon effet en diminuant le météorisme du ventre) ; cette forme de traitement a donné le plus de succès dans la forme bénigne de l'épidémie. Quant au typhus de nature meurtrière, le système de M. Bouillaud, les saignées *coup sur coup*, ce système a seul été sauveur.

Si une certaine défaveur dans le public a été jetée sur lui dans le premier abord au point d'avoir fait juger les saignes mortelles dans ces sortes de cas, cette défaveur, ces insuccès n'ont tenu d'une part qu'à la résistance opiniâtre des parens, et d'une autre, qu'au défaut d'espérance du médecin, effrayé lui-même de la non-réussite des premières saignées. Suivent quatre observations, tirées de ma pratique et qui m'ont paru offrir de l'intérêt.

La première prouve l'insuffisance des saignées locales, queque abondantes qu'elles soient, et la puissance des saignes du bras pour enrayer sur le champ les accidens. C'est avec surprise que j'ai lu, dans la leçon pratique de M. Gendrin sur le météorisme typhoïque, qu'on ne pouvait pas plus arrêter la marche des périodes du typhus que celles de la variole, dans laquelle il faut subir l'éruption des pustules, leur évolution, leur suppuration. J'avoue que jusqu'ici j'avais opiné différamment, pensant qu'un traitement bien dirigé dans la première période pouvait faire avorter la seconde, et qu'il en pouvait encore être ainsi dans la seconde pour enrayer la troisième. Le fait suivant, le premier qui ait signalé l'apparition de l'épidémie à Nogent, m'avait paru favorable à cette opinion.

Premier cas. Madame L..., âgée de cinquante-six ans, d'une constitution forte, tempérament nerveux-sanguin, est prise de la fièvre typhoïde avec tout son cortége, moins le délire, la tête étant toujours restée lucide ; la fièvre, la stupeur, la surdité, le dévoiement avec fétidité extrême des selles ; langue demeurée long-temps brune, fuligineuse. Chaque soir survient un paroxysme, qui se prolonge presque jusqu'au jour ; la malade se roule dans son lit comme sur un brâsier ardent, et manifeste un pénible sentiment d'oppression. J'avais débuté par un verre de limonade tartarisée, qui m'avait bientôt fait prendre une meilleure voie en déterminant un redoublement d'accidens. Depuis lors, j'appliquai en vain 80 sangsues, soit à l'anus, soit au flanc droit où un sentiment de douleur avait paru. Ces symptômes ne se trouvaient nullement atténués par ces déperditions capillaires. Force fut, le seizième jour, d'ouvrir la veine dans le paroxysme du soir. Je tirai une livre de sang couenneux. Le paroxysme revint le lendemain tout aussi ardent, à la même heure, et dura aussi long-temps. Je le laissai passer, et le jour suivant, dans la rémission, je recommençai la même saignée avec un plein succès. La malade passa le jour et la nuit suivans dans un état hyposthénique. Mais dès ce moment la maladie fut jugée, et une convalescence commença, longue il est vrai, mais par un trop prompt relâchement dans la sévérité du régime. Je m'adjoignis les docteurs Gougis et Chaudru dans cette grave circonstance.

Deuxième cas. Voici une autre forme de typhus, où l'on a touché à la guérison par un traitement n'ayant plus pour base les déperditions de sang. La fille de cette dame qui vient d'échapper au fléau, trente ans, lymphatique et nerveuse, habituellement constipée, fut à son tour prise elle-même de douleurs de tête, de coliques, qu'on essaya d'abord, se trompant sur la nature des accidens, de combattre par un lavement d'assa-fœtida, par les grands bains. La fièvre se déclarant, ainsi que je l'ai observé dans trois cas différens, le jour même de l'apparition des menstrues, on chercha à ranimer cet écoulement par une saignée capillaire aux cuisses. Neuf sangsues furent seulement appliquées, et on ne parla plus de retirer du sang pendant quarante-cinq jours que dura l'affection. Deux vésicatoires donnèrent aux jambes une suppuration si extraordinairement abondante, qu'un des consultans observa avec raison que cette fonte suppurative était encore un phénomène typhoïque. Je l'ai, en effet, retrouvée plusieurs fois dans des cas pareils, et toujours avec bénéfice pour les malades. Celle-ci franchit les trois premiers septenaires sans autre symptôme inquiétant qu'une somnolence extrême, dont les sinapismes ajoutés aux vésicatoires la faisaient difficilement sortir.

A cette époque, un redoublement de fièvre, le pouls à 140 pulsations signalèrent l'apparition des sudamina, et peu après le développement du plancher aphtheux, qui tapissa pendant huit ou dix jours la muqueuse de la bouche et de l'arrière bouche. Tout se nettoya néanmoins ; et alors, du vingt-six au trente-cinquième jour, la malade éprouva un tel état de tolérance, de bien-être, que tout faisait présager une entrée en convalescence. La fièvre et les accidens qui l'accompagnent manifestement atténués, la participation de la malade à tous les détails, toutes les émotions de la vie intérieure témoignaient de son retour à l'existence. Les lavemens gélatineux réparaient visiblement les forces perdues. Pour les augmenter plus vite, on fit quelques tentatives imprudentes ; un œuf au lait fut essayé. On conseilla de faire tetter le sein d'une femme ; mais la pauvre malade eut un tel soulèvement de cœur à cette proposition, qu'on ne dut plus songer à la mettre à exécution. Dans cette idée préconçue que la maladie était jugée, et qu'il ne fallait plus que fortifier la malade, on résolut de diminuer l'action affaiblissante des vésicatoires ; puis bientôt après, la pensée funeste de les annihiler tout à fait prévalut. On bourra de coton toutes les surfaces suppurantes. Dès ce moment, la malade vit renaître son invincible dégoût pour toute espèce de boissons ; l'eau pure était vomie. L'incendie à moitié éteint des entrailles se ranima, et le retour de la sensibilité extrême à la fosse iliaque prouva sa récrudescence. Le soir même, la malade étouffait ; il fallait ouvrir portes et fenêtres pour qu'elle respirât librement. En vain, éclairé trop tard sur la cause de la rechute, on voulut redonner cours aux émonctoires ; ils avaient perdu leur action contre le mal. Mort s'en suivit dix jours après leur suppression forcée.

Comme contre-partie de ce fait, j'ai guéri dans le même temps, après soixante jours de maladie qui avait réduit au marasme le plus complet, une jeune malade très faible, très délicate, en conservant les surfaces suppurantes, bien qu'elles ne reposassent plus bientôt que sur les tibias.

Troisième cas. On vient de voir une grande déperdition de pus produite par les vésicans ; ici ces derniers amènent un tout autre effet, qui n'est pas moins favorable.

Pierre Hubert, trente ans, bilieux-sanguin, est presque tout à coup saisi de symptômes ataxiques ; fièvre violente, délire furieux, selles fétides involontaires, douleur intense à la fosse iliaque, météorisme, gargouillement. Deux larges saignées pratiquées au début, produisent peu de tolérance. Le dixième jour, deux larges vésicatoires couvrent les mollets ; le surlendemain, je trouve à leur surface une eschare gangréneuse de l'épaisseur d'un gros décime. Cette eschare disséquée, je saupoudre la plaie avec la poudre de quinquina ; je répète pendant trois jours ce pansement, puis j'abandonne ces vésicatoires à eux-mêmes en les garnissant de coton. La convalescence commence, et ne fut troublée par aucun accident. L'effet des vésicatoires pourrait ici être assimilé à celui d'un paratonnerre qui attire sur lui toute la combustion.

Quatrième cas. Voici dans ce dernier fait une fièvre typhoïde, dont la marche tout à fait insidieuse pendant les deux premiers septenaires, revêt à cette époque un caractère ataxique ; on peut juger encore de l'insuffisance des saignées capillaires.

Mademoiselle A..., fille d'un médecin distingué de la province, quinze ans, tempérament nerveux-sanguin, placée depuis quelque temps dans des conditions de tristesse, d'émotions pénibles, qui ont assombri un caractère naturellement porté à la gaîté, et dérangé depuis quelques mois l'époque menstruelle.

Je suis consulté le troisième jour de l'invasion. Il existe des coliques qui paraissent appartenir à l'approche des règles ; il y a fièvre, langue saburrhale. Une application de sangsues près la vulve détermine un écoulement menstruel assez abondant. Deux jours après, on renouvelle cette application de sangsues, à l'anus cette fois, des coliques d'une autre nature ayant amené du dévoiement. Celui-ci reparaît sous l'influence du sirop de groseille ; on le fait cesser en substituant à ce dernier celui de gomme. Le ventre reste souple, indolore, sans météorisme ; deux fois pendant les deux premiers septenaires on revient à d'assez fortes déperditions de sang localement faites, soit à l'anus, soit au flanc droit où un *soupçon* de sensibilité apparaît. Ce traitement, complété par les lavemens émolliens, les vésicatoires aux jambes placés presque au début, lesquels n'ont que faiblement suppuré, conduit la malade au dix-septième jour sans amélioration bien sensible, mais sans aggravation, sans qu'aucun accident ou dérangement de fonctions intellectuelles ait fait présumer la participation prochaine du cerveau ou de tout autre organe important à l'affection. Quand, au moment même où je me félicitais de voir la tête ainsi demeurée étrangère, la malade, interrogée à l'effet de montrer sa langue, me découvre ses dents rapprochées convulsivement ; ce n'est qu'avec peine qu'elle les desserre et qu'elle articule quelques mots en bégayant, la langue comme collée au palais.

Justement effrayé de l'apparition inopinée de ces symptômes tétaniques, j'appelle à mon aide deux consultans, parmi lesquels figurait M. Deneux. La jeunesse de la malade, l'époque de sa vie où l'on suppose que la menstruation joue un grand rôle dans son affection, la quantité de sang déjà perdue, touces ces considérations font repousser la saignée du bras et revenir deux fois encore aux saignées capillaires aux cuisses. Le camphre est donné en lavement, à la surface des vésicatoires ; les sinapismes viennent remplacer l'action presque nulle de ces derniers. Un nouveau, très large, est appliqué entre les deux épaules. Les grands bains sont proposés et repoussés. Toute cette médication eut pour résultat la mort, qui survint le lendemain de l'apparition du tétanos. La pauvre enfant ne put bientôt plus avaler les liquides qu'on parvenait à introduire dans la bouche et l'arrière-bouche ; la raideur musculaire gagna les membres supérieurs, et la malade mourut le corps arqué en arrière avec toute la lucidité possible des idées.

Sans doute, il est admissible que le système de M. Bouillaud eût pu enrayer ces accidens ; on éprouve d'ailleurs, chez certains jeunes sujets, de la difficulté et même de l'impossibilité à le mettre en pratique. J'ai rencontré, dans l'épidémie actuelle, des phénomènes ataxiques à peu près analogues à ceux que je viens de relater, chez une jeune et faible fille de neuf ans, lesquels succédèrent à une très abondante crise de pouls qu'on eût pu croire favorable, et qui ne fut que la cause déterminante d'une méningite. L'impossibilité de recourir aux émission. sanguines dans ce cas, me fut démontrée par le danger que j'avais déjà fait courir précédemment à la malade, ayant été contraint d'arrêter avec les doigts l'écoulement de quatre piqûres au flanc droit ; un état lypotimique avait pendant quatre heures placé l'enfant dans une position de mort apparente. Ce sont de ces cas embarrassans pour le praticien, où il n'a plus de règle et d'appui que sa conscience, mais qui fort heureusement ne forment que de rares exceptions.

Varicocèle. Opération par la ligature sous-cutanée.

Dans le numéro de samedi, 29 août 1840, de ce journal, il a été publié une observation de varicocèle opéré par *un nouveau procédé de ligature extrêmement ingénieux dû à un médecin étranger.*

Comme nous ignorons complètement quel pourrait être le chirurgien étranger auquel nous aurions emprunté un procédé dont jusqu'à présent nous nous sommes cru l'inventeur, nous pensons d'abord devoir revendiquer la priorité, du moins jusqu'à preuve du contraire, pour une méthode opératoire à laquelle, d'ailleurs, nous attribuons des avantages réels sur les autres. Si maintenant nous examinons l'observation empruntée à la clinique du Val-de-Grâce, faite par M. Sédillot, nous trouvons que la douleur très vive, manifestée par le malade au moment de la constriction des veines, douleur qui alla jusqu'à déterminer une syncope, a été indubitablement causée par une constriction instantanée trop énergique. Ce qui nous a portés depuis long-temps à n'établir cette constriction que graduellement, au moyen du serre-nœud.

L'état fébrile persistant signalé dans cette observation, me paraît être une exception, car nous n'avons jamais eu de semblables accidens généraux à combattre ; cependant le nombre de nos opérés s'élève déjà à plus de trente.

La section de la peau par les fils a été due probablement à ce que l'espace qui séparait les deux ouvertures du séton formé par la ligature, avait une étendue disproportionnée à l'écartement des branches du serre-nœud qu'il faut, au reste, avoir grand soin de tenir en place au moyen d'un suspensoir qui sert également a maintenir les compresses imbibées d'eau blanche, que j'ai coutume de faire appliquer sur les bourses.

Quant à la durée du traitement, on voit que la ligature est tombée le treizième jour. Je dois dire qu'ordinairement, trois ou quatre jours après la chute des fils, les malades peuvent marcher et même sortir de l'hôpital.

Dans l'observation publiée au n° du 8 août de ce même

journal, le malade a été opéré dans mon service le 8 janvier ; les fils sont tombés le 26 du même mois et le malade est sorti le 10 février et non le 10 mars, comme il est dit par erreur dans cette observation. Ce qui fait que la durée du traitement n'a été que d'un mois.

Je me propose, au reste, de publier très prochainement, avec plus de détails, les résultats de ma propre expérience.

RICORD.

PURPURA HÆMORRHAGICA,

Reconnaissant probablement pour cause l'usage externe du tartre stibié.

Ribémon (Joseph), trente-sept ans, taille moyenne, force musculaire développée, bonne constitution, tempérament lymphatico-nerveux, est cultivateur au Montbizot (Sarthe), à deux myriamètres du Mans. Il habite une campagne bien aérée, non marécageuse ; il a toujours mené une vie sobre, a de l'aisance, et dit n'avoir jamais éprouvé d'autre maladie qu'une pleurodynie dont le commencement remonte à dix-huit ou vingt mois. Cette affection fut inutilement combattue par d'abondantes émissions sanguines locales ; elle existait encore au mois de janvier dernier, quand on lui conseilla l'application *loco dolenti* d'un emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré de tartre stibié.

Le premier emplâtre n'ayant, au bout de quelques jours, produit d'autre résultat qu'un peu de rougeur et de chaleur à la peau, fut remplacé par un second, également émétisé. De nombreuses pustules se développèrent, mais elles ne s'étendirent pas en dehors du cercle circonscrit par l'emplâtre, dont l'emploi fut prolongé jusqu'au moment (18 janvier) où le foyer de cette inflammation de la peau devint le siége de douleurs brûlantes et corrosives tout-à-fait insupportables. Il s'écoulait des pustules un pus sanieux.

Dans les vingt-quatre heures qui suivirent la disparition de l'emplâtre, presque toute l'enveloppe cutanée se couvrit de boutons, la peau seule des mains, des pieds, du visage, n'en présentait aucune trace. Ces boutons, peu nombreux sur le thorax et la plus grande partie des parois abdominales, étaient très confluens aux membres et à la région hypochondriaque droite. Cette éruption, appelée par le malade *feu sauvage*, *feu Saint-Julien*, était accompagnée de vives démangeaisons. On attendit au 25, un samedi, pour se livrer aux exorcismes de la sorcière du canton, qui toucha chacun des boutons avec un rameau de buis trempé dans l'eau bénite.

Que se passa-t-il durant la nuit qui suivit cette opération vraiment sabbatique? On ne peut le préciser. Quoi qu'il en soit, Ribémon, à son réveil (26 janvier), fut pris d'un vomissement de sang, et s'aperçut que tous les boutons dont il était couvert le jour précédent avaient fait place à des taches brunes ou brunes-rougeâtres, sans élevure. De semblables vomissemens furent observés les jours suivans, mais ils furent peu fréquens et peu abondans ; ils contenaient du sang tantôt clair et rouge, tantôt, au contraire, d'une couleur plus ou moins foncée.

30, 31 janvier, 1er février. A ces vomissemens viennent se joindre des épistaxis, une exsudation sanguine à la surface cutanée autrefois recouverte par l'emplâtre.

2, 3 février. Mêmes hémorrhagies, déjections alvines presqu'uniquement composées de song noir, hématuries ; le sang enfin s'échappe par la surface muqueuse des gencives et par trois alvéoles privées de leurs dents.

Le 4, je me rends auprès de Ribémon, et je remarque l'état suivant :

Toutes les hémorrhagies déjà notées, c'est-à-dire, des bronches de l'estomac, des intestins, des voies urinaires, du nez, des gencives, de la peau même, continuent, mais avec des intermissions ; elles s'arrêtent et se reproduisent spontanément ; elles sont facilitées par le décubitus dorsal et la chaleur trop élevée du lit. Bourdonnement continuel dans les oreilles, particulièrement du côté droit. Bouffissures des pieds, des mains, de la face, et coloration jaune paille de ces parties, qui seules ne présentent aucune trace ecchymosique, tandis que tout le reste de l'habitude extérieure du corps est tacheté de macules arrondies, couleur lie de vin, sans élevure ni prurit, d'un diamètre de 4 à 6 centimètres. Les macules qui sont répandues sur les membres abdominaux, et mieux encore sur les membres thoraciques et sur la région hypochondriaque droite, offrent un diamètre ordinairement plus considérable, souvent d'une vingtaine de centimètres ; quelques-unes ont un aspect contusiforme, et consistent en de larges plaques livides, aux contours irréguliers ; aucun changement de couleur sous la pression du doigt. La langue, la muqueuse des gencives, la paroi interne des joues, la voûte palatine, le pharynx, sont aussi le siége de taches semblables à celles des tégumens externes. Pas de gonflement de ces parties. Yeux profondément cernés, dépression des forces ; pouls petit et fréquent, pas de chaleur à la peau, froid des extrémités. Aucune autre douleur, si ce n'est celle qui règne à l'épigastre d'une manière continue, et de la céphalalgie qui revient tous les soirs avec du frisson.

Cette perméabilité des vaisseaux me parut tenir à une diminution de la plasticité du sang que ne pouvaient expliquer ni la constitution, ni les habitudes du malade ; l'application prolonnée outre mesure de l'emplâtre émétisé pouvait seule me fournir la raison d'une telle cachexie. Probablement le tartre stibié, après avoir épuisé son action sur la peau, avait porté sur le sang son influence antiplastique. L'indication thérapeutique en présence d'une semblable altération était donc, à n'en pas douter, de rendre au sang sa richesse, sa plasticité, aux solides leur tonicité. En conséquence, et malgré la douleur de l'épigastre, je fis prendre intérieurement les préparations de ratanhia, de quinquina, les ferrugineux, le vin rouge généreux, une nourriture restaurante et substantielle. Ces moyens furent aidés par l'emploi de lotions sur la peau avec l'eau froide vinaigrée, d'application de chlorure de chaux sur la surface cutanée saignante. Le décubitus horizontal fut changé en la position assise ou pour le moins demi-assise. On couvrit très légèrement le malade dans son lit.

17 février. Presque toutes les hémorrhagies ont successivement disparu : ainsi, l'hématurie d'abord, puis les vomissemens de sang. Encore une légère épistaxis le 13, parce que Ribémon s'était trop chaudement couvert dans son lit. Quelquefois dévoiement un peu sanguinolent, plus de dermatorrhagie. Des croûtes épaisses remplacent les pustules formées sous l'emplâtre. Les taches observées sur la muqueuse buccale sont entièrement effacées, la langue est rouge à la pointe, la douleur épigastrique persiste. Les macules cutanées sont maintenant plutôt rouges que noires ; elles se sont étendues en diamètre ; les larges ecchymoses de la peau sont au contraire resserrées, elles sont entourées d'un cercle jaune verdâtre. Le soufflement dans les oreilles, la bouffissure du visage, des mains et des pieds n'ont pas encore disparu. Les forces sont moins déprimées. L'alimentation se fait très bien : aussi Ribémon mange près de cinq kilogrammes de pain par semaine ; il fait toujours usage d'un régime analeptique, promenades en plein air, au milieu des champs.

18 mars. Ribémon vient au Mans à pied ; il a presqu'entièrement recouvré son état normal ; il fait ses labours. La cicatrisation des pustules nées sous l'influence du tartre stibié s'est fait long-temps attendre : elle laisse des traces indélébiles. La peau, partout ailleurs décolorée, est parcourue à la région hypochondriaque droite par des plaques d'une couleur cuivrée, derniers vestiges de l'affection pourprée.

Aujourd'hui, 21 août, toutes les fonctions ont repris leur allure habituelle ; à la coloration terne, à l'œdématie de la face, ont succédé l'embonpoint et la fraîcheur ; les forces sont entièrement rétablies, la santé est parfaite.

BARBIER, D.-M.-P.

Au Mans (Sarthe).

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

RÉFLEXIONS SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE LA BELLADONE.

Monsieur le Rédacteur,

Il est louable sans doute de ne désespérer en aucune occasion des ressources de l'art, et de chercher sans cesse à étendre ses limites ; mais il est prudent aussi de ne se faire aucune illusion sur l'effet des substances dont on cherche à enrichir la thérapeutique, et de signaler, dès le début, les inconvéniens qui peuvent se présenter dans l'administration d'un médicament nouveau ; car si en dernier lieu le bien que peut procurer ce médicament n'était acheté que par un résultat aussi défavorable que la maladie à laquelle on le destine, peut-être vaudrait-il autant renoncer à son emploi, et s'abstenir par là de tourmenter un malade dont on ne ferait alors que changer la position, sans réellement améliorer son sort. La science peut avoir ses exigences, mais l'humanité aussi a ses droits que nul ne doit enfreindre qu'à bon escient.

Cette réflexion m'est suggérée par le premier article de votre du numéro du 25 août et par un autre article de ce jour même, qui contiennent le résumé des expériences tentées à Bicêtre, dans le service de M. Leuret, sur l'emploi de la belladone contre l'épilepsie. Ayant eu occasion d'essayer plusieurs fois ce médicament dans certaines affections convulsives qui ont avec l'épilepsie une assez forte analogie étiologique et sympômatologique, j'ai reconnu que l'effet sédatif de cette substance énergique ne s'obtenait souvent qu'en jetant dans les fonctions du cerveau un trouble qui, dans quelques circonstances, peut constituer un écueil devant lequel plus d'un praticien sera tenté de s'arrêter. J'en donnerai pour preuve l'observation suivante :

Une jeune fille, née de parens nerveux, s'était livrée de très bonne heure à l'étude de la musique. Voulant profiter des excellentes dispositions dont elle était douée à ce sujet, sa mère la poussa si vivement dans l'étude de cet art, qu'à quatorze ans elle était une forte pianiste. Malheureusement cet avantage intellectuel n'avait été obtenu qu'au détriment de sa constitution physique, car à quinze ans elle n'avait guère que l'apparence extérieure d'un enfant de dix à douze ans, et cependant elle était réglée depuis plus d'un an. Elle devint tout à coup triste, d'une humeur inégale et tellement impressionnable, que la plus légère contrariété la jetait dans un état d'irritation extrême. Un des premiers jours du mois de mai de l'année dernière, quelqu'un laissa tomber derrière elle un verre sur le parquet ; le bruit subit qui en résulta la saisit tellement qu'elle fut prise à l'instant même d'un violent mouvement convulsif dont les accès, d'abord distans de quelques heures, se confondirent bientôt et augmentèrent tellement d'intensité en quelques jours, que trois et même quatre personnes avaient peine à la contenir.

M. le docteur Crabousky, auquel fut confiée cette jeune fille, jugeant que les soins que réclamait sa position ne pouvaient guère lui être donnés dans une maison particulière, engagea ses parens à la transporter dans la Maison de Santé de M. Blanche, à Montmartre. Je me trouvais chez M. Blanche lorsque ce transport s'effectua, et j'avoue n'avoir jamais vu d'état convulsif plus grave et plus continu ; je m'expliquai même avec peine comment un être aussi frêle pouvait résister à des secousses aussi vives et qui ne laissaient aucun répit, puisque son état continuel depuis le début de sa maladie était, sauf l'absence de quelques signes spéciaux, celui d'une personne épileptique dans le plus fort de ses accès. Etudiée cependant dans ses signes expressionnels et dans ses causes prédisposantes, cette affection parut à M. Blanche et à moi, n'être autre chose qu'une *chorée hystérique*.

Désirant compléter une série d'observations que j'avais recueillies en d'autres temps sur les maladies propres aux femmes, je priai M. Blanche de me permettre de suivre de près le traitement de cette jeune fille. Les bains froids furent le moyen auquel on s'arrêta d'abord, mais la difficulté de la transporter même à quelques pas de distance, rendait ce moyen d'un emploi pénible et dangereux. Me rappelant alors les effets sédatifs que j'avais obtenus en 1835 de la belladone dans un cas très grave de danse de Saint-Guy sur une jeune fille des environs de Meulan, où j'exerçais alors la profession bien humble, mais bien honorable aussi de médecin de campagne, je conseillai de tenter l'emploi de cette substance, mais en frictions ; l'agitation désordonnée de la malade ne permettant pas de lui faire avaler un breuvage médicamenteux avec la régularité désirable.

La belladone fut préparée suivant cette formule de l'hospice de la Maternité :

Extrait de belladone,	4 grammes.
Faites dissoudre dans eau distillée,	32 grammes.
Incorporez, par trituration, cérat,	32 grammes.

Chaque friction fut faite avec 4 gammes (environ 1 gros), de cette pommade, qui contenaient 25 centigrammes ou 5 grains d'extrait de belladone. Deux furent faites par moi le premier jour sur les bras, et deux le lendemain sur les jambes. Dès le troisième jour les accès parurent un peu moins violens, et sur la fin du quatrième ils avaient assez diminué d'intensité pour qu'il fût possible de porter la malade au bain sans danger. Mais par une triste compensation, cette intéressante jeune fille, qui, dans tout le cours de ses effroyables accès avait conservé la parfaite intégrité de ses facultés intellectuelles, se trouva tout-à-coup frappée d'un état de stupeur et d'hébêtement tel, qu'elle reconnaissait à peine sa mère. Cet état dura fort long-temps et laissa tout le monde dans une grande inquiétude. Cependant l'intelligence parut reprendre un peu son empire et après trois mois des soins les plus empressés, soins dont son âge et la gravité de sa maladie la rendaient si digne, elle fut rendue à ses parens, guérie de son état convulsif, mais n'ayant pas encore, à mon avis, recouvré la plénitude de ses facultés intellectuelles.

Je suis loin de prétendre que cette observation puisse infirmer en aucune manière le résultat obtenu à Bicêtre, de la belladone dans l'épilepsie ; mais elle peut fixer l'attention des praticiens sur les effets consécutifs qui peuvent suivre l'emploi de cette substance, surtout administrée à des malades autres que des individus frappés d'idiotie ou de démence ; et qui forment la majorité de ceux sur lesquels les expériences peuvent être faites dans les hospices.

J'ai l'honneur, etc., C. LACHAISE.

Paris, 29 août 1840.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE.

Samedi dernier la Société phrénologique a tenu sa dixième séance annuelle dans le local de l'Athénée. Il est à regretter que la Société ne puisse pas disposer d'un lieu plus vaste pour cette solennité qui avait attiré une grande foule ; beaucoup de spectateurs ont été forcés de rester debout dans une salle voisine faute de pouvoir prendre place dans l'enceinte principale. Les hommes étaient en grande majorité, on remarquait cependant un certain nombre de dames. A trois heures, M. C. Broussais a ouvert la séance par un discours dans lequel il a cherché à démontrer la supériorité de la phrénologie sur la psychologie ancienne ; dans cette dernière on ne voit qu'entité, ontologie ; là, au contraire, les phénomènes instinctifs, moraux et intellectuels sont rattachés à l'organisation dont ils sont inséparables ; pour preuve, il cite les paroles des antagonistes de la phrénologie, qui, tout en niant les vérités admises par elle, reconnaissent cependant que les phénomènes instinctifs, moraux ou intellectuels sont dans un rapport étroit avec le développement plus ou moins complet du système nerveux dans l'échelle animale.

Il montre l'impuissance du psychologiste dans l'éducation de l'homme, comparée au pouvoir de la phrénologie qui peut s'emparer de l'enfant dès son berceau, le suivre pas à pas dans sa carrière, et reprimer ou développer tel ou tel penchant suivant l'état plus ou moins complet de l'organe qui y préside. M. C. Broussais a rempli un pieux devoir envers son père, en rendant hommage aux qualités et au génie de cet homme illustre ; l'auditoire s'est ému en entendant cette voix qui tremblait en rappelant une perte si récente et si cruelle. Les applaudissemens de la foule ont éclaté à la fin de ce discours.

M. Place avait une tâche difficile, celle du compte-rendu des travaux de l'année ; il s'en est acquitté convenablement. Après avoir rendu compte de quelques ouvrages pour ou contre la phrénologie, qui ont paru dans l'année, M. Place a présenté aux spectateurs les bustes de quelques personnages, parmi lesquels se trouvait celui de Courvoisier, l'assassin de lord Russel. Cette tête, dont le crâne est fortement accentué et sillonné de protubérances, a été envoyée à la Société par M. Deville, habile phrénologiste de Londres. On a remarqué également un crâne qui a été envoyé du Danemarck par les soins de l'ambassadeur de ce pays. L'auteur de l'envoi demande à la Société son opinion sur la vie de l'individu à qui appartenait ce crâne ; quand une opinion aura été exprimée à ce sujet, la biographie de cet individu sera transmise à la Société. C'est, comme on le voit, une espèce de défi porté à la *crânioscopie*. Dieu veuille que le membre chargé de cet examen ne se trompe pas ; mais, en somme, cela ne prouverait rien contre quelques vérités phrénologiques qui n'ont aucun rapport avec la crânioscopie, qui pour nous est loin d'être infaillible.

M. Place a mis sur le bureau deux pigeons pour montrer les effets de la cautérisation des hémisphères cérébraux ou cérébelleux ; l'un de ces oiseaux, dont les hémisphères cérébraux avaient été cautérisés, se tenait immobile sur ses pattes, il paraissait dans un état d'imbécillité : on pouvait le prendre, le pousser, passer la main devant ses yeux sans qu'il parût effrayé ; l'autre, dont le cervelet avait été cautérisé, ne pouvait se tenir debout ; il vacillait, tombait, pirouettait, agitait ses ailes de toutes les manières et présentait l'image d'un vaisseau battu par les flots et livré au roulis et au tangage.

Ces belles expériences sont dues à M. le professeur Bouillaud, et prouvent que si le cervelet a des rapports avec les fonctions génésiques, il préside également à la station et à l'équilibration. M. Place a terminé son discours en formant des vœux pour l'heureux retour de l'expédition du capitaine Dumont-d'Urville, partie il y a trois ans pour le pôle austral, et dont M. Dumoutier fait partie en qualité de phrénologiste nommé par le gouvernement ; le discours de M. Place a été fortement applaudi.

M. Voisin avait pris pour texte de son discours la vanité, l'ambition et l'amour de la gloire. Avec ce style brillant et cette profondeur de pensée qu'on lui connaît, le médecin de Bicêtre a abordé de larges et belles questions de philosophie ; il a montré que la noblesse était toute individuelle, qu'elle devait être le

prix du talent ou de la vertu, il a montré l'inanité des parchemins féodaux, et a fait un appel aux plus beaux sentimens de l'homme ; nous espérons que M. Voisin publiera son travail, qui échappe à l'analyse par les faits instructifs et nombreux qu'il contient. M. Voisin s'est plaint de critiques amères dont il avait été l'objet, qu'il se console en se souvenant que les hommes les plus utiles et les plus habiles n'y ont point échappé. De nombreux applaudissemens ont accueilli ce discours. La séance a été levée à cinq heures et demie. X.

Empoisonnement par de l'eau de Barèges, responsabilité des médecins et pharmaciens.

Le 2 mars, le docteur B.... ordonne verbalement au sieur M...., qu'il soignait, de prendre chaque jours trois verres d'eau de Barèges. Le lendemain, le domestique de la maison alla chez le pharmacien, M. L..., chercher le médicament, et on lui donna une bouteille d'eau étiquetée : Eau de Barèges, sans désignation d'emploi.

Un verre de cette eau, pris par le sieur M..., détermina promptement la mort. L'examen de l'eau fit voir que c'était de l'eau de Barèges pour bains, et non de l'eau de Barèges pour boisson.

Le médecin et le pharmacien furent traduits devant le tribunal de police correctionnelle, comme accusés d'homicide involontaire.

On reprocha au médecin l'imprudence qu'il avait mise dans l'exercice de son art, en ne formulant pas par écrit la prescription d'un médicament dont la confusion, facile à prévoir, pouvait avoir des suites funestes.

On reprocha au pharmacien de n'avoir pas, sur l'étiquette placée sur la bouteille, indiqué la nature et la qualité du médicament qu'elle renfermait.

Le ministère public a cherché à démontrer :

1° Que dans toutes les pharmacies on a soin de mettre sur les étiquettes en caractères bien lisibles : *Eau de Barèges pour bains*, ou *eau de Barèges pour boisson*.

2° Qu'il y a eu inobservation des réglemens, en ce que l'art. 32 de la loi du 21 germinal an XI défend aux pharmaciens de livrer aucune préparation médicinale composée sans la représentation d'une prescription écrite du médecin, et enjoint par cela même aux médecins de donner une prescription écrite pour ces sortes de médicamens.

Après avoir entendu la défense du docteur B.., par Me Trolley, et celle de M. L..., par Me Bardout, le tribunal a déclaré seul coupable d'homicide involontaire par imprudence, mais avec circonstances atténuantes, M. L..., et l'a condamné à 200 fr. d'amende.

La condamnation de ce pharmacien, qui jouit d'une excellente réputation et dont on se plaît à reconnaître le mérite, avait excité un vif intérêt à l'auditoire : aussi l'admission des circonstances atténuantes dans le cas dont il était question a-t-elle obtenu l'assentiment général.

Le docteur B... a été acquitté, le tribunal ayant reconnu : 1° qu'il avait suffisamment fait connaître la nature du médicament qu'il avait prescrit, que la simple dénomination d'eau de Barèges indiquait, d'après le Code pharmaceutique, celle qui est donnée en boisson; 2° que l'art. 32 de la loi du 21 germinal an XI n'est pas applicable aux médecins, et que, le fût-il, il ne concernerait pas les médicamens qui, comme l'eau de Barèges pour boisson, sont préparés à l'avance d'après une formule insérée au *Codex*, et qui est toujours la même. (*Journ. de Ch. méd.*)

RECHERCHES SUR L'INTRODUCTION ACCIDENTELLE DE L'AIR DANS LES VEINES, ET PARTICULIÈREMENT SUR CETTE QUESTION :

L'air en s'introduisant spontanément par une veine blessée pendant une opération chirurgicale, peut-il causer spontanément la mort? Par M. AMUSSAT. (1).

Jusqu'en 1838, la question de l'introduction de l'air dans les veines n'était que fort imparfaitement comprise; elle n'avait point été étudiée. Quelques faits isolés y avaient, il est vrai, appelé l'attention; mais on n'en avait fait qu'une appréciation imparfaite, souvent exagérée ou erronée, la science et la pratique manquant encore d'un corps de connaissances positives sur la matière. Il était réservé à M. Amussat de mettre la question à l'ordre du jour, de l'étudier expérimentalement sous toutes les faces, de l'approfondir et d'en déduire toutes les conséquences pratiques qu'il était possible de tirer. On se rappelle de l'orage dont a tant retenti la rue de Poitiers, des belles expériences que M. Amussat fit en présence de la commission nommée par l'Académie de médecine, et du rapport favorable qui lui mérita de cette commission. Aujourd'hui M. Amussat publie le fruit de ses recherches et de ses méditations sur cette intéressante question; il rend compte de tous les faits existans dans la science, les rapproche, les interroge de différentes manières, les fait parler en masse et en détail, et en déduit des conséquences légitimes. C'est, en un mot, une monographie complète que M. Amussat vient de mettre au jour. Nous y renvoyons les praticiens qui voudraient acquérir des connaissances étendues sur cette question de haute chirurgie et de physiologie à la fois.

M. Duplay, médecin du Bureau central, vient d'être nommé médecin de l'hospice des Incurables (hommes).

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

(1) Brochure grand in-8° de 255 pages. Chez Germer-Baillère, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

S'il est des vérités dont il faut continuellement frapper les oreilles, ce sont celles qui peuvent être utiles ; nous ne saurions donc trop rappeler les bons effets, comme sédatif et comme diurétique, du sirop de Johnson dans les affections nerveuses, palpitations et surtout dans certaines affections catarrhales qu'il guérit souvent dès les deux ou trois premières doses. En effet, ce sirop a une action directe sur le système nerveux, et il ralentit l'action du cœur ; comme la plus grande partie des irritations pulmonaires se trouvent dans la dépendance de cet organe, ces faits n'ont rien de surprenant.

— On lit ce qui suit dans le livre spirituel de M. Munaret, *le Médecin des villes et le Médecin de campagne* :

« Un fabricant de produits crimiques et pharmaceutiques (M. Arrault, rue Jacob, 6, à Paris), a eu l'obligeance de me montrer une petite pharmacie portative. C'est une boîte longue, solide et recouverte en cuir, pouvant être sanglée comme un portemanteau, et portée à la main à l'aide d'une anse supérieure et moyenne. Outre les médicamens que je vous ai indiqués, elle contient une trousse, une boîte à sangsues, des bandes *dextrinées* pour certaines fractures, etc.

» *Si vous exercez à la campagne, je vous engage à l'acheter.* »

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 3 SEPTEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 104, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue de Bussy, 13.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

A partir d'aujourd'hui, jeudi, 3 septembre, les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Hydrocèle enkystée du cordon. Traitement par l'injection comme pour l'hydrocèle simple. Remarques. Guérison au bout de huit jours.

Au n° 43 de la salle Sainte-Vierge, est entré un jeune garçon âgé de seize ans, qui porte dans l'aine droite une tumeur facile à caractériser, d'après les signes que fournit son exploration et les renseignemens que le malade donne. Dès sa plus tendre enfance, dit-il, cette tumeur existait là, mais si peu volumineuse qu'il n'en ressentait aucune gêne et ne s'en occupait pas du tout; alors elle occupait un peu de l'intervalle qui sépare l'orifice externe du canal inguinal de la partie supérieure du scrotum; mais, il y a six semaines environ, il s'aperçut, un soir, que cette tumeur, qui le matin était encore absolument la même qu'il l'avait toujours vue, avait acquis dans la journée un accroissement plus que double de son volume primitif; du reste, il n'en ressentit alors pas plus de gêne ni d'embarras; l'étendue de la tumeur s'était faite en haut du côté de l'anneau, sans s'accroître aucunement du côté des bourses; mais à mesure qu'elle augmentait ainsi, elle était devenue peu à peu gênante, en sorte qu'aujourd'hui elle occasionne d'un côté et de l'autre de l'embarras, des tiraillemens assez pénibles pour que le malade demande à en être débarrassé. Voici donc ce que l'on constate à l'examen des parties: une tumeur cylindrique, à bouts arrondis et parfaitement limitée, s'étend depuis la partie supérieure du scrotum jusque dans l'anneau inguinal où elle s'engage un peu; mais il est évident qu'elle ne pénètre pas dans l'abdomen, de même qu'en bas elle n'intéresse aucunement le testicule qui est parfaitement libre et sain au milieu de ses enveloppes; cette tumeur présente le volume et la forme d'un intestin distendu, c'est-à-dire qu'elle a un diamètre d'environ 30 millimètres sur une longueur d'à peu près 60 à 90 millimètres (2 à 3 pouces). Elle est suivant sa direction et dans le trajet même du cordon; elle est comme toujours complètement indolente au toucher, et sous la pression des doigts elle offre une résistance qui, quoique assez forte, ne laisse cependant pas soupçonner l'existence de matière dure, mais plutôt la présence d'un liquide fortement comprimé dont on sent même la fluctuation. Enfin, la peau qui la recouvre n'a jamais été enflammée, ni n'a subi aucune modification de couleur, et à l'aide de la lumière, on reconnaît que la tumeur est un peu transparente.

Pour arriver au diagnostic certain de cette maladie, il suffisait de procéder par exclusion de deux ou trois autres affections avec lesquelles elle pouvait au premier abord être confondue; ainsi, songeait-on à l'existence d'une hernie intestinale dont le sac aurait été distendu par des gaz? La complète irréductibilité de la tumeur et sa transparence empêchaient aussitôt de s'arrêter à cette opinion; entraîné par l'idée du liquide qu'elle contenait, on pouvait penser à la présence d'une hydrocèle congéniale: mais dans ce cas, la tumeur descend jusqu'au testicule qu'elle enveloppe; tandis qu'ici, cet organe était parfaitement libre au-dessous, dans les tuniques du scrotum également saines et à leur état normal. Il fallait donc se décider à reconnaître dans cette affection, un kyste existant dans une partie de la longueur du cordon, autrement dit une hydrocèle enkystée du cordon, maladie assez rare chez les jeunes sujets, et dont la thérapeutique pourrait effrayer quelques praticiens; parce que les uns, songeant aux méthodes ordinaires d'incision ou d'excision des parois de la tumeur, craindraient de porter l'instrument dans ces régions délicates, ou de ne pas réussir s'ils trouvaient un kyste à plusieurs locules, et parce que les autres, n'étant point encore persuadés que l'injection après la ponction s'y comporte comme dans toutes les autres tumeurs de ce genre, redouteraient d'intéresser le péritoine. Mais M. Velpeau a depuis long-temps acquis la conviction, et prouvé plusieurs fois, que l'injection allant même dans le péritoine n'est point dangereuse comme on se l'imagine. D'abord les accidens qu'elle peut entraîner sont toujours excessivement légers; ils se bornent au point que le liquide injecté a touché et n'occasionnent point de vive réaction. D'ailleurs, l'inflammation qui en résulte n'est jamais purulente, mais simplement adhésive. Aussi M. Velpeau ne change-t-il point pour guérir cette variété d'hydrocèle la méthode ordinaire qu'il emploie généralement contre cette affection, et a-t-il toujours obtenu le même succès. Sans doute il ne faut pas imprudemment risquer de faire pénétrer l'injection dans l'abdomen; il est bon de prendre toutes les précautions pour l'empêcher, mais rarement cela est à craindre.

Sur l'enfant qui était à opérer présentement, après avoir vidé la tumeur par une ponction faite avec un troquart de petite dimension, un doigt a été appliqué par l'opérateur à la limite supérieure de la tumeur et a pressé sur l'arcade afin d'intercepter toute communication avec la partie plus intérieure du cordon s'il y en avait une, après quoi une injection du mélange habituel de teinture d'iode et d'eau a été poussée dans l'intérieur du kyste, puis ensuite rejeté au-dehors pour la majeure partie, sans que le petit malade ait accusé de vives douleurs pendant tout le temps de l'opération.

Au troisième jour, la partie inférieure du cordon et tout le scrotum de ce côté sont devenus rouges et fortement gonflés; mais ces accidens inflammatoires, qui ont été purement locaux et n'ont amené aucune réaction, se sont promptement dissipés sous l'application de quelques compresses imbibées d'eau blanche et le malade est sorti guéri au bout de huit jours sans avoir rien ressenti du tout du côté de l'abdomen.

Puisque nous traitons une partie de la question des hydrocèles en faisant valoir le mode de traitement qui, suivant nous, est le meilleur à suivre dans tous les cas, c'est une occasion, dit M. Velpeau, de redire notre opinion, que nous avons manifestée déjà sur un procédé nouveau qu'on cherche à introduire généralement dans la pratique pour la cure de cette affection; nous voulons parler des incisions sous-cutanées et des scarifications faites à l'intérieur du sac: on a rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* plusieurs exemples d'opérations faites de cette manière, et c'est bien avec raison que l'auteur a dit qu'il fallait attendre pour juger cette méthode. Quant à nous, qui ne saurions au fond en blâmer l'idée, nous avouerons cependant tout de suite que c'est au moins perdre son temps que d'essayer ce moyen; car l'expérience et le raisonnement nous en démontrent l'insuffisance.

M. Velpeau ajoute qu'il a déjà pratiqué ce procédé à quatre fois différentes sur des individus affectés d'hydrocèles; dans deux de ces cas, il s'est servi des instrumens même inventés par M. Barthélemy pour faire les incisions sous-cutanées; dans les autres, il a employé simplement un double tranchant en forme de fer de lance; mais, dans toutes ces circonstances, bien que les scarifications à l'intérieur aient été faites dans tous les temps et profondément, et quoiqu'il ne soit survenu aucun accident de complication, la réussite définitive n'a pu avoir lieu, aucune guérison radicale n'a été obtenue; tous les malades son revenus atteints de la même affection et au même endroit; l'un d'eux, même, a été repris dans l'hôpital avant la fin de son traitement.

Avec ce mode opératoire il doit d'ailleurs en être ainsi: on sait d'abord que la ponction toute seule, suivie de l'expulsion ou de la résorption du liquide, ne suffit pas pour la guérison; on ne l'obtient même pas en faisant ensuite l'excision d'une partie des parois du sac; que peuvent donc faire de mieux quelques scarifications, quelques incisions pratiquées dans son intérieur. Si la maladie revient quand même on a enlevé une partie du kyste, à plus forte raison si l'on se contente seulement de l'irriter; il faudrait alors, dans les deux cas, pour avoir quelques chances plus sûres, pouvoir exercer une compression dans toute son étendue, et maintenir en contact toute sa surface irritée; mais on sait que cela n'est pas facile autour du testicule, et cette compression, faite sur les tumeurs synoviales opérées par M. Velpeau, n'a pas empêché la maladie de se reproduire.

Tous les avantages restent donc au traitement par la ponction suivie de l'injection; est-il d'ailleurs un procédé plus simple et plus commode? ce qui serait déjà une raison pour n'en pas chercher d'autres; et ensuite, si en définitive, sur cent opérations, deux ou trois tout au plus ne réussissent pas complètement, il n'en résulte d'autre inconvénient que de recommencer avec la certitude d'obtenir une guérison radicale, en se mettant à l'abri de quelques circonstances indépendantes de la méthode elle-même qui avaient pu entraver la première tentative.

Disparition complète et spontanée d'une hydrocèle volumineuse.

Nous ne terminerons pas cet article relatif aux hydrocèles sans parler d'un fait assez singulier arrivé il y a quelques semaines dans les salles.

Au n° 18 de la salle Sainte-Vierge était un individu de forte constitution, âgé d'environ cinquante ans, et dont l'observation détaillée aurait pu fournir matière à une véritable encyclopédie pathologique, car on comptait chez lui les traces de quatorze affections différentes y existant à la fois, les unes à l'état aigu, les autres à l'état chronique. Parmi toutes ces maladies, on distinguait surtout une énorme hydrocèle qu'il portait au scrotum droit depuis plusieurs années de laquelle il ne s'occupait pas. M. Velpeau lui proposa de l'en guérir pendant le cours du traitement qu'il allait lui faire subir; et l'ayant examiné un matin, on avait pris jour pour l'opération au lendemain. Mais quel ne fut pas l'étonnement de tout le monde, quand on trouva le scrotum entièrement débarrassé de l'hydrocèle, souple et mou comme celui du côté opposé; et cela s'était accompli en 24 heures, sans que le malade s'en fût aperçu. Ce fait de disparition subite d'une hydrocèle n'est pas chose rare dans les annales de la science; les auteurs en citent plusieurs exemples: M. Velpeau lui-même en a recueilli dans sa pratique; mais le plus souvent alors quelque chose reste pour expliquer ce phénomène. D'abord, cette disparition est plus ou moins rapide et complète; tantôt elle arrive par suite d'infiltration dans les différens tissus du scrotum et de résorption consécutive; tantôt elle résulte d'un écoulement à travers une fistule, une ouverture quelconque qui s'est faite spontanément, et qu'on finit par découvrir; ou bien c'est sous l'influence de quelques topiques locaux ou d'un traitement direct ou indirect, que cette sécrétion est arrêtée et son produit modifié, anéanti; enfin, on n'est pas ordinairement réduit à ne rien concevoir dans ce qui s'est passé, tandis que dans le cas actuel rien, absolument rien, n'a pu donner aucun éclaircissement. Le traitement auquel a été soumis cet individu n'était point de nature à avoir une pareille influence, et n'a pu d'ailleurs faire opérer une réaction si vive, si subite et si complète.

Quoi qu'il en soit, après quelque temps de séjour dans les salles, cet homme est sorti à peu près guéri de ses treize autres maladies, et sans que rien indiquât qu'il ne fût pas aussi tout à fait débarrassé de celle dont la disparition nous a tellement surpris. Peut-être la récidive reviendra-t-elle aussi brusquement; mais au jour de sa sortie il n'y en avait aucun indice.

Résection d'une portion de l'acromion et de l'extrémité acromiale de la clavicule.

La femme Loiseau, jardinière à Melun, âgée de vingt-six ans, couchée au n° 26 de la salle Sainte-Catherine, est d'une bonne constitution et a eu plusieurs enfans. Il y a près de deux ans, elle fit à la renverse une chute qui lui fit ressentir un très violent choc à la partie supérieure du dos. Par suite de cet accident, et immédiatement après, elle éprouva de vives douleurs dans la région des deux épaules; les mouvemens des articulations scapulo-humérales furent très gênées, et bientôt survint à la partie supérieure et moyenne de la clavicule gauche une tumeur, puis un abcès qui amena la nécrose et l'expulsion d'une très petite portion d'os en cet endroit. Le tout s'était parfaitement cicatrisé, et depuis long-temps déjà cette femme était exempte de toute espèce d'infirmité, lorsqu'il y a quelques mois, elle fut atteinte à la partie supérieure de l'épaule droite, d'une maladie sérieuse qui se manifesta par un gonflement douloureux, auquel succéda rapidement un abcès qui s'ouvrit et laissa sur les tégumens un ulcère qu'entretint une suppuration assez abondante; tous les moyens antiphlogistiques, émolliens ou résolutifs qui lui furent conseillés n'ayant amené aucune amélioration dans son état, la malade se décida à venir à Paris. A son entrée dans les salles, le premier soin du chirurgien fut de se rassurer contre la crainte qu'il eut d'abord que l'affection n'intéressât l'articulation scapulo-humérale; mais un stylet enfoncé dans l'ulcère dont nous avons parlé, ne put jamais pénétrer au-delà de la portion de l'acromion qui était altérée; le doigt ramené tout le long de l'épine de l'omoplate, imprimait une forte douleur en arrivant au sommet de l'apophyse, en avant et en arrière; mais au-dessous, on sentait la tête de l'humérus parfaitement intacte et facile à remuer, en tous sens, dans sa cavité, qui était également saine, et dans laquelle il n'y avait certainement ni inflammation, ni épanchement de pus ou d'aucun autre liquide.

La maladie se bornant donc à la nécrose et à la carie de la portion extrême de l'acromion, peut-être encore d'une petite partie de l'extrémité acromiale de la clavicule; il devenait possible de la guérir sans trop de danger, pourvu que l'on eût la précaution de ménager l'articulation et sans anéantir chez cette femme les fonctions du membre supérieur, puisqu'en n'enlevant que les parties altérées, aucun rapport ne serait changé.

La portion d'os nécrosée n'étant pas libre encore au milieu de la surface cariée qui l'entourait et des fongosités que le stylet rencontrait, il fallait donc alors faire d'un seul coup la résection de toutes les parties malades comprenant une partie des extrémités articulaires de la clavicule et de l'acromion, plus une portion de cette dernière apophyse. M. Velpeau pense être le premier qui ait pratiqué ce genre d'opération; il n'en connaît pas, du moins, d'exemples publiés. Souvent, sans doute, on a emporté avec la tête de l'humérus, soit une portion de l'acromion, soit une portion de la clavicule, quelquefois même ces deux extrémités osseuses à la fois; ou bien, l'on a réséqué

l'une ou l'autre isolément, sans toucher à l'os du bras ; mais on ne voit nulle part, dit M. Velpeau, qu'on les ait enlevées simultanément, sans intéresser l'articulation. Voici, du reste, comment il s'y est pris.

Ayant découvert l'extrémité de l'acromion au moyen d'un lambeau fait par une incision demi-circulaire, conveve en bas et en dedans, et ayant renversé ce lambeau en haut et en arrière, une sonde cannelée a été introduite sous la clavicule et l'acromion, et, le long de sa rainure, a été passé un stylet traînant après lui le bout d'une scie articulée de M. Charrière, qui, dans cette circonstance, a encore semblé à M. Velpeau l'instrument le plus commode pour la manœuvre, et le plus avantageux pour épargner des incisions plus grandes qui eussent été nécessaires autrement, pour mettre l'os mieux à découvert ; puis, d'un seul trait dirigé obliquement de bas en haut, et un peu de dedans en dehors, on a scié d'abord une partie de l'extrémité articulaire de la clavicule, et une portion de l'acromion dépassant de plusieurs lignes la surface altérée. Les extrémités osseuses ayant été détachées des parties molles auxquelles elles adhéraient encore, le lambeau de tégument a été rabaissé, et un pansement simple a été fait sans qu'il survînt aucun embarras, ni aucun accident.

Jusqu'à présent la malade a maintenu son membre dans le repos le plus absolu ; nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce que la guérison pourra offrir de particulier à noter quant aux mouvemens du bras et de l'épaule de ce côté.

L..... E.

HOPITAUX DE DUBLIN.

Anévrisme de la carotide guéri à l'aide de la ligature de cette artère ; nécropsie quelques années après ; par M. Porter.

Le 2 août 1829, j'ai lié la carotide primitive du côté droit à une femme nommée Rourke, à l'hôpital Meath, pour un anévrisme de ce vaisseau. Les détails de ce fait ayant déjà été publiés dans le *Dublin Hospital reports*, je ne les reproduirai pas ; je rappellerai seulement que la tumeur datait de quinze ans, ce qui indiquait une marche extrêmement lente ; d'où l'on pouvait conclure que l'ouverture de l'artère dans le sac était très petite. La tumeur était solide, résistante, dure, et contenait à peine du sang fluide. En l'observant du côté de la gorge, on ne sentait aucune pulsation. Les suites de l'opération avaient été assez embarrassantes d'abord, car les pulsations sont reparues quatre heures après ; ensuite le sac a suppuré. Cependant la malade guérit, et a pu reprendre son état de domestique ; elle ne s'était jamais si bien portée que depuis, ayant bientôt acquis de l'embonpoint. Plus tard, néanmoins, elle s'est plaint de la poitrine, et est entrée de temps en temps à l'hôpital ; enfin elle a fini par succomber le 7 septembre 1836, et elle m'a légué par testament son cadavre pour mon instruction, en reconnaissance de l'opération que je lui avais pratiquée.

A l'autopsie, nous avons surtout disséqué soigneusement le cou.

Les attaches inférieures du muscle sterno-cléido-mastoïdien avaient été coupées au sternum et à la clavicule pendant l'opération. Cependant la malade n'avait, par la suite, éprouvé aucune gêne, les mouvemens du cou s'exécutant parfaitement. L'état de ces muscles attira d'abord notre attention dans la dissection. A la partie inférieure du cou et dans l'étendue de deux pouces au-dessus de la clavicule, on ne voit aucune trace de fibre musculaire ; cet espace est rempli par un fascia dense et fort attaché, d'une part, à la clavicule ; de l'autre au muscle en question rétracté en haut. Bref, la partie inférieure du muscle était convertie en un fascia.

« En divisant celui-ci, nous trouvons dans sa substance la veine jugulaire et l'artère qui était convertie en substance ligamenteuse. Le reste de l'artère s'offre sous l'apparence d'une corde non interrompue par aucune section, depuis la bifurcation de l'innominée en carotide interne et externe, ce qui a dû nous faire penser que le vaisseau qui avait été divisé par la ligature s'était réuni de nouveau après la chute du fil ; nous n'avons pu découvrir l'endroit où cette division avait été opérée. La carotide interne était aussi oblitérée jusqu'à l'endroit où elle donne l'ophthalmique dans le crâne. Le reste du sac était fortement lié au cordon indiqué ; c'était une petite tumeur du volume d'une très grosse amande, de figure oblongue, de consistance ferme et fibreuse. Cette tumeur était appliquée un peu au-dessous de la portion charnue postérieure du muscle digastrique, où elle avait acquis quelques adhérences, mais pas très considérables. Le tube de la carotide externe était libre ; mais, comparé à celui de l'artère du même nom du côté opposé, il était beaucoup plus petit, ainsi que celui de toutes ses branches, à l'exception de la thyroïdienne, qui conservait presque ses dimensions naturelles.

» L'injection que nous avons faite dans ces vaisseaux n'ayant pas bien réussi, les anastomoses n'étaient pas, en général très développées au-dessus de l'artère thyroïdienne, mais la communication entre cette artère et la branche ascendante de la sous-clavière est très manifeste et très large ; les anastomoses de ces vaisseaux à la surface et au dedans de la glande thyroïdienne, sont très nombreuses, plus nombreuses encore que dans les mêmes vaisseaux du côté opposé. L'artère sous-clavière du côté droit offre un diamètre au moins double de celui de l'artère du côté opposé. L'artère vertébrale est élargie dans même proportion, et la branche ascendante de la thyroïdienne est aussi augmentée de volume. La principale communication externe était formée par les artères thyroïdiennes ascendante et descendante. Ces artères semblaient être le moyen à l'aide duquel la carotide externe communiquait avec ses branches. Le sang fourni autrefois au cerveau par la carotide interne était transporté par la vertébrale, qui était élargie dans toute son étendue jusqu'à la basilaire. Dès ce point la circulation cérébrale s'exécutait parfaitement et comme à l'ordinaire. Cette dissection prouve que, dans ce cas, le retour des pulsations après l'opération tenait à l'abondante circulation anastomotique à travers le cerveau, sans qu'il y eut pourtant le moindre développement des vaisseaux collatéraux. On a donc eu raison de dire que la présence de la carotide interne était, dans ces opérations, une condition défavorable à cause du sang qu'elle peut recevoir dans le cerveau et le transporter à l'anévrisme par un mouvement rétrograde. La pièce anatomique se trouve déposée dans le Muséum de l'école de chirurgie. »

(*Dublin. med. Press*, 12 août 1840.)

Délire furieux dissipé à l'aide du cautère actuel sur le trajet de la colonne vertébrale ; par M. Richard Long, médecin à l'hôpital des fiévreux.

Un jeune homme âgé de dix-neuf ans, était depuis six jours à l'hôpital pour une fièvre datant de neuf jours, n'offrant d'abord rien d'extraordinaire ; langue chargée ; pouls fréquent, ondulant, compressible, donnant de 100 à 120 pulsations par minute ; tendance vers un délire léger ; pétéchies. On lui prescrit un purgatif et une potion de tartre stibié qui produit une douce transpiration sans faire vomir. Boissons rafraîchissantes.

Dans la nuit du sixième jour il est pris d'un délire furieux effrayant ; il se lève, se promène dans les salles, frappe la sœur infirmière, menace et effraie tout le monde. J'arrive ; il est avec un gros morceau de bois à la main, qu'il ébranle et avec lequel il menace de frapper quiconque oserait l'approcher. Heureusement que les croisées étaient bien fermées et qu'il ne pouvait les ouvrir pour s'y jeter ; la porte de la salle avait été bien barricadée pour qu'il ne se sauvât pas. A mon entrée dans la salle il me reconnaît ; des paroles bienveillantes ont suffi pour me permettre de l'approcher avec sécurité et le désarmer. Il est furieusement délirant ; ses yeux sont saillans ; les vaisseaux de la conjonctive profondément injectés ; face, cou et poitrine de couleur rouge-foncée ; extrémités supérieures et inférieures froides et de couleur presque livide. Pouls extrêmement rapide et petit. J'ai eu de suite recours aux affusions froides, mais sans résultat avantageux, le délire furieux continuant toujours. J'ai donc eu l'idée de le cautériser ; mais n'ayant à ma disposition à cette heure de la nuit dans l'hôpital que la grande cuillère du cuisinier, je l'ai fait rougir au feu ; j'ai appliqué le long de l'épine des compresses de papier mouillé, et j'ai cautérisé par intervalles la colonne vertébrale, depuis la tête jusqu'aux lombes. Les premières applications du cautère n'ont point été senties ; mais aux dernières, il cria à haute voix. Des compresses froides ont été appliquées sur les eschares. Le malade est tombé immédiatement dans un profond sommeil ; il a dormi plusieurs heures, et, à son réveil, il avait toute sa raison ; mais il était dans un état de faiblesse extrême, au point qu'il pouvait à peine porter sa main à la tête. Il a fallu lui donner un peu de vin pour le ranimer. Il est bientôt devenu convalescent et a guéri.

C'est le quatrième malade atteint de délire furieux, que je traite de la sorte et avec le même succès. Cela ne doit pas empêcher, bien entendu, d'administrer en même temps le tartre stibié et les affusions froides, qui agissent comme le cautère en affaiblissant l'organisme. (*Ibid.*)

Asphyxie mortelle produite par le passage d'une portion d'aliment dans la trachée à travers une ouverture fistuleuse de ce canal et de l'œsophage.

Un homme, âgé de trente ans, est reçu à l'hôpital (Mercer's hospital) dans un état d'asphyxie. Il était tombé dans cet état en mangeant. On passe une sonde dans l'estomac, on emploie d'autres moyens inutilement ; le malade meurt promptement.

A l'autopsie, on trouve une ouverture entre la partie inférieure de l'œsophage et la trachée, à travers laquelle était engagé une partie des alimens. Une portion était restée dans l'ouverture, deux autres étaient tombées dans les bronches. La bronche gauche en était complètement obstruée, la bronche droite l'était partiellement. La perforation des deux canaux offrait le diamètre d'une pièce de quatre sous (fourpenny), les bords en sont arrondis et couverts d'une membrane muqueuse. D'après les renseignemens pris sur son état antérieur, il avait joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a quatre mois, à la suite d'une débauche il passa une nuit à l'air, et contracta une toux qui revenait par accès et le mettait souvent en danger de suffocation. (*Ibid.*)

Anévrisme poplité guéri sans opération ; par M. Laycock.

John Stanch, âgé de vingt-six ans, nègre, a été reçu à l'hôpital le 18 mai, pour être traité d'une tumeur anévrismale qu'il portait au jarret. Il avait travaillé à la rivière comme pêcheur, état qui l'obligeait souvent à porter de lourds fardeaux et à étendre ses genoux. La tumeur a le volume d'une orange, occupe l'espace poplité, offre des pulsations isochrones à celles du pouls, et un bruit de soufflet qu'on peut entendre très distinctement. Le malade accuse une sensation de chaleur dans le membre, mais sans aucune douleur. Une consultation entre les chirurgiens de l'hôpital a décidé l'opération d'après la méthode de Hunter. Cette indication cependant n'étant pas urgente, on a différé.

Le 1er juin, M. S. de Manchester se trouvant de passage à l'hôpital, a visité ce malade et a beaucoup manié la tumeur, comprimé l'artère, appliqué le stéthoscope, etc. Le soir, le malade s'est plaint de douleur vive dans la tumeur et de spasmes incommodes dans la jambe et dans le jarret. On lui prescrit un opiat et des frictions avec un liniment de savon laudanisé.

Le 7 juin, la tumeur n'offre plus de pulsations ni de bruit de soufflet ; elle est cependant plus volumineuse, plus molle et un peu élastique au toucher. La douleur dans le membre a disparu : frictions avec le même liniment. Dès ce moment les pulsations n'ont plus reparu ; les mouvemens du genou ont commencé à devenir libres et la tumeur à diminuer.

Le 7 août, la tumeur a presque complètement disparu ; l'articulation a repris ses mouvemens naturels. Le malade est jugé guéri. Durant son séjour à l'hôpital on lui a pratiqué une saignée de six onces, administré des remèdes purgatifs, prescrit le repos au lit et une alimentation exclusivement végétale.

« J'ai pensé, dit l'auteur, que le maniement de la tumeur, exercé le 1er juin, avait déterminé l'inflammation du sac anévrismal ou des tissus environnans, et que cette circonstance suivie du repos et de la diète, avait déterminé l'oblitération du vaisseau dilaté, par déposition de lymphe soit dans l'intérieur du sac, soit au dehors de celui-ci, et qui, en le comprimant, aura déterminé l'oblitération du vaisseau. Un cas pareil de guérison se trouve rapporté dans la Lancette anglaise (vol. XII, p. 767). Ne pourrait-on pas établir, d'après ces deux faits, une règle de traitement de l'anévrisme poplité sans opération, en déterminant artificiellement l'inflammation du sac ? » (*Ibid.*)

HOPITAUX DE PADOUE.

Carie de l'apophyse mastoïde. Cautérisation avec le fer incandescent. Par M. Signoroni.

Une femme de la campagne, de tempérament sanguin, exposée, par suite de son état, aux intempéries atmosphériques, éprouva une inflammation du cou. Une tumeur phlegmoneuse se déclare à la région mastoïdienne gauche et se termine par un abcès. A l'ouverture le périoste de l'apophyse de ce nom se trouve détruit, l'os est dénudé, ramolli, rongé ; ses cellules sont entamées. C'est dans cet état que la malade s'est présentée à la clinique de M. Signoroni. La période aiguë de l'inflammation était déjà tombée ; une fistule s'était établie, et le stylet faisait connaître tout le dégât de la substance osseuse. M. Signoroni pratique une incision aux parties molles, met l'os malade à découvert et y applique deux boutons de feu qui, par leur forme, pénètrent dans les cellules mastoïdiennes assez profondément. L'os s'est trouvé par là cautérisé dans une étendue assez considérable ; toute la partie cariée a été convertie en nécrose. Il en est résulté une forte réaction périphérique qu'il a fallu combattre. L'eschare s'est détachée petit à petit et par fragmens. Un bourgeonnement de bonne nature est survenu, et la guérison s'est accomplie en quelques semaines. La femme est sortie bien portante et avec une légère difformité.

(*Annali universali di medicina*, juillet 1840.)

Fracture parotidienne ; opération ; par le même.

Un homme, appelé Camillo Gagliardi, entra à la clinique pour être traité d'une tumeur placée précisément sur la région de la parotide. Sa base s'étend derrière la branche ascendante de la mâchoire inférieure et s'y insinue d'une manière indéterminable. Sa masse est dure comme une pierre, à surface inégale, tuberculeuse, indolente, progressive. Il était impossible de dire s'il s'agissait d'un squirrhe de la parotide ou d'une tumeur stéatomateuse formée dans le *fascia* qui environne cette glande. L'extirpation ayant paru le seul moyen propre à en procurer l'extirpation, M. Signorani l'a pratiquée de la manière suivante :

« M'étant décidé à pénétrer, comme Béclard et Magri, dans la partie la plus profonde de la région ; j'ai tout préparé d'avance pour lier la carotide et toutes les branches artérielles qui donneraient du sang, à mesure de leur division. J'ai commencé par pratiquer une incision cruciale sur les tégumens de la tumeur, et j'ai mis la substance de la tumeur à découvert. Je l'ai disséquée dans l'hémisphère supérieur d'abord, puis, dans sa portion externe et postérieure ; je l'ai de la sorte détachée complètement de la branche ascendante de la mâchoire et de l'apophyse mastoïde ; ensuite, l'ayant fait soulever avec des érignes, il m'a été facile de pénétrer dans la fosse parotidienne et de détruire ses adhérences les plus profondes.

J'ai disséqué et emporté le tout de ce côté, et je n'y ai pas découvert la moindre trace de glande ; tout ce qu'on voyait au fond c'était du tissu cellulo-adipeux. Le reste de la plaie n'a présenté aucun vestige de tissu glandulaire dans le côté correspondant au muscle masséter. Tout le tissu morbide a été enlevé de l'énorme plaie profonde qui en est résultée. Deux grosses artères ont été divisées, la transversale de la face et la temporale superficielle : la première a été liée, la seconde tordue. Les suites ont été heureuses. Le malade guérit.

On a remarqué pendant les pansemens les phénomènes suivans : l'œil correspondant s'est enflammé et est devenu

abondamment larmoyant. La paupière inférieure s'est paralysée, ainsi que les muscles de la face, pendant quelque temps, et la bouche est devenue aride, phénomène dépendant de l'influence du nerf facial divisé.

M. Signoroni prétend avoir extirpé toute la glande parotide, et il invoque différentes raisons pour le prouver. La tumeur serait, selon lui, formée par la glande elle-même, mais il ne donne aucun détail sur sa structure.

(*Ibid.*)

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies; par M. MALGAIGNE.

(Quinzième leçon.)

DE LA HERNIE CRURALE.

Nous avons maintenant à aborder l'histoire d'une hernie qui compte à la fois parmi les plus communes et les moins connues; je veux parler de la hernie crurale. Il serait curieux de tracer pas à pas une histoire, de constater sur quelles fragiles bases elle repose pour beaucoup de points; et de quelle date récente sont les points enfin un peu éclairés; et si l'objet tout pratique de ce cours ne me permet pas de m'étendre sur cette matière autant que je le voudrais, du moins vous en dirai-je assez pour exciter quelquefois votre surprise et éveiller votre attention.

Il faut, avant tout, rappeler en peu de mots la disposition des parties que traverse la hernie. Entre l'épine iliaque et l'épine pubienne, l'os iliaque est creusé d'une large échancrure convertie en une large ouverture par le ligament de Poupart. Cette ouverture est d'abord réduite de moitié, à l'état frais, par les muscles psoas et iliaque, qui occupent tout l'espace qui est en dehors de l'éminence iléo-pectinée; ils sont recouverts par l'aponévrose iliaque, qui, s'étendant du ligament de Poupart à l'éminence indiquée, forme ainsi la paroi externe de l'ouverture restante. Celle-ci est encore rétrécie en dedans par le ligament de Gimbernat; en sorte que, tout bien considéré, il reste, pour ce qu'on appelle l'anneau crural, un orifice d'environ un pouce et demi de largeur, sur une hauteur moitié moindre. Cet anneau est traversé en dehors par l'artère et la veine crurale; il est bouché en dedans par un ganglion lymphatique et une lame celluleuse appelée *septum crural*.

La hernie crurale traverse cet anneau; mais, de nos jours même, on n'est pas d'accord sur le trajet qu'elle parcourt ensuite. Les uns veulent qu'il n'y ait qu'un simple anneau, et qu'après l'avoir franchi la hernie se trouve sous la peau; les autres, Scarpa en tête, admettent un canal, mais qui serait si court, qu'en vérité il n'en mériterait pas le nom; et, dans cette opinion, l'orifice inférieur du canal serait constitué par la fosse ovale. Enfin, Hemlboch, sir A. Cooper et M. J. Cloquet, ont démontré que cette prétendue fosse ovale n'offrait une ouverture que parce qu'on l'avait faite avec le scalpel; qu'elle était bouchée dans l'état normal par un feuillet de l'aponévrose *fascia lata*, feuillet mince, à la vérité, et criblé de petits trous, d'où lui venait le nom de *fascia cribriforme*, et qu'ainsi le canal crural s'étend jusqu'à l'endroit où la veine saphène externe pénètre sous ce fascia cribriforme pour se jeter dans la veine crurale.

J'ai dû rappeler rapidement ces choses, parce qu'elles ne sont ni généralement connues, ni généralement admises, et que cependant ceux qui les ignorent ou les méconnaissent ne sauraient ni comprendre, ni expliquer la marche, les phénomènes et les variétés de la hernie crurale.

Mais une fois ces données anatomiques bien établies, l'histoire de cette hernie va devenir aussi claire pour vous que celle de la hernie inguinale. Ainsi, d'abord les viscères dépriment ou écartent le septum crural; c'est *la pointe* ou le premier degré, dans lequel la hernie est pour ainsi dire encore sous l'anneau; je vous en ai montré des exemples; mais, d'ailleurs, je reviendrai tout à l'heure sur son diagnostic. Dans un degré plus avancé, la hernie se loge dans le canal dont elle repousse en avant la paroi antérieure; ce degré répond presque absolument à la hernie inguinale interstitielle, et pour la distinguer des autres, sans inventer de mots nouveaux, je l'appelle *hernie crurale interstitielle*. Enfin la hernie sort du canal, et peut être appelé alors *hernie complète*; mais elle ne sort pas toujours par le même endroit, et de là des variétés fort importantes. En général, elle se fait jour par un trou du fascia cribriforme voisin du ligament de Poupart, immédiatement au-dessous du repli falciforme de la prétendue fosse ovale. D'autres fois elle parcourt tout le canal, et émerge par l'orifice de la veine saphène. D'autres fois enfin, après avoir dilaté le canal, elle sort à la fois par plusieurs trous du fascia cribriforme; et Hesselbach a disséqué un cas de ce genre jusqu'à présent unique, dans lequel la hernie émergeait par cinq trous à la fois.

Voilà une idée nette et précise des principaux degrés et des principales variétés de la hernie crurale, autant qu'on peut les saisir sur le vivant; jetons donc un coup d'œil en arrière, pour voir comment cette hernie a été comprise au dix-huitième siècle.

Et d'abord, Messieurs, qu'attendriez-vous de chirurgiens qui non-seulement ne connaissaient pas le canal, mais qui n'avaient même que les idées les plus erronées de la structure de l'anneau crural? Pour ce qui regarde le côté interne de cet anneau, formé par le ligament de Gimbernat, ce n'est qu'en 1793 que Gimbernat fit connaître ce ligament; et quand Scarpa publia son premier mémoire sur la hernie crurale, il en ignorait encore l'existence. Basseul, en 1734, ayant fait des autopsies de sujets atteints de hernies crurales, prétendait avoir presque toujours trouvé le sac herniaire dans l'angle que forme le ligament de Poupart avec le pubis. En vertu de cette opinion assez générale, Heister recommandait dans le taxis de pousser la hernie du côté de la ligne blanche. Le côté externe de l'anneau n'était guère mieux connu; Percival Pott écrivait que tout l'espace compris entre le ligament de Poupart et l'os iliaque était rempli par du tissu cellulaire, de la graisse et des glandes, et comme conséquence très logique, il professait que l'étranglement était bien plus rare dans cette hernie que dans la hernie inguinale. Le siége même de la hernie était assigné au hasard, et le plus souvent au rebour de la réalité; Richter, qui fut un temps l'oracle de la chirurgie herniaire, la fait sortir d'ordinaire par l'angle interne, et quelquefois en dehors de l'artère fémorale, c'est-à-dire précisément dans les deux points où elle n'a peut-être jamais été observée. Du reste, il regardait comme une de ses variétés la hernie inguinale encore enfermée dans le canal; et c'était là aussi une opinion professée par plusieurs chirurgiens célèbres. Et pour clore cette triste énumération, Sabatier faisait sortir la hernie au-devant des muscles psoas et iliaque et des vaisseaux cruraux.

Lorsque les chefs et les maîtres de la chirurgie s'égaraient de cette façon, est-il étonnant que les bandagistes aient commis tant d'erreurs du diagnostic, et comprenez-vous maintenant pourquoi ils trouvaient si peu de hernies inguinales chez les femmes? Ajoutez que la séméiologie était fort mal traitée et ne pouvait l'être mieux; et il faut arriver en quelque sorte jusqu'à notre époque pour trouver quelques tentatives touchant le diagnostic différentiel de la hernie crurale et de la hernie inguinale. Sabatier même n'en dit pas un seul mot, et voici comment cette lacune a été réparée dans l'édition faite sous les yeux de Dupuytren.

D'abord il déclare que ce diagnostic est assez facile. Quels sont cependant les signes caractéristiques? La hernie crurale est moins volumineuse que l'inguinale; elle est arrondie et globuleuse; au lieu de se porter vers le scrotum ou la grande lèvre, elle reste au pli de l'aine; si elle prend une forme ovalaire, c'est dans le sens de ce pli; enfin, son pédicule est plus profond que celui de la hernie inguinale. J'extrais ceci de la dernière édition, à la date de 1832.

Il semble, en vérité, que Dupuytren n'ait cru avoir à distinguer la hernie crurale que de l'inguinale au troisième ou au quatrième degré; et alors, en vérité, il ne fallait pas dire que le diagnostic est assez facile; mais qu'il était presque impossible de tomber dans l'erreur. Encore a-t-on oublié cependant le meilleur moyen, qui consiste à refouler avec le doigt la peau du scrotum ou de la grande lèvre, et à chercher l'anneau inguinal, car s'il est libre et ouvert, évidemment il n'y a pas de hernie inguinale qui le traverse. Mais, ainsi que vous avez pu voir, ce n'est pas là que gît la difficulté, et il s'agit surtout de distinguer les hernies crurales des inguinales interstitielles.

Sir A. Cooper a essayé d'établir ce diagnostic, et il a donné les deux caractères suivans:

1° Dans la hernie inguinale le collet est situé *au-dessus* de l'épine du pubis, tandis que dans la hernie crurale il est *au-dessous et en dehors*;

2° Si, dans la hernie crurale, on tire le sac en bas, on peut reconnaître au-devant de ce collet le trajet de l'arcade crurale.

Vous remarquez d'abord que le deuxième caractère n'est applicable que quand le sac herniaire est mis à nu par l'opération; il ne reste donc que le premier. Or, nous avons eu de nombreuses occasions de vous montrer sur nos hernieux combien peu ce caractère mérite de confiance. Vous avez vu que fréquemment le collet de la hernie inguinale, appuyant sur le pilier inférieur affaibli, éraillé, se trouve au-dessous de l'épine pubienne; c'est dans ces cas que le doigt appuyant sur la partie inférieure de l'anneau, arrive jusqu'au pubis sans trouver de saillie tendineuse intermédiaire, et que l'anneau semble devenu osséo-fibreux. Qu'est-ce que c'est donc maintenant que cette double circonstance attribuée au collet de la hernie crurale, située *au-dessous et en dehors* de l'épine pubienne? Cela veut-il dire que le collet de la hernie inguinale est situé en dedans de l'épine? Mais, le plus ordinairement il est simplement au-dessus, inclinant plutôt en dehors qu'en dedans, et dans un très grand nombre de cas il est tout à fait en dehors. Ainsi ce dernier moyen de diagnostic nous échappe, et puis d'ailleurs il semble encore que sir A. Cooper ait oublié les hernies inguinales interstitielles qui sont toujours en dehors de l'épine du pubis.

M. Amussat, si je ne me trompe, a pensé trouver un meilleur guide dans la précaution suivante; il reconnaît d'une part l'épine pubienne, de l'autre l'épine iliaque antéro-supérieure; en supposant une ligne droite étendue de l'une à l'autre, toute hernie située au-dessus de la ligne sera inguinale, et au-dessus crurale.

Mais combien de fois devant-vous n'ai-je pas figuré cette ligne, en vous montrant en dessous d'elles des hernies inguinales interstitielles ou autres? C'est qu'en effet le ligament de Poupart ne décrit pas toujours une ligne droite; il est affaissé, déprimé par la hernie, ou par toute autre cause, et spécialement par les nombreuses grossesses; et la ligne droite figurée à sa place est plus propre à augmenter le nombre des erreurs de diagnostic qu'à les diminuer.

Enfin, M. Nivet, avant de commencer ses recherches sur les femmes de la Salpêtrière, a senti le besoin de donner une base solide à ses opérations, et avant tout d'assurer son diagnostic. Voici le moyen auquel il s'est fié: *Chercher avec le doigt indicateur l'épine du pubis, et remonter de là vers l'épine iliaque en suivant toujours le ligament de Fallope.* Toute hernie située au-dessus du ligament sera inguinale, et au dessous, crurale.

Certes, il n'y a rien à objecter à ce moyen, sinon la difficulté de la mettre en pratique. Mais si le ligament est lâche et flasque, ce qui arrive surtout chez les femmes multipares, comment ferez-vous pour le suivre? Ne risquerez-vous pas de prendre pour lui le pilier supérieur, toujours plus tendre? ou si vous évitez cette erreur, ne resterez-vous pas sans guide, cherchant ce guide qui se dérobe à vos doigts? Aussi M. Nivet ajoute-t-il à ce premier moyen un autre, et l'un des plus mauvais de tous: il s'assure que l'anneau inguinal est libre. Mais, bon Dieu! il est toujours libre dans la hernie inguinale purement interstitielle! Du reste, M. Nivet a reconnu lui-même que son moyen était infidèle dans quelques cas, et il est des hernies dont il n'a pas osé fixer la nature. Je suis loin de l'en blâmer, et je ne prétends pas moi-même que le diagnostic soit toujours facile; mais je crains qu'il ne se soit trompé plus souvent qu'il ne l'avait espéré.

Ce sont là, Messieurs, tous les moyens indiqués jusqu'à nos jours, et les seuls qui fussent en mon pouvoir lorsque je commençai mes recherches sur les hernies. Je n'en excepte pas même celui de M. Nivet, bien qu'il n'ait été publié que plus tard; je pense que dans tous les cas un peu difficiles, il a dû venir à l'idée de tout chirurgien un peu instruit, et je l'avais essayé pour ma part; mais j'y avais renoncé à cause des cas nombreux où il m'était impossible de retrouver dans toute son étendue cette saillie du ligament de Poupart.

Voici maintenant, Messieurs, les moyens de diagnostic auxquels je me suis arrêté dès 1836, et qui, je l'espère, sont de nature à échapper à toutes les objections.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES HERNIES CRURALES ET INGUINALES.

Supposons d'ailleurs l'un des cas les plus difficiles. Il y a une tumeur vers le milieu du pli de l'aine, cependant un peu plus rapprochée du pubis; cette tumeur a tous les caractères d'une hernie; elle fait saillie quand le sujet tousse; elle rentre par la pression, et sa rentrée est si subite qu'on ne peut distinguer le point par lequel elle est rentrée; de même elle ressort si brusquement qu'on ne peut suivre son trajet. L'anneau inguinal externe est libre, mais il semble être dans la direction de la hernie; si l'on tire une ligne droite de l'épine pubienne à l'épine iliaque, la tumeur est en dessous, ou bien encore cette ligne coupe la tumeur par la moitié; si l'on veut suivre le ligament de Poupart à partir de l'épine pubienne, il est flasque, difficile à sentir, et paraît au surplus se porter vers le milieu de la tumeur, au niveau de laquelle il est absolument impossible de le sentir. C'est bien là, si je ne me trompe, un cas qui défie tous les moyens indiqués jusqu'à présent.

Vous ferez rentrer la hernie; vous reconnaîtrez avec l'indicateur droit les battemens de l'artère crurale et, appliquant la pulpe du doigt au côté interne de cette artère, vous appuierez jusqu'à ce que vous sentiez le pubis. Quelquefois, chez les sujets maigres, du même coup vous sentirez l'anneau crural ouvert, circonscrit en avant par un ligament tendu (le ligament de Poupart) en arrière par le pubis, en dehors par l'artère crurale dont vous sentez les battemens contre la partie latérale de votre doigt; dès-lors il n'est pas nécessaire d'aller plus loin; jamais, à l'état normal, le doigt ne peut ainsi pénétrer dans l'anneau crural. Mais, supposez un sujet gras, une hernie petite, et l'anneau trop profond et trop étroit pour admettre ainsi le doigt, vous appuyez sur le pubis, en sentant battre l'artère au côté externe, et vous faites tousser le malade. Si le doigt est repoussé et que la hernie ne fasse cependant pas saillie à l'extérieur, c'est une hernie crurale; si le doigt n'est pas repoussé et que la hernie fasse saillie au-dessus, c'est une inguinale. Il arrive quelquefois que la hernie inguinale fait saillie au-dessus du doigt et en même temps lui communique une impulsion; il se pourrait alors de deux choses l'une, ou bien que la hernie fût inguinale et eût tellement distendu et éraillé la gouttière du canal inguinal dont le ligament de Poupart fait partie, que l'impulsion fût transmise au-dessous de ce ligament, ou bien que ce fût une hernie crurale qui aurait distendu et rejeté en avant le ligament de Poupart et une petite partie de l'aponévrose du grand oblique, et qui fît ainsi cette saillie au-dessus de l'anneau que vous interceptez. J'ai vu ces deux cas, et je ne suppose rien qui ne soit en réalité. Alors, tandis que l'indicateur droit bouche l'anneau crural, placer en travers à trois lignes au-dessus le pouce de la main gauche, et faites tousser le malade en retirant lentement l'indicateur. Si c'est une hernie inguinale, elle sera maintenue et rien ne sortira; si c'est une crurale, elle sortira comme à l'ordinaire, et le diagnostic sera complet.

En un mot, le diagnostic différentiel de ces deux hernies ne pouvait se tirer que de deux choses: de la structure différente des anneaux et de leur position différente.

Quant à la structure, dès que le doigt introduit dans un anneau reconnaît exactement l'os pubis en bas, le ligament de Poupart en haut, et sent battre l'artère à son côté externe, il est sûr d'être dans l'anneau crural.

Quant à la position, l'anneau inguinal interne est toujours à quelques lignes au-dessus du ligament de Poupart, l'anneau crural toujours au-dessous.

Mais alors, direz-vous, que devient donc cette difficulté mise en avant tout à l'heure de sentir le ligament de Pou-

part quand il est flasque et relâché? Faites attention à une chose : si vous cherchez ce ligament éraillé en arrière, il se déprime sous vos doigts et va se confondre avec les parties plus profondes où la saillie se perd absolument. Mais en le cherchant de dedans en dehors avec le doigt introduit dans l'anneau crural, supposez-le aussi flasque que possible, nous le soulevons du côté de la peau, nous arrivons à le tendre autant que nous voulons, et nous rendons la saillie plus manifeste même que dans l'état normal.

Vous m'objecterez encore : Mais il y a des cas où l'anneau inguinal externe est tellement éraillé que le doigt qui y plonge peut arriver jusqu'à l'artère iliaque externe dont on sent alors les battemens au côté externe; d'une autre part, le ligament de Poupart affaissé laisse le doigt arriver jusque sur le pubis; et enfin, en reportant la pulpe du doigt en haut, elle est arrêtée par le pilier supérieur qui donne la même sensation que le ligament de Poupart; et l'on a ainsi les trois caractères réunis assignés à l'anneau crural.

Cela est vrai, mais jusqu'à un certain point seulement. D'abord tout cela n'arrive que dans les cas de hernie volumineuse, devenue scrotale chez l'homme, ou labiale chez la femme; et il n'y a alors aucune difficulté de diagnostic. Mais si pourtant, dans un cas exceptionnel, une hernie inguinale passant à travers les anneaux ainsi éraillés, faisait saillie au pli de l'aine, vous sauriez que l'anneau inguinal externe se reconnaît toujours à deux caractères indélébiles : 1° à sa partie interne on sent l'épine pubienne; 2 à sa partie la plus externe, le doigt ne peut plus atteindre le pubis, et sent toujours le ligament de Poupart. Ce n'est en effet que près de l'épine pubienne, où il est plus rapproché de l'os, qu'il peut s'affaisser jusqu'à laisser disparaître sa saillie, et laisser le doigt arriver sur le pubis; mais vers le milieu de l'arcade, il en est trop éloigné; et bien que j'aie vu deux ou trois cas de hernie inguinale où l'éraillement des anneaux permettait l'entrée de quatre doigts de front, même alors le ligament de Poupart se reconnaissait facilement à la partie la plus externe de cette large brèche; et c'est à peine si l'on conçoit la possibilité qu'il en soit autrement.

Mais encore, dira quelqu'un, si la hernie est irréductible? Le cas est plus difficile. Je n'ai vu qu'un seul exemple de ce genre dans lequel la hernie étant irréductible, les caractères fussent tels d'ailleurs que je les ai indiqués, et la confusion véritablement possible. C'était sur un cadavre; j'essayai de porter l'indicateur par dessous la hernie jusqu'à son origine, et j'arrivai ainsi directement sur le pubis, à peu près vers le milieu de l'espace compris entre l'épine iliaque et l'épine pubienne. Je diagnostiquai une hernie crurale, et l'autopsie me donna raison.

Enfin, il est des cas plus difficiles encore, où la hernie crurale se fesant jour à travers quelque pertuis étroit du *fascia cribriforme*, s'étrangle là et ne permet pas au doigt d'arriver jusqu'au pubis. Alors je conçois que l'on puisse quelquefois se trouver embarrassé, et cependant il est des signes auxquels, du moins dans la grande majorité des cas, vous pourrez reconnaître, presque au premier coup-d'œil, une hernie crurale. Mais ces signes se tirent de l'étude spéciale de chacune des variétés de cette hernie, et le temps ne nous permet pas d'aborder ce sujet aujourd'hui. Il fallait avant tout bien établir les bases sur lesquelles nous édifierons l'histoire de ces hernies; nous assurer, puisque nous devions les étudier sur le vivant, que nous étions capables de les reconnaître; car si dans les observations que j'aurai à analyser pour étudier les causes, les symptômes et le reste, le diagnostic était resté douteux, quel fonds auriez-vous pu faire sur les déductions qu'on en aurait tirées? Maintenant, au contraire, notre point de départ est bien assuré, nous pourrons marcher avec confiance et sans être à chaque pas arrêtés par les discussions dans lesquelles nous sommes entrés aujourd'hui.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 1er septembre.

M. Gauthier de Claubry fait un rapport peu favorable sur un mémoire manuscrit adressé par un médecin de Vérone, relatif à une prétendue nouvelle théorie médicale. (Archives.)

M. le docteur Lachaise a lu un mémoire ayant pour titre : « De l'influence de l'entassement de la population sur la mortalité des grandes villes, prouvée par les registres mortuaires de Paris de 1820 à 1840. » Ce mémoire, qui fait suite aux nombreuses recherches que M. Lachaise a déjà publiées sur la statistique médicale de Paris, est destiné à prouver que si les probabilités de vie, pour l'habitant de Paris, n'augmente pas en raison des changemens qui s'opèrent journellement dans cette ville, et qui sembleraient devoir en faire un lieu des plus salubres, c'est que la population s'y agglomère dans certains quartiers d'une manière évidemment disproportionnée avec le nombre des habitations et la surface du terrain qu'elles occupent. Le fait le plus saillant qui en ressort, c'est que l'habitant de Paris a presqu'un quart de moins de chances de vie que l'habitant de la France en général.

Nous nous bornons à ce simple énoncé, le mémoire devant être inséré en tout ou en extrait dans un de nos prochains numéros. (MM. Villermé et Gauthier de Claubry commissaires.)

M. Maslieurat, élève des hôpitaux, lit un mémoire sur un cas de chute d'un noyau de cerise dans le larynx et expulsé par les seules forces de l'organisme quelques mois après; la malade guérit. L'auteur se livre à des considérations sur ce sujet et rappelle quelques faits analogues au sien, entre autres celui que Louis a reproduit dans son mémoire, concernant un moine qui, se promenant dans le jardin de son couvent, ne put résister au désir d'avaler une cerise qui pendait à une branche à la portée de sa main; il abaissa la branche, approcha la bouche de la cerise, et l'avala sur place en disséquant simplement le parenchyme avec les dents et en laissant le noyau attaché à son pédicule. Comme cependant la cloche du couvent l'appelait à son devoir, il voulut se dépêcher, et, dans sa précipitation, il aspira le noyau qui passa dans le larynx. De là des symptômes de suffocation, etc. Une année après, il rendit spontanément le corps étranger, mais il mourut peu de temps après des suites de l'altération pulmonaire. M. Maslieurat conseille l'usage des sternutatoires, en attendant qu'on se décide pour l'opération. (MM. Bérard et Gimelle commissaires.)

— *M. Gibert* lit quelques extraits d'un long mémoire sur les syphilides. L'auteur combat plusieurs idées de M. Ricord, et se déclare partisan dévoué du mercure d'après la méthode de Scattigna. Ce métal est pour lui le spécifique souverain de la syphilis, et il cite un grand nombre de faits à l'appui de sa manière de voir. On a tort, selon lui, d'avancer que la blennorrhagie ne donne la vérole que dans le seul cas où elle est compliquée d'un chancre dans le canal. Il indique enfin les différentes formes des syphilides qu'il a décrites dans son travail. L'Académie a écouté cette lecture avec beaucoup d'intérêt. (Commissaires : MM. Jolly, Emery, Delens, Lagneau.)

— *M. Leroy-d'Etiolles* lit un travail intitulé : De l'ovarite aiguë, et montre à la fin un instrument pour former la pupille artificielle.

— *M. Casimir Broussais* présente une pièce intéressante d'anatomie pathologique. C'est un cerveau dont la surface convexe du lobe antérieur droit offrait une suppuration très étendue. Le malade avait présenté durant la vie des symptômes anomaux que M. C. Broussais a exposés avec détail et lucidité.

— *M. Jobert* présente un malade qu'il a guéri d'une fracture non réunie, à l'aide d'un séton qu'il a laissé entre les fragmens pendant huit jours seulement. M. Jobert s'est assuré que les insuccès qu'on avait eus dans l'emploi de cette méthode tenaient au trop long séjour du séton entre les fragmens, ce qui déterminait la formation d'un trajet fistuleux doublé de fausse membrane, laquelle s'opposait à la réunion. Nous avons examiné le malade de M. Jobert, il est dans un état très satisfaisant. La fracture datait d'un mois et demi, la guérison de deux mois environ.

Séance levée à cinq heures.

M. Soudan, chirurgien principal, est nommé chirurgien en chef de l'armée à Alger, en remplacement de M. Guyon, appelé à d'autres fonctions.

— La distribution des prix et diplômes aux élèves de l'Ecole royale vétérinaire d'Alfort a eu lieu hier, 30 août, à une heure et demie, sous la présidence de M. Billault, sous-secrétaire d'état au ministère du commerce et de l'agriculture. Un grand concours de personnes, parmi lesquelles on remarquait la plupart des vétérinaires de Paris et de la banlieue, ainsi que les principaux agriculteurs des environs, assistait à cette brillante solennité. M. Billault a ouvert la séance par un discours sur les progrès, les avantages et la belle direction des études à cette école. Après ce discours, qui a été unanimement applaudi, M. Rodet, professeur, a pris la parole et a rappelé tous les services rendus à l'agriculture, surtout à l'élève et à la multiplication des bestiaux en général par les vétérinaires.

Ensuite, M. Bouley, professeur adjoint, a donné lecture du compte-rendu de tous les travaux de l'école pendant l'année scolaire 1839-1840. Ce n'est pas sans un vif intérêt que l'assemblée a écouté l'examen de ce compte-rendu, dans lequel M. Renault, professeur et directeur de l'école, a fait connaître tous les résultats des intéressantes et curieuses expériences qui ont été faites sur la contagion de la rage, de la morve et des maladies du même genre.

M. Lassaigne a procédé à l'appel nominal de la distribution des prix et des diplômes aux élèves ci-après, qui sont venus tour à tour, et aux acclamations générales, recevoir la récompense de leurs travaux, justement méritée :

Première année. — 1er prix : M. L.-P. Dumesnil (du Calvados); 2e prix : M. C.-C. Baillet (de Seine-et-Oise).

1er accessit : M. J.-J. Vogell (du Gard); 2e accessit : M. P. Henn (de la Meuse).

2e année. — 1er prix : M. E. Clément (de l'Yonne); 2e prix : MM. M.-A. Hugot (de l'Yonne) et A.-M. Hamon (des Côtes-du-Nord).

1er accessit : M. J. A. Lamarre (de Seine-et-Oise); 2e accessit : MM. H.-J. Anginiard (de l'Aisne) et L.-A. Mallard (de la Manche).

3e année. — 1er prix : MM. P.-L. Mitaut (de la Côte-d'Or) et C.-A. Point (de la Manche); 2e prix : MM. F. Léger (de la Sarthe) et L.-S. Person (de la Marne).

1er accessit : MM. J.-B. Lignée (de la Haute-Marne); 2e accessit : MM. C.-E. Canot (de la Charente-Inférieure) et C. Stef (de la Moselle).

4e année. — 1er prix : M. H.-A. Bardin (de la Marne); 2e prix : M. A.-E. Valtat (de la Seine).

1er accessit : M. S.-Z. Gasté (de Seine-et-Marne); 2e accessit : MM. L.-P.-M. Moisant (d'Eur-et-Loir) et C.-S.-X. Petieau (de Loir-et-Cher).

Enfin quarante-sept diplômes de vétérinaires, ont été remis à autant d'élèves sortans.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1840. (15e ANNÉE.) N° 106, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger. 1 an, 5fr.

Depuis le jeudi, 3 septembre, les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

(M. Guillot, par intérim.)

Purpura hemorrhagica.

Au n° 22 de la salle Sainte-Martine, est couchée une femme âgée de vingt-cinq ans, profession d'ouvrière chapelière. Elle est à Paris depuis cinq ans; elle a toujours été bien portante jusqu'il y a trois ans, époque où elle a été traitée pour une affection de poitrine dont elle ne précise pas bien la nature. Depuis deux ans elle a cessé d'être réglée, mais elle a eu de temps à autre plusieurs épistaxis abondantes, dont trois dans les six mois qui ont précédé l'invasion de la maladie dont elle est atteinte actuellement.

A son entrée à l'hôpital, il y a dix jours, elle dit qu'elle gardait le lit depuis six semaines environ; que pendant cet espace de temps, les épistaxis se renouvelaient à des intervalles très rapprochés, et l'avaient réduite à un degré de faiblesse extrême; et qu'à la suite d'une de ces hémorrhagies, elle était restée quatre jours sans connaissance. Le jour de son entrée à l'hôpital, toute la surface du corps était couverte de macules d'un rouge vif, ne disparaissant pas sous la pression du doigt; ces taches étaient plus nombreuses aux bras et au tronc qu'aux extrémités inférieures. La prostration des forces était extrême; la malade accusait des douleurs très vives au dos, aux lombes et dans les articulations; sa figure exprimait une grande anxiété; les lèvres étaient décolorées; le pouls petit, faible, irrégulier. Deux jours après, ces taches s'agrandirent, et prirent l'aspect de morsures de puces; céphalalgie intense; pas de toux; pas de dévoiement; il y a un bruit de souffle très manifeste au cœur, ainsi qu'aux artères carotides.

Le 24 août, les taches sont devenues des plaques rouge-violettes, très larges, irrégulières, qui couvrent tout le corps; elles proéminent sur la peau. L'œdème a envahi le tissu cellulaire de toutes les parties du corps; la face est énormément tuméfiée; les yeux sont fermés. La malade éprouve aux dos et aux articulations, des douleurs tellement vives, qu'elle pousse des cris. Il n'y a pas de sérosité dans les cavités; point de complication du côté des organes thoraciques.

On voit que cette affection a suivi une marche aiguë. M. Guillot, se conformant aux règles les plus généralement tracées pour le traitement du purpura, mit la malade à un régime tonique dès son entrée à l'hôpital.

Le premier jour, il prescrivit la décoction de quinquina, une demi-tasse de café, le vin de Bagnolles (125 grammes), et les pilules d'iodure de fer (6 par jour d'un décigramme chacune). Cette médication fut continuée pendant trois jours, et sous son influence, les symptômes ne faisant que s'aggraver, on se vit forcé d'y renoncer. M. Guillot eut l'idée un moment de pratiquer une saignée, se fondant sur les cas nombreux de succès cités par quelques auteurs anglais, à la suite de la phlébotomie; mais en réfléchissant à la prostration extrême des forces de la malade, il a reculé devant le danger qui pourrait résulter d'une perte de sang. Dès le commencement du traitement, on avait ordonné des fomentations vinaigrées sur toute la surface du corps, ainsi que des applications de coton laudanisé sur les articulations douloureuses. La limonade sulfurique avait aussi été administrée dès le début; mais, malgré tous ces moyens, le mal faisait des progrès alarmans. Ce fut alors que M. Guillot eut recours à l'acide citrique, et le premier jour (le 25) la malade avala le jus de six citrons.

A partir de ce jour, les symptômes ont commencé à perdre de leur intensité; l'œdème est sensiblement diminué; les plaques ont pâli, et sont devenues moins saillantes; les douleurs sont moins vives, et dans la nuit du 27 au 28, la malade a eu quelques heures de sommeil.

Le 28, à la visite du matin, on a trouvé un léger épanchement dans la cavité pleurale gauche; mais tout fait espérer que la résorption de cette petite quantité de sérosité ne tardera pas à s'opérer, et que la maladie se terminera d'une manière favorable.

Réflexions. En lisant ce qu'on a écrit jusqu'ici sur le *purpura hæmorrhagica*, on peut facilement se convaincre qu'il n'existe aucune règle qui puisse guider le praticien dans le traitement de cette maladie. Willan et Bateman en Angleterre, et M. Rayer en France, ont fourni les meilleurs renseignemens sur le purpura, mais nous cherchons en vain, dans ces auteurs, des indications thérapeutiques précises; et, en effet, il n'en pouvait être autrement, car les causes du *purpura hæmorrhagica*, ainsi que le mode de formation des pétéchies et des ecchymoses, sont inconnus. L'existence de ces ecchymoses est d'autant plus extraordinaire, qu'on n'a pas encore, que nous sachions, constaté aucune lésion des vaisseaux sanguins, ni aucun obstacle au cours du sang. Quant au sang lui-même, il a été analysé à plusieurs reprises, sans qu'on ait obtenu de résultats satisfaisans. Bateman dit que le sang d'un capitaine de vaisseau, atteint de purpura, présentait une couenne qui avait au moins un pouce d'épaisseur, plus ferme que la couenne des rhumatisans ou des pneumoniques. Le caillot était petit, mou, et d'une couleur noirâtre; le sérum très abondant. Les mêmes apparences, quoique d'une moindre intensité, ont été observées par M. Rayer, chez les malades atteints de purpura *avec fièvre*. Se fondant sur cet état du sang, plusieurs praticiens anglais ont préconisé la saignée. Le docteur Parry a publié, en 1823, dans les Observations pathologiques de Dublin, un mémoire sur son utilité; mais nous pensons qu'il a porté trop loin les éloges de cette médication, car il est évident qu'il ne faut y avoir recours qu'autant que la fièvre est forte, le pouls plein et résistant, et qu'il existe quelque congestion vers les viscères; qu'en un mot, l'affection est accompagnée d'une action inflammatoire, et constitue ce que le docteur Stoker appelle le *purpura dynamique*.

Le docteur Bateman recommande l'usage des purgatifs dans toutes les variétés du purpura, et presque tous les auteurs s'accordent à louer l'action des acides végétaux et minéraux. Nous avons une preuve, chez la malade qui fait le sujet de ces réflexions, des vertus de l'acide citrique. Depuis long-temps on a regardé cet acide comme exerçant une action presque spécifique dans le traitement du scorbut, maladie qui offre la plus grande analogie avec le purpura, et sous le rapport pathologique et thérapeutique; car ne voyons-nous, pas dans ces deux affections, des pétéchies, des ecchymoses, du gonflement œdémateux, des hémorrhagies des diverses membranes muqueuses, etc., etc.?

Le docteur Baird, dans un rapport fort intéressant, qu'il fit à la Chambre des communes, en Angleterre, cita des effets vraiment merveilleux qu'il avait obtenus par l'emploi de l'acide citrique dans le traitement du scorbut. Nous ne pouvons nous dispenser d'en extraire un passage qui est tout de circonstance ici; car nous sommes convaincus que le scorbut et le purpura présentent fort souvent, le plus généralement même, des indications thérapeutiques identiques:

« Peu après notre départ, dit le docteur Baird, le scorbut parut; pas un vaisseau de la flotte dont l'équipage n'en fût atteint. Dans ce moment là nous n'avions à bord, en fait d'alimens, que de la viande salée. Ce fut en 1801. La flotte anglaise, qui bloquait le port de Brest, consistait en vingt-quatre vaisseaux, dont dix ou douze étaient des vaisseaux de ligne et contenaient chacun, terme moyen, environ sept cents hommes d'équipage. Le nombre des scorbutiques était immense, les médicamens manquaient; il n'y avait point de légumes, et la viande salée, dans les circonstances actuelles, était un véritable poison. »

Dans cet état de choses, le docteur Baird dépêcha un bâtiment en Angleterre, qui rejoignit bientôt la flotte, chargé d'une cargaison de citrons. On donna l'acide en quantités très considérables, mêlé d'eau sucrée, aux malades. Ici il faut remarquer qu'on peut parfaitement apprécier l'action du médicament, attendu que le jus de citron était le seul moyen curatif qu'on employât. Au bout de six à sept semaines, la maladie avait entièrement disparu. Lorsque la flotte rentra à Yor-Bay, sur seize mille hommes, il n'y avait que quinze individus malades, et de ce nombre, quatre seulement étaient atteints de scorbut.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Résumé général de la clinique pendant le mois d'août 1840.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Les malades qui, entrés antérieurement au 1er août, sont encore à l'hôpital à cette époque, sont au nombre de 32; dont 11 cas aigus et 21 chroniques ou sub-aigus.

Première section. Cas chroniques ou sub-aigus, au nombre de 2.

Hémorrhagie cérébrale. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 23, encore à l'hôpital. *Ibid.*, 15, encore à l'hôpital. Salle Ste-Madeleine, 9, encore à l'hôpital.

Affections organiques du cœur et de l'aorte. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 12, encore dans les salles. *Ibid.*, 17, sorti le 12 août. *Ibid.*, 18, sorti le 10 août.

Phthisie pulmonaire. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 21, sorti le 26 août. Salle Sainte-Madeleine, 1.

Bronchite chronique. Salle Sainte-Madeleine, 10.

Pleurésie chronique. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1.

Chlorose. Salle Sainte-Madeleine, 10 bis; sorti le 14 août. *Ibid.*, 4; sortie le 10 août.

Douleurs rhumatismales. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 9; sorti le 17 août. Salle Sainte-Madeleine, 11; sortie le 10 août. *Ibid.*, 13; sortie le 10 août. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7; sorti 8 août.

Cystite chronique. Salle Sainte-Madeleine, 5.

Squirrhe de l'épiploon. Salle Sainte-Madeleine, 14.

Névralgie sciatique. Salle Saint-Jean-de-Dieu; sorti le 11 août.

Embarras gastrique. Salle Sainte-Madeleine, 8.

Hémorrhoïdes. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 5.

Deuxième section. Cas aigus, au nombre de 9.

Rhumatisme articulaire aigu, 5 cas.

Salle Saint-de-Dieu, 10; encore à l'hôpital. *Ibid.*, 16; encore à l'hôpital. *Ibid.*, 8; sorti le 7 août. *Ibid.*, 3; sorti le 15 août. *Ibid.*, 6, sorti le 16 août.

Entéro-mésentérite typhoïde, 3 cas. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25; sorti le 29 août, *Ibid.*, 11; entré le 24 juillet, mort le 12 août. *Ibid.*, 4; sorti le 11 août.

Variole. Salle Sainte-Madeleine, 3; sortie le 17 août.

Bronchite aiguë. Salle Sainte-Madeleine, 6; sortie le 16 août.

Péritonite. Salle Sainte-Madeleine, 2; sortie le 4 août.

DEUXIÈME CATÉGORIE.

Malades entrés depuis le 1er jusqu'au 24 août, au nombre de 38.

Première section. Cas chroniques ou sub aigus, au nombre de 20:

Phthisie pulmonaire,	3
Bronchite,	2
Bronchorrhées,	1
Affections organiques du cœur,	1
Chlorose,	6
Courbature,	2
Fièvre intermittente,	1
Dysurie,	1
Orchite chronique,	1
Hypochondrie et mélancolie,	2
	20

Deuxième section. Cette section renferme 18 cas aigus:

Angine, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 9. Homme de dix-huit ans, malade depuis quatre jours. Saignée de 2 palettes et 20 sangsues au cou. Convalescence le troisième jour.

2° Salle Sainte-Madeleine, 4. Femme de vingt-un ans, malade depuis huit jours. Cas très léger. Pas d'émission sanguine. Sortie le 20 août.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Homme de vingt-deux ans, malade depuis quatre jours.

Chez ce sujet, la luette avait acquis le volume du petit doigt, et une plaque diphthéritique fort large couvrait l'amygdale droite. Malgré l'état anémique du sujet, une saignée de deux palettes et demie fut pratiquée, et trois applications de sangsues furent faites en quatre jours. Convalescence le sixième jour. Sorti le 18 août.

Bronchite simple aiguë, 1 cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 2. Homme de quarante-un ans, malade depuis sept jours. Le cas étant léger, on put se dispenser des émissions sanguines, et une emplâtre de poix stibiée suffit pour guérir la malade, qui sort le 22 août.

Bronchite avec engorgement pneumonique, 1 cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Homme de soixante ans, malade depuis un temps que l'on ne peut préciser. Trois saignées générales, une locale, dix palettes et demie (1310 grammes.) Mort le sixième jour, 24 août.

Ce malade était un sourd-muet duquel on ne put tirer aucun renseignement, ni sur son état antérieur, ni sur son état actuel.

Privé ainsi des moyens d'établir un diagnostic complet et positif, on ne put mettre la formule en usage dans toute son énergie; l'hésitation fut funeste et le malade succomba, terminaison que l'on n'eût sans doute pas eu à déplorer, si l'on se fût cru permis d'agir aussi vigoureusement que le réclamait l'intensité du cas.

Pleurésie, 1 cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 17. Homme de quarante ans, malade depuis trois jours. Trois saignées générales, deux locales dans l'espace de trois jours, deux vésicatoires; convalescence le douzième jour. Total des émissions sanguines, quinze palettes (1875 grammes).

Fièvre typhoïde, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7. Homme de 27 ans, malade depuis huit jours. Entéro-mésentérite typhoïde négligée, cas assez grave. Une saignée, une application de ventouses. Convalescence le cinquième jour. Total de sang retiré, six palettes et demie (820 grammes).

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Homme de vingt-huit ans, malade depuis quinze jours. Entéro-mésentérite typhoïde; forme inflammatoire bilieuse. Trois saignées

générales, deux locales dans l'espace de trois jours. Convalescence le cinquième jour. Total du sang retiré, quinze palettes (1875 grammes).

Ce malade, qui est sorti parfaitement guéri depuis longtemps, donna quelques inquiétudes le troisième jour de sa convalescence. Il avait eu quelques vomissemens, une fièvre assez violente le soir, et la religieuse de la salle crut qu'il avait eu une indigestion. Les mêmes phénemènes fébriles s'étant reproduits plusieurs jours de suite, ne laissèrent aucun doute sur l'existence d'une fièvre intermittente, qui fut bien vite enrayée par le sulfate de quinine.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13. Homme de vingt-six ans, malade depuis quinze jours. Entéro-mésentérite typhoïde, sous forme dite muqueuse. Quatre saignées, dont deux locales, douze palettes (1500 grammes). Convalescence le vingt-unième jour.

Fièvres éruptives, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Homme de vingt-six ans, malade depuis sept jours. Eruption rubéoliforme. Deux saignées, six palettes (750 grammes). Convalescence le troisième jour. Sorti le 9 août.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Homme de vingt-deux ans, entré malade depuis trois jours. Scarlatine, cas moyen. Une saignée. Convalescence le quatrième jour. Sorti le 19 août.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Homme de vingt-deux ans, malade depuis quatre jours. Scarlatine mêlée d'un peu de rougeole, avec angine diphthéritique. Deux saignées, 40 sangsues. Convalescence le quatrième jour.

Rhumatisme, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Homme de vingt ans, malade depuis deux jours. Rien au cœur. Quatre saignées en trois jours, dix palettes et demie (1310 grammes). Convalescence le sixième jour.

1° Salle Sainte-Madeleine, 3. Femme de vingt-trois ans, malade depuis deux mois, surtout depuis cinq jours. Rhumatisme articulaire aigu, borné au genou droit. Une saignée locale; vésicatoire, compression. Aujourd'hui la malade se trouve beaucoup mieux et peut faire exécuter des mouvemens à son genou, qui a sensiblement diminué de volume.

3° Salle Sainte-Madeleine, 2. Femme de dix-neuf ans, malade depuis quatre ou cinq jours. Une saignée locale (250 grammes). Convalescence le troisième jour.

Erysipèle, 2 cas.

1° Salle Sainte-Maleleine, 1. Femme de dix-sept ans, malade depuis deux jours. Une saignée. Convalescence le troisième jour. Sortie le 22 août.

2° Salle Sainte-Madeleine, 13. Femme de trente-cinq ans, malade depuis huit jours. Erysipèle du cuir chevelu, plaie contuse des tégumens du crâne; phénomènes cérébraux. Deux saignées. Mort le sixième jour.

Phlegmon iliaque.

Salle Sainte-Madeleine, 7. Femme âgée de vingt-trois ans, malade depuis quatre jours. Deux applications de ventouses, quatre palettes (500 grammes). Convalescence le dix-huitième jour. Sortie le 27 août.

Le résumé de ce mois nous donne donc 18 cas de maladies aiguës, réparties de la manière suivante :

Angine,	3 cas.
Bronchite,	1
Pneumonie,	1
Pleurésie,	1
Fièvre typhoïde (cas moyen),	1
— (cas assez grave),	2
Fièvres éruptives (cas moyens),	2
— (cas assez grave),	1
Rhumatisme (cas moyen),	1
— (cas mauvais),	2
Erysipèle (cas léger),	1
— (cas grave),	1
Phlegmon iliaque,	1
	18

Sur ces 18 cas, 2 morts; l'un, comme nous l'avons dit, est le sourd-muet affecté de pneumonie; l'autre est une femme entrée au neuvième jour d'un érysipèle facial, suite d'une plaie contuse des tégumens du crâne et qui ne put être traitée convenablement.

Dans un prochain numéro, nous donnerons un résumé général des cas qui se sont présentés pendant les cinq mois de clinique à la Charité, et nous pourrons comparer les résultats obtenus avec ceux publiés il y a trois ans dans la clinique médicale. A. F.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

(M. Michon, chargé du service par *interim*.)

PLUSIEURS CAS DE NÉCROSE A LA SUITE D'AMPUTATIONS.

Première observation. *Amputation de la cuisse. Cicatrisation prompte du moignon. La plaie se rouvre au bout de trois mois, et l'on constate alors une altération de l'os scié.*

Au n. 1er de la salle Sainte-Marthe, est couché un jeune homme qui a subi l'amputation de la cuisse, il y a quatre mois, et dont la plaie s'est complètement cicatrisée dans un espace de temps très court. Depuis un mois cette plaie s'est ouverte de nouveau, accident que le malade attribue à l'action d'un cuissard trop étroit dont il a fait usage. Nous ne croyons pas que telle soit la cause réelle qui a déterminé les accidens inflammatoires qui ont précédé l'ulcération de la cicatrice et la formation du trajet fistuleux qui existe aujourd'hui et qui, du centre du moignon se rend à l'extrémité de l'os scié. Quelque ait été le concours de cette cause externe, nous devons reconnaître qu'elle n'existe pas seule et qu'une autre cause, moins évidente d'abord a présidé aux désordres actuellement existans.

En effet, si on introduit un stylet dans le trajet fistuleux qui existe au centre du moignon, cet instrument pénètre à la profondeur de dix-huit lignes environ, et arrive au milieu de tissus fongueux jusqu'à l'os, qui est réellement le point de départ des altérations que nous venons de signaler.

Lorsque nous avons pris le service, on faisait tous les jours sur le moignon des lotions que nous avons fait cesser, et auxquelles nous avons fait succéder des pansemens avec de la charpie imbibée de chlorure; mais aucune amélioration évidente ne s'étant montrée à la suite de l'emploi de ce second moyen, nous avons éloigné de deux jours en deux jours le renouvellement du pansement, afin de ne point gêner la formation des bourgeons charnus. Cette pratique n'a pas non plus amené aucun changement en mieux; et aujourd'hui toute la cicatrice tend à s'ouvrir, et une rougeur érysipélateuse envahit tout le moignon.

Enfin, une nouvelle exploration faite ce matin, ne nous a plus permis de conserver aucun doute sur l'existence d'une nécrose de l'extrémité amputée du fémur.

Deuxième observation. *Amputation de la cuisse. Nécrose et gonflement de l'extrémité sciée du fémur.*

Avant d'aller plus loin relativement à ce que nous avons à dire de particulier sur le malade qui précède, nous devons rapprocher de lui celui qui est couché au n. 21 de la salle Sainte-Marthe, qui a également subi l'amputation de la cuisse, et qui se trouve aujourd'hui dans une position à plusieurs égards analogue à celle du malade couché au n. 1er.

Chez cet amputé, la cicatrisation de la plaie était achevée au quinzième jour. Une circonstance digne de remarque dans son histoire, c'est qu'il a toujours été sollicité par un appétit très prononcé et qu'il a été impossible de lui faire suivre le régime des amputés. Au demeurant, cet homme se plaint toujours de sa jambe amputée, et il est facile aujourd'hui de constater que l'os scié, qui occupe la partie centrale du moignon, a subi un certain degré de gonflement.

Nous reviendrons dans un instant sur ce malade.

Troisième observation. *Blessure près du poignet. Erysipèle phlegmoneux du membre. Amputation du bras. Décollement probable du périoste et nécrose de l'humérus.*

Au n. 18 de la salle Sainte-Marthe, est couché un garçon limonadier, qui a reçu une blessure près de l'articulation du poignet, blessure qui a d'abord donné lieu à des douleurs très intenses. Ces douleurs ont été suivies de près par un érysipèle phlegmoneux et par un gonflement du membre qui ont nécessité l'amputation du bras.

Ce malade se livre facilement à des écarts de régime; il a d'abord été assez souffrant, et pendant quelque temps notre pronostic à son égard a été incertain. Ensuite il est survenu de l'amélioration, mais celle-ci n'a été que temporaire. En effet, la plaie est devenue grisâtre et est restée quelque temps dans un état analogue à la pourriture d'hôpital, état qui s'est amendé par l'emploi des pansemens chlorurés. Cependant une nouvelle recrudescence est arrivée, et alors il est survenu un gonflement œdémateux du membre. La plaie a pris de nouveau un mauvais aspect; les muscles du moignon sont devenus fongueux et grisâtres; la suppuration s'est altérée. Nous croyons devoir attribuer ces nouveaux accidens à des écarts de régime auxquels le malade a une grande tendance; car la plaie a présenté une exubérance de vitalité qui ne pouvait résulter que d'une alimentation trop abondante. Dès-lors nous avons retranché une partie des alimens; mais, nonobstant cela, le mal s'est étendu; le gonflement a gagné le moignon de l'épaule et le tronc lui-même présente de la rougeur et du gonflement. Le pus présente une teinte jaunâtre qui indique un état grave.

De plus, ce malade ne dort point la nuit, ses réponses, conservant ce qu'il ressent, laissent quelque incertitude; il n'accuse point de douleurs vives, mais il se plaint d'une pesanteur très moleste de son bras, qu'il soutient avec autant de peine que s'il était de plomb. Déjà depuis deux jours nous avons annoncé l'existence d'accidens graves.

Nous croyons que dans ce cas également, l'os est malade, atteint de nécrose probablement; et cette altération osseuse présente ici une gravité suffisante pour nous faire craindre une terminaison funeste. Probablement, chez ce malade, la nécrose s'accompagne d'un décollement du périoste, circonstance capable d'expliquer toute la gravité du cas, autrement grande que dans les deux qui précèdent.

Après les quelques détails que nous venons de donner sur chacun de nos trois malades en particulier, nous devons, à présent, consacrer quelques remarques aux points de contact que présentent entre elles les affections dont ils sont atteints. Nous venons de voir sommairement qu'elles se rapportent à la nécrose de l'os scié. Les différens accidens qui se succèdent chez les sujets amputés dont l'extrémité de l'os scié est frappée de nécrose, constituent une série de phénomènes qui ont été très bien étudiés en Italie, par Volpi principalement, et au milieu de nos armées, par Léveillé. Ces accidens s'annoncent surtout par un gonflement phlegmoneux du membre, qui est d'autant plus grave que la cicatrisation du moignon est plus avancée; car alors le pus sécrété ne trouve qu'une issue difficile. La suppuration elle-même, loin de se présenter avec les caractères qui constituent un pus de bonne nature, est représenté par une sérosité lactescente mal liée, d'une odeur viciée. La stase du pus dans le membre aggrave les accidens, à moins que l'on ne prévienne les effets de cette rétention au moyen d'incisions plus ou moins larges.

Le malade du n° 18 de la salle Sainte-Marthe se trouve à peu près dans cet état très grave. Cette pesanteur gravative qui lui fait comparer son membre à du plomb, les douleurs nocturnes que le malade accuse, l'infiltration d'une sérosité purulente dans le tissu cellulaire, tous ces symptômes indiquent d'une manière presque certaine que la nécrose de l'extrémité sciée du fémur existe. Peut-être, par la suite, se formera-t-il un foyer que nous chercherons avec soin, et que nous nous hâterions d'ouvrir s'il venait à se former.

Quelle est la cause de cette nécrose qui s'observe si fréquemment à la suite des amputations? Evidemment elle réside dans l'action de la scie sur le tissu osseux. Mais s'il en est ainsi, me direz-vous, pourquoi n'y a-t-il pas nécrose dans tous les cas? Il est probable que cela tient principalement aux différens degrés d'adhésion qui existe entre le périoste et l'os. Ainsi, par exemple, chez le malade du n° 18, un phlegmon avait précédé l'amputation; or, il y avait probablement infiltration purulente, et apparemment cette infiltration s'est propagée profondément jusqu'au périoste dont elle a altéré les moyens d'adhésion à l'os lui-même. Le périoste était donc évidemment malade avant l'amputation. A cet égard, l'histoire de ce malade s'éloigne de celle des deux autres, mais elle en conserve néanmoins un très important, savoir l'action de la scie sur l'os du membre amputé.

De quelle nature sont les désordres qui existent chez les deux autres malades? Il n'est presque pas douteux que chez chacun d'eux l'os scié ne soit nécrosé dans une étendue variable. Mais un point sur lequel je fixerai d'abord votre attention, c'est la promptitude avec laquelle la cicatrisation de la plaie s'est effectuée dans les deux cas, et qui a été telle, que si les malades n'avaient été retenus par d'autres causes à l'hôpital, vous eussiez noté ces deux cas comme s'étant promptement terminés d'une manière heureuse, et sans avoir présenté aucun accident consécutif.

Mais, à quoi tiennent ces nécroses si fréquentes à la suite des amputations? D'abord l'os est inévitablement frappé de mort sur la surface qui a subi l'action de la scie. Lorsque cette mortification de l'os est peu notable en profondeur, il en résulte une simple exfoliation : il survient, dans ce cas, un phlegmon érysipélateux comme chez le malade couché au n° 1 de la salle Sainte-Marthe, la cicatrice s'ouvre, et il s'établit un trajet fistuleux par lequel sortent des parcelles d'os nécrosé. Les choses ne se passaient pas toujours ainsi quand on ne réunissait pas la plaie par première intention; car alors la cicatrisation complète n'arrivait que tardivement; le travail d'élimination s'effectuait avant qu'elle ne fût entièrement accomplie, et souvent il échappait à l'attention du chirurgien. C'était seulement dans les cas où une virole complète du tissu osseux était frappé de nécrose que l'élimination arrivait tardivement.

La nécrose de l'extrémité de l'os scié dans une amputation ne se fait pas toujours de la même manière : tantôt, en effet, elle s'accomplit aux dépens de la table externe de l'os, tantôt elle ne porte que sur la table interne. Dans le premier cas, l'extrémité osseuse présente ultérieurement la forme d'un cône renversé; dans le second cas, elle affecte celle d'un cône creux. Ni l'une ni l'autre de ces dispositions n'existe lorsqu'une virole intéressant toute l'épaisseur de l'os est frappée de nécrose.

Pourquoi la nécrose arrive-t-elle plus fréquemment à la suite des amputations qui se pratiquent sur les membres qui sont pourvus d'un seul os? Cela tient à ce qu'en relevant les chairs du moignon, le périoste est facilement relevé en même temps; d'où résulte son décollement dans une plus ou moins grande étendue. Dans les membres pourvus de deux os, en effet, les parties molles ne peuvent être aussi exactement relevées dans l'espace interosseux, ni le périoste par conséquent, qui dès lors échappe au décollement que nous venons d'indiquer.

Nous croyons que chez le malade du n° 1, le trajet fistuleux qui existe au centre du moignon donnera issue à une virole osseuse complète frappée de nécrose. Chez celui du n° 21, au contraire, il est probable qu'une portion seulement de virole est frappée de mortification; mais chez lui, avons-nous dit, il s'opère en même temps un travail d'exostose. Il est probable cependant que dans huit à dix jours le gonflement osseux qui existe actuellement aura disparu; mais si dans quelque temps d'ici on avait occasion d'examiner son moignon, on trouverait à la surface sciée de l'os des stalactites osseuses.

En résumé, chez ces trois amputés nous observons des accidens analogues: toutefois, ces trois cas diffèrent en ce que chez le n° 18, il existe une suppuration de mauvaise nature et un gonflement du bras, qui donne à ce cas beaucoup de gravité; en ce que, chez le n° 1, il y a évidemment un séquestre à éliminer; et chez le n° 21, non-seulement une portion d'os nécrosée à séparer, mais aussi un travail d'exostose qui s'effectue.

Nous suivrons avec soin la marche des choses chez chacun de ces malades; mais nous nous occuperons surtout avec intérêt du n° 18, chez lequel il est probable que nous aurons besoin de revenir prochainement à l'emploi de débridemens multiples.

FISTULES A L'ANUS OPÉRÉES PAR INCISION.

Première observation. *Gonflement de la fesse gauche. Formation d'un anthrax. Gangrène de la peau. Fistule anale complète. Opération par incision.*

Nous avons dans ce moment, à la clinique, deux fistules anales complètes, que vous nous avez vu opérer par incision ; et une troisième opérée avant notre arrivée dans le service, par M. Roux, suivant la méthode de l'excision.

Le malade couché au n° 6 de la salle Sainte-Marthe, avait depuis quelque temps un peu de gonflement à la fesse gauche : depuis deux ou trois jours cette région était devenue le siége d'une chaleur intense et de douleurs très vives, lorsque le malade entra à la clinique, présentant au lieu indiqué une tumeur qui offrait les caractères d'un charbon ou d'un anthrax. La comparaison de ces tumeurs qui précèdent la formation des fistules anales, à un charbon ou à un anthrax, a déjà été établie par des chirurgiens distingués ; et la seule différence réelle qui sépare ces affections, c'est que dans les deux dernières elle arrive par l'effet d'une cause interne, sceptique ; tandis que dans le cas de tumeur précédant la fistule anale, ce sont les matières stercorales et les gaz infiltrés qui agissent comme cause sceptique agissant localement.

Dans la nuit qui suivit l'entrée du malade dans le service, la peau de la tumeur s'étant gangrénée à son sommet, dans une petite étendue, il en résulta la sortie d'une certaine quantité de gaz et de matières stercorales mêlées à du pus ; circonstance qui procura au malade un soulagement très marqué.

Le lendemain, nous avons fendu longitudinalement vers l'anus cet abcès stercoral, d'où s'est échappée une quantité assez notable d'un pus fétide ; le foyer a été ainsi vidé, et c'est à quoi nous nous sommes borné pour lors, sans achever l'opération de la fistule : en voici le motif. Dans toutes les fistules anales, il y a constamment décollement ou dénudation du rectum, dans une étendue variable. Or, n'étant pas nécessaire, au moment de l'opération, d'inciser aussi haut que remonte cette dénudation, avant de procéder, dans le cas qui nous occupe, à l'opération, nous avons voulu examiner l'étendue du foyer. Par l'introduction du doigt, nous avons donc pu constater que la dénudation s'étendait peu haut, et dépassait à peine la partie supérieure du sphyncter anal.

Après cet examen, nous avons achevé l'opération ainsi qu'il suit. Le doigt ayant été introduit dans l'intestin rectum, nous avons porté sur lui un bistouri couché à plat, jusqu'en haut du foyer, et ensuite nous avons incisé de la partie interne vers la partie externe de l'intestin.

Cette méthode, peu employée aujourd'hui, était assez fréquemment usitée anciennement ; mais quelle que puisse être son utilité dans certains cas, elle ne peut convenir à tous et principalement dans ceux où le trajet fistuleux remonte trop haut ; en effet, l'on ne sait alors ce que l'on fait, et l'on risque d'inciser trop profondément ; elle ne convient donc que dans les cas analogues à celui qui nous occupe en ce moment.

Nous avons recommandé chez ce malade l'usage de mèches poussées avec peu de force afin de ne point augmenter le décollement.

Deuxième observation. *Charbon stercoral. Ouverture de l'abcès, et quatre ou cinq jours après opération de la fistule par incision.*

Au n° 22 de la salle Sainte-Marthe est couché un homme qui porte une fistule à l'anus, ayant suivi une marche analogue à celle du précédent malade. Un charbon stercoral s'est formé à la fesse, qui a bientôt menacé de se terminer par gangrène. Sans plus long-temps attendre, nous avons porté un bistouri dans l'intestin comme dans le cas précédent, et nous avons fendu l'abcès de la même manière. Du pus et des gaz excessivement fétides se sont échappés au dehors par l'ouverture que nous avons pratiquée, en quantité notable.

Alors, nous avons abandonné le malade à lui-même pendant quatre ou cinq jours ; car nous savions que le recollement des parois du foyer s'effectuerait de lui-même en grande partie, et que plus tard nous trouverions celui-ci presqu'entièrement réduit au trajet fistuleux. C'est en effet ce qui est arrivé : plusieurs d'entre vous ont pu voir ce matin que le foyer est actuellement presqu'entièrement cicatrisé, et que même nous avons eu de la peine à trouver le trajet fistuleux ; celui-ci enfin, à force d'investigations, ayant été retrouvé, nous avons passé dans son intérieur un stylet mousse, sur lequel nous avons conduit une sonde cannelée. Le trajet ainsi embroché a pu être ramené en dehors, comme chacun de vous a pu le voir, et alors nous avons terminé l'opération par une simple incision de l'intestin et du trajet fistuleux dans toute sa longueur.

Chez ce malade également, nous avons recommandé l'usage des mèches, et il y a tout lieu de croire que dans dix à douze jours il sera entièrement guéri.

Voilà donc deux individus opérés de fistule à l'anus par simple incision ; méthode fort ancienne, qui n'a peut-être été généralement abandonnée que parce qu'elle ne s'applique pas à tous les cas indistinctement. Pour comparer à présent ses avantages à ceux de la méthode par excision, je n'aurai qu'à signaler le malade couché au n° 6 de la salle Sainte-Marthe, qui a été opéré par M. Roux suivant cette méthode, pour vous faire sentir combien ceux de la méthode par incision simple sont supérieurs. Cet homme, à la vérité, est presque guéri de sa plaie et de sa fistule aussi ; mais une seconde vient de se former à côté de la première. Déjà ceci nous prouve que la méthode par excision ne met pas infailliblement à l'abri des décollemens ultérieurs, égale en cela à l'incision simple qui, dès-lors, doit lui être préférée par le fait même de la plus grande simplicité.

Mais il y a plus encore : ainsi la plaie vive que l'on établit en opérant par excision peut plus facilement favoriser l'infiltration des gaz et conséquemment la dénudation de l'intestin. Nous sommes loin de vouloir conclure que les choses se sont réellement passées ainsi chez le malade opéré par M. Roux ; mais nous pouvons nous dispenser de vous faire remarquer qu'au moins l'excision n'a pas été capable de le mettre à l'abri de cet accident.

Il y a toute apparence qu'une prompte guérison arrivera chez nos deux opérés par simple incision. J.-L. Petit avait déjà prévu que, pour les fistules anales, l'incision devait être la méthode générale ; mais il était réservé à Desault d'établir positivement ce principe. Nous avons vu d'ailleurs, dans cet hôpital, les faits, par centaines, confirmer les bienfaits de cette méthode, et par contre nous avons vu l'excision amener des accidens graves et parfois mortels. Dans le service de Boyer, nous avons vu arriver des hémorrhagies très abondantes, et, l'année dernière, nous avons vu ici, à l'Hôtel-Dieu, deux malades succomber à l'abondance de la suppuration. Dans d'autres cas enfin, la plaie qui résulte de l'excision se complique de la pourriture d'hôpital, inconvéniens qui n'existent pas, on peut le dire, par la méthode par incision.

Tumeur au col, de nature douteuse.

Au n. 30 de la salle Sainte-Marthe est ce malade qui porte une tumeur au col, laquelle nous paraît constituée, en partie au moins, par le corps thyroïde. Quelques réponses du malade semblent nous autoriser à croire qu'il a été exempté du service militaire, pour cause de goître. Il y a quinze jours qu'il a commencé à ressentir des douleurs dans la direction des branches nerveuses ascendantes du plexus cervical superficiel, mais surtout au voisinage de l'oreille. Un médecin de la ville a traité ces douleurs comme étant de nature nerveuse ou rhumatismale, et a insisté principalement sur l'emploi des opiacés.

Cette tumeur ne présente ni battemens, ni mouvemens d'expansion, ni bruit de souffle ; elle ne réunit en un mot aucun des symptômes caractéristiques des tumeurs anévrismales. Ces craintes étant éloignées, nous devons nous demander pourquoi un goître qui paraît ancien s'accroît tout-à-coup si rapidement, donnant lieu à des douleurs vives et à des symptômes inflammatoires intenses. Nous ne serions pas éloigné de croire qu'une inflammation s'est emparée de la gaîne de l'artère carotide. Les douleurs qui existent nous paraissent pouvoir être expliquées par la compression qu'exerce la tumeur thyroïde sur quelques-unes des branches du plexus cervical superficiel, quoique, à la vérité, il soit possible qu'à cette compression vienne s'ajouter l'inflammation du névrilème de ces mêmes branches nerveuses.

On nous a conseillé de pratiquer une ponction exploratrice pour nous assurer si nous n'avions pas affaire à un anévrisme ; mais nous avons repoussé une telle pratique, car si l'on y a recours lorsque l'on a réellement affaire à un anévrisme, elle oblige d'opérer par la méthode ancienne.

Nous croyons en résumé qu'un foyer purulent ou un kyste enflammé occupe le trajet de l'artère carotide, et que la compression des branches nerveuses indiquées est la principale cause des douleurs et de la gêne des mouvemens qui existent.

K....

Pneumonie à gauche ; pleurésie avec épanchement a droite ; emploi des ventouses du docteur Junod ; *Guérison ;* par M. le docteur La Corbière.

Le 22 février 1840, je fus appelé rue Tronchet, n° 29, par le nommé Leroy garçon de bureau, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament lymphatique. Il accusait une douleur vive dans le côté droit du thorax et une grande gêne dans la respiration. Son pouls était petit et très fréquent, intermittent. Les crachats étaient rouillés, visqueux, adhérens aux parois du vase, demi-transparens. Le râle sous-crépitent se faisait entendre dans la plus grande partie du poumon gauche ; du côté droit il y avait de l'égophonie, et la percussion rendait un son mat surtout vers la base.

Je pratiquai *illico* une saignée de 720 grammes ; je prescrivis des cataplasmes sinapisés, des boissons émollientes légèrement sudorifiques.

Le 23, la nuit, quoique fort agitée, a été passable, et si le pauvre patient n'a pas dormi, il a du moins respiré avec assez de facilité ; le pouls est plus régulier ; moins filiforme ; la respiration moins fréquente ; l'expression faciale moins anxieuse et les crachats moins rouillés.

Le 24, encore un peu de rémission. Il en fut de même les trois jours suivans.

Le 28, le malade, qui se faisait illusion sur son état, n'ayant observé ni le régime, ni le repos absolu, éprouva de nouveau une gêne extrême dans le jeu de la respiration ; la toux était continuelle.

Je revins donc aussi aux moyens déjà mis en usage, et surtout à la saignée qui l'avait si promptement soulagé. Cette fois, l'amélioration ne fut plus aussi prompte ni aussi marquée, et, convaincu que je n'avais pas de temps à perdre, je résolus, cette fois, de saigner autant et aussi long-temps que cela me paraîtrait nécessaire.

Aussi, en trois jours, je fis trois nouvelles et fortes phlébotomies de 450 à 600 grammes. De plus, je fis appliquer des ventouses scarifiées sur les points douloureux et plus particulièrement congestionnés ; quelques heures après la dernière saignée je fis appliquer un large vésicatoire sternal légèrement camphré. Cependant le pouls s'amollissait, le malade pâlissait, faiblissait, et les symptômes locaux ne s'amélioraient pas visiblement.

N'osant plus soustraire de sang de peur d'entraîner la perte subite de mon malade, je résolus donc de passer à la méthode rasorienne et je donnai l'émétique à haute dose.

Le moyen parut réussir ; pendant trois jours il sembla le disputer pour le succès aux émissions sanguines ; mais dès-lors aussi son heure était venue et il ne détermina plus que l'irritation des intestins sans bénéfices pour la poitrine ; les accidens se reproduisaient, et le malade disait avoir le pressentiment de sa fin prochaine.

J'étais fort tourmenté, quand il me vint à la pensée de recourir aux grandes ventouses du docteur Junod, qui, quelques jours auparavant m'en avait raconté la puissante influence dans un cas à peu près analogue.

Je le fis donc mander sur-le-champ. Notre confrère s'empressa de venir avec son aide et son appareil, et en quelques minutes ce dernier fut mis en jeu.

J'étais très curieux d'en voir l'effet ; et vraiment le confrère me tint complètement parole : moins d'un quart d'heure s'était, en effet, écoulé, que le malade respirait avec facilité ; il était soulagé à tel point, qu'il nous exprimait à tous sa reconnaissance d'une manière touchante.

Lorsque M. Junod eut provoqué un état vosin de la lipothymie, il survint aussitôt une transpiration abondante qui se prolongea durant la nuit. La pression atmosphérique n'avait été diminuée que d'un quart de la pression normale sur l'une des extrémités inférieures, durant quarante-cinq minutes, jusqu'à la hauteur du genou.

L'amélioration qui s'en suivit se soutint quelques jours.

Une nouvelle scène, tendant toutefois à se reproduire, fut prévenue par l'emploi du même moyen ; enfin, après une troisième application de l'appareil, les symptômes précités ont cédé définitivement.

Mon malade entra en convalescence ; elle fut lente et difficile, car il restait encore le 20 mai quelque peu d'engorgement dans le poumon gauche, et l'épanchement n'est complètement résorbé que depuis quelques jours.

De ce fait grave et complexe, on doit donc évidemment conclure, pour la centième fois, qu'il n'est pas de traitement unique et absolu en médecine, et surtout dans l'espèce ; mais que les émissions sanguines, l'émétique, les révulsifs cutanés, sinapismes, vésicatoires, etc., et aussi la méthode du docteur Junod, habilement employés, sont de puissans moyens ! Je ne sais même pas bien, faute de faits à moi propres, quel rang assigner à ces derniers ; mais, d'après ce que j'ai pu observer, je suis convaincu de son importance et comme moyen thérapeutique direct, et comme moyen préventif.

De quel prix d'ailleurs ne devrait pas être aux yeux du médecin, un modificateur quel qu'il fût, capable d'économiser le sang et les forces de l'individu, et de le soustraire à tous les inconvéniens des émissions sanguines et humorales, des saignées, des purgatifs, etc.

La méthode du docteur Junod mérite donc d'appeler la méditation de tous les médecins, et je ne saurais trop les engager à l'expérimenter par eux-mêmes, et, comme je le fais en ce moment, *sur eux-mêmes*.

N. B. Aujourd'hui, 23 août, la santé de Leroy est parfaite, et il la dit meilleure qu'avant cette longue et terrible maladie qui l'a débarrassé *de son ancien essoufflement.*

Comment il se fait que nous voyons chaque objet unique, tout en le regardant avec les deux yeux.

Après avoir entendu la lecture de l'article où M. Gerdy est venu expliquer à l'Académie pour quelles raisons un objet ne cesse pas de nous paraître unique bien que nous le regardions avec les deux yeux, j'ai dû dire que l'explication le plus complètement satisfaisante de ce phénomène se trouvait dans l'accomplissement de deux conditions, savoir, la coïncidence des axes visuels jointe à la similitude parfaite des images formées au fond de chaque œil, et j'ai, ce me semble, apporté d'assez bonnes preuves à l'appui de cette assertion. Cependant mon savant confrère ne l'en a pas moins déclarée être complètement erronée (1). Il a fait mieux ou pis : il a prétendu que, de ma part, elle n'avait scientifiquement rien de sérieux et était une pure plaisanterie. Voici qui le fera peut-être revenir de cette singulière idée.

L'influence de la coïncidence des axes visuels pour produire l'unité de la vision est démontrée sur-le-champ à quiconque presse du bout du doigt l'un de ses yeux vers le grand angle, en cherchant toujours à voir un même objet. En effet, à peine cette petite manœuvre a-t-elle un peu dérangé la direction des axes, qu'aussitôt l'objet paraît double. Puis, cette ambliopie disparaît aussi promptement qu'elle s'était manifestée, dès que l'œil a repris sa première position. Quant à la similitude des images, quoique beaucoup de physiciens et de physiologistes en aient parlé d'une manière assez satisfaisante, je crois néanmoins devoir m'y arrêter avec quelque attention.

Pour le moins exercé des anatomistes, les yeux bien conformés de l'homme sont d'une égalité si parfaite que le meilleur opticien ne ferait sans doute pas deux simples lentilles aussi semblables. Par conséquent, les images que chaque objet détermine au fond de ces deux yeux doivent être d'une similitude parfaite. Cela est aussi facile à concevoir qu'il l'est de prouver que deux triangles dont les trois côtés ont une égale longueur sont absolument semblables. Dès-lors, qu'il y ait production de deux ou d'un plus grand nombre d'images, l'unité de sensation n'en subsistera pas moins. Ainsi, on passerait mille fois un trait fort délié sur un autre

(1) *Gazette des hôpitaux*, 27 avril 1840, p. 403.

également fin qu'on n'aurait jamais qu'un trait. Ainsi, en frappant à la fois la même note sur quatre, sur dix, sur cent pianos parfaitement semblables et d'accord, que le musicien le plus exercé ne l'entendrait jamais qu'un seul et même son, bien qu'il le perçût en outre avec les deux oreilles. Ainsi les mouches qui ont plusieurs centaines d'yeux de chaque côté de la tête doivent; comme nous, voir les objets simples sous peine d'y perdre la vie. Tel est l'inévitable résultat de la similitude des images. On va le voir confirmé par l'observation de ce qui arrive quand cette similitude cesse d'avoir lieu.

Si étant au spectacle on regarde d'un œil, avec une lorgnette simple, un objet un peu éloigné qu'on s'efforce en même temps de continuer à voir avec l'autre œil, on aperçoit forcément cet objet double. Si ensuite on cherche à faire coïncider les axes visuels on parvient, en y mettant un peu de persistance, à voir en avant de l'autre, et beaucoup plus gros, l'objet regardé avec la lorgnette, tandis que vu avec l'autre œil, il paraît beaucoup plus petit et beaucoup plus éloigné. Vient - on alors à ôter brusquement la lorgnette, la grande image disparaît subitement ou plutôt semble venir s'emboîter sur le petit objet, et l'on cesse à l'instant de voir double. Un résultat analogue a lieu si on cherche à lire avec les deux yeux en mettant devant un seul une lentille convexe ou concave un peu forte; dans ce cas, on a beau faire: tant qu'on persiste à se servir des deux yeux, on y voit double, et cette ambliopie ne cesse que quand on ôte la lentille qui la produisait. C'est ainsi que le fils d'un de mes amis, dont l'œil droit a été frappé il y a peu de mois par un éclat de verre, voit maintenant les objets doubles et de grandeur inégale quand il se sert de ses deux yeux, ce qui l'a déterminé à ne plus faire usage que du bon.

Voilà comment, par une opposition réciproque, les effets de la dissemblance ne laissent aucun doute sur la réalité des effets que nous avons attribués à la similitude des images.

Presque tout ce qui concerne cette similitude, de même que la coïncidence des axes visuels, peut-être aisément démontré au moyen d'une seule et même figure très simple. Il suffit d'une demi-feuille de papier-écolier pour la tracer, et pour représenter la manière dont une sphère de 0,11 m. de diamètre placée directement en avant à 0,24 m. de distance est vue quand on la regarde avec l'œil droit avec l'œil gauche ou avec les deux yeux à la fois. Dans les deux premiers cas, il y a bien, de chaque côté, une portion de la sphère que l'œil droit ou l'œil gauche aperçoit seul; mais cette portion ajoutée par chaque œil à la portion intermédiaire que les deux yeux voient l'un et l'autre sur la sphère d'une manière parfaitement identique, ne peut donner lieu à aucune confusion ni produire l'ambliopie, puisque un seul organe aperçoit la différence. Au surplus cette différence sans conséquence disparaît par un fort petit éloignement, puisqu'on s'assure par la figure dont nous parlons qu'elle est en raison inverse du *cube* des distances. Ainsi la différence dans les images étant exprimée par 1 pour la sphère placée à 0,24 m. sera de 1/64 pour la même sphère à 0,96 m, et de 1/4096, à moins de quatre mètres d'éloignement, d'où il suit que la similitude d'images que M. Gerdy a bien voulu reconnaître par rapport aux objets fort éloignés de nous, existe déjà pour ceux qui en sont vraiment près. A l'égard des objets de petite dimension, comme les caractères de l'écriture qui sont toujours vus en entier par les deux yeux à la fois, la similitude des images a lieu dans toute la rigueur du terme.

Un mot maintenant sur l'hypothèse qui consiste à expliquer l'unité de la vision par l'action d'un seul œil, l'autre restant en repos. Gassendi, dont les yeux étaient de force inégale, n'admettait pas qu'il en fût autrement chez les autres. Regardant par cette raison comme impossible la formation d'images semblables, il disait que, pour éviter la confusion à laquelle le défaut de similitude devait conduire quand on se servait simultanément des deux yeux, chaque homme, à son insu, faisait comme lui sciemment, c'est-à-dire regardait avec un seul œil (1). Gall, pour qui ç'a toujours été une bonne fortune de pouvoir reproduire les erreurs des autres quand il n'en avait pas à fournir de son crû, a soutenu également qu'on ne se servait que d'un seul œil. La vérité est que les cas où cela arrive sont exceptionnels et fort peu nombreux par rapport aux autres. Très disposé à les admettre pour ce qu'ils valent, nous pouvons donc terminer cette lettre comme elle a commencée en soutenant que la coïncidence des axes visuels et la similitude des images qui frappent chaque rétine rendent compte de toutes les difficultés relatives à l'unité de la vision chez l'homme qui a deux bons yeux.

ROCHOUX.

N. B. Ma fortune n'est pas considérable, il s'en faut de beaucoup; malgré cela, j'offre sans hésiter de perdre 100 fr. pour chacune des difficultés relatives à l'unité de la vision qui ne serait pas résolue par l'exécution simultanée des deux conditions auxquelles j'ai réduit l'explication de ce phénomène. A l'occasion de ce défi, et pour faciliter les recherches de ceux qui voudraient gagner mon argent, je citerai ma dernière expérience, où l'on peut apprécier l'exactitude de ce qui a été dit sur la coïncidence des axes visuels et la similitude des images.

Si, après s'être exercé à loucher, on est devenu capable, quand on le veut, de voir double un objet placé à une certaine distance, on doit rester convaincu qu'une ambliopie produite de la sorte tient au dérangement des axes visuels. De plus, il est facile de constater que les images écartées l'une de l'autre formées dans ces cas par chaque œil, sont d'une similitude parfaite. Enfin, quand après avoir bien vérifié ce fait, on cesse de loucher graduellement, on voit les deux objets marcher de même l'un vers l'autre, et eux ou leurs images s'emboîter et se confondre complètement en un seul. Que peut-on exiger de plus concluant?

(1) *Opera omnia*, t. III, physicæ sectio tertia, p. 393.

— Il résulte d'une circulaire récemment adressée aux préfets par le ministre de l'intérieur, que la charité légale dépense annuellement pour les pauvres *cinquante-huit millions*, savoir: 49 millions dans les hospices et hôpitaux, et 9 millions dans les bureaux de bienfaisance. Nous ferons remarquer, à cette occasion, que M. le ministre de l'intérieur apporte depuis quelque temps la plus vive sollicitude dans tout ce qui concerne la distribution des secours publics; on ne saurait trop le louer de diriger son attention sur cet objet, où un esprit sage et éclairé trouvera indubitablement beaucoup de réformes à opérer.

(*L'Expérience.*)

— On lit dans le *Français de l'Ouest*:

« Nous trouvons consigné dans le procès-verbal du conseil d'arrondissement de Quimper, l'effrayante proportion suivante, entre l'augmentation des liqueurs alcooliques (proprement dites) consommées chaque année, et la dégradation croissante de la race humaine dans le Finistère.

» Les renseignemens fournis par l'administration des contributions indirectes établissent, en effet, d'une manière précise, que les alcools qui ont acquitté le droit de 15 par expédition, soit pour les marchands en gros, soit pour les débitans, se sont élevés comme suit, dans les deux arrondissemens de Quimper et de Quimperlé, qui ne forment qu'une même direction:

Année		
Année 1825	—	1,869 hectolitres.
1829	—	2,542 »
1833	—	3,303 »
1839	—	3,985 »

» Les tableaux de recrutement relevés de 1821 à 1838, lui apprennent, d'autre part, que la taille moyenne des jeunes gens formant la classe, s'établit ainsi qu'il suit:

Taille moyenne,		
sur les années 1818-20-21,	—	1 m. 642 mil.
— 1829-30-31,	—	1 629
sur l'année 1837,	—	1 620
— 1838,	—	1 619

» Ce qui donne, pour l'espace de 20 ans, une diminution moyenne de 23 millimètres sur la taille moyenne des nouvelles générations qui ont passé sous la toise.

» Quant aux motifs légitimes d'exception constatée, ils ne se trouvant pas moins significatifs; et l'on trouve que la faiblesse de constitution a fait rejeter:

Pour les années 1819-20-21, une moyenne de	—	32 appelés.
— 1829-30-31,	—	110
Pour l'année 1837,	—	144
— 1838,	—	168

» Bien que nous trouvions pour ces deux dernières années 27 et 30 *rachitis et gibbosités*, qui, n'étant pas désignés dans les deux premières périodes, se trouvent probablement compris dans les *faibles constitutions.* »

— Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, M. J. Guérin a transmis des détails sur une opération de section sous-cutanée des muscles, dans laquelle il a divisé sous la peau 42 muscles, tendons et ligamens, sans qu'il en résultât d'accidens pour le malade ou de développemens de suppuration dans les parties musculaires divisées.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 8 SEPTEMBRE 1840. 15e ANNÉE. N° 106, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f..
Etranger. 1 an, [illegible]

HOPITAL DES INVALIDES. — M. PASQUIER fils.

(M. GIMELLE, chargé du service par *interim.*)

Dégénérescence cancéreuse de la prostate ; rétention complète des urines datant de 72 heures ; ponction hypogastrique. Quelques remarques sur cette opération et les modifications conseillées par le docteur FABRI, *de Bologne.*

Un militaire invalide, âgé de soixante-dix ans, est entré à la salle de la Valeur avec une rétention complète des urines datant de vingt-quatre heures et s'accompagnant d'un léger mouvement fébrile. La vessie, fortement distendue, formait une tumeur fluctuante derrière les pubis, dont elle dépassait déjà le rebord supérieur. M. Gimelle, chargé du service en l'absence de M. Pasquier, fit des tentatives réitérées pour arriver dans la vessie ; mais ces essais répétés de cathétérisme restèrent sans résultat. L'instrument trouvait un point d'arrêt au niveau de la prostate qu'il ne pouvait franchir, quelle que fût la direction que l'on imprimât à ses mouvemens.

La rétention remontait déjà à 72 heures, et la position du malade devenait de plus précaire ; la fièvre était intense et s'accompagnait de douleurs hypogastriques vives, ainsi que de sueurs urineuses. Il devenait urgent de prendre un parti décisif et M. Gimelle se prononça pour la ponction hypogastrique.

Cette opération ne présenta que les difficultés ordinaires : le défaut d'embonpoint du malade permit d'éviter l'incision préalable du panicule graisseux sus-pubien, et le troquart courbe de frère Côme, arriva facilement dans la vessie. Le poinçon ayant été retiré, une assez grande quantité d'urine trouble fut évacuée ; la canelle métallique fut ensuite bouchée avec un fausset et fixée autour du corps au moyen de deux rubans attachés à son pavillon. On la laissa en place pendant dix jours, et au bout de ce temps on lui substitua une sonde en gomme élastique.

Pendant ce laps de temps, M. Gimelle ne manqua pas de renouveler des tentatives ménagées pour rétablir la perméabilité du canal de l'urètre ; mais tous ses efforts furent infructueux. En attendant, le malade était en proie à une faiblesse croissante. Le douzième jour il fut pris de râle et succomba à un accès de catarrhe suffocant.

L'autopsie a démontré que l'obstacle apporté au cours de l'urine dans l'urètre, consistait dans la compression outrée de ce canal, exercée par un développement anormal de la prostate. En effet, ce corps qui a subi la dégénérescence encéphaloïde, présente le volume du poing, et ce développement porte plus spécialement sur le lobe gauche de l'organe. Au niveau de la ponction, des adhérences solides existent entre la vessie et la paroi antérieure de l'abdomen.

— Noël, inventeur de la ponction hypogastrique, et qui en a consigné trois exemples dans le Journal chirurgical de Desault (t. II, p. 170 et suiv.) avait déjà signalé ces adhérences comme s'opposant à l'épanchement des urines. Chez un de ces opérés, guéri entièrement au bout de sept semaines, et qui mourut d'apoplexie, à l'autopsie Noel trouva un cordon celluleux allant de la cicatrice à la vessie, indice, dit-il, de l'adhérence qui, après la ponction, s'était établie entre la paroi abdominale et la vessie. Par la suite, cet organe s'étant affaissé et étant redescendu dans l'excavation pelvienne, ces moyens d'union ainsi tiraillés avaient été transformés en un cordon.

La ponction vésicale est une opération que l'on pratique rarement aujourd'hui et dont la fréquence a diminué avec les progrès du cathétérisme. Il est même des praticiens tellement habiles dans l'exécution de cette manœuvre, qu'ils pensent qu'un urètre quelconque étant donné, et quelque étroit et dévié que puisse être son calibre dans une certaine étendue, on doit toujours, avec de la patience et de l'adresse, arriver dans la vessie, s'aidant, bien entendu des moyens antiphlogistiques, antispasmodiques ou autres que la condition dynamique du canal peut réclamer.

M. Pasquier fils pense que l'on doit dans tous les cas arriver à ce résultat ; la chose, dit-il, est possible ; quant aux difficultés, c'est à l'habileté du chirurgien d'en triompher.

Ce qui nous semble prouver que la proposition de M. Pasquier n'offre rien d'exagéré, c'est, qu'en effet, depuis que ce chirurgien est chargé en chef du service de l'infirmerie de l'Hôtel-des-Invalides, la ponction vésicale n'a jamais été pratiquée, nonobstant le nombre prodigieux des rétrécissemens urétraux de toute espèce qui affluent dans ce service chirurgical de vieillards.

Mais par cela même qu'il n'est pas donné à tout le monde d'arriver à Corinthe, ni d'égaler en habileté les opérateurs qui sont capables de triompher de toutes les rétentions urinaires, la ponction vésicale est une opération que l'on voit encore pratiquer de loin en loin, et toujours sous bien de mauvais auspices : c'est l'extrême-onction chirurgicale, nous disait un jour un praticien.

Ce mot est de nature à faire pressentir tout ce que la ponction vésicale hypogastrique présente de gravité. Cependant on trouve dans l'excellente thèse de M. le docteur Roux (de Saint-Bonnet-le-Château) : Des Dangers des blessures de la vessie (médecine légale), Paris, 1840, 23 janvier), que sur onze cas de ponction hypogastrique appartenant à Noël (trois cas), Méry (un cas), Boyer (deux cas), MM. Franck (un cas), Vaust (un cas), Voltens (un cas), dans ces deux derniers cas chez le même malade ; Sharp (un cas), Fabbri (un cas). On trouve, disons-nous, que dans ces onze cas, la mort n'est arrivée que dans celui de Sharp, et encore cette issue funeste est arrivée parce que l'opération ayant été faite avec un troquart droit, la paroi opposée de la vessie fut perforée, ce qui donna lieu à un épanchement d'urine dans le péritoine. Dans l'observation de Sharp, une circonstance digne de remarque, c'est que l'épanchement péritonéal ne fut point suivi d'une péritonite promptement mortelle, et que la mort n'eut lieu que parce que l'urine, ayant provoqué la formation d'une eschare gangreneuse dont la chute établit une communication avec le rectum, il survint une diarrhée rebelle qui finit par faire succomber le malade.

Mais ce serait se faire une fausse idée de la gravité de la ponction hypogastrique que de la juger d'après les faits invoqués par le docteur Roux (de Saint-Bonnet-le-Château), chose que ce praticien reconnaît lui-même, du reste, puisque, dit-il, pour arriver à un résultat assez exact à cet égard, il faudrait avoir à côté des succès les insuccès que l'on n'a jamais assez de hâte de publier. Pour démontrer tout ce que la proposition de M. Roux renferme d'exact, nous nous bornerons à donner les résultats obtenus par M. Pasquier fils dans les premiers temps de sa pratique, lorsque, plus exposé que tout autre à traiter les rétentions urinaires, il était forcé parfois de recourir à la ponction. Or, dans douze cas où ce praticien a pratiqué la ponction de la vessie, la mort a eu constamment lieu. Cela se conçoit, dit M. Pasquier, car la ponction ne remédie pas à la cause de la rétention, qu'il s'agit de détruire, entreprise nécessairement aussi ardue alors qu'elle l'était avant l'opération. En outre, ce qui augmente encore le danger du malade, à part les désordres de l'appareil urinaire, ce sont les complications qui peuvent faire explosion sur d'autres organes, et la réaction générale principalement provoquée par le passage de l'urine dans la masse du sang.

Sur les douze cas de M. Pasquier, dans les trois premiers la ponction fut pratiquée au-dessus du pubis ; trois autres furent soumis à la ponction rectale ; enfin, chez les six autres malades, on revint à la ponction hypogastrique.

Dans aucun de ces douze cas la mort n'a été le résultat immédiat de l'opération, pas plus qu'elle ne l'a été dans celui de M. Gimelle ; c'est dans ce sens principalement, et en la considérant comme plaie simple de vessie, sans lésion péritonéale, que la ponction hypogastrique offre réellement peu de gravité, selon la remarque de M. Roux (de Saint-Bonnet-le-Château).

L'observation de M. Fabri nous paraît présenter assez d'intérêt pour mériter d'être résumée.

Félix L..., de Jesi, âgé de soixante ans, étant depuis de nombreuses années atteint de plusieurs rétrécissemens de l'urètre et d'un catarrhe vésical. A la suite d'une marche rapide, sa dysurie habituelle augmenta et se transforme bientôt en rétention complète. Les émissions sangui-

---

FEUILLETON.

NOUVELLE THÉORIE DE L'ASPHYXIE PAR UN CORPS ÉTRANGER ARRÊTÉ DANS L'OESOPHAGE,

Servant à expliquer certains phénomènes physiologiques et pathologiques (1) ;

Par Armand JOBARD, D.-M.-P.

Première partie.

L'asphyxie n'est pas une maladie proprement dite : c'est la suspension de l'hématose par défaut d'air. Il y en a de plusieurs espèces, et quelles qu'elles soient, elles peuvent déterminer la mort.

L'asphyxie qui survient lorsqu'un corps étranger est retenu dans l'œsophage, présente des phénomènes dont on ne s'est pas bien rendu compte jusqu'ici. Des recherches propres à éclairer cette question sont l'objet de ce travail que je divise naturellement en deux parties : la première est consacrée à la théorie pure, et la seconde à l'expérimentation pratique.

Cette simple indication me suffit pour entrer de suite en matière.

Chacun sait que la partie supérieure du tube digestif est composée de la bouche, du gosier, du larynx, du pharynx et de l'œsophage. Je ne m'appliquerai pas à décrire l'anatomie de ces organes ; je dois seulement rappeler que leur composition étant en rapport avec leur destination, il entre dans leur texture divers tissus, au nombre desquels on remarque surtout beaucoup de muscles, de vaisseaux et de nerfs.

Mais parmi les actes physiologiques auxquels ils concourent, un des plus importans à connaître est celui de la déglutition. Je vais jeter un coup-d'œil rapide sur les trois temps qui mesurent l'accomplissement de cette fonction ; car, c'est de leur appréciation que doit s'élever la théorie que nous allons développer.

1° La mastication s'exécute, et la langue va chercher dans toutes les parties de la bouche les alimens broyés, pour en former un *bol* qui est instantanément porté vers l'isthme du gosier. Ce premier temps est sous l'empire de la volonté. La sensation que l'on éprouve est des plus agréable. Elle naît d'un calme parfait bien propre à l'exécution de cet acte masticatoire.

2° A la faveur de ce calme délicieux qui caractérise l'opération précédente, toutes les puissances organiques sont disposées pour agir énergiquement dans ce moment suprême, où il faut que le bol alimentaire franchisse l'isthme du gosier.

Du point de vue où nous nous sommes placés pour observer les faits, la glotte remplit un rôle important sur cette scène agitée. Elle est puissamment contractée, et le bol vivement pressé par les muscles de ces régions glisse avec la rapidité de l'éclair sur l'épiglotte qui s'est abaissée en forme de plan incliné.

Dans ce second temps, le bol est précipité de la partie moyenne dans la partie inférieure du pharynx ; et ce mouvement digne d'admiration s'est exécuté sans que la volonté y ait pris part. Il a fallu qu'il ait cette rapidité et cette précision, dans le but de rendre inappréciable le moment pendant lequel la respiration devait être suspendue. C'est ce qui faisait dire à Boërhaave qu'il y a dans ce phénomène quelque chose de convulsif.

3° Cet effort achevé, le bol soumis aux contractions douces et successives de l'œsophage est poussé dans l'estomac. Ce troisième temps, le dernier du travail, n'est pas non plus sous l'influence de la volonté. L'action est purement organique. La pression simultanée des fibres œsophagiennes sur le bol alimentaire, se fait avec lenteur : on dirait voir renaître le calme après l'orage ; car plus le bol approche de l'orifice cardiaque, plus il met de temps à tomber dans le ventricule. M. Magendie dit l'avoir vu rester deux et trois minutes à parcourir la partie inférieure du tube œsophagien.

Cette courte analyse nous apprend qu'un spasme des organes fonctionnant, correspond à ces trois temps de la déglutition. Faible dans le premier, il augmente dans le second au point d'arriver à son plus haut degré, et il diminue insensiblement dans le troisième, de façon à cesser complètement à la fin du travail. Mais la glotte n'a pas *entièrement obéi* à ce spasme de l'organisme. Le rôle qu'elle joue dans l'acte de la respiration lui en faisait une loi. Elle est demeurée calme dans le premier temps ; dans le second elle a atteint de suite son summum d'intensité, et dans le troisième elle a repris immédiatement sa dilatation accoutumée, quoique les parties environnantes aient donné long temps encore des signes de leur état convulsif. Cette modification probablement plutôt apparente que réelle, de la part que la glotte prend dans le mécanisme de la fonction, ne doit pas nous faire rejeter l'idée que nous donnerons de l'asphyxie produite par un corps étranger retenu dans l'ésophage. Le raisonnement et l'expérience nous aideront à en résoudre le problème.

Dans l'état actuel de la science, on admet deux explications de cette espèce d'asphyxie

La première consiste à croire que le phénomène est le résultat de la pression mécanique, exercée, a-t-on dit, sur la trachée-artère, par le corps étranger.

La seconde, éclectique dans son essence, voit d'une part cette action mécanique, et de l'autre *la contraction de la glotte.*

Chélius est le seul auteur, que je sache, qui ait émis cette seconde opinion (1) ; mais, nous le verrons plus loin, il n'y a pas de procédé mixte dans la production de l'asphyxie dont nous nous occupons. La contraction de la glotte est le phénomène unique et essentiel de son existence. Ce n'est pas que, dans quelques cas rares, à la vérité, il ne puisse y avoir un peu de pression, comme le veulent les pathologistes, mais je dis et je veux prouver que cette cause est tout-à-fait secondaire ; et que, lorsqu'elle existe, elle ne fait que venir s'ajouter comme épiphénomène à la cause principale : la contraction de la glotte.

Je reprends l'une et l'autre de ces explications, et je fais observer pour la première que l'œsophage est membraneux, musculeux, susceptible instantanément d'une grande dilatation ; qu'il est placé derrière la trachée, un peu à gauche d'elle et en avant de la colonne vertébrale ; que la trachée artère est cartilagineuse dans presque toute son étendue et dans presque toute sa circonférence, si ce n'est dans son cinquième postérieur où elle est membraneuse ; qu'elle est placée en avant de l'œsophage, et séparée de la peau seulement par une couche de muscles peu épaisse ; qu'en conséquence on ne peut pas induire de cette disposition l'asphyxie par compression de la trachée, lorsqu'un corps sera par une cause quelconque retenu dans l'œsophage ; car il faudrait, pour qu'elle ait lieu, que le tube servant à la respiration fût comprimé entre deux plans solides ; il faudrait qu'en avant de lui, existât une seconde colonne vertébrale, puisque ce n'est pas la couche mince de muscles, recouverte par les tégumens, qui peut lui servir d'obstacle insurmontable.

Quand un corps étranger est arrêté dans l'œsophage, la trachée-artère est portée en avant, et son diamètre n'est pas sensiblement diminué par l'effort qu'elle supporte. D'ailleurs, on aide

(1) En 1838, je donnai dans le Bulletin clinique, un essai sur cette question. Depuis, j'ai trouvé le loisir de compléter les détails que comporte un pareil sujet ; je les publie aujourd'hui comme le résultat définitif de mes observations.

(1) Traité de Chirurgie.

nes générales, les sangsues appliquées à l'hypogastre et à l'anus, les onctions faites avec la pommade de belladone, les fomentations émollientes à l'hypogastre, et les bains tièdes entiers, n'amenèrent aucun changement favorable. Toutes les tentatives de cathétérisme restèrent sans résultat; l'instrument se trouvant constamment arrêté par un obstacle situé au bulbe de l'urètre.

Au bout de 48 heures, le sommet de la vessie touchait presqu'à l'ombilic; son corps soulevait la paroi antérieure de l'abdomen, et le bas-fond formait une tumeur qui, explorée par le rectum, se trouvait éloignée d'un pouce environ de l'anus; ce qui, joint à l'accroissement des phénomènes généraux, engagea M. Fabri à ne point différer plus long-temps l'opération. La ponction hypogastrique fut pratiquée avec le troquart combe.

Le chirurgien permit la sortie d'une quantité suffisante d'urine pour que le sommet de la vessie ne descendît pas plus bas que le bord supérieur des pubis; de temps en temps on en laissait écouler une nouvelle quantité. Mais le malade trouvait fort pénible d'être obligé de se tourner sur le côté chaque fois que l'on donnait issue à l'urine, et pour éviter cet inconvénient, M. Fabbri imagina de laisser le malade immobile, et d'absorber l'urine s'écoulant par la canule au moyen d'éponges; imitant en cela la conduite suivie par Ruysch dans un cas de blessure accidentelle de la vessie par l'hypogastre (Obs. LXXV, Ruysch, Observ. anat. chir.). Ce moyen fut néanmoins insuffisant, et le troisième jour M. Fabbri lui substitua l'introduction d'une sonde en gomme élastique dans la vessie, à travers la canule en argent du troquart, qu'il fit arriver jusqu'au fond de l'organe. L'emploi de cette sonde présenta le double avantage de vider la vessie sans que le malade eût besoin de se retourner, en agissant comme le siphon, et de permettre que les urines fussent recueillies avec plus de facilité que lorsqu'elles sortaient par la canule d'argent.

Le catarrhe vésical, qui était passé à l'état aigu, fut combattu par des injections d'eau tiède répétées avec facilité par le moyen de la sonde en gomme élastique, et prolongés d'un quart d'heure à une demi-heure chacune.

Le dixième jour, une sonde en gomme elastique fut définitivement substituée à la canule en argent, et à la petite sonde élastique qu'elle contenait. Au bout d'un mois, l'eau injectée par la sonde, qui était toujours maintenue à demeure dans l'ouverture sus-pubienne, commence à exciter les envies d'uriner; une petite quantité même peut se faire jour par l'urètre. A cette époque, le traitement des rétrécissemens fut entrepris et bientôt mené à bonne fin. Au quarantième jour, la sonde sus-pubienne fut ôtée, et la plaie ne tarda pas à se cicatriser.

Les principales remarques dont M. Fabri fait suivre son observation, sont les suivantes: « Les objections, dit-il, que l'on fait à la ponction hypogastrique, peuvent se résumer aux deux suivantes:

» 1° La vessie étant perforée à sa paroi antérieure, le fluide qu'elle contient ne peut être extrait en totalité; et par suite, le malade est obligé de se tourner sur l'un des deux côtés pour en favoriser l'issue.

» 2° Il peut arriver que la canule du troquart blesse la paroi opposée de la vessie, si elle est trop longue; et si elle est trop courte, il est à craindre qu'elle ne se trouve hors de la vessie, lorsque cet organe venant à se vider, descend dans l'excavation pelvienne.

» Ces inconvéniens peuvent être évités, si dès que le trois-quart est enfoncé, on substitue à son poinçon une sonde en gomme élastique, ainsi que je l'ai pratiqué au troisième jour chez mon malade. Cette sonde fera l'office d'un syphon, capable de vider la vessie, sans que le malade y concoure par aucun mouvement. Je crois, néanmoins, qu'il convient mieux de se conduire ainsi qu'il suit. Lorsqu'au moyen de la sonde, vous aurez évacué assez d'urine, pour que le sommet de la vessie se trouve de niveau avec le rebord supérieur des pubis, injectez lentement quelques onces d'eau tiède, qui délayera le restant de l'urine et remuera nécessairement le sédiment occupant ses couches inférieures. Alors, laissez sortir une nouvelle quantité de liquide, et renouvelez ensuite l'injection jusqu'à ce que vous ayez substitué un liquide innocent à l'urine altérée qui séjournait dans la vessie.

» Si, en même temps, vous vous opposez pendant trois ou quatre jours, à ce que le sommet de la vessie ne descende plus bas que le rebord hypogastrique des pubis, vous atteindrez le double but d'éviter l'infiltration urineuse et de tenir les parois de la vessie suffisamment distendues, pour que le corps qu'elle renferme ne puisse l'irriter. Pour obtenir ce dernier résultat, je crois qu'il suffit d'une quantité de liquide moindre que celle qui est nécessaire pour maintenir le sommet de la vessie au niveau des pubis. C'est pour cela, qu'après le quatrième jour, la plaie étant en suppuration, et le danger de l'infiltration étant par conséquent cessé, je pensai qu'il n'y avait nul inconvénient à laisser sortir l'urine en plus grande quantité. Je n'eus point à me plaindre de m'être conduit ainsi. Enfin, en employant les injections répétées d'eau tiède, auxquelles on substitue progressivement celles d'eau froide simple ou unie à quelque principe médicamenteux, on arrivera plus facilement à vaincre la sécrétion de la muqueuse vésicale qui est si fréquente dans cette circonstance. »

Les remarques de M. Fabri nous paraissent très judicieuses, et nous croyons qu'à l'égard des modifications qu'il conseille, sa conduite mérite d'être imitée. K...

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

Compte-rendu des maladies traitées dans le service chirurgical pendant l'année 1839; par M. CHAUMET, chirurgien en chef.

Ophthalmies blennorrhagiques.

Malgré les nombreuses recherches des ophthalmologistes modernes, malgré toutes les études cliniques, il reste encore à trouver un moyen sûr et efficace contre l'ophthalmie blennorrhagique; tout est sérieux et grave dans cette redoutable complication; nous n'oublierons jamais ce malheureux jeune homme qui nous fut adressé et recommandé par M. le baron de Branne, et qui, comme le sieur Davancase (Pierre), ancien militaire, que nous adressait plus tard M. Rencontre, chirurgien à Portets, étaient entièrement sans ressources lorsqu'ils sont entrés dans nos salles.

Dans les deux cas, la blénophthalmie existait depuis plusieurs jours, et tous les hommes instruits savent fort bien que souvent, en pareil cas, il a suffi de quarante-huit heures pour désorganiser complètement la cornée.

Nous devons le confesser avec franchise; sur sept individus admis dans l'année, porteurs de cette épouvantable affection, à des degrés différens, nous n'avons sauver les yeux que dans quatre cas.

Les antiphlogistiques généraux et locaux, les instillations de collyres émolliens et laudanisés, semblent, avec le concours des boissons délayantes et la potion de Chopart, avoir préparé quelques-unes des guérisons que la cautérisation avec le cylindre de nitrate d'argent est venu confirmer. Dans quelques-uns de ces cas, nous avons également administré le calomel trois fois par semaine, à la dose de trois à quatre décigrammes par jour, et nous croyons en avoir obtenu du bien.

Jusqu'à présent, soit que nous ayons rencontré de ces sujets essentiellement réfractaires, soit que la désorganisation fût trop avancée, nous n'avons pas eu beaucoup à nous louer de la résection complète de la muqueuse oculaire, d'après la méthode du professeur Sanson; dans tous les cas, bien que le nitrate d'argent vînt atteindre tout ce que les ciseaux n'avaient pu emporter, nous avons eu la douleur de voir l'écoulement se perpétuer, l'obscurcissement, le ramollissement et la désorganisation de la cornée ne pas tarder à survenir.

Les collyres avec le sublimé corrosif, ceux avec le nitrate d'argent concentré, et les incisions par le procédé de Tirrel, n'ont pas mieux réussi chez un infortuné israélite qui avait perdu un œil, trois ans auparavant, à la suite de la même maladie.

On ne pourrait cependant pas nous faire le reproche de négliger le traitement général; car, dans notre intention, tous ces malades sont soumis à une diète convenable et à un traitement interne, d'ailleurs bien approprié.

Enfin, nous en étions à chercher un moyen plus efficace contre cette affreuse maladie, et nous avions pensé à la cautérisation avec le stylet rougi à blanc, lorsqu'il nous vint à l'esprit d'appliquer ici la décoction concentrée de noix de galles, dont nous avions retiré déjà de si grands avantages dans le traitement des surfaces muqueuses suppurantes.

L'occasion s'offrit bientôt à nous; mais l'œil du sujet sur lequel nous l'appliquâmes pour la première fois, était tellement compromis, que nous n'avons pu rien en conclure: l'œil était perdu dès son entrée. Les limites que nous nous sommes imposées ne permettent pas d'insister davantage sur ces faits; mais nous nous réservons d'y revenir à une époque plus reculée.

Depuis l'hiver dernier, nous avons eu occasion d'observer trois fois cette terrible affection, et, dans les trois cas, nous avons eu pleinement à nous féliciter d'avoir recouru à notre solution tanante, dont on peut se procurer les élémens partout, et à un prix très minime.

Pendant que ces pages s'imprimaient, un malade est entré à la salle 17, lit n° 4, avec une ophthalmie gonorrhéique à gauche, des plus intenses; le chemosis dépassait le rebord de la paupière inférieure, et la suppuration jaune verdâtre encombrait tous les replis de la conjonctive. Les paupières étaient aussi très tuméfiées; l'écoulement urétral, à son dixième jour, était également abondant. Une saignée de dix-huit onces; deux applications de sangsues (douze chaque fois) à la mastoïde et aux tempes, et surtout l'instillation, trois fois par jour, de la décoction de noix de galles concentrées, avaient suffi pour sauver l'œil de ce malade; tout annonçait sa guérison, lorsque ce malheureux jeune homme, après avoir accepté imprudemment des alimens du dehors, a vu tous les accidens se renouveler avec une nouvelle intensité, à un tel point, qu'il ne nous est pas encore possible d'affirmer son rétablissement complet.

Nous ne devons plus taire ici, dans l'intérêt de cette classe de malades, comme dans celui de tous les autres,

---

instinctivement à cet effet, en relâchant le plus possible les muscles de la région antérieure et superficielle du cou.

Quant à la seconde explication, il suffit, pour en démontrer l'inexactitude, de retrancher à l'aide des raisons que nous venons de donner, la première partie de la proposition, et de n admettre que la seconde: celle-ci peut seule devenir l'expression de la vérité.

J'ai dit que l'asphyxie en question était uniquement due à la contraction de la glotte; j'ai fait pressentir qu'il n'y avait qu'un acte vital, physiologique, qui pût permettre de concevoir ce qui se passait dans cette espèce de phénomène; et c'est dans le but d'arriver à la démonstration rigoureuse du fait, que j'ai rappelé les trois temps pendant lesquels s'opère la déglutition, et que j'ai surtout insisté sur le spasme qui domine l'organisme fonctionnant.

Eh bien! si par une cause indifférente, un corps d'un certain volume, *pour lequel on a fait effort afin de l'avaler*, est retenu dans l'œsophage, il est certain que la deglutition commencée ne s'achèvera pas, que le spasme continuera; et comme la contraction de la glotte est l'effet immédiat de ce spasme, il s'en suivra que la circulation de l'air sera interrompue dans la trachée; et que si on ne fait cesser l'état convulsif en hâtant la déglutition ou en retirant d'une façon quelconque le corps étranger, la mort ne tardera pas d'arriver avec tous les phénomènes que nous lui connaissons.

Quoi, dira-t-on! vous avez prouvé que pendant le premier et le troisième temps de la déglutition, la glotte n'était pas contractée! Il n'y a donc plus que le second temps de cette fonction qui soit réservé à sa contraction! Mais, vous savez combien est rapide ce second temps: vous en avez vous-même donné la raison! Or, si tout cela est exact, comment voulez-vous que l'asphyxie soit due au spasme glottique!

Le corps étranger que l'on avale ne peut pas, à moins d'un volume extrême, demeurer engagé pendant le deuxième temps de la déglutition; ce n'est que dans le troisième que cet accident peut se manifester; et si la glotte ne se contracte pas alors, l'asphyxie produite peut-elle venir du spasme de cet organe!... Oui; car j'ai fait observer que le prompt retour de la glotte à l'état normal après le deuxième temps de la déglutition, pouvait bien n'être qu'apparent, ou plutôt n'être pas complet. Puisqu'il est incontestable qu'au moment où la fonction s'exécute un spasme énergique se localise dans les parties supérieures du tube digestif, pourquoi la glotte se soustrairait-elle seule, et complètement à cet effort spasmodique? Ne vaut il pas mieux dire que pendant le troisième temps, elle doit comme osciller, jusqu'à ce que le bol alimentaire soit décidément arrivé dans l'estomac? Si elle ne cédait pas suffisamment au besoin de la respiration, la mort serait inévitable. C'est pour ce motif que nous admettons un spasme latent (1) qui, à la première impression donnée par le corps étranger arrêté dans l'œsophage sans pouvoir progresser, sera subitement et énergiquement rétabli. Nous ne nous sommes pas fait illusion en adoptant cette manière de voir; l'expérience nous a démontré que lorsqu'il y avait asphyxie, le spasme ranimé, la glotte se contractait; que celle-ci néanmoins cédait à l'effort de la respiration, et, qu'après un temps plus ou moins long de rémission, la mort survenait si la cause de l'aphyxie n'était pas enlevée. D'un autre côté, les alternatives de contraction et de dilatation étaient d'autant plus courtes, d'autant plus énergiques, et partant d'autant plus mortelles que le corps étranger se trouvait retenu à une plus grande hauteur.

Ainsi, par exemple, lorsqu'il se tenait sur la ligne imaginaire qui sépare le deuxième du troisième temps, les phénomènes d'asphyxie apparaissaient bien plus effrayans que lorsqu'il restaient à la partie moyenne ou inférieure du tube œsophagien.

Qui pourrait nier après cela, que les choses ne se passent pas comme je l'ai annoncé? C'est une vérité destinée à devenir de plus en plus incontestable, si l'on ne tient compte de seconde partie de ce travail, où je vais traiter la question pratique de mon sujet.

Deuxième partie.

Dès à présent je puis, sans crainte de n'être pas compris, mettre sous les yeux les faits de physiologie et de pathologie que la théorie énoncée rend plus explicites. Les expériences que j'ai faites pour démontrer l'exactitude de cette théorie, ne peuvent que confirmer les idées émises, sans ajouter beaucoup à la lucidité de leur expression. Je veux en renvoyer le récit à la suite de l'histoire des faits physiologiques et pathologiques. Cette marche me permettra d'établir les quatre articles suivans: le premier consacré à la zoonomie, le second à la physiologie, le troisième à la pathologie humaine, et le quatrieme à l'exposé des expériences et de la conclusion.

---

(1) Autrement dit: une disposition, une tendance à l'état convulsif.

Article premier. *Zoonomie*. La tradition vétérinaire nous apprend que, dans le département des Vosges, les vaches très friandes de pommes de terre de la grosseur de deux noix environ, les avalent avec tant de gloutonnerie, qu'elles ne prennent pas le temps de les mastiquer. Elles restent engagées dans leur œsophage; et l'asphyxie, souvent la suite de cet appetit désordonné, déduit parfaitement son explication de la théorie que nous avons exposée.

Article second. *Physiologie*. — Premier fait. La physiologie humaine nous fournit un fait utile à signaler au vulgaire, si toutefois le vulgaire veut bien appliquer aux actes qu'il exécute chaque jour l'art qui doit les diriger convenablement, je veux dire l'hygiène: car on peut admettre que l'hygiène est la thérapeutique de la physiologie, comme la matière médicale est celle de la pathologie. Or, l'hygiène apprendra aux gens voraces qu'ils doivent mastiquer long-temps et bien se garder d'engloutir trop précipitamment les bouchées d'alimens qu'ils entassent les unes sur les autres. Il arrive trop souvent que chez ces gloutons, les alimens n'ont pas le temps de tomber dans l'estomac, et qu'ils demeurent engagés dans l'œsophage; trop heureux alors s'ils en sont quitte pour cette sorte de malaise que l'on éprouve lorsque, comme on le dit vulgairement, *on sent quelque chose qui ne passe pas*. Quelquefois on est obligé de faire avaler quelques gorgées d'eau, ou de pratiquer quelques manœuvres appropriées pour faire cesser les accidens d'asphyxie qui sont la suite de leur imprudente voracité.

Si cette espèce d'individus était susceptible de délicatesse, il serait inutile de lui donner cet avis; mais sous ce rapport on peut la comparer aux bestiaux du département des Vosges, et elle justifie pleinement cet aphorisme de Brillat-Savarin: « la brute se repaît; l'homme mange, et l'homme d'esprit seul sait manger. »

Au reste, plaignons ces gloutons! Ils ne sentent pas tout ce que le sens du goût bien exercé peut donner de charmes! Il y a dans ses délicieuses impressions, une délicatesse qui ne peut s'allier à leur nature grossière; il faut absolument qu'ils se repaissent!

Deuxième fait. Je vais noter une circonstance qui n'est pas moins importante que la précédente. La voici:

Dans l'agonie des malades, les personnes présentes ont l'habitude de donner aux moribonds quelques cuillerées de boisson, et ces malheureux sont constamment asphyxiés par les liquides ingérés.

que les entrées quotidiennes de l'hôpital sont généralement funestes à un grand nombre de malades ; elles nuisent presque constamment, non-seulement par le trouble qu'elles portent dans l'esprit de ces êtres souffrans, mais encore en trompant fréquemment la vigilance de nos bonnes sœurs de charité, pour les infractions au régime. Maintes fois déjà nous avons eu l'honneur d'exprimer à la commission le désir de voir prochainement abolir cette exception bizarre, qui fait que Bordeaux est le seul hospice en France, où les malades sont visités presque journellement par les premiers venus.

A Lyon, à Paris, etc., pour entrer à l'Hôtel-Dieu, il faut une autorisation spéciale. Les autres entrées ne sont tolérées qu'un seul jour de la semaine ; nous espérons que ce nouvel avis suffira pour que notre administration, animée par une bienveillante sollicitude, s'empresse de remédier au vice qui lui est signalé.

Traitement. — La thérapeutique des inflammations oculaires est essentiellement fondée sur l'emploi bien ordonné des antiphlogistiques et des révulsifs. Aujourd'hui, le choix des moyens ne saurait plus être douteux ; des faits nombreux ont démontré l'efficacité des déprimans directs et sympathiques. Voici l'énumération de ceux qui nous ont le plus fréquemment réussi :

Contre l'état aigu, les déprimans directs, que nous plaçons en première ligne, à raison de leurs succès habituels, sont les émissions sanguines locales, soit par les scarifications, soit par la saignée capillaire opérée au moyen des sangsues ou des ventouses. Nous avons rarement employé les scarifications, tandis que nous avons eu souvent recours aux sangsues. Il nous a paru plus convenable de les appliquer aux mastoïdes, dans les narines, à l'angle externe des paupières, plutôt que sur ces organes eux-mêmes, à raison de la disposition de l'arbre vasculaire, des points désignés, et à cause des ecchymoses et des gonflemens qui sont les résultats des piqûres palpébrales. Un autre déprimant direct, auquel nous accordons une très grande influence, a été la soustraction à l'action de la lumière, durant surtout la période aiguë. Les applications émollientes froides appartiennent aussi à cette catégorie. Les collyres émolliens belladonés ou laudanisés, dont nous avons obtenu de si grands effets, doivent aussi y être rattachés. Les proportions du collyre que nous employons dans ces cas, sont celles de demi-gros de laudanum de Rousseau, pour six de véhicule, et d'un gramme d'extrait de belladone pour une égale quantité de liquide. Ici se rangent aussi les onctions palpébrales émollientes belladonées et opiacées, auxquelles nous avons recouru quelquefois.

Les déprimans sympathiques comprennent la diète, les saignées générales, la phlébotomie, l'artériotomie et les pédiluves irritans. La diète a toujours été proportionnée à l'intensité du mal, à l'âge, aux forces et à la santé générale des sujets. Généralement on a prescrit l'abstinence complète de vin. La saignée générale nous a rendu de très grands services, et sans attacher trop d'importance à l'ouverture de telle ou telle veine, nous croyons qu'il est plus simple, plus facile, et aussi efficace d'ouvrir les veines du pli du bras, que celles des autres régions. Deux fois seulement on a ouvert la jugulaire, et pas plus que pour la saphène nous n'avons eu beaucoup à nous en louer. Il n'en est pas de même de l'artériotomie ; trois fois elle a été pratiquée dans le courant de l'année, pour les cas les plus graves, et toujours avec un succès inattendu. Deux cas de rétinite violente, dont l'un nous fut adressé par notre honorable confrère, M. Guintrac, ne cédèrent qu'à ce moyen. Nous pensons aussi que les sangsues sur les vaisseaux hémorroïdaux, ont amené de bons résultats. Un autre déprimant indirect, que les oculistes n'omettent jamais de conseiller, ce sont les pédiluves irritans. Afin d'en obtenir plus de bien, nous avons renoncé à la moutarde, et adopté l'acide hydro-chlorique, la cendre et le vinaigre.

Quant aux révulsifs, nous y avons recouru fréquemment avec assez d'avantages. Les agens extérieurs de cette médication ont été très variés ; tantôt c'était le tartre stibié en pommade ou en lotions ; tantôt les cataplasmes sinapisés, les vésicatoires ; tantôt le séton à la nuque, si efficace dans les affections profondes et chroniques de l'œil, auquel nous ne répugnons pas de recourir dans la plupart des cas qui tendent à passer à l'état chronique. Chez plusieurs malades, porteurs de kératite, d'iritis, même d'amauroses incomplètes, son emploi, heureusement secondé par les dérivatifs du tube digestif, et quelques modificateurs directs, a souvent admirablement réussi. Les dérivatifs du tube digestif que nous employons le plus ordinairement, sont les préparations de calomel et des purgatifs salins. Le premier médicament nous a semblé mériter la préférence dans les inflammations avec prédominence scrofuleuse, dans celles qui semblaient avoir quelques rapports directs ou éloignés avec le principe syphilitique.

Parmi les modificateurs directs, nous mentionnerons les différens collyres aux préparations de cuivre, de zinc, de plomb, d'argent, etc..... Pour dissiper l'état congestif de la conjonctive, obtenir la résorption d'un nuage siégeant sur la cornée, nous avons employé les insufflations de calomel pur ou mélangé au sucre candi porphirisé, ou bien la magnésie carbonatée. Nous avons diminué les écoulemens muqueux par les collyres au nitrate d'argent et les astringens végétaux, la noix de galle par exemple.

Les ulcères superficiels et profonds de la cornée ont été traités généralement par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Après la résection des capillaires qui les entretiennent, leur cicatrisation a été souvent la suite de l'action de cet agent. Contrairement aux habitudes de plusieurs ophtalmologistes, nous préférons ordinairement toucher la conjonctive avec le nitrate en cylindre, dont l'effet est plus facile à circonscrire, en accompagnant son application d'instillations d'un peu d'eau froide sous les paupières, que d'employer le collyre au nitrate qui, trop faible, ne modifie pas suffisamment les points les plus malades ; tandis que, trop concentré, il peut altérer la transparence de l'œil.

M. Benoît, de Montpellier, vient de publier un mémoire dans lequel, après avoir cherché à démontrer l'utilité du nitrate d'argent dans l'inflammation des muqueuses particulièrement, contre certaines formes de conjonctivites, il donne comme l'un des moyens les plus puissans à opposer au staphylome de la cornée. L'auteur cite à ce sujet la pratique de M. Lallemand, celle de M. Serres, et rapporte des faits tirés de la clinique de ces deux professeurs. Pour nous, qui ne voulons pas trop nous laisser entraîner aux idées de merveilleux qui entourent les premiers essais d'un médicament, d'ailleurs très puissans, nous avons traité des staphylomes à différens degrés, par la cautérisation simple, et nous n'avons constaté que de bien faibles résultats ; le plus souvent, ils ont été complètement nuls. Il n'en a pas été de même lorsque nous avons fait précéder la cautérisation au moyen du nitrate par la résection des vaisseaux principaux, qui, des couches scléroticales, se rendaient au lieu précédent ; le plus ordinairement alors, les malades en ont éprouvé du bien.

Quant aux procidences de l'iris, nous pensons qu'il sera bon de renoncer bientôt aux idées de cautérisations. Déjà M. Petrequin, de Lyon, avait publié des succès par l'effet du nitrate d'argent, lorsque nous-mêmes attaquions, par le même moyen, ces espèces de hernies iriennes, réunies au nombre de quatre dans nos salles. Mais, soit que les cas n'eussent aucune analogie, soit que nos sujets y fussent moins bien préparés, nous n'avons pas été aussi heureux que le chirurgien de Lyon. Nous dirons même avoir constaté quelques sur-excitations fâcheuses, qui nous ont porté à renoncer à une idée qui ne nous paraît pas fort heureuse.

Les préparations belladonées à l'intérieur et à l'extérieur nous semblent encore ici le moyen le plus convenable. Fréquemment les mouvemens de l'iris ont été sollicités au moyen du collyre belladoné, afin de prévenir ou combattre ses adhérences avec la cornée et la capsule cristalline en arrière. Nous ne devons pas terminer ce que nous avons à dire du nitrate d'argent sans signaler les services qu'il a rendus dans trois ou quatre cas d'amaurose, par son application sur plusieurs points à la fois de la surface scléroticale.

Un autre modificateur direct bien énergique dont nous avons retiré d'heureux résultats, et dont les bienfaits avaient déjà été signalés par plusieurs médecins, c'est la strychnine en instillation sur la conjonctive, ou bien par la méthode endermique, sur un point de la peau du front préalablement dénudée de son épiderme au moyen de la pommade de Gondret. Plusieurs amauroses commençantes ont été puissamment modifiées, et d'autres entièrement guéries par ce genre de médication.

Nous arrivons à l'histoire de l'application toute récente que l'on a faite du vésicatoire palpébral, au traitement de l'inflammation de la conjonctive. Ce moyen essentiellement énergique, dont l'idée seule effraie le malade, moyen qui a été reçu avec une espèce d'improbation générale et beaucoup de crainte par les praticiens, mérite que l'on s'y arrête. Pour nous, qui avons déjà eu occasion d'y recourir dans sept cas différens, nous sommes bien loin de partager les répugnances qu'il inspire à quelques confrères. Nous croyons pouvoir affirmer que dans la majorité des cas qui seront incessamment publiés, il a seul obtenu les honneurs de la cure.

En bonne thérapeutique, le vésicatoire palpébral ne deviendra certainement jamais, même dans les mains de ses plus chauds partisans, une médication générale ; mais il est pour nous incontestable qu'elle sera *irremplaçable* dans un bon nombre de cas ; et c'est spécialement à l'étude, à la distinction de ces cas, sous peine de nombreux mécomptes, que le praticien devra s'attacher. Mais, comme les meilleurs moyens échoueraient infailliblement dans les cas de fausses indications, nous croyons devoir limiter aux conditions suivantes la sphère d'application de ce grand agent thérapeutique :

1° Dans les conjonctivites oculaires, lorsque les faces intérieures des paupières sont peu injectées ;

2° Il réussira spécialement lorsque la cornée transparente, la sclérotique, les procès ciliaires et d'autres parties profondes de l'œil seront affectées ;

3° Dans les ophthalmies déjà anciennes, il sera généralement suivi d'effets plus favorables que lorsqu'on l'oppose aux inflammations récentes, aigues et très intenses ;

4° Dans l'hypopion des chambres de l'œil, après les antiphlogistiques, il favorisera la résorption, ainsi que nous l'avons constaté dans l'observation d'une ancienne kératite, avec épanchement purulent ;

6° Enfin, contre la vascularisation de la cornée, d'ulcères à cette membrane, de son ramollissement pulpeux, de taches par épanchement entre ses lames, son action nous a paru spécialement utile.

Le malade (salle 17, n° 10), entré dernièrement, a fourni une preuve éclatante de toute sa puissance.

Tout récemment encore, nous l'avons appliqué contre le staphylôme ancien de la cornée, mais nous n'avons pas encore assez observé pour nous prononcer sur sa valeur thérapeutiques dans de telles circonstances.

M. Velpeau attribue au vésicatoire palpébral, une action clarifiante qui doit le rendre très précieux contre les opacités de la cornée. Il explique par l'antagonisme constaté entre les vaisseaux qui se distribuent aux paupières, et ceux qui nourrissent le globe de l'œil, les avantages qu'il obtient dans les autres phlegmasies oculaires.

Nous pensons, nous, que l'on peut expliquer l'action du vésicatoire palpébral de deux manières :

1° Par l'action révulsive toute puissante, qu'il détermine à la face cutanée de ces voiles mobiles, qui sont presque toujours pris d'une inflammation sous-œdémateuse, avec exhalation d'une très grande quantité de sérosité sous l'épiderme ;

1° Par le repos le plus complet de l'œil, la privation de la lumière et l'absence du contact de l'air sur la conjonctive enflammée.

Un autre phénomène dû à l'occlusion soutenue des paupières, c'est la suspension, ou du moins une grande diminution de la sécrétion des larmes, dont les qualités irritantes alors pour la conjonctive, sont momentanément suspendues. Nous croyons que cette circonstance joue le plus grand rôle dans la cure des inflammations superficielles de l'œil, et qu'il ne serait pas sans intérêt de se livrer à quelques recherches à ce sujet.

Maintenant, il est essentiel de dire que, pour obtenir ces salutaires effets, nous avons le soin de faire piquer la phlyctène sans enlever l'emplâtre le lendemain de son application, et que le deuxième ou troisième jour, en enle-

---

Richerand dit : que l'accident est dû à l'inertie de l'œsophage, et il se sert de ce fait pour prouver que les liquides ne tombent pas dans l'estomac en vertu de leur propre poids, mais aussi en vertu des contractions œsophagiennes. Oui ; mais ce qu'il fallait ajouter pour compléter l'explication de l'asphyxie, c'est que celle-ci est due essentiellement à l'interruption de la déglutition, causée par l'inertie même du tube œsophagien. Or, la glotte doit se contracter inévitablement, et l'on conçoit qu'un instant de suspension de l'acte respiratoire suffise pour éteindre le reste de vie des malades.

Le peu de boissons qu'on leur administre alors est tout à fait inutile relativement à la guérison ; et si leur existence un instant prolongée eût pu laisser le temps, soit à l'art, soit à la nature, de provoquer dans l'organisme quelque perturbation favorable, on serait privé de cette précieuse ressource par cet empressement inconsidéré. La nature est bien puissante ; il faut toujours compter sur ses efforts lorsque l'art est à bout de tous ses moyens : c'est dans cette extrémité qu'il est du devoir d'un médecin prudent de reculer l'instant fatal.

Article troisième. *Pathologie*. — Premier fait. Je ne sais pourquoi on a coutume de ranger dans les cadres nosologiques de l'espèce humaine, l'asphyxie par submersion. Est-ce parce que la mort qui s'ensuit établit toujours un état quasi-morbide ? comme, par exemple, une lésion traumatique qui tue instantanément ? Si cela est, il faut aussi faire rentrer dans ces cadres les faits de physiologie que je viens de rapporter.

On le voit, la distinction est difficile à déterminer ; et comme ce ne sont que des divisions arbitraires qui, en dernier résultat, n'en rendent pas moins bien la pensée des naturalistes, je suivrai l'usage reçu, et je continuerai mon énumération en traitant dans cet article consacré à la pathologie l'asphyxie par submersion.

N'est-il pas vrai, comme nous allons le démontrer, que cette espèce d'asphyxie est déterminée par les lois que nous avons posées ? Entrons à ce sujet dans quelques détails.

L'eau que l'on trouve quelquefois dans l'appareil respiratoire, a-t-elle directement causé la suffocation ? Je ne le pense pas. Le liquide ne s'est introduit qu'après la mort dans les bronches et dans le poumon ; car, pendant la vie, le spasme de la glotte, produit par la déglutition forcée et permanente de l'eau, a été sans aucun doute un obstacle à son introduction. Ce spasme de la glotte est si vrai, qu'il est nécessaire qu'un commencement de putréfaction vienne à le faire tomber ; et c'est seulement alors que de l'eau peut s'ingurgiter dans l'appareil de la respiration.

Mais doit-on induire qu'un peu de liquide ne pénètre pas ordinairement dans cet appareil ? Non ; car dans l'asphyxie par submersion, il y a nécessairement des rémittences du spasme glottique telles, qu'elles permettent l'entrée de la trachée et des bronches à de très petites quantités d'eau ; absolument comme cela a lieu lorsque l'on boit et qu'il arrive de respirer ou de rire pendant la déglutition du liquide.

Il est vraisemblable que c'est à la présence de ce peu d'eau introduit à l'occasion de ces rémittences, qu'est due l'*écume mousseuse* qui s'amasse chez la plupart des morts noyés dans la partie supérieure des organes de la respiration. Cette écume mousseuse est pathognomonique en médecine légale.

(La fin à un prochain numéro.)

Un concours pour deux chaires, l'une de clinique externe et l'autre de pathologie chirurgicale, sera ouvert le 2 janvier 1841, à la Faculté de médecine de Strasbourg. Le registre des inscriptions sera clos le 23 novembre.

---

vant le vésicatoire lui-même, nous avons le soin de ne point permettre d'écarter les paupières Ce ne serait que dans le cas de trop vives douleurs, siégeant profondément, que nous nous déciderions à examiner l'intérieur de l'œil avant le cinquième ou le sixième jour.

Plaie de la cornée. Pansemens simples. Cautérisation vers la fin. Guérison.

Laurent Bernard, vingt-six ans, colporteur, entre le 5 avril, pour un coup de couteau qu'il a reçu dans l'œil gauche deux jours auparavant, et est couché salle 17, lit n° 12. Dans une discussion, la pointe d'un couteau mal aiguisé fut plongée dans l'œil, et divisa transversalement la cornée transparente. Dans cette section, en parcourant la chambre antérieure d'avant en arrière, l'instrument vulnérant atteignit l'iris, qui fut aussi divisé transversalement dans une assez bonne étendue de sa petite circonférence, demeura plongé dans l'œil pendant quelques instans. Après l'extraction du couteau, faite sans aucuns ménagemens par le blessé lui-même, l'humeur aqueuse s'écoula ; avec elle sortit un peu de sang ; la lumière ne put être perçue ; on crut à la perte de l'œil.

Dès l'entrée de Bernard à l'Hôtel-Dieu, on prescrivit une saignée de quinze onces, une limonade tartarisée, la diète, l'occlusion complète des paupières, les irrigations d'eau froide et une potion calmante.

Le deuxième jour le malade a souffert, durant la nuit, d'une douleur sourde dans l'œil, de céphalalgie. Après avoir écarté doucement les paupières, pour s'assurer de l'état du lambeau cornéal, que l'on trouve heureusement affronté, on les renferme à l'instant même, pour ne plus y toucher de cinq à six jours. Saignée de quinze onces ; lotions opiacées ajoutées aux moyens de la veille. Le quatrième jour, on réitère la saignée, et on prescrit des onctions mercurielles au pourtour de l'orbite. Le huitième, les accidens phlegmasiques sont complètement dissipés ; la douleur est nulle. Les paupières écartées permettent d'apprécier un commencement de cicatrice dans la cornée, qui, entièrement aplatie dans les premiers jours, commence à être légèrement bombée. A sa grande surprise, le malade perçoit quelques rayons lumineux. A partir de ce jour, les progrès vers la cicatrisation ont été surprenans ; et lors de sa sortie, Laurent voyait assez distinctement les objets, et ne conservait d'autres traces de sa blessure, qu'une cicatrice transversale au milieu de la cornée, et une pupille ovalaire dirigée aussi transversalement.

Reflexions. Comme traumatisme de la cornée, ce fait est déjà fort remarquable, et cependant, il le devient encore davantage, pris au point de vue de l'opération de la cataracte. D'abord, il prouve que les conditions de cicatrisations pour les blessures de la cornée, se trouvent admirablement réunies chez ce malade ; ensuite, que les lésions de l'iris lui-même n'ont pas toute la gravité qu'on leur attribue. Mais un résultat semblable, rapproché de tant d'accidens, et souvent même du ramollissement, du sphacèle, du lambeau cornéal, après l'extraction, là où la section est ordinairement faite par un instrument bien tranchant, et avec tous les ménagemens convenables, porte à reconnaître des dispositions individuelles incontestables, qui doivent faire repousser ou admettre l'opération dont il s'agit. Maintenant, est-il possible, *à priori*, de bien apprécier ces conditions individuelles dans tous les cas ? Nous ne le croyons pas ; mais nous pensons qu'il faudra sa rappeler, mieux qu'on ne paraît l'avoir fait jusqu'à présent, qu'il n'est pas d'opération, en chirurgie, où la santé générale et certaines dispositions locales, aient plus d'influence sur les suites, que dans l'extraction ou l'abaissement de la cataracte.

(*Journ. de Méd. prat. de Bordeaux.*)

SECTION SOUS-CUTANÉE DE QUARANTE-DEUX MUSCLES, TENDONS OU LIGAMENS,

pratiquée le même jour, sur le même individu, pour remédier à une difformité articulaire générale; lettre adressée à l'Académie des sciences, le 31 août 1840, par le docteur JULES GUÉRIN.

J'ai l'honneur de faire part à l'Académie d'une opération qui, par son caractère de généralité et ses résultats immédiats, me paraît destinée à fixer d'une manière définitive la valeur d'un principe que j'ai cherché à établir dans mon mémoire sur les PLAIES SOUS-CUTANÉES, à savoir que les plaies pratiquées sous la peau, à l'abri du contact de l'air, sont affranchies de tout travail d'inflammation suppurative.

Le 25 de ce mois, à cinq heures du soir, j'ai fait, sans désemparer, sur un jeune homme de vingt-deux ans, la section sous-cutanée de 42 muscles, tendons ou ligamens, pour remédier à une série de difformités articulaires du tronc et des membres, causées par la rétraction active de ces muscles et ligamens. Cette série d'opérations a exigé 28 ouvertures à la peau. Les muscles, tendons et ligamens divisés sont les suivans :

Au tronc, le grand pectoral.	1
Aux coudes, les deux biceps brachiaux.	2
Les ronds pronateurs.	2
Les deux radiaux antérieurs.	2
Les deux fléchisseurs communs superficiels.	2
Les deux petits palmaires.	2
Aux avant-bras, les tendons isolés des deux cubitaux antérieurs.	2
Ceux des grands et petits palmaires.	4
Ceux des grands abducteurs du pouce.	2
Aux deux genoux, les deux co turiers.	2
Les deux biceps cruraux.	2
Les deux demi-membraneux.	2
Les deux demi-tendineux.	2
Les deux droits internes.	2
Fascia lata.	1
Ligamens latéraux externes.	2
Aux deux pieds, les deux tendons d'Achille.	2
Les deux jambiers antérieurs.	2
Les deux extenseurs communs.	2
Les deux extenseurs propres du gros orteil.	2
Les deux péroniers antérieurs.	2
	52

Voici les résultats immédiats de ces opérations :

L'opéré n'a éprouvé qu'une douleur et une fatigue médiocres; il n'a proféré aucune plainte pendant les opérations, et celles-ci ont duré une heure. Une heure après, il s'est endormi d'un sommeil calme. La nuit et le jour suivant ont été très tranquilles. Aucun accident inflammatoire n'est survenu, et le troisième jour, les vingt huit plaies étaient cicatrisées. Aujourd'hui, cinquième jour de ces opérations, les points de la peau qui ont été divisés sont débarrassés de toute espèce d'applications, et on distingue à peine les traces des cicatrices.

Ces opérations ont été pratiquées à la Muette, en présence d'une réunion de médecins français et étrangers, parmi lesquels se trouvaient : MM. Arendt, chirurgien de l'empereur de Russie; Valentine-Mott, de New-York; Doubowitsky, de Saint-Pétersbourg ; Bégin, Chervin, Delherbe, Donné, Fiévée, Foville, Jacob, Kuhn, Lévy, R. Parise, Royer, Ribes, Valenciennes, de Paris, et Bataille, Boucher, Navart, Noble, Pénard et Vitry, de Versailles.

Plusieurs de ces honorables confrères sont venus constater les résultats généraux que je viens de rapporter.

Je me dispense, pour le moment, de faire ressortir de ce cas remarquable de difformité générale les circonstances propres à confirmer mes idées sur l'origine commune des difformités particulières, qu'une affection cérébrale avait réunies et combinées sur le même individu. Je me borne aujourd'hui à signaler le fait de la section sous-cutanée de quarante-deux muscles, tendons ou ligamens, avec vingt-huit plaies à la peau, sans le plus petit symptôme de réaction inflammatoire. Pour ôter à cette opération toute apparence de témérité, j'ajouterai que, depuis que j'ai cherché à établir, par de nombreuses expériences sur les animaux, l'innocuité absolue des plaies sous-cutanées, je suis arrivé à vérifier le même principe chez l'homme par une série d'opérations convenablement graduées, depuis la section d'un seul muscle jusqu'à la section d'un grand nombre. Quant aux procédés opératoires que j'ai mis en usage, la plupart sont nouveaux et ont été appliqués à des difformités partielles qui n'avaient été ni décrites, ni attaquées par la méthode sous-cutanée. Je me propose de faire connaître les uns et les autres en communiquant en temps opportun à l'Académie le résultat définitif de ces opérations.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 10 SEPTEMBRE 1840. (15e ANNÉE.) N° 107, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5.

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Résumé général de la clinique médicale de la Charité pendant le semestre 1840.

Cinq résumés partiels de la clinique de la Charité ont été publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* depuis le mois d'avril de cette année, et dans chacun de ces résumés nous nous sommes efforcés de faire autant que possible une analyse détaillée des cas les plus importans, tant aigus que chroniques, qui sont passés sous nos yeux, afin de présenter à ceux de nos lecteurs qui n'assistent pas aux visites de cet hôpital un tableau aussi fidèle qu'authentique du mouvement de l'année scholaire. Mais si des relevés mensuels ont l'avantage de tenir au courant d'une manière plus précise, une revue générale est nécessaire pour présenter en bloc et d'un seul coup-d'œil les résultats auxquels on est arrivé par la *nouvelle méthode* des saignées, telle qu'elle est mise en usage à la Charité depuis plus de huit années.

Depuis le 1er avril jusqu'au 24 août, 236 individus ont été admis dans les salles Saint-Jean-de-Dieu (hommes) et Sainte-Madeleine (femmes). Ces 236 cas ont été répartis de la manière suivante :

	Cas aigus.	Cas chroniques.	
Avril.	36	22	58
Mai.	16	29	45
Juin.	20	27	47
Juillet.	16	32	48
Août.	18	20	38
	106	130	236

Maladies chroniques. Les maladies chroniques ont été évidemment dans l'immense majorité des cas des maladies aiguës qui ont été mal traitées, et qui ne se sont pas terminées dans la période d'acuité. Cette question est de la plus haute importance ; car si dans quelques cas les maladies chroniques ne sont pas nécessairement mortelles, lorsqu'elles s'attaquent par exemple à des organes dont l'intégrité parfaite n'est pas une condition de vie ou de mort pour l'individu, il est des cas non moins nombreux dans lesquels ces maladies chroniques, existant au sein d'organes dont l'exercice plein et entier est nécessaire au salut de l'organisme et au maintien de la vie, il est des cas, dis-je, où ces maladies chroniques amènent assez rapidement l'épuisement du sujet, et finissent par le faire succomber au milieu des plus intolérables angoisses.

Combien ne voit-on pas chaque jour succomber dans les hôpitaux des malheureux en proie à des maladies chroniques, qui eussent été sauvés si un traitement approprié et assez énergique eût été mis en usage. Pour ne prendre qu'un seul exemple : la pleurésie qui, à l'état aigu, cède ordinairement assez facilement à un traitement convenablement dirigé, une fois passée à l'état chronique, un épanchement qui en est la conséquence presque inévitable, vient, obstacle mécanique, s'opposer aux mouvemens respiratoires; le poumon est comprimé, ne fonctionne plus aussi largement que dans l'état normal, et s'il arrive que l'épanchement soit double, la mort ne se fait pas longtemps attendre. Voilà un exemple d'une maladie assez simple par elle-même, et qui, mal traitée, peut se terminer fatalement à l'état chronique. Eh bien ! des pleurésies traitées à la Charité pendant le semestre dont nous rendons compte, en est il une seule qui se soit terminée par l'état chronique? De même pour le poumon.

Si la pneumonie chronique est chose rare, si l'inflammation du parenchyme pulmonaire le plus souvent se dissipe ou emporte le malade à l'état aigu, il n'est pas moins vrai que les tubercules, que l'emphysème, etc., sont des conséquences de phlegmasies pulmonaires non enlevées pendant leur période d'acuité. Cependant ces maladies chroniques sont plus souvent la suite, non de pneumonies franches, mais de bronchites capillaires, de ces bronchites qui sont de l'aveu de tout le monde, plus redoutables que la pneumonie, quoiqu'au premier abord elles semblent beaucoup moins à craindre. Il est de ces affections chroniques qui, en quelque sorte, prennent dès leur début une forme aiguë. Trois cas de cette espèce se sont présentés dans le cours de cette clinique; deux malades couchés, l'un au n° 1, l'autre au n° 25 de la salle des hommes; un troisième guéri d'une fièvre typhoïde, et couché au n° 1 de la même salle, ont succombé dans l'espace de quelques semaines, à une *phthisie aiguë* des mieux caractérisées.

Toutes les affections organiques du cœur qui sont passées dans le service étaient la suite d'endocardites aiguës non traitées ou non reconnues, conséquence pour la plupart d'affections rhumatismales aiguës intenses; quelques-unes, d'inflammations des organes respiratoires. Jamais, peut-être, une loi n'a trouvé dans l'observation, de confirmation plus sévère, plus rigoureuse que la loi établie, il y a quelques années seulement, par M. Bouillaud, loi de coïncidence de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu ou les phlegmasies intenses des organes respiratoires.

Il n'est pas hors de propos de remarquer ici que si, dans quelques cas, on ne peut, en interrogeant les malades, obtenir la preuve de ce fait, qu'une affection organique du cœur a été la suite d'endocardite ayant coïncidé avec l'existence d'un rhumatisme articulaire ou une fluxion de poitrine, il arrive souvent, et nous l'avons vu plus d'une fois, qu'à l'autopsie de ces malades que l'on citait déjà comme de prétendues exceptions, on trouve des adhérences de la plèvre parfaitement organisées, signe irrécusable de phlegmasies anciennes.

S'il est important pour le médecin de connaître les moyens propres, non pas à guérir les maladies chroniques, car un grand nombre d'entre elles sont au-dessus des ressources de l'art, mais à soulager autant qu'il est en lui les malheureux qui en sont atteints, il est d'une bien plus haute importance pour lui d'enlever ces maladies à l'état aigu, et de prévenir ainsi le développement de ces lésions inguérissables qui font le désespoir de ceux qui sont appelés à les soigner.

Dans les cinq mois de clinique qui viennent de s'écouler, sur les 106 maladies aiguës qui ont été traitées, pas un seul cas n'est passé à l'état chronique, et, tout étant égal d'ailleurs, la formule *des saignées coup sur coup* n'eût-elle eu que cet avantage, c'en serait un, ce nous semble, qui ne serait pas à dédaigner. Mais nous allons voir, en parlant des maladies aiguës, que l'on est arrivé à bien d'autres résultats.

Maladies aiguës. 106 cas de maladies aiguës ont été observés, avons-nous dit ; en voici le relevé :

Entéro-mésentérite typhoïde,	31
Pneumonie et pleurésie,	21
Rhumatisme avec ou sans endocardite,	17
Fièvres éruptives,	11
Péritonite,	5
Méningite,	2
Ramollissement cérébral,	1
Phlegmon iliaque,	1
Purpura hémorrhagica,	1
Angine, bronchite, érysipèle, etc.	16
	106

Sur ces 106 cas, nous trouvons 12 morts, dont nous jugeons à propos de donner le détail, quoi qu'il ait été publié dans les résumés précédens.

1° Salle Sainte-Madeleine, 12. Femme de dix-sept ans, malade depuis quinze jours ; fièvre typhoïde *aggravée par un traitement vomi-purgatif*; cas mortel. Non traitée ; morte douze jours après son entrée. (Juin.)

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1. Fièvre typhoïde guérie depuis plusieurs jours. Homme de vingt-neuf ans, qui fut pris d'une bronchite capillaire générale et succomba à une *phthisie aiguë* au bout de quelques semaines. (Juin.)

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Homme convalescent d'une fièvre typhoïde, qui fit une rechute après un jour de visite, et succomba dans le mois de juillet.

4° et 5° Deux individus entrés vers les quatre heures de l'après-midi, affectés de pleuro-pneumonies, et qui ont succombé, l'un deux heures après son entrée, l'autre dans la nuit. (Avril.)

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. C'est le sourd-muet qui figure dans le résumé du mois d'août.

7° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 9. Homme de vingt-quatre ans, affecté d'une rougeole hémorrhagique, mort le lendemain de son entrée. (Juin.)

8° Homme affecté d'une péritonite aiguë, entré dans les salles à trois heures, mort à dix heures du soir. (Avril.)

9° Salle Saint Jean-de-Dieu, 14. Homme de trente-un ans, malade depuis un mois, entré le 16 juin, mort le 10 juillet, d'un ramollissement cérébral.

10° Purpura hémorrhagica. Homme entré dans le service dans l'après-midi, et mort à trois heures et demie, pendant l'examen du chef de clinique. (Mai.)

11° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1. Bronchite capillaire, phthisie aiguë. Mort dix jours après son entrée. (Avril.)

12° Salle Sainte-Madeleine, 13. Erysipèle de la face et plaie des tégumens du crâne. (Août.)

Sur ces 12 morts, nous sommes forcés de retrancher les deux pneumonies (4 et 5), la péritonite (8) et le purpura hémorrhagica (10), qui, morts quelques heures après leur entrée, n'ont pu être même examinés. Restent donc 8 morts sur 102 malades, c'est-à-dire 1 sur 12 3/4, ou 1 sur 13.

Dans les fièvres typhoïdes, au nombre de 31, 3 sont morts, ce qui donnerait une mortalité brute de 1 sur 10,

FEUILLETON.

NOUVELLE THÉORIE DE L'ASPHYXIE PAR UN CORPS ÉTRANGER ARRÊTÉ DANS L'OESOPHAGE,

Servant à expliquer certains phénomènes physiologiques et pathologiques ;

Par Armand Jobard, D.-M.-P.

(Suite du n° précédent.)

Deuxième fait. — Je lisais dernièrement dans les journaux de médecine qu'un chirurgien de Dublin, le docteur Fleming, avait eu occasion d'observer et de guérir des abcès volumineux situés entre le pharynx et la colonne vertébrale.

Sans donner le détail de cette observation, je dois faire remarquer que ce chirurgien constata pour symptômes de l'affection des accidens d'asphyxie, sans pourtant s'en rendre compte.

Il est évident qu'ils ont été dus à la sensation produite dans l'œsophage par la saillie inaccoutumée des abcès. Pour se débarrasser de la gène qu'ils lui causaient, le malade exécutait forcément des mouvemens permanens de déglutition, comme il l'eût fait pour un corps étranger arrêté dans l'œsophage ; et ce sont ces efforts éliminatoires qui produisirent les phénomènes d'asphyxie : du moins c'est ce qui me paraît indubitable.

Troisième fait. — J'ai un symptôme important à étudier pour clore l'article pathologie : c'est le caractère pathognomonique de l'hystérie : c'est la sensation douloureuse produite par ce que l'on appelle *la boule hystérique.*

Cette névrose reçoit une impression toute particulière de cette circonstance, et c'est ce qui me permet de l'indiquer sous le nom d'*asphyxie hystérique.*

Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur l'hystérie ; qu'elle prenne son point de départ avec ceux-ci dans l'utérus, avec ceux-là dans le cerveau, ou enfin avec d'autres dans ces deux organes à la fois, on ne peut s'empêcher de la reconnaître à des malaises, à des inquiétudes, à des craintes, à des sortes de spasmes qui s'élèvent et tombent alternativement. C'est au milieu de ce désordre qu'apparaît le phénomène caractéristique de cette maladie, la boule hystérique. Elle part de l'hypogastre, monte jusqu'à la gorge, en faisant éprouver à ces malades tout le long de ce trajet un sentiment poignant de constrictions.

Je crois que la science ne s'explique pas clairement sur la production de cette boule hystérique. Elle dit qu'elle est due à un spasme de l'innervation rachidienne et ganglionnaire. Il est aisé de voir que ce sont des mots, et rien de plus, qui lui servent à cacher son ignorance sur ce point. Aussi n'est ce pas sur cette particularité que je vais insister.

Arrivée au niveau de la gorge, au larynx et au pharynx, la boule exerce une constriction telle, que la respiration, déjà gênée par son passage au niveau de la poitrine, s'enraye davantage, et que la suffocation qui s'établit lentement devient de plus en plus imminente.

Alors, dit Boisseau, un mouvement *continuel* d'élévation et d'abaissement du pharynx s'exécute en même temps qu'a lieu un *mouvement analogue*, mais *moins prononcé, de la mâchoire inférieure.*

Les auteurs, et Boisseau lui-même, n'expliquent pas ce phénomène. Notre théorie de l'asphyxie va de suite en rendre raison.

Ce mouvement continuel d'élévation et d'abaissement du pharynx est, sans contredit, sous l'influence de l'irritation nerveuse dont j'ai parlé ; et cette irritation détermine, comme on l'observe, une déglutition permanente. On ne peut en douter quand on voit la mâchoire inférieure s'abaisser, puis se relever immédiatement pour venir prendre contre la mâchoire supérieure, un point d'appui solide qui permette aux muscles d'opérer la déglutition. On sait que sans cela cette fonction serait impossible, soit que l'on avale réellement, soit que seulement on simule d'avaler de la nourriture.

La déglutition forcée continuant toujours, le spasme de la glotte l'accompagne nécessairement, et l'asphyxie en est le résultat : pourtant il faut remarquer qu'il est rare qu'elle aille jusqu'à la mort. Je note aussi que dans le cas d'hystérie, le spasme de la glotte est primitif, tandis qu'il est consécutif dans le cas où c'est un corps étranger qui demeure engagé dans l'œsophage. En premier lieu, la déglutition est provoquée indirectement ; et en second lieu, directement.

Quoi qu'il en soit, il ressort de cet examen, que si on n'utilise pas ces mouvemens de déglutition, que si on les laisse s'exécuter en vain, on ne fera qu'ajouter à l'irritation nerveuse ; qu'il faut donc donner en petite quantité des boissons antispasmodiques, car c'est en insistant sur leur administration que l'on calmera la malade, puisqu'on agira sur une des principales scènes du mal.

Il existe cependant une exception à cette indication générale : c'est lorsqu'à l'hystérie se joint l'éclampsie. Je viens d'avoir l'occasion d'observer cette complication sur une dame enceinte de cinq mois. Elle n'eut des accès qu'à dater de l'époque où elle sentit remuer son enfant pour la première fois. L'éclampsie avait contracté invinciblement tous les muscles du cou et de la face, en même temps que la boule hystérique exerçait son action. Je voulus administrer quelques cuillerées de boissons antispasmodiques ; mais à la première, il y eut redoublement des phénomènes nerveux de strangulation. La déglutition, malgré le besoin existant, ne pouvait s'opérer, vu le spasme des muscles qui concourent à l'accomplissement de cette fonction ; et j'aurais infailliblement asphyxié la malade si j'eusse insisté sur l'administration des boissons.

rétultat assez beau déjà par lui-même pour soutenir avantageusement la comparaison avec les autres traitemens, puisque nous trouvons par ces autres traitemens, purgatifs, toniques ou expectation, une mortalité fatale et inévitable de *un sur trois*. Si maintenant nous observons que l'un est mort d'une bronchite capillaire plusieurs semaines après la guérison de sa fièvre typhoïde ; qu'une autre est un femme entrée au dixième jour de la maladie, alors qu'un traitement vomi purgatif l'avait réduite à l'extrémité ; enfin, que le troisième était un homme en pleine convalescence qui succomba, peu après que sa femme lui eût apporté, un jour de visite, *une assez grande quantité de viande de charcuterie*, qui occasionna une indigestion et une rechute, quelle confiance devra-t-on ajouter à ceux qui disent que le traitement de la fièvre typhoïde par les émissions sanguines formulées, donne lieu à des résultats effrayans, et que leur religion les empêche de mettre en usage une médication qui fait justice du malade, sinon de la maladie.

Même remarque pour les pneumonies ; un mort sur 19 ; car, je le répète, on ne saurait raisonnablement faire entrer dans cette statistique les 2 morts du mois d'avril qui n'avaient pu être examinés, ayant été apportés à l'agonie.

Nous pouvons donc dire hardiment que sur les 106 malades de l'année scholaire, 94 ont été traités par la nouvelle formule et ont tous guéri.

Avant de terminer, établissons brièvement la moyenne de la quantité de sang retiré dans les trois affections les plus graves qui se sont présentées, je veux dire les fièvres typhoïdes, les pleuro-pneumonies et les rhumatismes articulaires aigus.

Fièvres typhoïdes. 31 cas ont été observés, dont 2 très graves, 23 de moyenne gravité, et 6 légers.

2 *cas très graves*. On seul a été traité ; il a perdu vingt palettes et demie de sang (5 livres 2 onces). L'autre étant arrivé trop tard n'a pu être saigné.

23 *cas de moyenne gravité*. Il a été retiré à ces 23 malades un total de 264 palettes de sang, ou 66 livres, ce qui donne : *moyenne* : onze palettes et demie pour chacun, ou 2 livres 14 onces.

Maximum : dix-huit palettes, 4 livres 8 onces.

Minimum : trois palettes, 12 onces.

6 *cas légers*, formant un total de vingt-quatre palettes ou 6 livres. Moyenne : quatre palettes ou une livre.

Maximum : neuf palettes.

Minimum : 0.

Or, que lisons-nous dans la Clinique médicale publiée en 1837 (t. I, p. 344) :

« La moyenne du sang enlevé chez les malades atteints de fièvres typhoïdes très graves a été de 4 livres à peu près exactement ; le maximum de 5 livres 6 onces ; le minimum de 2 livres 12 onces. »

Dans cette catégorie de cas très graves, où nous n'avons qu'un seul cas traité, nous avons un résultat absolument identique (5 livres 2 onces) au maximum indiqué en 1837.

Pour les cas moyens :

« La moyenne est de dix palettes et demie, ou 2 livres 10 onces ; le maximum a été de seize palettes et demie, ou 4 livres 2 onces ; le minimum de six palettes, ou une livre et demie. » (*Clinique méd.* 1837, page 347.)

Cette année, nous avons pour moyenne onze palettes et demie, ou 2 livres 14 onces ; maximum, dix-huit palettes ; minimum, trois palettes.

Enfin pour les cas légers :

« La moyenne a été, en 1837, de quatre à cinq palettes. Maximum, neuf palettes ; minimum, O. » (*Cliniq. méd.*, page 349.)

Le résumé de 1840 nous donne pour moyenne quatre palettes, maximum neuf palettes, minimum O.

Est-il possible d'obtenir des résultats plus semblables, plus identiques ? Et chacun pouvant répéter, à l'aide des relevés publiés depuis cinq mois, les opérations nécessaires pour arriver aux moyennes que nous donnons, il est, ce nous semble, impossible d'en contester l'authenticité.

Pneumonies. Les pneumonies ont offert des résultats sensiblement les mêmes, à peu de chose près, que ceux publiés dans la Clinique médical.

Un cas *très grave* ; on a retiré au malade dix-neuf palettes de sang (4 livres 10 onces).

Il y a eu 15 cas *de moyenne gravité*. Le total du sang retiré a été de 228 palettes (57 livres). La moyenne de quinze palettes un quart (3 livres 13 à 14 onces) ; le maximum de vingt-deux palettes (5 livres 1/2) ; le minimum de sept palettes et demie (1 livre 14 onces).

La moyenne indiquée pour les pneumonies dans la Clinique médicale, page 195, tome II, « est de seize palettes » (4 livres) pour les cas de moyenne gravité. » On voit donc qu'il n'y a pas de différence réellement appréciable, puisque les chiffres sont les mêmes, à 2 ou 3 onces près.

Pour les 3 cas légers : total du sang retiré, quatorze palettes ; moyenne, quatre palettes deux tiers (1 livre 2 à 3 onces).

Rhumatisme articulaire. Sur 27 cas de rhumatisme articulaire aigu rapportés dans la Clinique médicale, 12 appartenaient à la catégorie du rhumatisme articulaire aigu généralisé intense, avec forte réaction fébrile.

La durée moyenne de la maladie, depuis le premier jour du traitement jusqu'à la convalescence commençante, fut de huit jours.

La moyenne du sang retiré fut de 19 palettes 1/6 ou 4 livres 12 onces.

Le maximum, de 27 palettes, 6 livres 12 onces.

Le minimum, de 9 palettes, 2 livres 4 onces.

(*Cliniq. méd.*, t. II, pag. 415.)

Dans le Traité du Rhumatisme articulaire, publié au commencement de cette année par M. le professeur Bouillaud, les mêmes opérations, répétées sur les observations de douze malades pris au hasard parmi les cas publiés ; mais dans les mêmes circonstances de gravité, donnèrent pour résultat :

Moyenne du sang retiré, 19 pal. ou 4 liv. 11 onces ;
Maximum, 26 pal. ou 6 liv. 8 onces ;
Minimum, 8 pal. 1/2 ou 2 liv. 2 onces.
Durée moyenne de la maladie, de six à sept jours.

(*Traité du Rhumatisme*, pag. 360.)

Prenant de même parmi les 17 cas dont nous avons publié l'analyse, les douze premiers, qui sont tous des cas de moyenne gravité, nous trouvons les résultats suivans :

Moyenne du sang retiré, 16 pal. 3/4 ou 4 liv. 1 à 2 onces ;
Maximum, 24 pal. ou 6 liv. ;
Minimum, 8 pal. ou 2 liv.
Moyenne de la durée de la maladie, depuis l'entrée jusqu'au jour de la convalescence, 6 jours.

	1837.	1839.	1840.
Moyenne,	19 pal. 1/6	19 pal.	16 pal 3/4.
Maximum,	27	27	24
Minimum,	9	9	8
Durée moyenne de la maladie,	8 jours.	6 à 7 jours.	6 jours.

Encore un mot avant de terminer, car il importe de ne pas laisser croire que tous ces chiffres ont été faits à plaisir, et que les diagnostics ayant été établis un peu légèrement, les résultats ne sont pas exacts en ce qui touche le traitement de telle ou telle maladie.

Dans les compte-rendus d'autres services, publiés il a quelques mois, on s'est plû à répéter que l'emploi fréquement répété des saignées, est le moyen le plus assuré de précipiter les malades dans l'état adynamique, et que si, dans des cas traités de la sorte, la guérison s'en est suivie, on peut attester à coup sûr qu'il ne s'agissait point d'une fièvre typhoïde.

Chose bien étonnante, c'est que nous avons entendu l'un des plus distingués de ces adversaires de la formule des saignées, dire publiquement, il y a peu de jours, qu'il ne traitait pas les fièvres typhoïdes autrement que ne le fait M. Bouillaud, et cela depuis fort long-temps.

Quant à ce qu'on a prétendu que les fièvres typhoïdes guéries par les saignées coup sur coup ne pouvaient pas être des fièvres typhoïdes véritables, il est une distinction à faire. Si par fièvre typhoïde *véritable* on entend la maladie arrivée à cette période où la stupeur, la fuliginosité des lèvres, l'état croûteux des dents et de la langue, enfin tous les phénomènes adynamiques et typhoïdes se sont développés, l'on a raison de dire que les émissions sanguines sont alors impuissantes ; mais il faut dire la même chose de tous les autres traitemens. Si par ces mots on entend parler d'une maladie offrant tous les caractères généraux et *locaux* de l'inflammation folliculeuse de l'intestin grêle, maladie qui, nous le savons, n'est pas simple, mais tire les caractères spéciaux qu'elle présente de la spécialité de son siége, de la nature même des organes qu'elle occupe, et qui, si elle n'est pas entravée à son début par un traitement convenable, poursuit sa marche rapidement et se termine par cet état adynamique dont nous venons de parler ; je dis qu'il n'est pas une seule fièvre typhoïde traitée dans le service de la clinique de la Charité, et comptée dans tous nos résumés, qui n'ait été une *fièvre typhoïde véritable*.

Au reste, ceux qui assistent à la clinique de la Charité savent si, pour cette maladie comme pour les autres, c'est là que se commettent les erreurs de diagnostic. On y procède à cette partie capitale de l'enseignement clinique avec une circonspection qui ne se dément jamais. Pour la fièvre typhoïde en particulier nous avons vu quelquefois M. Bouillaud ne point regarder comme appartenant à une affection des cas qui partout ailleurs auraient été considérés comme tels, et la suite de l'observation a constamment justifié son pronostic. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il pourrait bien arriver que M. Bouillaud, dans certains cas très légers, s'abstînt de placer dans la catégorie des fièvres typhoïdes des maladies que d'autres y auraient placées, mais qu'il n'arrivera jamais à ce professeur de faire figurer dans cette catégorie des cas qui ne lui appartiendraient réellement pas. C'est là une assertion que ne contrediront pas les personnes éclairées qui ont suivi la clinique de la Charité. A. F.

HOPITAUX DE LONDRES.

Affection cancéreuse de la langue guérie à l'aide de la ligature placee du côté de la région sub-hyoïdienne ; par M. Arnott, chirurgien à l'hôpital de Middlesex.

Anne Hayward, âgée de quinze ans, a été reçue le 8 mai 1838, pour être traitée d'une tumeur de la moitié droite de la langue, faisant saillie aux faces supérieure et inférieure de cet organe, s'étendant depuis la pointe jusqu'à la base et à l'isthme du gosier, et latéralement sur l'arcade dentaire correspondante. La compression qu'elle exerçait sur l'autre portion de la langue avait considérablement diminué le volume de celle-ci. La tumeur a le volume et la forme d'un œuf de poule ; sa surface est irrégulière, sa couleur pourprée, et sur quelques points grisjaunâtre, avec effusion de lymphe sur toute la muqueuse qui la couvre. En arrière, sa superficie est couverte d'excroissances verruqueuses. En avant, elle offre un aspect vésiculeux par suite de l'effusion séreuse dans le tissu papillaire. Sa substance est solide, compacte et rénitente à la pression. La malade y accuse des douleurs qui s'irradient jusqu'à l'oreille. Quelquefois un peu de sang s'écoule de sa surface rugueuse lorsqu'on la frictionne légèrement, mais il s'arrête de lui-même. Les ganglions lymphatiques environnans ne sont pas gonflés ; la santé générale, du reste, est assez bonne ; la jeune personne n'est pas encore réglée.

Le commémoratif des parens a appris que la maladie avait commencé neuf ans auparavant, par une tumeur de couleur bleue, du volume du bout du doigt, déclarée à la superficie de la langue. Cette tumeur était restée stationnaire jusqu'à l'époque de six semaines avant l'entrée de la malade à l'hôpital ; alors elle a pris subitement de l'accroissement à l'occasion de quelques pilules qu'on lui administra pour la guérir d'accès convulsifs. On a essayé l'usage de l'iodure de potasse intérieurement, mais sans avantage ; puis l'extrait de jusquiame sans plus de profit ; localement, des émolliens, puis des astringens avec le nitrate d'argent. Ce dernier remède soulageait beaucoup de la douleur, la malade en demandait souvent l'application, mais la tumeur a continué sa marche ; son volume est devenu assez considérable pour remplir la cavité buccale et toucher en haut la voûte palatine, en bas le plancher maxillaire ; sa longueur est de deux pouces et demi, sa largeur d'un pouce et demi, sa hauteur d'autant. La moitié saine de la langue est réduite à une ligne très étroite. En faisant cependant tirer la langue au dehors et en la poussant à gauche, on peut, avec le doigt, tracer exactement les limites de la tumeur et les points correspondans aux tissus sains de la partie ; seulement, en haut, on ne pouvait pas passer le doigt entre la tumeur et le palais, vu la présence des excroissances verruqueuses ; en arrière, on ne pouvait non plus préciser les points de terminaison, ni en bas, à cause des adhérences. La partie malade cependant était mobile, et il y avait apparence que la base de la langue fût comprise dans l'affection.

Dans ces entrefaites les règles se sont déclarées, mais la santé de la malade a été en empirant ; elle est devenue pâle, et sa physionomie exprime la souffrance. L'opération ayant été décidée, elle a été pratiquée le 6 juin, de la manière suivante :

La malade a été assise, la tête renversée modérément en arrière. Le chirurgien sent l'os hyoïde et fait sur celui-ci une incision de haut en bas, de la longueur d'un pouce

---

Le surlendemain du dernier accès, je pratiquai une saignée déplétive, et depuis il n'y eut pas de nouvelles attaques. Cette dame est à son second enfant, et les mêmes phénomènes furent observés à sa première grossesse.

Je termine ici l'exposition des faits de physiologie et de pathologie que j'avais promis de donner : s'il en est d'autres que l'on puisse ranger sous la loi que j'ai expliquée, il est facile d'en faire l'application.

Article quatrième. — Il me reste à présenter le récit des expériences que j'ai faites pour donner une base solide aux prétentions de ma jeune théorie.

J'ai mis à nu un œsophage de lapin, puis j'en ai fait la ligature dans son tiers supérieur. Et isolant la trachée artère de cet œsophage dans toute l'étendue qui correspond du point inférieur à la ligature, au point où l'œsophage vient se confondre avec le larynx, je me suis assuré que la respiration avait lieu comme à l'ordinaire.

Je procédai ensuite à l'introduction d'un bol alimentaire, ce qui eut lieu presque aussitôt ; car j'avais à dessein laissé l'animal prendre de la faim. Il avala une bouchée d'herbages, et bientôt les phénomènes d'aphyxie furent manifestes, quoique la quantité d'alimens ingérés fût peu considérable.

Le bol alimentaire était justement pressé contre la ligature que j'avais posée, les efforts de déglutition propres à la lui faire franchir furent continuels et l'asphyxie en fut le résultat.

Il n'y avait pas à douter des phénomènes que j'avais sous les yeux, et les personnes présentes en acquirent également la conviction.

Mais voulant mettre un terme aux accidens survenus, et pour mieux encore préciser le fait, je pratiquai la trachéotomie. La respiration se rétablit alors, et l'animal, qui s'agitait convulsivement, comme s'il était étranglé, revint merveilleusement au calme dont il jouissait avant l'ingestion des alimens. Néanmoins, il ne tenait qu'à moi de reproduire les phénomenes d'asphyxie, il me suffisait pour cela d'apposer très légèrement la face palmaire d'un doigt sur l'ouverture trachéale ; je le fis à diverses reprises, et à chaque fois on put observer des alternatives de calme et d'agitation (1).

On n'objectera pas, je pense, que dans nos expériences le corps étranger comprimait la trachée-artère, puisque ce corps ne touchait pas même à ce tube. La saillie qu'il formait se répandait plutôt sur les côtés qu en avant de l'œsophage ; donc, il demeure évident que la contraction de la glotte devait seule déterminer l'asphyxie.

Si maintenant je veux résumer la théorie développée, je dirai que l'asphyxie a lieu en vertu de la suspension brusque de la déglutition, et que cette suspension produit les mêmes effets qu'une deglutition permanente et prolongée indéfiniment.

Telle est, en dernière analyse, la solution du problême que je m'étais proposé.

(1) C'est ici le lieu de noter un fait qui vient à l'appui des expériences de MM. Chomel, Beau et Rocibo kr. Ces expérimentateurs avaient d'une autre façon constaté les bruits gutturaux. J'ai trouvé leurs analogies en écoutant, à l'aide du stétoscope, ce qui se passait dans la poitrine de l'animal soumis à l'expérience. Les bruits qui m'arrivaient à l'oreille étaient très sonores, et juste en raison du corps mis en vibration. C'était l'air, qui en pénétrant par l'ouverture trachéale, faisait vibrer les bords des cartilages incisés, absolument comme lorsqu'il traverse le gosier et qu'il met en vibration le voile du palais, pourtant avec la différence d'intensité de bruit due à la différence de densité des corps vibrans.

et demi, sur la ligne médiane ; intéressant le derme, le tissu-cellulaire sous-cutané et le raphé des muscles mylo-hyoïdiens. Il saisit alors la langue avec une érigne, vers son sommet ; la tire tout-à-fait en dehors par les lèvres, et la fait tenir par le docteur Mayo. Prenant ensuite une forte aiguille à manche, œillée à sa pointe, il l'introduit par la plaie dans le pharynx, et perfore la base de la langue, un peu à gauche de la ligne médiane. Une érigne sert à tirer l'anse du fil de l'aiguille, qu'on fait sortir par la bouche ; l'aiguille est retirée par la plaie et entraîne un des chefs du fil. L'anse ayant été coupé, il en est résulté deux ligatures : l'une a été appliquée le long de la face supérieure de la langue de manière à circonscrire la maladie à gauche, et a été enfoncée dans la pointe de cet organe, moyennant une forte aiguille courbe plongée de haut en bas. On a disposé de la même manière l'extrémité buccale de l'autre fil, au côté droit de la tumeur, le long du plancher de la bouche. L'aiguille a été fixée à un porte-aiguille, on lui fait parcourir à droite le plancher de la bouche ; l'on dépasse la dernière dent molaire et on la fait sortir par la plaie du cou. Les quatre chefs des deux ligatures se trouvaient ainsi sortir par la plaie. Une des anses embrassait la moitié droite de la base de la langue et comprenait la limite postérieure de la tumeur ; l'autre anse était longitudinale, parcourait la base supérieure de la langue longitudinalement et obliguement en bas. Les ligatures ont été serrées le plus possible, et la masse morbide s'est trouvée circonscrite dans tous les sens. Une troisième ligature cependant a été placée au sommet de la langue pour la limiter aussi de ce côté des parties saines.

La malade a supporté toutes ces manœuvres avec un courage rare. Peu d'instans après, la masse morbide est devenue profondément livide ; la seconde ligature, c'est-à-dire longitudinale, a rendu plus proéminente supérieurement la masse morbide, et la portion saine de la langue qu'on voyait auparavant comme une bandelette, s'est renversée en dessous, de sorte qu'on ne peut l'apercevoir qu'à peine ; enfin la langue est devenue immobile, et la malade n'a pu articuler un mot ni déglutir. Elle a été de suite couchée, et on lui a donné un lavement opiacé ; la douleur de la ligature était intense.

Le soir, la douleur avait diminué, elle se faisait surtout sentir vers l'oreille et dans la mâchoire ; les fomentations opiacées chaudes la soulagent. Bientôt après la portion saine de la langue a commencé à se tuméfier et à se dessécher. La malade prend des boissons froides pour apaiser la soif, du lait délayé avec de l'eau introduit dans l'estomac à l'aide d'une sonde œsophagienne Des alimens ont été introduits ensuite de la même manière pendant les premiers quinze jours. Le gonflement, la salivation et la fièvre ont été heureusement combattus à l'aide de purgatifs ; des lotions d'eau de chaux ont bien servi pour déterger la bouche.

Le second jour de l'opération, la portion de la langue comprise entre les ligatures est devenue noire, molle ; plusieurs lambeaux ont commencé à se détacher. Les trois jours suivans, ce travail éliminatoire a continué ; on a excisé plusieurs lambeaux ; une eschare s'est déclarée à toute la surface ; la masse de la tumeur paraît mortifiée ; elle donne du sang quand on la gratte avec l'ongle. On essaie de compléter l'étranglement à l'aide d'une canule introduite dans la plaie du cou, dans laquelle on avait fait passer les fils. Cette canule a été poussée jusqu'à la base de la langue ; les fils ont été liés sur elle, puis tordus ; mais cela n'a pas produit le résultat qu'on en attendait.

Le onzième jour, les parties offraient l'état suivant : la portion malade de la langue était complètement séparée de la moitié saine par une profonde gouttière qui donnait à l'organe la forme bifurquée. Cette gouttière s'étendait jusqu'à la base et comprenait toute l'épaisseur des tissus. La tumeur avait diminué de volume par suite de la chute de l'eschare superficielle ; elle n'avait plus l'aspect vésiculeux ni verruqueux ; sa couleur était rouge mate, sa consistance solide et rénitente, dure postérieurement ; vers le milieu de son bord dentaire la masse est luisante ; sa surface supérieure est irrégulière et ulcérée.

Entre la portion saine et la portion malade de la langue un bourgeonnement de bonne nature était visible, et les deux parties commençaient à se réunir de nouveau ensemble. Il était évident que la tumeur était alimentée par les vaisseaux du plancher. On reproduit la séparation à l'aide d'un stylet qu'on y a passé ; puis une anse de fil d'argent, pliée convenablement, a été glissée dans la gouttière, de manière à cerner la tumeur ; les chefs ont été serrés au dehors par la plaie du cou, engagés dans une canule à polype et serrés convenablement. La tumeur est tombée le cinquième jour de cette opération (dix-septième jour de la première) La cicatrisation a marché régulièrement, et le 10 juillet la malade était tout à fait guérie, et a quitté l'hôpital. Depuis lors, elle s'est fait visiter plusieurs fois, et la guérison ne s'est point démentie.

« Ainsi que nous l'avons dit, la pointe de la langue et le côté droit qui étaient sains, n'avaient point été compris dans la ligature. Pendant quelque temps la malade n'a pu distinguer la saveur des substances qui venaient au contact de l'extrémité de la langue, et à chaque instant elle était exposée à se pincer le bout de la langue entre les dents. Ces deux inconvéniens cependant ont disparu quelques mois après ; mais il en était resté un troisième, qui a fini aussi par disparaître à la longue : c'était l'introduction d'une partie des alimens dans le creux laissé par l'enlèvement de la demi-langue, et auquel la malade remédiait en y passant le doigt de temps en temps. La langue cependant n'est pas mobile comme dans l'état normal, à cause de la cicatrice qui la bride le long du plancher buccal ; la malade ne peut pas la faire sortir au dehors, ni en deçà du niveau des dents ; cependant ses fonctions s'exécutent assez bien, la parole est seulement comme celle des personnes qui balbutient. »

(*Médico chirurg. Transact.*, *t.* XXIV, 1839.)

— Il est curieux de rapprocher ce fait d'un autre analogue qui se passait vers la même époque, à la clinique de M. Regnoli, à Pise. Il s'agit également d'une jeune personne âgée de quatorze ans, non encore réglée, de constitution scrofuleuse. Elle portait sur la langue une tumeur du volume d'un œuf de poule, s'étendant depuis le tiers antérieur de l'organe jusqu'à sa base, envahissant toute l'arrière-bouche et le gosier. Sa limite postérieure ne peut être d'abord discernée ; mais le doigt porté dans cette partie fait connaître que la tumeur s'arrête à la base de la langue. Toute l'épaisseur de cet organe est comprise dans la tumeur ; celle-ci proémine du côté de l'os hyoïde à gauche. Sa surface est granulée sur plusieurs points ; elle donne du sang pendant la mastication et les attouchemens du doigt. La masse est dure, bosselée et indolore au toucher. La mastication, la déglutition, la parole et la respiration étaient tellement gênées que la malade était souvent menacée de suffocation.

M. Regnoli l'a opérée de la manière suivante : la malade assise sur une chaise, l'occiput appuyé contre la poitrine d'un aide, le chirurgien pratique avec un bistouri convexe une incision sur la peau du cou, s'étendant depuis la symphyse du menton jusqu'à l'os hyoïde et dans la direction de la ligne médiane. Il fait ensuite deux autres incisions, l'une à droite, l'autre à gauche, lesquelles commencent à l'extrémité mentale de la première et se prolongent dans la direction de la base de la mâchoire jusqu'au bord antérieur du masséter.

Il résulte des trois incisions une lettre T, et par conséquent deux lambeaux, comprenant la peau, le tissu cellulaire et le muscle platismo-hyoïdien. La couche musculaire sous-jacente est en évidence. M. Regnoli quitte le bistouri convexe et en prend un droit, qu'il enfonce derrière la symphyse du menton et en fait sortir la pointe dans la bouche. Il retire alors ce bistouri et en enfonce un boutonné dans cette ouverture, qu'il fait promener d'avant en arrière en rasant l'os maxillaire, d'abord d'un côté, puis de l'autre. Tout le plancher buccal s'est trouvé par là pourfendu et largement ouvert. L'opérateur prend la pointe de la langue à l'aide d'une pince de Muzeux et la tire au dehors par la brèche sous-maxillaire ; toute la langue et la tumeur sont de la sorte transportées à la face antérieure du cou. Il entoure la base de la tumeur de plusieurs fils afin de prévenir l'hémorragie des artères linguales, bien qu'il eût été facile de les lier isolément. Pour cela il s'est servi d'une longue aiguille courbe qu'il a fait passer dans la masse musculaire gauche, y comprenant l'artère linguale. Une seconde ligature a été passée à la partie postérieure de la tumeur, y comprenant la substance de la langue, parallèlement à l'os hyoïde ; l'autre artère linguale a été liée également en masse.

Après avoir entouré ainsi de ligatures toute la circonférence de la tumeur, M. Regnoli a excisé toutes les parties placées en-deçà des fils, par de petits coups de ciseaux. Deux ou trois petits boutons de feu ont été appliqués sur le moignon restant ; puis cette partie a été introduite dans la bouche, la plaie fermée en partie, les fils sortant par celle-ci. La pièce pathologique comprend la presque totalité de la langue et la tumeur. Celle-ci est de nature fongueuse, blanchâtre, analogue aux tissus scrofuleux. Guérison.

Le moignon restant s'est hypertrophié et a remplacé toutes les fonctions de la langue, sans excepter celle de la parole. (Bullettino delle Scienze mediche di Bologna, 1838.) On ne comprend pas trop cependant pourquoi M. Regnoli a pratiqué une plaie aussi énorme pour lier la tumeur et la langue en masse. Dans le cas de M. Arnott, la plaie du cou était indispensable pour bien lier la moitié de la langue, sa limite, postérieurement, ne pouvant probablement pas être atteinte exactement par la voie labiale ; mais dans le fait de M. Regnoli, il s'agissait de lier toute la langue en masse, et l'on aurait peut-être pu se dispenser de fendre le plancher. Au surplus, une plaie beaucoup plus petite aurait probablement suffi dans cette partie. Sans doute que quand il y a menace de suffocation, il serait convenable de ne pas laisser en place la tumeur liée ; car son gonflement pourrait entraîner des accidens graves ; mais ne pourrait-on pas, après la ligature, en exciser une grande partie par l'ouverture naturelle de la bouche, et se passer tout à fait de la plaie sous-maxillaire ? C'est une question dont la solution mériterait d'être soumise à l'expérience.

Académie de Médecine. — Séance du 8 septembre.

M. Sédillot adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président.

« J'ai l'honneur d'informer l'Académie que le malade auquel j'ai pratiqué, le 17 du mois dernier, l'amputation coxo-fémorale peut être regardé comme guéri aujourd'hui, vingt-troisième jour de l'opération. Les épingles avec lesquelles j'avais réuni les côtés de l'unique lambeau antérieur destiné à recouvrir le moignon furent enlevées le sixième jour, et la dernière ligature tomba le treizième.

» Depuis ce moment, la cicatrisation a fait de tels progrès, malgré l'épaississement et l'induration sub-inflammatoire des parties molles, que la vaste plaie résultant de l'ablation de la totalité du membre s'est presque entièrement fermée de la manière la plus régulière.

» Le malade, que je fais transporter, depuis le 5 courant, quelques heures chaque jour dans les jardins du Val-de-Grâce, commencé à reprendre de l'embonpoint, et se plaint seulement des douleurs qu'il rapporte au pied et à la jambe du membre amputé.

» Ce fait, déjà si curieux par la rapidité de la guérison, est surtout remarquable comme premier exemple de succès obtenu à Paris.

» Pendant, en effet, que M. le baron Larrey, dans la campagne de Russie, Guthrie, à Waterloo, M. Baudens, en Afrique, Delpech, à Montpellier, etc., sauvaient leurs malades, Dupuytren et MM. Roux, Velpeau, Gerdy, Emery, Blandin, Vidal, etc., moins heureux à Paris, offraient à leurs imitateurs de redoutables revers propres à faire craindre l'influence fâcheuse de l'air de la capitale sur les résultats d'une aussi grave amputation. La guérison de notre malade aura donc l'avantage d'engager les chirurgiens à recourir avec plus de confiance à une opération qui est souvent une dernière et précieuse ressource ; et à ce titre, M. le président, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien charger un ou plusieurs membres de constater l'état de notre blessé, et d'en informer l'Académie.

» Agréez, etc. »

(M. le président a nommé une commission.)

M. Bégin lit un rapport au sujet de la prochaine nomination à faire dans la section de chirurgie. Douze candidats se sont présentés. Le réglement prescrit de porter sur la liste le nombre de trois au moins et de six au plus ; en conséquence la commission propose à l'Académie le chiffre le plus élevé, six. Cette proposition a été adoptée, mais les noms des candidats portés ne sont pas encore connus officiellement.

M. Blandin fait un court rapport sur une note adressée à l'Académie, concernant la phlébite. M. le rapporteur saisit cette occasion pour rappeler les idées qui ont cours dans la science sur cette terrible maladie et dont une partie lui sont propres. (Remercîmens.)

M. Larrey fait un rapport sur une observation adressée par un officier de santé militaire, M. Travers, relative à un coup d'arme à feu à l'épaule, avec ouverture de l'articulation, guéri sans amputation. (Remercîmens.)

— Le même membre fait un second rapport sur un cas d'anévrisme de la carotide primitive opéré et guéri d'après la méthode de Brasdor, par M. Colson.

M. Larrey cependant n'a pas une opinion favorable à cette méthode ; il l'examine d'une manière générale, et conclut qu'elle devrait être proscrite de la chirurgie comme dangereuse. La méthode à laquelle il donne la préférence, pour les cas dans lesquels la ligature entre la tumeur et le cœur n'est point applicable, consiste à poser sur la tumeur de la glace et des moxas, et à prescrire intérieurement la méthode de Valsalva ; il cite plusieurs cas de guérison obtenue à l'aide de ces moyens, et présente quelques dessins à l'appui. M. Colson étant membre correspondant de l'Académie aucune conclusion n'est prise sur son travail, seulement M. le rapporteur propose qu'une lettre de remercîmens soit adressée à l'auteur.

M. Blandin ne partage pas toutes les opinions que vient d'émettre M. Larrey. Sans vouloir préjuger sur la bonté de la méthode préconisée par ce chirurgien, M. Blandin pense qu'il est des cas où la méthode de Brasdor offre une ressource précieuse, et qu'elle doit par conséquent rester en chirurgie. D'ailleurs, admettez-vous, ajoute M. Blandin, que la glace et les moxas échouent quelquefois ? Eh bien, que faites-vous dans ces cas ? N'est-il donc pas logique d'avoir alors recours à la méthode de Brasdor, puisqu'elle a donné déjà quelques résultats favorables ?

M. Bricheteau a vu la malade de M. Colson ; elle est parfaitement guérie ; la tumeur étant réduite à une sorte de nucléon solide du volume d'une petite noix. M. Bricheteau propose l'insertion de cette observation dans les Mémoires de l'Académie. (Appuyé.)

M. Velpeau parle dans le sens de M. Blandin. Il pense que dans l'état actuel de la science la méthode de Brasdor, renouvelée dans ces derniers temps en Angleterre, principalement par Wardrop, est une ressource précieuse, à laquelle il faut avoir recours lorsque les autres médications connues ont échoué. Cette méthode compte, en effet, six succès sur vingt cas opérés, ou à peu près ; elle est applicable surtout à la carotide primitive, qui ne présente pas de collatérales depuis son origine jusqu'à sa division. En la liant entre la tumeur et les capillaires, cette artère se trouve précisément dans les mêmes conditions que lorsqu'on la lie entre la tumeur et le cœur. Il n'en est pas de même à l'aine ; là les branches multiples qui se dégagent de tous les points entretiennent la circulation dans la tumeur, et empêchent la consolidation du caillot. Au tronc brachio-céphalique, l'opération a, comme à la carotide, réussi plusieurs fois. Je pense donc, d'une part, comme M. Larrey, que l'opération est dangereuse pour certaines régions, mais qu'elle peut et doit être mise en pratique pour d'autres.

M. Gerdy adopte cette manière de voir quant à la méthode de Brasdor ; mais quant à la médication préconisée par M. Larrey, elle doit, selon lui, ses effets moins aux moxas qu'à la glace.

M. Larrey répond qu'il peut montrer à l'Académie des malades qu'il a guéris par le seul usage des moxas.

Clôture. L'observation de M. Colson et le rapport de M. Larrey seront envoyés au comité de publication.

— *M. Double* a la parole pour rendre compte à l'Académie d'une séance de magnétisme à laquelle la commission permanente a assisté il y a peu de jours, dans le salon de M. Teste, médecin. (Mouvement de curiosité.)

Une lettre adressée à la commission par M. Teste, médecin de la Faculté de Paris, la priait de se rendre le lendemain à sept heures moins un quart au domicile de ce magnétiseur, pour voir une somnambule lire des imprimés en *cicero* renfermés dans une boite. La commission, composée de M. Double, président, MM. Dubois (d'Amiens), Girardin, Chomel, Louis, Cornac, etc., s'est empressée d'accepter, et s'est rendue exactement à l'heure indiquée.

On trouve chez le magnétiseur une boite en bois qui devait servir à l'expérience : cependant M. Double, président de la commission, avait eu la prévoyance d'apporter lui-même des boîtes, les unes en bois, les autres en carton. Le magnétiseur a choisi une de ces boîtes, du volume d'un livre grand in-8°. La commission y place six vers de Salluste, traduits en français, belle édition imprimée chez Didot, caratère *cicero*. Cette feuille, placée dans la boite, offrait une grande portion de blanc à côté des six vers ; la boîte a été cachetée à deux endroits.

La somnambule arrive et s'incline gracieusement devant les spectateurs C'est une jeune femme agréable sous tous les rapports (hilarité). Elle est placée dans un fauteuil : quelques passes la mettent de suite en somnambulisme. Le magnétiseur l'interroge : elle répond qu'elle lira dans dix minutes. La commis-

sion attend en silence. La boîte est donnée à la somnambule : elle la tourne, la retourne, l'examine, l'explore de différentes manières, et déchire l'un des cachets (peut être involontairement); on lui prescrit de respecter l'autre cachet. Les dix minutes se passent, puis vingt, puis une demi-heure ; elle ne peut encore déchiffrer. On lui demande si elle voit les lignes imprimées : elle dit oui. Combien y en a-t-il? elle répond *deux* (il y en avait pourtant six). On la presse de lire ; elle s'y décide et se fixe sur le côté blanc du papier! Elle lit : *nous sommes!* Puis elle ajoute qu'elle ne peut lire. Or, dans les six lignes il n'y avait pas, *nous sommes.*

Après plus de trois quarts d'heure de cette scène, la séance a dû être levée, le magnétiseur et la somnambule étant excessivement embarrassés. M. Teste paraissait de bonne foi dans cette comédie.

M. Double propose, après ce récit, que l'Académie cesse enfin de prêter l'oreille à ce jeu de charlatans qui s'appellent magnétiseurs, et qu'elle traite désormais leurs communications comme celles de la quadrature du cercle et du mouvement perpétuel. Il est temps, dit-il, d'engager M. Burdin à retirer son prix, et la commission à se démettre de ses fonctions. (Appuyé par un grand nombre de voix.)

M. Mérat fait observer que l'époque des fonctions de la commission expire avec le terme du programme de M. Burdin ; ce terme est la fin d'octobre prochain.

M. Double : En ce cas je retire ma proposition.

M. Gerdy : Malgré cela, l'Académie fera bien de mettre désormais à l'écart toute communication de cette nature, parce que les magnétiseurs trouvent moyen de faire des dupes en y mêlant le nom de l'Académie. Cette classe d'industriels constitue aujourd'hui une véritable plaie de la société, et il serait important que leur fripponnerie (textuel) fût mise en plein jour. J'ai voulu moi-même voir de mes propres yeux avant d'en juger ; j'ai assisté, il y a peu de jours, à une comédie analogue à celle dont vient de parler M. Double ; M. Cornac y a assisté également : il est impossible de laisser plus long-temps persister de pareilles impostures. (Marques générales d'approbation.)

M. Bouillaud renouvelle en son nom la proposition de M. Double. Il raconte quelques traits piquans de la mauvaise foi d'un de ces magnétiseurs, qui s'est permis de mêler son nom dans des histoires inventées à plaisir qu'il vient de publier dans l'espoir de faire des dupes.

M. Rochoux : Cette proposition de M. Double, renouvelée par M. Bouillaud, je l'avais déjà faite dans cette enceinte, il y a long-temps. J'ai ajouté, plus tard, que si l'Académie voulait persister à prêter l'oreille au magnétisme, il fallait commencer par discuter le rapport autographié de M. Husson. Je renouvelle aujourd'hui cette dernière partie de ma proposition ! ! (Hilarité prolongée.)

M. Chervin. Comme il n'y a qu'un mois à attendre pour l'expiration du terme du prix de M. Burdin, je crois que l'Académie ferait bien d'attendre ce terme pour mettre fin à la cause des magnétiseurs. Si vous preniez une décision avant ce terme, ils trouveraient motif à s'écrier et à tirer parti de ce fait. (Appuyé.)

M. Eusèbe de Salle lit un mémoire intitulé : Sur la Peste et son mode de propagation. L'auteur revient des foyers de la peste, où il a visité soigneusement les lazarets. Il a soutenu la non-contagion par des faits bien observés et des raisonnemens parfaitement logiques. Ce travail, écrit avec verve et énergie, lu d'un ton un peu haut, mais sans affectation, a été écouté avec un très grand intérêt jusqu'au bout. Plusieurs fois M. Eusèbe de Salle a excité l'hilarité à son avantage : il été applaudi. (Commissaires : MM. Pariset, Gasc, Renault, Rochoux.)

— *M. Blandin* présente deux malades, dont l'un a subi avec succès l'extirpation du premier métacarpien, le pouce ayant été conservé, et jouissant parfaitement de ses fonctions ; l'autre, l'ablation du dernier métacarpien, le petit doigt ayant conservé également ses fonctions.

— *M. Bégin* présente un malade auquel il avait extirpé une énorme tumeur au cou ; nous en avons parlé dans le temps.

— *M. Guillon* présente à l'Académie un vieillard guéri depuis six ans, au moyen des mouchetures urétrales et de la cautérisation avec une solution de nitrate acide de mercure, de quatre rétrécissemens *calleux très anciens* que d'autres confrères avaient considérés comme incurables, et qui n'a point eu de rechute.

— Séance levée à cinq heures et demie.

A la suite des articles que nous avons publiés sur l'action de l'eau du docteur Chapelain, nous croyons devoir faire connaître les pièces justificatives ci jointes.

« Nous soussignés, docteurs-médecins, certifions qu'ayant assisté aux expériences faites à l'abattoir Montmartre, à Paris, par notre confrère le docteur Chapelain, d'une *Eau anti hémorrhagique* de sa composition, avons été pleinement satisfaits, et que nous sommes convaincus que ladite eau jouit de la propriété hémostatique à un très haut degré. Sa vertu est telle que son application faite, en notre présence, sur l'ouverture de la carotide primitive de plusieurs moutons, a arrêté presque instantanément le sang qui jaillissait abondamment au loin. Le résultat a été également satisfaisant, soit que la section de l'artère ait été complète, soit avec perte de substance.

» Nous certifions en outre que les moutons opérés ayant été mis à mort quelques jours après afin d'examiner l'état des vaisseaux ouverts, nous avons trouvé les ouvertures des carotides bouchées d'un petit caillot dur, et tellement adhérent aux parois des vaisseaux, qu'il garantissait toute hémorrhagie subséquente, sans cependant arrêter la circulation du sang dans lesdits vaisseaux.

» Nous aimons à proclamer que l'Eau du docteur Chapelain est une précieuse découverte pour la médecine en général et pour la chirurgie en particulier.

» En foi de quoi nous avons signé la présente attestation.

» Paris, le 7 novembre 1839.

» *Signés* : Koreff, professeur et docteur en médecine, conseiller d'Etat de S. M. le roi de Prusse ; Miramont, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-chirurgien militaire ; A. Canquoin, D.-M.; Beanvoisin, D. M.; Pajol, D.-M.; Molin, D.-M.; Dechantes, D.-M.; Thilenius, D.-M. »

« Nous soussignés, marchands bouchers attachés à l'abattoir Montmartre, certifions que depuis le 16 août dernier jusqu'à ce jour, il a été fait en notre présence dans cet abattoir, par M. le docteur Chapelain, diverses expériences d'une *Eau hémorrhagique* de sa composition, sur un grand nombre de moutons et même sur un veau, sur lesquels animaux, après des incisions soit longitudinales, soit avec perte de substance, soit même la section complète des artères carotides, il est toujours parvenu à arrêter l'effusion du sang de manière à ce que très peu de temps après ces opérations lesdits animaux étaient rendus à leur premier état de santé.

» En foi de quoi nous avons signé le présent.

» A l'abattoir Montmartre. Paris, le 18 novembre 1839.

Signés : Delaunay, Lefebvre, Castille, Barbier, Saint-Clair, Senéchal, Claye, Bourrot fils, Vetter, Robert, Héomet, Pilloin, Rinière, Cardon, Danlos, Maire, Mazier, Dardelle jeune, Delacourt et Forest. »

» Je soussigné inspecteur de l'Abattoir Montmartre, certifie que les signatures apposées au présent, sont véritables pour avoir été apposées devant moi. — J'atteste de plus avoir vu M. le docteur Chapelain opérer sur plusieurs moutons et sur un veau, des incisions aux artères carotides, dont quelques-unes avec perte de substance, et faire même la section complète des artères, et que toujours l'hémorrhagie a été arrêtée en très peu de temps par l'application de l'eau inventée par M. le docteur Chapelain. En foi de quoi j'ai signé le présent.

» A l'abattoir Montmartre, Paris, le 18 novembre 1839.

» *Signé* : J. Corz. »

— On lit ce qui suit dans le livre spirituel de M. Munaret, *le Médecin des villes et le Médecin de campagne* :

« Un fabricant de produits chimiques et pharmaceutiques (M. Arrault, rue Jacob, 6, à Paris), a eu l'obligeance de me montrer une petite pharmacie portative. C'est une boîte longue, solide et recouverte en cuir, pouvant être sanglée comme un portemanteau, et portée à la main à l'aide d'une anse supérieure et moyenne. Outre les médicamens que je vous ai indiqués, elle contient une trousse, une boîte à sangsues, des bandes *dextrinées* pour certaines fractures, etc.

» *Si vous exercez à la campagne, je vous engage à l'acheter.* »

On demande à acheter :

1° La Physiologie de Burdach (en français) ;

2° La collection des Annales d'hygiène et de médecine légale ;

3° Les OEuvres complètes de Buffon, avec les supplémens.

S'adresser, par lettre affranchie, à M. J. O., au Bureau du Journal.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 86.

SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 108, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5…

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LUGOL.

Tumeur blanche du coude gauche chez un homme amputé de la jambe pour une tumeur blanche du pied droit. Tubercules des os. Tubercules pulmonaires. Cicatrice tuberculeuse au sommet du poumon gauche. Réflexions sur l'ablation des membres chez les sujets scrofuleux.

Par M. GUIET, interne.

Le nommé Dupont (Laurent), âgé de trente-cinq ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 21 février 1840. Cet homme ne put nous donner de renseignemens sur ses parens ascendans; quant à lui, il n'avait jamais été robuste dans son enfance, et il avait été, comme on dit, fort difficile à élever, ce qui suppose toujours une santé originaire faible.

A vingt-huit ans, Dupont avait subi l'amputation de la jambe pour une tumeur blanche du pied droit.

Sept ans après cette opération, survint spontanément, sans cause extérieure appréciable, une tumeur blanche du coude gauche, qui fit de rapides progrès; car, au bout de deux mois que le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, cette tumeur était percée de plusieurs orifices fistuleux, suite d'abcès tuberculeux, survenus autour de l'articulation cubito-humérale.

Il y avait de nombreux tubercules et des cavernes dans les poumons; l'émaciation était déjà fort avancée.

Placé d'abord en chirurgie, puis en médecine, salle Saint-Jean, nous perdîmes quelque temps ce malade de vue, M. Lugol ayant quitté cette cette salle pour passer au pavillon Saint-Matthieu. Plus tard, cet homme n'est entré dans le service de M. Lugol, que comme fait d'anatomie pathologique et comme un fait ajouté à beaucoup d'autres qui prouvent qu'on se trompe étrangement en croyant guérir un scrofuleux par l'ablation de la partie malade.

Voici le résultat de l'autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

AUTOPSIE. — *Cerveau.* Cet organe ne présente aucune altération remarquable. Les meninges sont un peu injectées.

Poumons. Le sommet du poumon gauche présente une cicatrice fibreuse, nacrée, chatoyante, demi-circulaire, ayant à peu près dix-huit lignes de longueur et trois de largeur; tout à l'entour, le tissu pulmonaire est froncé. A la partie inférieure du croissant formé par cette cicatrice, on remarque un sillon bien prononcé, dans lequel on peut loger un stylet, et qui résulte évidemment du plissement de la substance pulmonaire.

A trois pouces au-dessous de cette cicatrice, on trouve un étranglement transversal qui semble partager le poumon gauche en deux parties: l'une supérieure, plus petite, et sur laquelle se trouve la cicatrice dont nous avons parlé; l'autre inférieure, plus considérable. Au niveau de cette espèce de rigole transversale, la plèvre est dure, épaissie et très adhérente au tissu pulmonaire. Partout ailleurs, le poumon gauche est libre d'adhérences avec la membrane séreuse. Incisé un peu au-dessous de cet étranglement, le poumon présente un tubercule de la largeur d'une pièce de trente sous. La matière tuberculeuse est d'un noir mélangé de blanc. Une partie de cette matière est encore dure, grumeleuse; l'autre est ramollie et en pleine suppuration.

Injection assez considérable du poumon gauche dont la substance, jetée dans l'eau, surnage encore.

Le poumon droit est complètemenr adhérent avec la plèvre. Au sommet de cet organe existe une caverne considérable, mise à nu par la déchirure des plèvres.

Des tubercules miliaires à l'état cru existent en grand nombre au sommet des deux poumons, et en moins grand nombre dans les autres parties de ces organes: tous présentent la disposition mélanée dont nous avons parlé.

Le *foie* est gras, jaune, hypertrophié.

Le tube intestinal, le pancréas, la rate et les reins ne …sentent aucune altération.

…articulation huméro-cubitale gauche est trois fois …us volumineuse que l'articulation saine du côté opposé. …dessus et au-dessous de cette tumeur blanche, le bras …avant-bras sont comme étranglés, ce qui fait ressortir …ore le volume de la tumeur. A la partie postérieure du …de, au niveau de l'olécrâne, existe une ulcération assez …due. Du fond de cette ulcération s'élève une masse …ueuse, livide noirâtre. Cette masse, coupée par tran…, présente dans chaque section de petits corps blan…res, assez durs, qui sont évidemment des tubercules, et dont quelques-uns, logés au milieu de cette masse informe, sont déjà en suppuration.

A la partie interne de la tumeur, en haut et en bas de l'articulation, existent deux fistules, dont le trajet sinueux et noirâtre s'étend jusqu'au centre de l'articulation.

La peau, disséquée, met à nu des tubercules à l'état cru, et d'autres à la période de suppuration. Cet état, qu'il est impossible de décrire d'une manière précise, présente une analogie remarquable avec le tissu pulmonaire envahi par les tubercules. Au milieu de tubercules crus blanchâtres, disséminés dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dont quelques-uns, quoique non ramollis, avaient ulcéré la peau, on remarquait une petite tumeur tuberculeuse qui s'était vidée et avait laissé à sa place une caverne encore enduite de matière tuberculeuse, et qui représentait, à s'y méprendre, une caverne pulmonaire.

Les ligamens avaient subi une dégénérescence lardacée; quelques-uns étaient détruits.

La membrane synoviale avait disparu.

L'extrémité inférieure de l'humérus présente à sa partie postérieure un tubercule logé dans la substance osseuse; toute cette partie est cariée, ainsi que l'extrémité supérieure du cubitus et du radius. La carie de ces os est tellement avancée que la substance osseuse peut être en partie broyée et réduite en sanie noirâtre.

— Nous ferons suivre cette autopsie de quelques réflexions relatives à l'amputation des membres dans les cas de tumeur blanche, d'après les leçons cliniques de M. Lugol sur cette importante question.

Voilà un sujet scrofuleux qui a joui d'une existence passable pendant sept ans, à la suite d'une amputation de la jambe pour une tumeur blanche du pied droit. Si cette observation donnait la moyenne de l'époque des récidives à la suite des amputations des membres des sujets scrofuleux, cette opération devrait être regardée comme fort avantageuse; mais il n'en est pas ainsi, les cas semblables à celui que nous venons de rapporter sont fort rares; les récidives arrivent ordinairement beaucoup plus tôt et avec un cortége de symptômes généraux qui précipitent la mort des malades: on dirait que l'opération donne plus de force et d'énergie à la cause prochaine de la maladie. Le moignon n'est pas encore cicatrisé ou ne l'est que depuis peu de temps, que déjà les malades éprouvent les signes précurseurs d'une autre tumeur blanche, ou de quelque autre forme de scrofule qui n'est pas moins à redouter.

Il y a trois semaines, M. Lugol fit remarquer aux médecins qui assistaient à sa visite du lundi, une tumeur blanche du coude droit qui guérira fort bien par les préparations iodurées, et qui offre déjà un état comparatif beaucoup meilleur. Il demanda à l'un des assistans, médecin de Philadelphie, ce que l'on ferait, en pareil cas, dans les hôpitaux de la Pensylvanie? Ce médecin lui répondit, de la voix et du geste, qu'on pratiquerait l'amputation au-dessus de la maladie.

Quelques lits plus bas, M. Lugol fit avancer un jeune scrofuleux, entré depuis quelques jours au pavillon Saint-Matthieu. C'est un jeune homme âgé de dix-huit ans, qui n'offre encore aucun signe de puberté. Il y a quatre ans, on lui fit l'amputation de l'avant-bras droit pour une tumeur blanche du carpe; peu de temps après cette opération, il survint une autre tumeur blanche du coude de ce côté; deux ans plus tard une tumeur de même nature se montra au genou gauche, et le moignon n'est pas encore cicatrisé. Depuis donc que cet enfant a été amputé, il a un bras de moins, deux tumeurs blanches de plus et un moignon ulcéré.

Le docteur Gomez de la Fuente a cité dans sa thèse inaugurale sur les maladies scrofuleuses, le cas d'un scrofuleux qu'on avait amputé de la jambe droite pour une tumeur blanche du pied, et dont le moignon devint le siége d'un abcès fistuleux qui n'a jamais guéri: en outre, il survint, à la suite de cette amputation, des caries du sternum, de plusieurs côtes et de plusieurs apophyses épineuses des vertèbres dorsales, qui donnèrent lieu à des abcès consécutifs, dont la suppuration épuisa le malade, qui mourut tuberculeux pulmonaire et émacié au plus haut degré.

Dans des cas moins malheureux, il y a cicatrisation du moignon et récidive de la maladie sur une autre articulation.

Tel était le cas d'un malade atteint de tumeur blanche du genou gauche, survenue à la suite de l'amputation de la jambe droite pour une tumeur blanche du pied.

Celui, beaucoup plus récent que le précédent, d'un enfant de seize ans qui avait une tumeur blanche du genou gauche, survenue six mois après l'amputation du bras droit pour une tumeur blanche du coude.

Ces deux récidives ont été guéries à l'hôpital Saint-Louis par les préparations iodurées.

Il y a quelques semaines, M. Lugol a mis au même traitement un homme de trente ans affecté de tumeur blanche commençante du genou gauche. Ce malade a été amputé de la cuisse il y a trois ans, pour une tumeur blanche du genou droit.

La clinique de l'hôpital Saint-Louis ne fournit que trop souvent des récidives de même genre sur des malades scrofuleux qui ont été opérés dans les autres hôpitaux de Paris, où les scrofuleux sont généralement traités dans les salles de chirurgie, quoique la médecine opératoire ne puisse offrir que des secours très secondaires dans le traitement des maladies scrofuleuses. Il n'y a donc pas à s'étonner que les récidives soient si communes à la suite de l'amputation des membres des sujets scrofuleux; M. Lugol les regarde comme inévitables, ou, si l'on veut, comme les effets nécessaires de la cause qu'on a laissé subsister.

Effectivement, un malade est scrofuleux après avoir été amputé comme auparavant; nous citerons pour preuves surabondantes, après les faits que nous venons de rapporter, tous ces enfans en grand nombre auxquels on fait l'ablation, la résection des phalanges, des os métacarpiens, etc., et chez lesquels la scrofule continue sa marche sans éprouver d'autre modification qu'un peu plus d'activité avant qu'après ces ablations.

Ce qui prouve à quel point les récidives expriment la prédisposition du sujet, la nature propre de son tempérament, c'est qu'elles arrivent spontanément sans cause extérieure appréciable, et de la même manière que la première maladie scrofuleuse pour laquelle on a pratiqué l'amputation, celle-ci n'ayant guéri ni changé le tempérament pathologique de l'individu.

Ainsi, dans l'espèce, Dupont a eu spontanément une tumeur blanche du coude gauche après avoir été amputé de la jambe droite, comme il en avait eu une du pied avant cette amputation; s'il eût subi une seconde opération, s'il en eût subi une troisième, ce qui n'es pas rare, la maladie aurait récidivé une troisième, une quatrième fois, comme on n'en voit que trop d'exemples, suites des doctrines locales et erronées que l'on émet encore de nos jours sur la nature des tumeurs blanches.

Selon M. Lugol, il faut donc le répéter jusqu'à ce que la pratique y soit conforme: une tumeur blanche n'est pas une maladie locale; c'est au contraire le signe d'une cause prochaine générale héréditaire qui est dans tout l'individu, et qui constitue un véritable tempérament pathologique. Ces notions de cause sont les véritables notions du diagnostic, les seules qui puissent donner de bonnes indications thérapeutiques, et nous ne saurions dire à quel point elles sont exclusives des procédés expéditifs par lesquels on croit pouvoir guérir les scrofuleux, par l'ablation des parties malades.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

(M. MICHON, chargé du service par *intérim*.)

Nécrose probable à la suite de l'amputation du bras; mort prématurée. (*V.* le n° du 7 septembre, troisième observation.)

Le malade couché au n° 18 de la salle Sainte-Marthe, qui a subi l'amputation du bras pour une blessure du poignet, malade dont nous vous avons entretenu dans la dernière séance, et sur l'histoire duquel nous ne reviendrons pas ici, est mort prématurément cette nuit. Quoique nous eussions porté à son égard un pronostic grave, cependant la promptitude avec laquelle cette issue funeste est venue nous surprendre a causé en nous quelque étonnement; car depuis huit jours rien n'annonçait une fin aussi prochaine.

La dernière fois que nous vous avons entretenu de ce malade, nous vous avons dit que l'on rencontrait chez lui les signes rationnels d'une nécrose de l'os scié; depuis, de nouvelles inspections ne nous ont plus permis de conserver aucun doute à cet égard. En effet, à la faveur d'un trajet fistuleux qui s'est établi, nous avons pu arriver avec un stylet jusqu'à l'os, que nous avons trouvé dénudé. Vous devez vous rappeler que nous avons annoncé que chez ce malade la nécrose devait être profonde; et désormais il appartient à l'examen nécropsique de démontrer si nous nous sommes trompé sur ce point.

PLUSIEURS CAS DE FRACTURES COMPLIQUÉES TRAITÉES PAR LES IRRIGATIONS D'EAU FROIDE.

Première observation. *Chute de vingt-cinq pieds. Fracture et luxation de l'extrémité inférieure du tibia. Séparation de la malléole interne. Résection de cette apophyse. Irrigations continues d'eau froide. Frissons nocturnes. Crainte de résorption purulente.*

Le malade couché au n° 59 de la salle Sainte-Marthe est tombé d'un lieu élevé de vingt-cinq pieds environ, et dans cette chute, il a eu l'extrémité inférieure du tibia

droit luxée et dénudée, à la faveur d'une plaie des parties molles d'une étendue de deux pouces environ; la malléole interne était séparée du reste des l'os. En présence de ces graves désordres nous nous sommes demandé s'il fallait amputer la jambe, réséquer le tibia, ou tenter la conservation du membre. Ce dernier parti a prévalu, plutôt par suite de l'opinion de quelques-unes des personnes qui nous entouraient, que de notre propre conviction : d'ailleurs, le malade s'est formellement opposé à l'amputation.

Depuis treize jours nous continuons l'emploi des irrigations d'eau froide; mais nous devons convenir que ce moyen n'a pas été suffisant pour prévenir, d'abord le gonflement du membre, et ensuite la suppuration du tissu cellulaire sous-aponévrotique. Force a été de recourir à des débridemens nombreux, à la faveur desquels une grande partie du pus sécrété s'est échappée au dehors, entraînant avec elle des détritus de tissu cellulaire gangréné.

Mais ce n'est pas là que se bornent les désordres : en effet, le tibia est nécrosé dans une certaine étendue, et cet os devra éprouver nécessairement une perte de substance; de plus, il est à présumer que du pus existe dans les articulations voisines du pied.

La nuit dernière, ce malade a eu du frisson, et nous nous sommes demandé si ce phénomène était le symptôme d'une résorption purulente commençante, ou bien s'il était le résultat d'un prolongement de l'irrigation jusqu'au tronc. Dans la crainte où nous sommes que ce ne soit là un des premiers symptômes de la résorption du pus, pour nous opposer aux progrès de cette complication, nous avons fait augmenter la nourriture du malade.

Au total, l'état de ce malade est très grave, et il ne serait pas impossible que nous fussions obligé d'en venir chez lui à l'amputation, qui était le premier moyen auquel nous voulions avoir recours. Si nous en venons à ce parti extrême, les chances de succès sont-elles plus nombreuses qu'autrefois? Nous le pensons. En effet, le malade se forme peu à peu à la nécessité de perdre un membre. Toutefois, nous ne devons pas nous dissimuler que cette opération expose de nouveau le malade aux dangers de la résorption, auxquels il a déjà échappé une fois.

Deuxième observation. *Fracture du tibia occasionnée par le passage d'une roue de voiture. Plaie des parties molles. Gangrène d'une partie de la peau. Irrigations continues.*

A côté du précédent malade est couché un jeune homme, boulanger de son état, qui a été renversé par une voiture Omnibus, et a eu la jambe fracturée par le passage d'une des roues sur elle.

Ce malade présentait, au moment de son entrée à la clinique, entre la fracture du tibia, une plaie des parties molles étendue de six à sept pouces, mais qui était séparée en deux plaies plus petites par une portion de peau restée d'abord saine.

Nous avons soumis ce malade aux irrigations continues; les fragmens ont pu être mis en rapport. Les choses paraissaient prendre une marche favorable, lorsque nous avons vu survenir des accidens inflammatoires pareils à ceux que nous avions observés dans le cas précédent et dont nous venons de vous entretenir. La suppuration profonde s'est étendue au loin, et la portion de peau séparant les deux plaies et qui était restée d'abord saine, s'est gangrénée; circonstance d'autant plus grave, qu'elle correspond au foyer de la fracture. L'os ainsi dénudé, nous a présenté cet aspect blanchâtre de son périoste qui dénote sa mortification, et il ne nous a plus été permis de conserver aucun doute sur l'existence d'une nécrose secondaire.

Ce malade n'ayant présenté d'abord aucun accident que nous puissions rapporter aux irrigations, celles-ci ont été continuées; mais cette nuit il a eu un peu de frisson, ce qui nous engage à les cesser; non pas que nous craignions chez lui un commencement de résorption purulente, mais parce que le frisson qu'il a éprouvé doit nous engager à nous tenir sur nos gardes contre les inflammations viscérales.

Au total, ce malade, malgré la gravité des désordres qu'il présente, est dans un état moins grave que le précédent.

Troisième observation. *Ecrasement de la main et de la partie inferieure de l'avant-bras par les roues à engrenage d'une mécanique. Irrigations d'eau froide.*

Le troisième malade que nous soumettons à l'action de l'eau froide, est un jeune homme qui a eu la main prise entre deux roues à engrenage d'une mécanique. La main et la partie inférieure de l'avant-bras ont été lésés, et là où l'action des roues a porté les parties ont été privées de la peau. Celle-ci a été enlevée comme par un emporte-pièce. Les veines sous-cutanées de la région lésée sont mises à nu; leur coloration est bleuâtre, elles sont distendues et dures sur plusieurs points, et renferment évidemment des cylindres de sang congelé. Aussi craignons-nous de voir survenir localement quelques phénomènes de phlébite, quoique, à la vérité, nous soyons presque rassuré contre les accidens généraux que cette inflammation des veines pourrait entraîner à sa suite.

Les tendons des muscles extenseurs ont été mis à nu, et cet accident nous paraît bien autrement grave que l'état des veines que nous venons de mentionner. Aujourd'hui les doigts sont fléchis et fortement enflammés; nous craignons que là ne s'arrêtent pas les désordres et que les accidens venant à augmenter, les os eux-mêmes ne soient mis à nu. Aussi en sommes-nous naturellement à nous demander si nous pourrons ultérieurement conserver la main de ce jeune homme.

Au demeurant, ce cas est grave. Quand même nous éviterions une amputation, ce malade n'en est pas moins inévitablement soumis à une plaie de longue durée et à une suppuration qui sera également longue à tarir. D'ailleurs, de quelle manière la cicatrisation s'effectuera-t-elle? Assurément ce travail réparateur devant s'accomplir, en partie, par le concours des parties voisines, nous avons tout à craindre que le peu d'extensibilité de la peau des régions thénar et hypothénar n'apporte ici de grands obstacles. Aussi prévoyons-nous que la cicatrice se fera par dessiccation, c'est-à-dire exclusivement aux dépens de la membrane pyogénique, ou par la dessiccation des bourgeons charnus.

Quoi qu'il en soit, ce malade ne présente aujourd'hui aucune indication pressante, et partant nous persistons dans l'emploi des irrigations.

Tumeur au col. Ponction. Issue d'un fluide séro-purulent. Amendement de tous les symptômes. (V. le n° du 7 septembre.)

Vous devez vous rappeler que nous vous avons annoncé qu'il y avait du liquide dans la tumeur que porte au col le malade couché au n° 30 de la salle Sainte-Marthe; nous avions même ajouté, à l'égard de la nature de ce liquide, que ce devait être du pus ou de la sérosité.

Le lendemain de notre dernière conférence, le malade fut menacé de suffocation. Vous savez, du reste, que la tumeur s'étend du côté de la gaîne de l'artère carotide. Nous avons cru pouvoir pratiquer la ponction d'exploration que l'on nous avait conseillé de faire, bien convaincu que nous étions de n'avoir point affaire à un anévrisme de l'artère carotide.

Cette ponction a été pratiquée : elle a procuré l'issue d'une grande quantité d'un fluide séro-purulent qui, sur la fin, a présenté une couleur bistre.

Cette opération a amené un changement total. La tumeur est presqu'entièrement guérie du côté de la carotide, et il y a tout lieu de croire que la totalité de la tumeur suivra ce mouvement de retrait.

La conduite que nous voulions tenir dans ce cas a été gênée par la pusillanimité du malade, qui n'aurait jamais voulu consentir à ce qu'on employât l'instrument tranchant. Si nous avions été libre d'agir, au lieu de pratiquer une seule incision, nous en aurions pratiqué plusieurs; car les contre-ouvertures sont d'un emploi indispensable en pareil cas, et je vous engage d'y recourir autant de fois que vous le pourrez.

—Il nous reste maintenant à vous signaler rapidement quelques-uns des malades du service qui présentent le plus d'intérêt. Ce sont les suivans :

Varicocèles opérés, l'un par le procédé de M. Ricord, et l'autre par la pince de M. Breschet.

Le malade couché au n° 54 de la salle Sainte-Marthe, portait un varicocèle qui a été opéré par M. Roux, suivant le procédé de M. Ricord.

Le résultat immédiat donné par cette opération a été favorable; mais est-il dit pour cela que ce malade soit radicalement guéri? Les varicocèles ont une grande tendance à récidiver, et les guérisons que l'on obtient ne sont ordinairement que momentanées.

A côté de ce malade, je dois signaler celui que vous avez pu voir dans le service de M. Breschet, et qui a été opéré de son varicocèle par l'application de la pince de ce praticien. Dans ce cas également le résultat est très favorable. Mais, nous le répétons, cette maladie est très sujette à récidive; car, loin d'affecter exclusivement les vaisseaux actuellement dilatés, et sur lesquels le chirurgien dirige ses opérations, elle porte sur tout le système veineux de l'organe. C'est en quelque sorte une affection générale du système veineux d'un organe, plus prononcée sur quelques veines seulement, mais existant, pour ainsi dire, à l'état latent sur les autres; état latent qui ne tarde pas à devenir manifeste quand le cours du sang étant intercepté dans les veines variqueuses, ce fluide est forcé d'affluer en plus grande quantité dans les veines supplémentaires.

Plaie de la partie postérieure de la jambe, occasionnée par l'action d'une plaque de cuivre incandescente. Division complete du tendon d'Achille.

Nous avons reçu à la clinique un malade qui est arrivé avec une plaie de la partie postérieure et inférieure de la jambe, avec division complète du tendon d'Achille. C'est la chute sur ce point d'une plaque de cuivre incandescent qui a occasionné tous ces désordres. Une artère assez volumineuse a été ouverte, que nous avons présumé être la péronière postérieure.

Au moyen d'une sorte de bandage expulsif, nous avons refoulé en bas les muscles du mollet, afin de rapprocher autant que possible l'un de l'autre, les deux extrémités séparées du tendon. Du reste, si nous avions assisté ce malade au moment de l'accident, nous eussions essayé de pratiquer la suture du tendon d'Achille.

Ancienne opération de sarcocèle. Dégénérescence du second testicule. Reflexions sur les chances probables d'une seconde opération.

Au n° 54 de la salle Sainte-Marthe, est un jeune homme que nous avons guéri d'un sarcocèle au mois de février dernier. Au mois d'avril il nous a quitté avec toutes les apparences d'une parfaite guérison. Le sarcocèle qu'il portait était ulcéré, et, au moment de l'opération, nous avons même été obligé d'attaquer un peu la peau de la verge.

Cet état de santé n'a pas persisté pendant long-temps, et bientôt des douleurs se sont manifestées sur le testicule. Aujourd'hui ces douleurs continuent; de plus, le malade a de la toux et de la fièvre depuis quelque temps, et nous avons tout lieu de craindre qu'il n'ait des tubercules pulmonaires. L'état des organes génitaux est très grave; la cicatrice résultant de la première opération est déjà ulcérée, et le testicule tend à s'échapper à travers cette ulcération. Le cordon est sain, mais quelques personnes qui ont examiné le malade, ont cru constater l'existence de ganglions ulcérés dans la fosse iliaque interne correspondante.

Quelle conduite avons-nous à suivre dans ce cas? Le premier testicule que nous avons extirpé était bien manifestement tuberculeux. Cette circonstance nous permet déjà de vous faire remarquer la rareté du cas. Vous savez, en effet, combien sont peu fréquens les doubles cancers des testicules, nous voulons parler, bien entendu, des véritables squirrhes dégénérés. L'ulcère qui existe, les antécédens du malade, ne sont certainement pas des circonstances capables de nous rassurer. Néanmoins le cordon testiculaire est sain, et ceci nous engage à tenter une seconde opération, que nous ne pratiquerons cependant qu'autant que nous nous serons assurés que le poumon ne présente aucun point qui soit imperméable à l'air.

Double opération de sarcocèle. Guérison.

Nous devons rapprocher du précédent malade celui qui était couché au n° 61 de la salle Sainte-Marthe, et qui est sorti de l'hôpital hier complètement guéri. Cet homme a été successivement opéré par M. Roux de deux sarcocèles qui contenaient de la matière tuberculeuse. Chose remarquable, cet homme se plaignait de douleurs très vives, cas insolite dans les tubercules du testicule; mais de plus, il éprouvait des tiraillemens dans les reins, occasionnant des douleurs dont l'intensité a été capable d'amener la syncope. Bref, l'opération a d'abord été pratiquée d'un côté; mais une recrudescence a bientôt obligé de la pratiquer également de l'autre côté.

Il y avait de plus, chez ce malade, une complication vénérienne se traduisant par des exostoses et des douleurs nocturnes. Les frictions mercurielles ont aggravé plutôt qu'amendé cet état. Nous les avons suspendues pour leur faire succéder les pilules de proto-iodure de mercure et les tisanes sudorifiques, qui n'ont pas tardé à procurer une amélioration remarquable.

Nous ne saurions pas trop vous faire comprendre la nécessité de changer les préparations mercurielles pour combattre les symptômes syphilitiques chez les différens sujets; le mercure est assurément dans ces cas le moyen par excellence; mais chez tel sujet, une préparation mercurielle ne réussit pas, que l'on remplace avantageusement par une autre. En voici un exemple.

Nous avons traité à Lourcine une femme atteinte d'une carie et nécrose de l'os frontal, pour laquelle elle avait été successivement traitée par MM. Cullerier, Ricord, Manec, Lenoir, et enfin par nous, qui l'avions soumise à l'usage des pilules de Dupuytren, et cela sans le moindre avantage.

Nous causâmes un jour de cette malade à M. Monod, qui nous dit avoir réussi dans un cas analogue avec les pilules de mercure coulant : ce moyen nous réussit parfaitement dans ce cas. Au bout de deux ou trois mois, cette femme était complètement guérie. K.....

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

(M. NATHALIS GUILLOT, par intérim.)

Purpura hæmorrhagica.

Nous avons rendu compte, dans le numéro du 5 de ce mois, de l'état de la malade atteinte de purpura, et couchée au n. 22 de la salle Sainte-Martine. Nous avons indiqué les effets salutaires obtenus par l'administration de l'acide citrique, et nous avons exprimé l'opinion que la maladie se terminerait d'une manière favorable. Mais nos espérances à cet égard ne se sont point réalisées. Après une violente épistaxis, la malade a succombé dans la journée du 3.

Ce résultat, inattendu de tout le monde, vu l'amélioration sensible qui s'était manifestée dans l'état de la malade, amélioration qui s'était soutenue pendant plusieurs jours, n'infirme en rien nos idées sur l'efficacité, nous dirons presque sur la spécificité de l'acide citrique contre le *purpura hæmorrhagica*, et nous sommes porté à croire que si la malade en eût continué l'usage (comme, du reste, l'avait ordonné M. N. Guillot) elle eût été sauvée. Mais d'après la répugnance qu'elle avait montrée pour l'usage prolongé de l'acide, d'après le bien-être dont elle jouissait, ainsi que la sécurité qui en était la conséquence, nous soupçonnons qu'elle n'a pas observé, pendant les journées du 1er et du 2, les ordonnances faites à la visite du matin. Nous insistons sur ce fait, car nous sommes convaincu que le cas dont il s'agit, loin d'éloigner le médecin de l'emploi du jus de citron, comme la meilleure médication dans cette affection, doit au contraire, prêter un appui puissant à son efficacité.

Quoi qu'il en soit, l'autopsie de cette malade, à laquelle on a procédé le 5, n'a point fourni de renseignemens qui puissent expliquer la nature de la maladie. Quant à la mort, elle doit être attribuée à la perte abondante de sang, ainsi qu'à l'état de congestion des organes pulmonaires.

Voici un aperçu succinct de la nécropsie.

Habitude extérieure. Corps œdémateux, couleur légèrement ictérique ; pas de macules (les plaques pourprées qui avaient disparu sous l'influence de l'acide citrique ne s'étaient point montrées de nouveau à la suite de l'épistaxis).

Les muscles sont pâles, mous et flasques ; ils ont perdu de leur cohésion. Les chairs de toutes les parties du corps sont remarquablement ramollies.

Organes thoraciques. Les deux plèvres sont saines, sans adhérences, et incolores. Le tissu pulmonaire, surtout celui du côté gauche, est légèrement hépatisé, crépitant à peine, présentant enfin les caractères d'une stase sanguine ; en l'incisant, on trouve, principalement à sa partie postérieure et inférieure, quelques portions dures, très denses, d'un rouge-noirâtre, et quelques petits foyers sanguins. Dans d'autres parties de son étendue, on reconnaît un peu d'œdème à l'existence de portions de tissu gorgées de sérosité, et s'affaissant sous le doigt. On n'a découvert dans les poumons aucune trace de tubercules.

Cœur et dependances. Le péricarde ne présente rien d'anormal ; pas d'épanchement ; pas d'injection des vaisseaux sous-séreux. Le cœur est un peu volumineux ; sa membrane interne, surtout celle du ventricule gauche, est d'un rouge uniforme, sans ces taches qu'on observe ordinairement chez ceux qui ont succombé à la suite de *purpura hæmorrhagica* ou de scorbut. Les valvules sont très rouges. Mais ce qui frappe, c'est une aortite parfaitement caractérisée. La membrane interne de l'aorte pectorale est d'une couleur rouge écarlate ; cette couleur ne disparaît point, soumise au filet d'eau ainsi qu'au frottement.

Abdomen. Les viscères contenus dans cette cavité, à l'exception de la rate, sont d'une pâleur remarquable. Il n'y a point de sérosité dans les feuillets péritonéaux ; le foie est blanchâtre, a perdu de sa consistance ; il ne présente, du reste, rien de particulier.

L'estomac, ainsi que le tube intestinal, sont libres de toute lésion ; ils n'offrent que cette décoloration dont nous avons parlé, seulement on a trouvé sur la muqueuse de l'intestin grêle, vers sa partie moyenne, un seul tubercule ; la muqueuse de cet intestin, vers sa terminaison, ainsi que celle du colon ascendant, offraient çà et là de petites taches rougeâtres ; les plaques de Payer sont légèrement saillantes.

La rate est hypertrophiée ; elle a cinq pouces de long. Son tissu est compact, résistant, fortement congestionné ; sa couleur est d'un rouge écarlate.

Tête. En pratiquant l'incision circulaire des parties molles, on trouve des ecchymoses sous-cutanées et intermusculaires qui ont beaucoup d'étendue. On n'a rien trouvé d'anormal dans les méninges ni dans le parenchyme cérébral.

En résumé, cette autopsie, faite avec soin, n'a jeté aucune lumière sur les caractères anatomiques propres au *purpura*, si toutefois il y en a qui lui soient propres. La mollesse et la flaccidité des chairs, l'existence de foyers sanguins et séreux dans le tissu pulmonaire, la congestion de la rate, la pâleur des autres viscères, voilà les seules lésions qu'on ait constatées, et ces lésions se rencontrent dans une foule d'autres affections, notamment dans l'apoplexie pulmonaire et dans l'œdème du poumon.

Blessure de la veine sous-clavière gauche, par M. le docteur Alex. Thierry.

Le jendi 11 juin 1840, on vint me chercher pour arrêter une hémorrhagie ; je cirai immédiatement des fils, et, muni de pinces à torsion que j'avais sous la main, je me rendis aussitôt sur le lieu de l'accident. Là, je rencontrai MM. les docteurs Riembaut et Mailly qui me dirent qu'un homme allait périr d'hémorrhagie. En effet, le docteur Charpentier, qui avait été aussi appelé près du malade pour arrêter l'hémorrhagie, tenait la main sur une plaie profonde située à la partie inférieure gauche du cou, obliquement dirigée, de la longueur de trois pouces environ, partant de la partie supérieure et interne de la clavicule et se rendant obliquement en dehors et en haut, divisant dans toute son épaisseur le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, qui du reste était aminci. Après avoir fait toutes mes dispositions pour saisir les vaisseaux, je fis soulever les doigts de mon confrère Charpentier ; le malade avait déjà perdu une très grande quantité de sang. Un flot de sang sortit aussitôt de la plaie ; c'était un mélange de sang noir et de sang rouge.

Ma première idée fut que les artères thyroïdiennes et que la veine jugulaire interne avaient été divisées ; je priai M. Charpentier de placer deux doigts au-dessus de la clavicule et de comprimer légèrement. Pendant ce temps, écartant les lèvres de l'angle supérieur de la plaie, je liai avec M. Mailly quatre branches artérielles d'un médiocre volume. Le sang étant arrêté dans cette partie de la plaie, mon doigt remplaça celui de mon confrère, et je cherchai d'où venait le sang. En déplaçant mon doigt, un flot de sang survint, et j'introduisis le bout du doigt indicateur de la main gauche à travers l'ouverture d'un vaisseau ; en touchant les parois, il était facile de reconnaître qu'elles appartenaient à une veine ; je crus avoir affaire à la veine jugulaire interne. Je saisis une des lèvres de la plaie de la veine avec une pince à torsion ; l'autre lèvre fut également saisie et, après avoir retiré mon doigt, dirigé la pince supérieure en bas et la pince inférieure en haut en leur imprimant une demi torsion, je fis placer un fil double derrière les parties saisies ; la paroi antérieure du vaisseau fut par conséquent liée et l'hémorrhagie fut arrêtée sans que le cours du sang fût interrompu. Je dois ici remercier MM. Riembaut, Mailly et Charpentier, qui ont bien voulu m'aider.

La plaie fut pansée simplement ; le malade passa une bonne nuit ; il fut tourmenté cependant par des vomissemens fréquens qui survinrent immédiatement après la première incision faite aux tégumens. La journée du vendredi fut assez calme ; le soir, il fut pris de violens frissons, et il mourut le 13 juin à deux heures de relevée.

Jaloux de connaître l'histoire de ce malade et de savoir quel était le principal vaisseau que j'avais lié, je me transportai à son domicile avec M. Nélaton, et voilà ce que nous avons appris.

Cet homme, âgé de quarante-cinq ans, d'une bonne constitution, portait depuis dix ans, à la partie antérieure, inférieure et moyenne du cou une tumeur du volume des deux poings ; cette tumeur ne l'empêchait point de travailler. Voulant en être débarrassé, il pria son chirurgien de lui faire cette opération ; celui-ci, qui est un officier de santé, fit une incision et vida la tumeur ; elle contenait un liquide ressemblant à du miel commun. Cette partie de l'opération se passa sans accident. On eût rempli les parois du kyste de charpie que probablement l'issue de cette opération eût été heureuse.

Croyant en assurer le succès, l'opérateur saisit la paroi postérieure de la poche, et, la tirant vers lui, la disséqua largement. C'est dans ce dernier temps de l'opération qu'il divisa les vaisseaux et qu'il ne put se rendre maître de l'hémorrhagie ; les médecins qui vinrent à son aide, MM. Charpentier, Riembaut et Mailly, n'étant pas munis d'instrumens nécessaires, furent obligés d'attendre mon arrivée.

Nous constatâmes, avec M. Nélaton, l'existence des parois d'un kyste, d'apparence séreuse, voisin de la glande thyroïde, mais n'étant pas identifié avec elle ; puis quatre bouts d'artères liés. Ce qui était le plus important, c'était de savoir sur quoi portait la principale ligature ; j'avais lié la paroi antérieure du tronc veineux brachio-céphalique gauche (veine sous-clavière gauche), et par conséquent le cours du sang n'avait point été interrompu. Après avoir constaté ce fait, je tirai légèrement sur la ligature, et il nous fut facile d'introduire de nouveau le doigt dans le calibre du vaisseau ; il sortit par cette plaie une grande quantité de sang lie de vin et purulent.

Quelle était l'indication à remplir auprès de ce malade ? Fallait-il abandonner le soin d'arrêter l'hémorrhagie à la nature ? Il serait mort rapidement et avant que nous ayons quitté sa chambre ; il avait déjà perdu une très grande quantité de sang. L'indication était donc d'arrêter l'hémorrhagie, et, d'après ce qui a été énoncé plus haut, il est facile de se rendre compte des causes qui ont déterminé la mort. Nous les trouvons :

1° Dans la perte très abondante du sang ;

2° Dans la phlébite résultant de la torsion et de la ligature d'une veine voisine du cœur ; car, d'après plusieurs expériences faites sur les animaux vivans et particulièrement sur les chevaux, il m'est démontré que la torsion des veines est plus dangereuse que celle des artères.

D'après le procédé opératoire suivi dans cette fatale circonstance, serait-il possible de l'appliquer aux blessures peu étendues des grosses artères, et par suite de son emploi, pourrait-on cicatriser les parois artérielles et veineuses sans suspendre le cours du sang dans ces vaisseaux ? Je me propose d'expérimenter sur les animaux vivans ce moyen hémostatique. D'après plusieurs observations de cicatrisation des parois artérielles et des parois veineuses, sans interruption du cours du sang dans leur calibre, je pense qu'on est porté à croire qu'un caillot médian n'est pas nécessaire, et que dans la plupart des cas un caillot latéral peu étendu peut suffire pour arrêter le sang et former la cicatrice.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 6 août 1840,

(Le fauteuil est occupé par M. Jacques.)

M. Belhomme montre à la Société le dessin d'un hydrocéphale dont la tête avait 35 pouces de circonférence (94 centimètres 5 millimètres), âgé de 9 mois. Cet enfant avait été apporté de la Bourgogne par ses parens, pour être montré comme une curiosité. Transporté plusieurs fois d'un lieu dans un autre avec beaucoup de peine, à cause du volume extraordinaire de la tête, on s'aperçut qu'une ouverture s'était faite a la partie antérieure et supérieure de la fontanelle coronale, et que plusieurs litres de sérosité s'étaient échappés, lorsque M. Bonarsis fut appelé auprès de l'enfant. M. Belhomme vit aussi cet hydrocéphale dont la face hideuse était recouverte par une énorme masse provenant des os qui s'étaient rapprochés en forme d'éventail ; une grande quantité de liquide existait encore. M. Belhomme examina avec attention toutes les fonctions dépendantes du cerveau ; l'intelligence paraissait nulle, il n'y avait que les phénomènes de l'instinct de l'animal qui cherche des alimens ; les organes des sens étaient obtus, et cet enfant, qui ne reconnaissait que sa mère, paraissait peu communiquer avec le monde extérieur ; la contractilité existait, mais les muscles étaient faibles et ne pouvaient en rien l'aider dans la station et la progression. La sensibilité existait assez pour que l'individu ressentît un pincement fait à une partie de son corps. Du reste, les fonctions nutritives s'étaient toujours exécutées facilement et avec régularité.

Cet enfant étant mort à Paris, il est fâcheux, ajoute M. Belhomme que l'on n'ait pu faire l'autopsie pour s'assurer du déplissement des hémisphères cérébraux et des altérations qui auraient pu coïncider avec les phénomènes observés pendant la vie.

M. Guersant fils a eu occasion d'observer un enfant de huit ans qui, au dire de la mère, présentait tous les symptômes de la pierre. Sondé une première fois, on a cru avoir rencontré du côté droit de la vessie un corps résistant semblable à un calcul ; on éprouvoit la sensation d'un corps rugueux Il existait de la douleur dans la région hypogastrique ; l'urine était catarrheuse. Au bout de huit jours, il fut fait un nouvel examen qui ne donna aucun résultat satisfaisant. Huit jours après, M. Guersant procéda à un nouveau cathétérisme auquel il apporta la plus grande attention, et pendant lequel il éprouva encore, ainsi que son interne, la sensation d'un corps rugueux. L'enfant passa très bien la journée et la nuit suivante ; mais le lendemain, il se développa tous les symptômes d'une péritonite grave, qui fut combattue par un traitement très actif, tel que deux applications de sangsues, des émolliens à l'intérieur et à l'extérieur, des frictions mercurielles, des vésicatoires ; cependant la mort survint au bout de 24 heures.

A l'autopsie, on trouva une péritonite avec de nombreuses adhérences et la présence du pus. L'estomac et les intestins étaient sains. A la partie inférieure de l'abdomen près le rectum, M. Guersant rencontra une tumeur. L'appendice cœcal était considérablement augmenté de volume et de longueur. A sa partie inférieure il est réduit à l'enveloppe muqueuse ; la séreuse est adhérente au rectum. La poche formée entre les deux membranes muqueuse et séreuse, étant remplie de pus, s'était rompue, et celui-ci, épanché dans le péritoine, avait été la cause de péritonite. La vessie n'a présenté aucune altération. Jusqu'alors on n'a pas d'observation de rupture de l'appendice cœcal arrivée chez les enfans.

M. Chesneau fait observer que Dupuytren avait déjà signalé l'existence de vessies dans lesquelles on a rencontré la sensation d'un corps étranger. Plusieurs opérations en taille ont été faites sans rencontrer de calcul.

M. Guillon demande à voir la vessie afin de s'assurer qu'elle ne présente pas de traces d'inflammation ; la péritonite lui parait être le résultat du cathétérisme, et l'adhérence de l'appendice cœcal une conséquence de la phlegmasie du péritoine.

Le même confrère présente une grande quantité de fragmens et de détritus de calculs qu'il a obtenus en trente-huit séances de lithotritie pratiquée avec différens brise-pierres. Il a employé chez le même malade, et afin de comparer leur mode d'action, un brise-pierre à compression seule, un brise pierre à percussion et à compression successives, et un brise-pierre à pression et à percussion simultanées. Ce dernier instrument, qui est un perfectionnement du lithotriteur de M. Heurteloup, nous est présenté par M. Guillon. (*Voir* à la fin du journal.)

Ce perfectionnement consiste : 1° en l'addition d'un levier du deuxième genre au moyen duquel l'écrasement s'opère avec une grande facilité par la pression avec la main, et qui, dans le cas où le calcul ne peut être écrasé de la sorte, permet à l'opérateur d'employer simultanément la pression avec une main et la percussion avec l'autre si la pierre est trop dure. 2° Dans l'addition d'une pierre centrale à laquelle M. Guillon donne le nom d'évacuateur, et avec laquelle on peut à volonté et très facilament faire sortir le détritus des calculs, l'instrument étant dans la vessie, ou ramener ce détritus au dehors. 3° Dans la disposition particulière de l'armature à laquelle s'adapte le levier. 4° Et dans la forme du bec du brise-pierre.

Le malade chez lequel notre confrère a fait pour la première fois l'application de son lithotriteur va tout-à fait bien maintenant ; il prend, pour empêcher la formation de nouveaux calculs, en modifiant la sécrétion de l'urine, une tisane mucilagineuse à laquelle on ajoute trois grammes de sous-borate de soude par bouteille.

Pour extrait conforme : Le secrétaire annuel, Duhamel.

Varicocèle. Opération par une double ligature. Guérison.

Par M. Brulatour, ex-chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Dans toute opération sur le système veineux à l'état variqueux, les efforts du chirurgien, en oblitérant le calibre de la veine, tendent toujours à éviter la phlébite et l'infection purulente ; aussi, depuis Celse jusqu'à nos jours, a-t-on essayé d'un grand nombre de moyens curatifs : tels que les cautères actuels et potentiels, la ligature, l'incision, l'excision, l'extirpation, l'emploi du séton, des épingles, des aiguilles passées au travers du vaisseau malade ; la compression, soit directe, soit indirecte, avec des bandelettes emplastiques, et un morceau d'éponge, à l'exemple de Delpech, ou avec des instrumens particuliers, comme MM. Breschet, Landouzy et Sanson ; enfin, la castration et la ligature de l'artère spermatique, conseillée par Beel, et pratiquée par M. Maunoir dans la cure du sarcocèle.

De tous ces procédés, le plus simple et le plus sûr est, à mon avis, celui d'Ambroise Paré, dont je me suis servi pour opérer le jeune homme qui fait le sujet de cette observation.

M. B., âgé de vingt-un ans, étudiant en pharmacie, d'une constitution nerveuse et sanguine, était porteur, depuis cinq ans environ, d'un varicocèle du côté gauche. La tumeur grossissant graduellement, causait une vive douleur et une très grande gène dans la marche, surtout par une température élevée.

Fatigué de cette grave incommodité, M. B. vint me consulter, et me prier de l'en délivrer : le paquet variqueux était si considérable, et la dilatation des veines si grande, qu'on l'eût pris, au premier aspect, pour une hernie ; le tact donnait la sensation de corps cylindriques qui glissaient les uns sur les autres en fuyant sous la pression, et pouvaient être comparés à des causes intestinales d'enfans.

Le 25 mars, en présence de MM. les docteurs Gaubric et Bonnefin, de M. Deluppé, étudiant en médecine, le malade étant couché, je fis une incision à partir de deux centimètres au-dessous de l'anneau inguinal, jusqu'au milieu des bourses ; le varicocèle, qui a un diamètre de 300 centimètres, est mis à découvert, isolé de l'artère et du cordon spermatique, et fortement serré par deux ligatures placées à cinq centimètres de distance. La constriction de la veine dilatée est suivie d'une douleur telle, que le malade croit tomber en syncope, et reste un quart d'heure dans un état de souffrance horrible. Attribuant cet excès de douleur à

un étranglement trop peu énergique des filets du plexus spermatique et de ceux de la branche génito-crurale, j'étais sur le point de défaire la ligature pour la serrer davantage, lorsque le calme revint en partie.

La veine ne fut point divisée; la plaie fut pansée avec du cérat très opiacé. Une heure après l'opération, le pouls se releva, la douleur prit de l'intensité; une saignée copieuse la fit disparaître, pour revenir quelque temps après; mais une seconde saignée dissipa presqu'entièrement cette trop pénible douleur. Diète; tisane de chiendent; potion avec sirop diacode, 30 grammes.

Le 26, nuit agitée; céphalalgie, insomnie, peau chaude, transpiration légère. Même médication.

Le 27, diminution des symptômes de la veille.

Le 28, épistaxis, mieux. Pansement avec le cérat opiacé et belladoné.

Le 29, lait et bouillon. Des végétations s'élèvent de la surface de la solution de continuité; elles sont réprimées par le nitrate d'argent.

Le 10 avril, chute des ligatures.

Le 20, la plaie est presque cicatrisée. M. B. part pour la campagne.

Le 15 mai, M. B. s'est représenté chez moi, et j'ai constaté, avec MM. Gaubric et Bonnefin, que la plaie était entièrement guérie, et les veines spermatiques réduites à l'état ligamenteux. (*Journ. de Méd. prat. de Bordeaux.*)

Ponction par le vagin d'un kyste de l'ovaire. Guérison par M. J. OGDEN.

Madame Jackson, âgée de trente-deux ans, mère de plusieurs enfans, avait été bien portante jusqu'à sa dernière couche, qui date de cinq mois environ. Depuis lors, les règles n'ont pas paru. Elle a commencé vers cette époque à se plaindre d'un sentiment de plénitude dans le ventre, et de perte d'appétit, unie à une soif très vive. Cette femme se laissa persuader qu'elle était enceinte et vint me consulter. Elle éprouvait beaucoup de difficulté à uriner, difficulté qui augmenta au point qu'il fallut avoir recours à la sonde. Mais je ne pus parvenir à introduire cet instrument. Le toucher par le vagin me fit reconnaître la présence d'une tumeur occupant la concavité du sacrum et laissant à peine assez de place pour glisser le doigt entre elle et le pubis. On parvenait avec peine à sentir au-dessus du pubis un segment du col de l'utérus, et je crus d'abord à une rétroversion de la matrice. A gauche du vagin, je rencontrai une tumeur élastique que je pris d'abord pour le bas-fond de la vessie. La malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures, et souffrait beaucoup. Je fis en vain de nouvelles tentatives de cathétérisme, et je me déterminai à faire la ponction de la vessie au-dessus du pubis. Je retirai deux pintes d'urine très colorée. Six heures après, la malade n'ayant pas uriné, j'essayai de nouveau d'introduire un cathéter, mais sans plus de succès. Je me déterminai alors à faire par le vagin la ponction de la tumeur pelvienne que je pensai être une tumeur ovarique. Le troquart, poussé par le vagin, laissa écouler peu à peu quatre litres et demi de sérosité semi-transparente; la malade éprouva un grand soulagement; les fonctions de la vessie se rétablirent aussitôt, et la malade put uriner spontanément une heure après l'opération. Pendant plusieurs jours le kyste ovarique fournit un écoulement abondant; mais il se tarit bientôt et la guérison fut complète. Depuis lors les règles n'ont pas reparu, mais la santé s'est maintenue en très bon état.

(*Lond. med. gaz.*, janv. 1840, et *Rev. méd.*)

Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice. Injections intra-vaginales et intra-utérines.

Par M. VIDAL (de Cassis), chirurgien de Lourcine (1).

Dans un court avertissement, M. Vidal expose le motif qui l'a décidé à publier cette brochure qui est toute de circonstance. Il est des praticiens qui n'ont pas été aussi heureux que l'auteur dans l'emploi des injections intra-utérines, et qui ne les considèrent pas comme M. Vidal, quant à leur innocuité et à leur efficacité. De sorte qu'il y a différentes opinions sur ce moyen; ce qui est dû:

1° A la différence des procédés;

2° A quelques erreurs de diagnostic;

3° A une fausse interprétation des phénomènes produits par ces injections.

M. Vidal n'a traité que la question de l'innocuité des injections intra-utérines. Avant d'exposer les faits qui l'établissent, il commence par un coup-d'œil sur le siége, la nature, les caractères anatomiques des maladies qui réclament ces injections. Vient ensuite le traitement.

M. Vidal emploie deux sortes d'injections, les unes intra-vaginales, les autres intra-utérines; il indique brièvement le mode d'administration, les effets primitifs et consécutifs des premières, pour s'étendre plus longuement sur les secondes, auxquelles un reproche grave a été adressé, celui de produire l'inflammation du péritoine en pénétrant dans l'abdomen par les trompes de Fallope. Des expériences ont été faites sur le cadavre; elles ont été divisées et appelées par M. Vidal ainsi qu'il suit:

1° Injections forcées,

2° Abondantes,

3° Modérées.

M. Vidal établit que le liquide injecté dans la cavité utérine n'a passé que difficilement et une seule fois par les trompes sur deux expériences par les premières injections.

Dans les injections abondantes, au nombre de dix, le liquide n'a passé que deux fois par les trompes; il a pénétré une fois dans les veines du ligament large gauche; dans ce cas, une ulcération du fond de la cavité utérine faisait communiquer une veine volumineuse avec cette cavité. Dans les injections modérées, le liquide n'a jamais reflué par les trompes.

M. Vidal expose ensuite son procédé; il se sert d'un spéculum bivalve, d'une petite seringue ne contenant que 20 grammes de liquide, d'une canule en argent d'un très petit diamètre, terminée en olive, percée en arrosoir.

Le liquide à injection est une solution iodée ainsi formulée:

Iodure de potassium,	5 centig.
Iode,	2 centig.
Eau,	30 gramm.

L'injection est poussée lentement avec peu de force.

Ces injections sont suspendues trois jours avant et trois jours après les règles. On ne doit les commencer que six mois après l'avortement ou l'accouchement. La femme era à jeun.

Ces injections produisent quelquefois des phénomènes plus ou moins apparens, que M. Vidal divise en instantanés, primitifs et consécutifs.

Les premiers sont rares: c'est un sentiment de brûlure qui du bassin monte vers l'ombilic, ou qui se porte vers une des fosses iliaques. Quand les douleurs sont vives, il faut cesser de pousser et ne faire qu'une demi-injection.

Les phénomènes primitifs sont loin d'être constans; ils consistent en coliques qui, quelquefois très vives, ont élevé le pouls, mais se sont toujours calmées spontanément le deuxième jour, ce qui prouve leur nature nerveuse.

Ces phénomènes ne peuvent jeter de défaveur sur les injections intra-utérines, car il faudrait proscrire alors les injections dans la trompe d'Eustache qui produisent souvent la céphalalgie; les injections dans la vessie, souvent très douloureuses, etc.

Les phénomènes consécutifs ne sont autre chose que les résultats cliniques, qui ne faisaient pas l'objet de ce travail. M. Vidal a laissé de côté la question de priorité et d'efficacité. Comme nous l'avons déjà dit, il n'a voulu traiter que de l'innocuité de ce traitement, et n'a publié le résultat de ses expériences que pour en appeler d'autres. D'ailleurs, cette brochure n'a que quarante pages; elle sera d'une facile et courte lecture.

(1) Prix: 1 fr. 25 c. A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine; et à Londres, 219, Regent-Street. 1840.

— M. le docteur Guillon a adressé la lettre suivante à M. le Président de l'Académie des sciences (séance du 7 septembre.).

Monsieur le Président,

J'ai eu l'honneur de vous adresser, il y a deux ans, une note renfermant la description d'un perfectionnement que j'avais ajouté au lithotriteur de M. Heurteloup; aujourd'hui, après l'avoir mis en usage sur l'homme vivant, je vous envoie ce nouveau brise-pierre au moyen duquel l'opérateur peut, avec une facilité extrême, employer *simultanément* ou *alternativement* la compression et la percussion.

Ayez la bonté, Monsieur le Président, de nommer une commission pour examiner cet instrument, qui diffère des autres:

1° Par la forme de son armature et de ses mors;

2° Par un lévier du second genre qui se fixe sur l'armature, et à l'aide duquel on exerce une pression considérable avec la main, et qui, lorsque le calcul est trop dur, permet d'employer en même temps un marteau avec l'autre main;

3° Et par l'addition d'une pièce centrale qui se nomme *évacuateur*, et à l'aide de laquelle on fait sortir à *volonté* le détritus qui s'accumule entre les branches du brise-pierre. Au moyen de cet évacuateur, j'ai pu broyer avec cet instrument autant de calculs ou de fragmens de calculs, en une seule séance et sans le retirer de la vessie, que j'en avais broyé en trois séances avec d'autres lithotriteurs.

J'ai l'honneur d'être, etc. GUILLON, D.-M.-P.

Paris, le 7 septembre 1840.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

MARDI 15 SEPTEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 109, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5..

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. SÉDILLOT.

Considérations sur le strabisme et la section d'un ou plusieurs muscles de l'œil comme moyen d'en obtenir la guérison. Examen des procédés opératoires employés, et section du muscle droit interne de l'œil, pour un cas de strabisme convergent.

La section du tendon des muscles affectés de rétraction est devenue, vous le savez, Messieurs, une opération très commune, comme moyen de remédier aux difformités du pied connues sous le nom de pieds-bots, et tous les praticiens en ont reconnu l'efficacité, ainsi que celle de la division du sterno mastoïdien pour les déviations latérales de la tête (torticolis), quelles que fussent leurs opinions sur la cause même de la maladie. C'est dans cet état de la science que M. J. Guérin, généralisant une des conditions des déviations, soit du pied, soit de tout autre organe, a établi que leur cause unique et primitive existait dans les muscles de la partie déviée qui se raccourcissaient et changeaient de forme, de volume et de structure, sous l'influence de lésions soit du centre cérébro-spinal, soit des nerfs, et que toutes les altérations concomitantes n'étaient qu'un effet ou un résultat. Cette donnée une fois admise, on devait s'attendre que la division des muscles des parties déviées allait etre essayée dans tous les cas où elle offrirait quelqu'apparence de succès, et c'est ce qui est promptement arrivé. M. Dieffenbach, appliquant les prévisions de M. Koln, a coupé le muscle grand pectoral et quelques autres pour faciliter la réduction d'une luxation du bras, pendant que M. Guérin incisait par des plaies sous cutanées les muscles de la colonne vertébrale, et annonçait guérir les courbures de la colonne vertébrale.

De là à la section du muscle de l'œil affecté de strabisme, il n'y avait qu'une nouvelle application, et elle fut bientôt faite par M. Dieffenbach, qui communiqua à la séance de l'Académie des sciences du 5 février 1840 tous les cas de succès de la section du muscle droit interne de l'œil pour des cas de strabisme convergent. Deux mois plus tard, ce même chirurgien écrivit qu'il comptait 218 opérés, et fit en même temps part des remarques suivantes.

1° Les sujets qui louchent d'un œil seulement et en dedans ont très souvent la pupille dilatée dans l'œil dévié, le contraire ayant lieu du côté sain. Dans cet état, la vue avec les deux yeux est double, et elle est quelquefois double dans l'œil dévié.

2° Lorsque l'on coupe le muscle droit interne, la pupille se contracte et, si le degré de contraction est égal à celui de l'autre œil, la vue est régulière. Si, au contraire, il y a encore irrégularité dans les ouvertures pupillaires, la vue reste ou devient double; cet état se faisant remarquer pendant les quinze ou vingt premiers jours qui suivent l'opération et disparaissant ensuite insensiblement.

3° Le tendon du muscle grand oblique ayant été plusieurs fois coupé, lorsque l'œil était porté en dedans et en haut, le globe oculaire est tombé brusquement et est venu se placer dans le milieu de l'ouverture des paupières.

4° Lorsque le strabisme est divergent, il suffit de couper le muscle droit externe pour donner à l'œil une autre direction; mais il arrive souvent dans ce cas de strabisme en dehors, que l'œil est porté en dedans après l'opération, de sorte que l'on a changé le strabisme divergent en convergent, et qu'il faut couper un peu plus tard le muscle droit interne afin qu'aucun obstacle ne s'oppose plus à la rectitude du globe oculaire.

5° Dans les cas de strabisme en haut, le muscle droit supérieur a été également coupé, mais cette opération est beaucoup plus difficile à exécuter et ne présente, au reste, aucune autre particularité.

Telle fut, le 25 mai 1840, l'intéressante communication de M. Dieffenbach, qui devait exciter les chirurgiens français à répéter les memes opérations et à en étudier les résultats.

M. Rognetta avait précédemment rapporté, dans le numéro du 23 mai de la *Gazette des Hôpitaux*, trois cas d'opération de strabisme convergent par la section du droit interne, exécutés par M. Lucas, de Londres (*The medical times*, 16 mai 1840), et les avait fait suivre des plus judicieuses réflexions.

M. Philipps, de Saint-Pétersbourg, a également fait connaître quatre-vingt cas d'opérations de strabisme, trente-quatre convergens droits, vingt-trois gauches (ce qui est opposé à l'observation journalière), onze convergens doubles, quatre déviations de l'œil par la contraction du grand oblique (il eût été bien important de donner les caractères de cette déviation), trois strabismes congéniaux (il n'est guère admissible que la proportion de ces derniers ait été si faible); deux strabismes divergens, l'un supérieur et l'autre inférieur. (*L'Expérience*, 12 août 1840.)

Le 29 juin, M. Guérin écrivit à l'Académie des Sciences qu'il avait opéré quatre malades, et le 20 juillet M. le professeur Roux, rapporta deux observations semblables sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir.

Vous voyez, Messieurs, que la section des muscles de l'œil a été pratiquée un bien grand nombre fois pour remédier au strabisme, mais avant d'exécuter à notre tour cette opération, nous devons examiner dans quelles conditions se présentent les strabismes, quels traitemens conviennent à chacune de leurs variétés et quelles sont les meilleures règles opératoires à adopter.

On a de tout temps observé un assez grand nombre de déviations du globe oculaire décrites sous le nom générique de strabismes. Ainsi on distinguait l'interne ou en dedans (*convergens*), l'externe ou en dehors (*divergens*), celui en haut (*sursum vergens*), l'horrible, dans lequel l'un des yeux regarde en haut pendant que l'autre est tourné en bas (*strabismus horrendus*); tous ces strabismes sont ou permanens ou momentanés, acquis ou congénitaux. On a vu le même œil affecté pendant un temps de strabisme en dedans, se dévier ensuite en dehors; d'autres, comme celui qui existe naturellement chez presque tous les jeunes enfans après la naissance, disparaissent spontanément. Dans le plus grand nombre des cas, l'œil dévié reprend sa rectitude et exécute tous les mouvemens dès que l'œil sain est fermé ou recouvert d'un bandeau, tandis que plus rarement le strabisme est permanent et ne varie pas, enfin l'œil dévié est en général plus faible, c'est-à-dire voit moins bien que l'œil resté droit. Ce sont là, Messieurs, des circonstances importantes pour l'opération qui nous occupe, et voici les objections auxquelles elles ont donné lieu.

On a soutenu, en rappelant la théorie de Buffon, que le strabisme n'était que l'effet de l'inégalité de la force visuelle des yeux, il est impossible d'y remédier si on ne commence pas par rétablir l'égalité des deux organes. Le malade louche, dit-on, spontanément afin d'éviter de voir les objets doubles, ce qui ne manquerait pas d'arriver s'il les regardait avec des yeux dont le foyer est différent, et le même résultat se remarque chez ceux dont un des yeux commence à être affecté d'amaurose, car il est naturellement dévié, pour ne pas gêner l'action de son congénère. Cette observation est vraie sans doute, mais elle est loin d'être concluante, car elle est complètement exceptionnelle. Rien n'est plus commun que de rencontrer des hommes dont les yeux sont si différens, que d'un côté ils portent un verre convexe et de l'autre un verre concave, et cependant ils ne louchent nullement lorsqu'ils abandonnent leurs lunettes. D'autres regardent également droit dans le même cas, et portent cependant des verres d'un numéro différent à droite et à gauche. On a vu des amaurotiques perdre la vue d'un seul côté sans même l'avoir soupçonné. Ainsi, on est obligé de conclure que le strabisme n'est pas dû seulement à l'inégalité visuelle, mais dépend, dans beaucoup de cas au moins, de quelqu'autre cause. Ne peut-on pas, dès lors, supposer, comme l'a développé M. Guérin d'une manière générale, que la faiblesse de l'œil dévié doit être rapportée à son défaut d'action, et qu'aussitôt que l'organe ne sera plus maintenu écarté des rayons visuels, il reprendra peu à peu ses fonctions normales? C'est là un fait que l'expérience seule peut éclaircir.

Mais, dit-on encore, comment la section du muscle droit interne, par exemple, pourra-t-elle faire disparaître le strabisme convergent, lorsque ce strabisme cesse spontanément dès que l'autre œil est fermé? S'il y avait rétraction musculaire, le globe oculaire resterait toujours tourné en dedans, et le muscle droit interne ne saurait s'allonger assez pour permettre à l'œil de se tourner complètement en dehors, comme on l'observe dans presque tous les cas. Réservez l'opération pour les strabismes permanens, rien de mieux; mais en l'appliquant aux autres, vous ne pouvez obtenir de résultats favorables, puisque vous aurez pour but d'allonger un muscle qui a conservé sa longueur normale. Cette objection, Messieurs, ne manque certainement pas de valeur; mais il est cependant facile d'y répondre. Il suffit de la moindre prédominance d'action d'un muscle sur un autre, pour entraîner l'organe du même côté; supposons, comme on l'observe, la déviation habituelle, nommons-la nerveuse, spasmodique, peu importe, pour indiquer qu'il n'y a pas encore de changemens appréciables dans la structure du muscle contracté: toujours sera-t-il que le muscle opposé, ou droit externe, restera dans un allongement forcé, qu'il perdra peu à peu de son énergie, et qu'il sera plus tard incapable de lutter, par une contraction volontaire spéciale, contre son antagoniste, et contre les obstacles à son mouvement qui se seront établis dans toutes les parties environnantes.

Si vous divisez le muscle contracté, aussitôt celui qui lui était opposé reprend ses droits, la rectitude de l'œil reparaît, et la guérison devient possible. Nous verrons ce que l'expérience nous apprend à cet égard; ce qui paraît, au reste, confirmer cette théorie, c'est que nous connaissons des hommes atteints de strabisme convergent, quoique la vue soit parfaitement égale des deux côtés; ainsi, là évidemment les idées de Buffon ne sauraient être acceptées.

Quelques médecins ont craint que l'œil opéré ne fût entraîné du côté opposé à sa déviation primitive, et qu'on substituât ainsi une variété de strabisme à une autre. Cette crainte s'est réalisée, comme nous l'a appris M. Dieffenbach, pour la section du muscle droit externe, l'œil ayant été alors porté en dedans; ce qui a nécessité une seconde opération et la division du muscle droit interne. Ce danger ne saurait exister dans le cas de déviation convergente, parce qu'alors les deux muscles obliques maintiennent l'œil en dedans contre l'abducteur, et quelquefois même avec tant de force que la section devient nécessaire.

Si nous voulions préciser les cas où la théorie indique les meilleures chances de réussite, nous regarderions le strabisme permanent, sans inégalité visuelle, comme la condition opératoire la moins contestable. Viendrait ensuite le strabisme ordinaire, dans lequel l'œil dévié reprend la rectitude dès qu'il fonctionne seul, et enfin celui où la force visuelle est plus ou moins altérée du côté malade.

Tel est le cas de l'homme que nous devons opérer; mais jetons auparavant un coup d'œil sur les résultats que l'expérience nous autorise à prévoir.

M. Dieffenbach, dans tous les cas dont il a fait mention, n'a jamais parlé que de succès. Les trois opérations de M. Lucas, de Londres, rapportées avec détails, ont amené deux fois la guérison, et ont laissé une fois persister le strabisme. Il n'a nullement été question des revers de M. Philipps, et M. J. Guérin a également annoncé qu'il avait pratiqué quatre fois avec succès la section des muscles de l'œil (il n'est pas dit lesquels) dans des cas de strabisme convergent; cependant, il ajoute plus loin, que dans un un seul cas il y a eu redressement complet et instantané de l'œil, et que dans les autres il n'y a eu qu'amélioration.

Enfin, M. Roux a déclaré qu'il n'avait rien obtenu, ou au moins que la différence, chez un de ses malades, avait été insensible, et que l'autre avait éprouvé une inflammation violente de la conjonctive.

Il ne vous paraîtra pas étonnant, Messieurs, que nous ayons quelqu'hésitation à poser les conséquences de pareils faits. On s'est hâté, sans doute, d'annoncer des opérations auxquelles tout le monde médical s'intéressait, mais on n'en a pas encore suffisamment indiqué les résultats; et, d'après le simple exposé des observations, on aurait évidemment tort de croire à toutes les réussites qui ont été signalées. La question nous paraît d'autant plus digne de nouvelles recherches, que nous connaissons aujourd'hui un assez grand nombre d'opérés qui ont néanmoins conservé leur strabisme, et nous avons entendu M. J. Guérin déclarer, dans ses conférences cliniques, que la seule section du muscle droit interne ne suffisait pas toujours pour le traitement du strabisme convergent, et qu'il fallait quelquefois diviser aussi les muscles grand et petit obliques de l'œil, qui sont en partie adducteurs, comme on le sait. Cette indication ressort, au reste, de la théorie générale, qui indique la nécessité de couper tous les muscles rétractés; mais elle rend l'opération beaucoup moins simple qu'on ne le supposait d'abord, et l'on s'étonne qu'elle n'ait pas été signalée par MM. Dieffenbach et Philipps, dont les opérés sont si nombreux.

Toutefois, si nous faisons abstraction des guérisons définitives, dont la proportion est encore à établir, nous devons insister sur cette remarque vraiment curieuse et inattendue, que les manœuvres auxquelles on se livre sur le globe oculaire, sont infiniment moins dangereuses qu'on ne serait tenté de le supposer au premier abord. La sclérotique est traversée avec des érignes, la conjonctive divisée, ainsi que les muscles, sans douleur bien vive pour les malades, et sans accidens consécutifs, en général, appréciables; mais ceci nous conduit aux procédés de l'opération.

M. Dieffenbach, le premier qui ait fait la section des muscles de l'œil, commence par faire soulever la paupière supérieure avec l'élévateur de Pellier réuni à la plaque de Jæger, et fait renverser en bas l'inférieure avec un abaisseur de son invention, composé de deux crochets mousses et recourbés, soutenus par une tige unique, instrument que M. Charrière a modifié en unissant les deux crochets par une barre transversale. Une érigne à extrémité très effilée est ensuite implantée dans la sclérotique et confiée à un aide chargé de tirer l'œil en dehors, et l'opérateur coupe la conjonctive, engage une petite spatule très étroite au dessus du muscle droit interne, et le divise avec des ciseaux fins droits ou recourbés sur le côté, ou une espèce de bistouri boutonné, concave. M. Lucas, de Londres a suivi le même procédé, mais avec quelques variations. Dans un premier cas, il a incisé la conjonctive de

bas en haut, après l'avoir saisie avec des pinces carrées, et a ensuite implanté au des ons d'elle une érigne double dans la sclérotique ; puis après avoir reconnu le muscle, il a passé sous lui un petit stylet, l'a rapproché le plus possible de l'insertion du tendon, qu'il a divisé à l'aide de ciseaux courbes. Dans les deux autres cas, la sclérotique ne fut pas traversée par l'érigne, et la conjonctive seule fut intéressée, puis le muscle soulevé avec le crochet de l'érigne; mais ce procédé, qui a été aussi attribué à M. Dieffenbach, nous paraît dans la plupart des cas d'une extrême difficulté, et je dirai même inexécutable, à moins d'une grande puissance de volonté du malade.

M. Guérin croit avoir rendu l'opération moins dangereuse par le procédé suivant. Au lieu, dit il, de diviser couche par couche la portion de la conjonctive oculaire qui recouvre les muscles, je la détache de la sclérotique et la soulève avec une pince à larges bords, jusqu'à ce que le muscle soit mis à découvert. Celui-ci étant divisé avec des ciseaux courbes, je remets en place la portion détachée de la conjonctive; en recouvrant la plaie, elle empêche l'air d'y pénétrer, et lui procure l'avantage des plaies sous-cutanées, etc.

M. Roux a suivi l'exemple de M. Dieffenbach, mais a fait canneler la petite spatule de ce chirurgien ; ce qui facilite beaucoup la section des muscles, soit avec les ciseaux, soit avec un petit bistouri approprié.

Tels sont, Messieurs, les procédés qui ont été jusqu'à présent décrits, pour la section des muscles de l'œil affecté de strabisme, et nous devons suppléer à l'insuffisance de leurs indications par quelques considérations pratiques.

1° Le malade doit être assis ou couché, mais cette dernière position est préférable en ce qu'elle permet de maintenir la tete mieux fixée, en l'appuyant contre les matelas ou un oreiller; on évite ainsi tout mouvement involontaire.

2° Les paupières sont écartées, la supérieure par l'élévateur de Pellier, et l'inférieure par l'abaisseur de M. Charrière.

3° L'opérateur s'occupe alors de fixer le globe de l'œil, en implantant dans la sclérotique une érigne à deux ou trois branches, capable de porter l'œil en dehors et d'en prévenir tout mouvement de rotation; ce temps de l'opération est assez délicat et doit être bien exécuté. Si l'on ne saisit que la conjonctive, l'œil reste mobile au-dessous d'elle, se porte en tout sens, se dirige en dedans, quelque recommandation que l'on fasse au malade, et le chirurgien peut être obligé de suspendre l'opération. Il faut donc porter l'érigne dans la sclérotique et à quelque distance de la cornée; pour cela, on engage le malade à regarder en dehors, et dès que l'œil est suffisamment dirigé dans ce sens, on implante vivement l'érigne. Si cet instrument était à une seule branche, il empêcherait l'œil de se renverser en dedans, mais n'en préviendrait pas la rotation; ce qui est cependant nécessaire pour que l'opérateur ne soit pas trompé sur la position du muscle qu'il veut diviser, et qu'il puisse en compléter la section. Lorsque les branches de l'érigne sont trop recourbées, elles n'atteignent que la conjonctive, ce qu'il faut éviter, et l'on doit craindre également de la faire pénétrer trop profondément dans le globe de l'œil. A cet effet, j'ai fait construire, par M. Charrière, une petite érigne à trois branches disposées de manière à s'accommoder à une surface arrondie, peu courbées sur elles-mêmes, parfaitement effilées, et renflées à deux millimètres de leur pointe, comme la pique de Pomart.

Cette modification, dont M. Bégin m'a donné l'idée, empêche l'érigne de pénétrer au-delà de la sclérotique, et augmente l'assurance de l'opérateur. Aussitôt que l'érigne est fixée, on la donne à un aide chargé de porter l'œil du côté opposé à la section musculaire, et on procède à l'incision de la conjonctive.

4° Cette membrane saisie avec la pince carrée de M. Lucas, celle à larges mors de M. Guérin, ou des pinces ordinaires, est divisée perpendiculairement à la direction du muscle, légèrement renversée de chaque côté ou d'un seul, et lorsque le sang qui coule assez abondamment pour masquer la plaie a été épongé, on s'occupe de la section musculaire.

5° Plusieurs instrumens ont été inventés pour l'exécution de ce dernier temps opératoire.

On peut se servir de la petite spatule de M. Dieffenbach, cannelée par M. Roux, et sur laquelle on glisse la pointe de ciseaux courbes, ou celle d'un bistouri, de dimensions appropriées.

M Dieffenbach a également employé un bistouri boutonné, représentant en petit le bistouri courbe de Pott; et M. Dubowski l'a modifié en faisant aplatir le bouton, qui glisse plus facilement au-dessous du muscle, et précède la lame destinée à l'inciser. Le même opérateur a imaginé une espèce de bistouri caché, assez semblable au lithotome du frère Côme; mais cet instrument a l'inconvénient de mal couper les parties sur lesquelles il agit plutôt en pressant qu'en sciant. Aussi, pour les muscles droits, la spatule de M. Roux nous semble-t-elle encore préférable.

Pour couper les muscles obliques, j'ai fait construire un ténotome fortement coudé et aplati en bouton à son extrémité, propre à suivre la paroi inférieure ou interne de l'orbite, et à saisir soit le corps du petit oblique, soit le tendon réfléchi du grand. Le premier, qui vient s'insérer près de la gouttière lacrymale, est très-facile à atteindre d'arrière en avant; mais la section du grand oblique est beaucoup moins aisée. Le tendon s'engage très profondément dans l'orbite, et la poulie dans laquelle il se réfléchit d'avant en arrière, n'est pas très saillante. Si l'instrument est porté trop haut, il peut léser les branches du nerf frontal et même le nasal, et trop bas il manque le but proposé. Il serait à craindre en outre de ne pouvoir couper le tendon avec un bistouri droit, tandis qu'avec notre ténotome recourbé on parvient sans danger derrière lui, immédiatement au niveau de sa poulie, et en faisant glisser l'instrument derrière le muscle on le divise en retirant le ténotome à soi.

M. Philipps a fait remarquer que la section du grand oblique diminuait la miopie, et l'a proposée comme un remède à essayer dans ce cas; mais c'est évidemment là une opinion à vérifier.

6° Aussitôt que le muscle que l'on cherchait à couper a été divisé, l'œil doit être immédiatement entraîné dans le sens contraire, et il n'y a d'exception à cette règle que pour le muscle droit interne, dont l'action adductrice est partagée par les muscles grand et petit obliques, autrement on doit craindre de n'avoir pas incisé la totalité du muscle. Les soins à donner au malade sont ensuite très simples. M. Dieffenbach fait appliquer des compresses d'eau froide sur l'œil; mais il suffit, lorsqu'il n'y a aucune tendance à l'inflammation, de couvrir l'œil pendant quelques jours et de prescrire un régime un peu sévère.

En général, les malades n'accusent aucune douleur, et ils se servaient dès le premier jour de l'œil blessé, si on ne les empêchait pas. Les bords de la plaie de la conjonctive se tuméfient, rougissent, se recouvrent assez souvent d'une petite traînée blanchâtre, due à quelques lamelles mortifiées de tissu cellulaire, que l'application du nitrate d'argent ramène promptement à des conditions favorables; les ecchymoses produites par le sang infiltré disparaissent, et le huitième ou dixième jour ces parties ont repris leur apparence normale.

C'est ainsi que se sont passés les différens temps de l'opération sur notre malade, jeune homme de vingt trois ans, affecté depuis sa naissance d'un strabisme convergent de l'œil gauche, avec affaiblissement de la vue de ce côté. Après quelques tentatives inutiles pour implanter dans la sclérotique une érigne double ordinaire, dont les crochets trop recourbés ne saisissaient que la conjonctive, nous sommes parvenus à les implanter dans la première de ces membranes, à cinq millimètres environ de la cornée, M H. Larrey a eu la complaisance de maintenir l'œil, tandis que M. le docteur Syess écartait facilement les paupières; un large pli transversal de la conjonctive, saisi avec des pinces ordinaires, fut divisé verticalement avec des ciseaux et la plaie un peu agrandie vers ses deux extrémités. Les fibres rouges et tendues du muscle droit interne furent alors soulevées à plusieurs reprises avec la petite spatule de M. Roux et coupées avec la pointe de ciseaux courbes et aussi avec un bistouri effilé. Lorsque la sclérotique apparut blanche et nacrée au-dessous de nos incisions et dans toute la hauteur de sa face interne, nous en conclûmes que la totalité du muscle avait été divisée, et l'opération fut terminée.

Cependant, l'œil ne fut pas sensiblement entraîné au dehors, et nous eussions pu inciser immédiatement les muscles obliques, mais nous préférâmes attendre les résultats de cette première opération. Le malade n'éprouva pas le plus petit accident; aucune douleur ne se fit sentir; il n'y eut ni chaleur, ni gonflement; l'œil resta toujours propre à la vision, et le septième jour le malade nous quitta pour profiter d'un congé de convalescence qui lui avait été précédemment accordé.

A moins de changemens subséquens sur lesquels nous ne nous croyons pas autorisés à compter, cette opération n'aura pas de résultats positifs bien remarquables; mais elle nous aura encouragé par l'absence complète de tout accident, à en entreprendre de nouvelles, dont nous vous ferons connaître le résultat. K..

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Ricord.

Observation remarquable de blennorrhagie chez un sujet portant une division accidentelle de l'urètre.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Ricord a présenté des considérations remarquables à l'occasion d'une blennorrhagie observée chez un individu portant une division transversale accidentelle de l'urètre, à un pouce en avant de la racine des bourses. Il y avait de plus un phymosis; et en vertu de cette conformation qui protégeait le méat urinaire, la maladie a commencé par l'orifice accidentel.

Pendant le traitement, à l'aide du cubèbe à la dose de 24 grammes par jour, voici les remarques qui ont été faites :

1° Pendant les érections, la partie antérieure de l'urètre semble ne pas autant participer à la turgescence érectile que cela a lieu dans un canal normal. Du reste, le malade affirme que cette partie reste aussi complètement étrangère aux sensations voluptueuses, qui se trouvent ainsi limitées au bout postérieur de l'urètre.

2° Quoique la matière de l'écoulement fût abondante, fortement purulente et verdâtre, qu'il y eût là des caractères suffisans d'acuité, le bout postérieur ou vésical était seul le siége de douleurs pendant l'émission de l'urine.

3° Quelques jours de traitement, pendant lequel on tenait séparées les deux portions de l'urètre, ont suffi pour amener la guérison de la partie du canal que traversaient les urines imprégnées des principes médicamenteux de cubèbe, tandis que la partie antérieure a continué de fournir un écoulement blennorrhagique qui n'a en rien été modifié, et qui a suffi pour reproduire la maladie dans la portion guérie, lorsque l'obstacle qui séparait les deux bouts du canal a été enlevé.

Enfin la guérison définitive a été obtenue en reprenant le cubèbe et traitant en même temps la partie antérieure de l'urètre par les injections avec une solution de nitrate d'argent, 10 centigrammes par 250 grammes d'eau distillée.

De ces divers faits, on peut tirer les conséquences suivantes :

1° La blennorrhagie n'a pas de siége spécifique, comme l'ont prétendu un grand nombre d'auteurs, et Hunter en particulier, qui, admettant une blennorrhagie virulente pour la partie antérieure du canal, ou la fosse naviculaire, se demande si les écoulemens qui pénètrent plus profondément sont de nature syphilitique.

2° C'est incontestablement le point qui a immédiatement subi l'influence ou l'action de la cause qui est le premier malade.

3° Pendant le coït et dans le temps qui précède l'éjaculation, l'urètre est tendu, ses parois sont écartées, les pressions exercées sur la base du gland rendent les lèvres du méat urinaire béantes, et permettent l'entrée des matières morbifiques, dont l'acte lui-même tend à favoriser la progression dans le canal.

4° Les douleurs, dans la blennorrhagie, sont dues principalement au passage de l'urine et aux érections.

5° On s'acclimate aux causes de la blennorrhagie; mais le plus souvent on peut dire que plus on a eu de blennorrhagies, plus on les contracte aisément, et ses récidives sont d'autant plus faciles qu'il s'est écoulé moins de temps depuis la guérison.

Le cubèbe n'agit sur le canal de l'urètre que par le moyen des urines imprégnées des principes du médicament, et non par une révulsion particulière.

7° Chez l'homme et chez la femme, le cubèbe, comme le copahu, n'agit que sur la blennorrhagie urétrale.

8° Les injections avec le nitrate d'argent, ou les cautérisations avec le nitrate d'argent solide, sont les meilleurs modificateurs de la blennorrhagie. A cette occasion M. Ricord a mentionné les bons effets qu'il a obtenus de la cautérisation de l'utérus avec le porte-caustique de Lallemand, dans le traitement du catarrhe simple, ou réputé blennorrhagique. On se met ainsi à l'abri des accidens possibles à la suite des injections, dont on a exagéré le danger; car, ainsi que le dit M. Ricord, le passage du liquide de l'injection dans les trompes et dans le péritoine, comme aussi son introduction dans les sinus veineux utérins, ne se font pas sur le vivant comme sur le cadavre privé de contractilité. L. R.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Leçons sur les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

(Suite du n° du 25 juillet.)

Erysipèle simple ou érysipèle proprement dit.

Parmi les diverses affections de même genre que nous avons déjà passées en revue, celle dont nous allons nous occuper actuellement est la seule qui nécessite un traitement spécial. A ce titre, il est donc important de la distinguer des autres, et, pour cela, d'étudier avec soin le caractère des symptômes qu'elle présente; car ceux-ci étant reconnus dès leur apparition, quand on saura ensuite quelle doit être la marche de la maladie, quelle doit être sa terminaison, on sera mieux en garde contre les erreurs de diagnostic, et surtout contre l'emploi d'une thérapeutique dont le moindre inconvénient serait d'être d'abord complètement inutile, et qui pourrait de plus prolonger la durée de la maladie, aggraver ses accidens et entraîner de fâcheuses complications. C'est ainsi que quelquefois un érysipèle simple, pris au début pour un érysipèle phlegmoneux ou une angioleucite, et traité en conséquence par les moyens propres à combattre ces derniers variétés d'inflammations, a pu, par ce seul fait, se compliquer aussitôt des accidens qui les caractérisent, et devenir consécutivement érysipèle phlegmoneux ou angioleucite, affections plus inquiétantes et plus dangereuses. Rien n'intéresse donc davantage le praticien que la connaissance exacte des raisons qui doivent le prémunir contre cette confusion. C'est ce que nous allons tâcher de faire résulter de l'exposé suivant.

L'érysipèle simple, ou érysipèle proprement dit, est l'inflammation de la peau qui se traduit par des symptômes qui la distinguent absolument des différentes phlegmasies que nous avons étudiées jusqu'ici; parmi ces symptômes, les uns sont locaux; ils sont tout à fait particuliers à cette affection et l'accompagnent constamment; les autres sont généraux; ceux-ci manquent rarement, mais ils peuvent quelquefois précéder les premiers.

Voici d'abord ce que les symptômes locaux offrent de plus remarquable à noter : le tissu même de la peau, mais de la peau toute seule, est affecté : il présente à sa superficie une vive rougeur, sans gonflement; c'est là le premier phénomène qui existe seul avant tous; cette surface rouge s'accroît instantanément, mais sans se disséminer par plaques différentes; elle reste en nappe de plus ou moins grande étendue, mais de nuance égale dans tous ses points; quelquefois pourtant elle paraît un peu plus vive à ses limites; pendant son premier temps d'arrêt cette plaque rouge se termine d'une manière parfaitement brusque; en sorte que la peau qui est là rouge et vive

ment enflammée, ne présente à une demi-ligne plus loin et tout autour de cette plaque aucune trace de modification ni d'altération quelconque. Cette démarcation si franche, si brusque, est un caractère essentiel à remarquer; car c'est un signe facile à reconnaître, et qui particularise tout à fait l'affection dont nous parlons. En même temps cette plaque rouge, au lieu d'être circonscrite par une ligne courbe ou droite, présente des bords taillés en festons, en dentelures, et qui offrent à l'entour un relief saillant sensible au doigt et à l'œil; ceci est encore un indice très caractéristique, car il n'appartient à aucune autre affection qu'à l'érysipèle proprement dit.

Un autre phénomène qui est encore propre à cette maladie, c'est l'apparition de petites phlyctènes, de vésicules très fines disséminées sur la plaque d'inflammation dont le fond est alors quelquefois d'une teinte un peu jaunâtre plutôt que d'un rouge vif; on distingue fort bien ces petites saillies en regardant horizontalement la surface de la peau, qui n'est plus alors si parfaitement lisse.

Ces phénomènes sont toujours accompagnés d'une chaleur locale toute spéciale, âcre, brûlante, qu'on désigne sous le nom de chaleur mordicante. L'endroit malade est d'une excessive sensibilité au toucher le plus superficiel, et le doigt qui effleure, qui frôle simplement la surface enflammée, y occasionne une sensation plus vive et plus douloureuse que sous la pression même; ce qui se conçoit facilement en voyant une multitude de petites papilles relevées à pic plantées verticalement sur toute la surface malade; alors ces papilles, douées à leur pointe d'une exquise sensibilité, doivent être plus vivement impressionnées par un simple attouchement qui les irrite sans les émousser, que par la pression du doigt qui les fléchit et les renverse, puis reste sans action sur ces petits corps écrasés.

Tels sont les symptômes locaux, les caractères physiques qui marquent l'érysipèle proprement dit, sitôt qu'il apparaît sur un point, et qui l'accompagnent partout où il se produit successivement, en s'étalant de proche en proche, comme nous le dirons tout à l'heure.

Les symptômes généraux sont ordinairement intenses, comme nous l'avons déjà indiqué; ils précèdent quelquefois ceux locaux, surtout quand l'érysipèle n'est pas occasionné par une lésion traumatique.

On peut dire, en général, qu'ils ressemblent exactement à ceux des fièvres éruptives. Ainsi, frissons, fièvres avec chaleur sur toute la surface du corps, pouls petit, serré; soif ardente, vive rougeur à la pointe de la langue, douleur à l'épigastre, nausées, vomissemens, coliques et diarrhée; quelquefois délire.

Tous ces phénomènes se manifestent soit ensemble, soit successivement, et durent habituellement de trois à quatre jours; sauf cependant quelques cas dans lesquels ils s'éteignent après vingt-quatre ou quarante-huit heures, ce qui les différencie des prodrômes de la variole, avec lesquels, comme on le voit, ils ont beaucoup de rapport.

L'engorgement des ganglions lymphatiques de la région voisine arrive souvent, et peut faire prévoir l'apparition de l'érysipèle, suivant plusieurs auteurs, et en particulier M. Chomel. Cette opinion n'est pas exacte, au dire de M. Velpeau; il la combat pour deux raisons: d'abord, ce phénomène survient tout aussi bien avec la phlébite externe, l'angéioleucite et le phlegmon diffus, et n'a par conséquent rien de particulier pour indiquer spécialement la présence ou la probabilité d'un érysipèle proprement dit. Ensuite, loin de laisser craindre l'arrivée d'un érysipèle, l'adénite, suivant M. Velpeau, n'existe que quand celui-ci est déjà venu; c'en est plutôt une complication toute naturelle, toute anatomique, qu'on s'expliquera facilement par la connaissance des causes. Un autre motif peut d'ailleurs encore favoriser certaines fois cette erreur; c'est le trop peu d'attention à chercher l'érysipèle ou l'irritation qui le précède dans quelques endroits où il n'est pas trop aisé de le découvrir immédiatement; ainsi, par exemple, qu'un érysipèle occupe le cuir chevelu, il est facile de le méconnaître pendant les premiers jours; l'engorgement des ganglions sous-maxillaires n'en viendra pas moins consécutivement, et s'il sera le seul phénomène visible pendant que l'érysipèle restera caché tout en s'étendant progressivement; si l'on ne s'aperçoit de celui-ci que lorsqu'il aura gagné la face on n'aura aucune raison pour ne pas le voir à son premier point de départ, et conséquemment on sera fondé à croire que l'inflammation des ganglions a précédé et annoncé cet érysipèle, tandis qu'elle n'en aura été que la conséquence inconnue, puisqu'il existait antérieurement au crâne où on ne le savait pas.

Si nous passons maintenant à l'étude des causes de l'érysipèle, nous nous trouverons, pour les préciser, dans un grand embarras, au milieu des opinions si diverses qui ont été émises à ce sujet. D'abord on a commencé par les diviser en causes internes et causes externes, ce qui amène déjà un premier degré d'obscurité à cause de la difficulté à classer bon nombre des premières, dont on ne connaît pas la nature. Discutant ensuite sur l'influence plus ou moins grande des unes et des autres, M. Chomel et quelques-uns avec lui, n'ont admis les causes externes que comme des accidens. D'autres n'ont pas voulu reconnaître de causes internes hors la dépendance des externes. Tout cela résultant d'une même confusion dans laquelle on est tombé des deux côtés, et ce qui était inévitable, là comme partout, quand on ne vise qu'à l'absolu.

S'il faut donner son avis au milieu de ces contradictions, M. Velpeau pense que l'érysipèle ne survient que très rarement une cause externe seule; et, en effet, c'est en vain qu'on provoque les accidens qui le font naître habituellement, il est impossible de faire venir un érysipèle à volonté, comme cela peut arriver pour une phlébite, une angéioleucite. L'inflammation de la peau, qui survient sous l'application d'un emplâtre, ne ressemble pas exactement à celle produite par l'érysipèle proprement dit; un des principaux caractères est tout différent, car celui-ci s'étale, s'étend, tandis que l'autre semble rester circonscrit.

D'un autre côté, combien voit-on naître d'érysipèles sans qu'aucune plaie, aucune lésion ne puissent les occasionner, sans qu'une seule cause extérieure les explique? Ce qui doit les faire reporter à l'influence de quelque embarras dans le tube digestif, d'une altération quelconque des liquides, ou à toute autre cause interne, fort difficile quelquefois à déterminer.

De cette impossibilité de préciser rien d'exact sur les causes qui amènent l'érysipèle, de ces contradictions nombreuses entre les diverses opinions émises, M. Velpeau en avait conclu d'une manière générale, que l'irruption de cette maladie pourrait être, en quelque sorte, le résultat d'un *empoisonnement*, comme si elle était due à l'entrée dans l'économie de quelque agent méphytique dont elle voudrait ensuite se débarrasser; à l'absorption par endosmose et à l'imbibition d'un liquide delétère allant de l'extérieur à l'intérieur.

C'est une théorie qui n'est pas sans doute plus qu'aucune autre à l'abri des objections, mais qui peut du moins mieux suffire à l'explication du plus grand nombre des faits.

On a songé aussi à l'influence des causes atmosphériques qui a paru devoir jouer un grand rôle; on a invoqué tour à tour toutes les variations de température: l'air sec et chaud, le temps froid et humide; il a fallu s'en prendre à tout; car l'érysipèle s'est joué de chacune de ses prétendues causes, démentant toutes les probabilités à mesure qu'elles s'établissaient. On l'a dit ensuite épidémique, endémique; Franck l'a annoncé fréquent en Lithuanie; on prétend qu'il est très commun en Amérique, à Boston surtout, au Brésil, etc. Chez nous, on croit l'observer bien plus souvent à Paris qu'en province; c'est à peine si les médecins des hôpitaux des départemens en réunissent quelques cas dans le courant d'une année; il n'en est pas de même ici; mais sous tous ces rapports, il y a tant d'irrégularité, tant de bizarrerie dans l'invasion de cette maladie, soit qu'elle sévisse d'une manière générale sur un grand nombre de sujets à la fois, soit qu'elle n'en atteigne que quelques-uns, que l'on ne peut trouver rien d'exact dans les idées qu'on s'est faites sur l'influence de la température, des lieux, des pays, etc. Ne voyons-nous pas, en effet, l'érysipèle survenir dans nos salles, à tous momens, dans toutes les saisons; atteindre quelquefois tous nos opérés ensemble, ou se borner à quelques cas isolés; régner soit partout, soit dans un seul service; coïncider ou non avec la même affection répandue en ville; en un mot, se montrer partout et toujours si variablement qu'il est impossible d'en rien conclure.

On a cru aussi à la contagion; c'est une opinion peu en faveur en France, mais qui en Angleterre trouve assez de crédit. En effet, chez nous, rien n'a jamais prouvé que l'érysipèle se communiquât d'une personne à l'autre; il en est de même pour ceci comme pour les autres considérations de causes que nous venons d'indiquer, si cela est possible, ce n'est du moins pas démontré.

Ces questions assez vagues étant vidées, revenons à ce que la maladie nous offre de matériel à examiner dans ses variétés, sa marche, son siége, son pronostic et son traitement.

L'érysipèle proprement dit se montre sous différens aspects: simple ou composé; ceci n'a pas besoin d'explication: fixe ou vague; c'est-à-dire, fixe, quand il s'établit de prime abord sur une région qu'il ne quitte pas; vague, quand s'étant montré sur un point, il s'en éloigne, gagne de proche en proche, pour se promener sur les parties voisines.

Il ne faut pas confondre l'érysipèle qu'on appelle vague avec celui dit ambulant qui se développe sur plusieurs points différens un jour dans un endroit, le même jour ou plus tard, dans un autre, mais laissant toujours quelques portions saines entre ses différens points, tandis que dans l'érysipèle vague, les plaques nouvelles tiennent à celles qui s'en vont sans aucune discontinuité et quelque soit l'étendue de la surface qu'elles parcourent.

D'après les causes internes, on a dénommé les érysipèles bilieux, inflammatoire, adynamique, ataxique, etc., suivant les symptômes généraux prédominans.

Eu égard à la terminaison, on a eu l'érysipèle gangréneux, ulcéreux, charbonneux, etc., et selon ses périodes, intermittent, épidémique, etc., etc.

Toutes divisions et classifications qui rentrent dans les cadres de la pathologie générale, et dont nous ne pouvons nous occuper avec détail.

(La suite au prochain numéro.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Compte-rendu des séances, par le docteur Belhomme, secrétaire général.

La Société médicale du Temple, dont l'existence date de huit années, est une réunion toute de famille, qui a pour but la communication des faits pratiques et des divers travaux scientifiques qui ont pu fixer l'attention de chacun des membres; il est utile et intéressant de faire connaître les principaux résultats de ses séances.

M. Ségalas, le 9 mai 1839, a décrit avec le soin le plus minutieux le spéculum dont il est l'inventeur, et qui a l'avantage de se déployer dans le vagin et de former un cône dont la partie la plus évasée se trouve au col de la matrice, tandis que les spéculums ordinaires forment un cône dont la partie évasée est à la vulve. Ce spéculum est formé par quatre valves qui se démontent avec la plus grande facilité, et permet ainsi de les nétoyer aisément.

— Le 3 juillet 1839, M. Belhomme a fait un rapport sur une brochure de M. Dagonet, médecin de l'établissement des aliénés de Châlons-sur-Marne. M. Belhomme ne peut admettre avec l'auteur une classification aussi nombreuse des fous que l'on parque dans les divisions; éloigner les aliénés furieux de ceux qui ne le sont pas, des épileptiques et des gâteux, cela suffit assurément; mais admettre autant de divisions que l'on reconnaît de formes d'aliénation mentale, est chose entièrement inutile. Il faut se souvenir que les aliénés sont essentiellement inoffensifs et égoïstes, et l'on se rendra compte du peu d'intérêt qu'ils se portent les uns aux autres, et du faible inconvénient d'un mélange, que l'on évitera d'ailleurs en maintenant dans une division de convalescens ceux qui pourraient recevoir une funeste influence du contact d'autres aliénés. M. Dagonet propose aussi un nombreux personnel médical dans l'établissement, qui a déjà reçu un commencement d'exécution. M. Belhomme voudrait au contraire qu'un petit nombre de médecins se chargeât du service, afin qu'il y eût plus d'unité dans le traitement. Du reste, dit-il, on doit remercier M. Dagonet du plan qu'il donne de son vaste établissement qui pourra servir de modèle à beaucoup d'autres du même genre.

— A propos de la communication faite par M. le docteur Bossion d'une hémorrhagie survenue à la suite de l'avulsion d'une dent, et qui fut arrêtée par l'introduction d'un morceau de cire molle, M. Toirac, médecin dentiste, entre dans quelques considérations à ce sujet. On a vu, dit-il, des hémorrhagies survenir sept, huit et même dix heures après l'arrachement d'une dent. On réussit ordinairement très bien à l'arrêter en introduisant de la cire dans l'alvéole, et en exerçant une compression par le rapprochement des mâchoires. Si l'on ne réussit pas par ce dernier moyen, un petit couteau rougi à blanc et porté jusqu'au fond de l'alvéole suffit toujours pour arrêter l'hémorrhagie.

M. Toirac a inventé un instrument sécateur des amygdales. C'est une tige d'acier terminée par une sorte d'anneau dans lequel on laisse pénétrer la tumeur, en poussant une lame dont le ressort se trouve au manche de l'instrument; on excise d'un seul coup la partie tuméfiée.

— *M. Lesage*, pharmacien, présente à la Société des cigares de stramonium, de jusquiame et de feuilles de belladone, que l'on emploie avec succès dans certaines maladies de poitrine.

— *M. Ségalas* a eu occasion d'être appelé pour sonder un homme qui, par suite d'une chute dans une trappe, s'était fracturé la colonne vertébrale à la région lombaire. L'introduction de la sonde détermina constamment une érection très forte.

— *M. Félix Legros* a vu des fractures de la colonne vertébrale accompagnées d'érection et même d'éjaculation.

M. Belhomme croit à l'influence immédiate de la moelle épinière sur les organes de la génération et sur l'érection, mais il pense aussi que le cervelet a une action médiate sur ces parties.

M. Louis, pour appuyer cette opinion, rappelle ce qui arrive chez les pendus, qui éprouvent de l'érection et même éjaculent; il se demande s'il y a un endroit précis de la moelle épinière auquel on puisse rapporter ces phénomènes.

— Après cette communication, M. Ségalas entretient la Société des pertes séminales involontaires: tantôt elles sont dues à un excès de vigueur chez les individus; d'autres fois elles dépendent de l'atonie, comme chez le vieillard. Dans ce dernier cas, M. Ségalas a guéri des pertes de ce genre par la cautérisation légère des orifices des conduits éjaculateurs avec le nitrate d'argent.

— *M. Brion* a communiqué, dans la séance du 3 septembre 1839, un fait très intéressant: Un jeune homme de vingt deux ans était affecté d'une tumeur indolente à la région externe de l'os des îles. On consulta plusieurs chirurgiens: l'un croyait à la formation d'un kyste; l'autre crut reconnaître un abcès par congestion, et conseillait son ouverture; le troisième craignit une tumeur anévrismale, et fit une très petite ouverture: il s'en échappa un jet sanguin très fin, qui fut facilement arrêté. Plus tard, on constata une dénudation de l'os des îles.

M. Louis a vu une pareille tumeur, que M. Marjolin soupçonna être une tumeur érectile. Une ponction exploratrice fut faite, et confirma le diagnostic.

— Après la lecture du procès-verbal de la séance du 6 août, M. Thomassin reprend la discussion sur l'effet de la pendaison sur les organes génitaux, et a vu sur plusieurs pendus l'érection et même l'éjaculation.

M. Robert fait observer que les médecins légistes ne sont pas d'accord sur la coïncidence toujours exacte de la pendaison et de l'érection.

M. Lozes a eu l'occasion peut-être cent fois de constater la mort des pendus, et n'a jamais pu vérifier l'érection et encore moins l'éjaculation; il cite l'exemple fort intéressant d'une simulation de pendaison sur un homme que l'on disait s'être suspendu dans son grenier. Lorsque M. Lozes fut appelé, il était nu et étendu sur une table; il remarqua que l'ecchymose provenant de la corde était circulaire, au lieu d'être oblique, comme il arrive toujours dans les suspensions; il remarqua aussi des égratignures le long du dos, et une sorte de poussière épidermoïque dont la trace se trouvait sur les marches de l'escalier qui faisait communiquer le rez de-chaussée avec le grenier. M. Lozes fit ramasser soigneusement cette poussière, et la jetant sur des charbons ardents, il sentit une odeur de corne brûlée très prononcée, et conclut de ses observations:

1° Que l'homme ne s'était pas étranglé lui-même;

2° Qu'il n'avait point été suspendu;

3° Qu'il avait été traîné sur le dos du rez-de-chaussée jusque dans son grenier.

Ce qui vint confirmer cette suspicion, c'est que la femme s'était jetée dans son puits pendant qu'on faisait les recherches indiquées.

— Dans la séance du 1er octobre, M. Thomassin ayant communiqué un fait de délivrance dans l'accouchement accompagné de phénomènes épileptiques graves, M. Belhomme fait observer qu'il y a une différence marquée entre les phénomènes de l'épilepsie et de l'éclampsie. M. Belhomme sait que l'éclampsie affecte les femmes en couches; mais il a remarqué dans la narration faite par M. Thomassin, plusieurs symptômes de l'épilepsie.

Cette dernière maladie a toujours une forme semblable; les contractions sont toniques et régulières; ce sont les fléchisseurs qui l'emportent sur les extenseurs; la perte de connaissance est complète; la respiration devient stercorale; le visage se colore en noir; il y a de l'écume à la bouche; l'accès dure de 4 à 5 minutes, et les malades se remettent peu à peu de leur convulsion et ne se souviennent nullement de leur position; ils restent hébétés pendant plusieurs heures.

L'éclampsie, au contraire, est une affection convulsive plus

générale ; les extenseurs sont aussi contractés que les fléchisseurs ; les malades se jettent à droite et à gauche ; il y a une sorte d'irrégularité dans leurs convulsions ; la face est rouge, mais jamais violette ; il n'y a point d'écume à la bouche ; les malades se souviennent de leur accès et de ce qui s'est passé en leur présence.

Ces deux maladies ont donc des caractères distincts.

M. Ségalas, dans ses expériences sur les animaux, a remarqué que la noix vomique détermine des phénomènes semblables à l'épilepsie. Si l'on injecte cette substance dans l'estomac, l'absorption n'a lieu que lentement (14 à 15 minutes) ; si au contraire l'injection est faite dans le tissu pulmonaire ou dans les plèvres, l'action du poison est presque instantanée. Si on touche l'animal, on détermine des convulsions toniques comme dans l'épilepsie.

M. Ségalas pense que l'opium a une action directe sur le cerveau, tandis que la noix vomique agit sur la moelle épinière. L'opium agit plus vivement sur l'homme que sur les animaux ; les poisons qui agissent sur la moelle épinière agissent au contraire plus vivement sur les animaux que sur l'homme. Dans l'affaire Castaing, on a reconnu que les frères Bollet avaient pu être empoisonnés par 4 ou 5 grains d'acétate de morphine ; 15 à 18 grains de cette substance ne tuent pas les chiens, même en leur liant l'œsophage.

Les poisons ont un effet local et général ; le vomissement détruit souvent tout leur effet : en faisant rapidement vomir les personnes empoisonnées, on a souvent évité tout accident.

M. Lozes fait observer que M. Chaussier, lorsqu'il s'agissait du procès Castaing, a fait donner à un cheval un lavement contenant 3 grains d'acétate de morphine, et que l'animal mourut à l'instant.

— Dans la séance du 7 janvier 1840, M. Lagasquié a eu l'occasion d'employer le cathétérisme sur une personne d'une constitution essentiellement nerveuse ; il en résulta une fièvre intermittente pernicieuse, qui fut heureusement arrêtée par le quinquina.

M. Ségalas a vu des fièvres ayant le caractère intermittent, survenir après le cathétérisme ; mais ces faits sont heureusement rares. On remarque plus souvent les prodromes de la fièvre, tels que le frisson et de la chaleur.

M. Ségalas a vu les phénomènes d'une myélite mortelle qui ont suivi l'application de la sonde. Le lendemain de l'invasion de la maladie, on observa une paraplégie complète, et le surlendemain la respiration devint difficile, et le malade mourut asphyxié.

— *M. Lesage*, pharmacien, rapporte un fait d'empoisonnement avec le bleu en liqueur. Un tireur de cartes du boulevard fut soupçonné d'avoir commis un vol ; il avala, par désespoir, de 7 à 800 grammes de bleu à l'acide sulfurique. Cet homme avait fait précéder son suicide de libations d'eau-de-vie, et resta sans secours une demi-heure ; il avait vomi plusieurs fois, et sa bouche et ses vêtemens étaient encore teints d'un liquide bleuâtre : le sol sur lequel il avait vomi était coloré, et présentait une sorte d'effervescence qui donnait la preuve de la force du poison.

M. Lesage se hâta de faire avaler du lait magnésien, et bientôt le malade, reprenant ses sens, fut transporté à l'hôpital Saint-Louis, où il guérit en quelques jours.

M. Lesage se demande comment il a pu se faire que l'estomac n'ait point été ulcéré et même perforé par l'action d'un poison aussi actif, qui d'ailleurs avait attaqué profondément les lèvres et l'intérieur de la bouche.

M. Lesage, se rappelant les expériences de M. Rognetta, s'est demandé si l'alcool n'a point été pour cet homme le contre-poison de l'acide sulfurique.

— Dans la séance du 7 avril 1840, M. Ségalas a communiqué à la Société l'observation d'un vieillard de soixante six ans, taillé il y a six ans par le haut appareil, et qui vint le consulter pour être lithotritié. Une sonde fut introduite, la pierre reconnue, elle était sonore ; mais une inflammation assez vive survint à la vessie, un catarrhe vésical se déclara, et l'on fut obligé de renoncer à la lithotritie. L'opération par le haut appareil fut pratiquée par M. Ségalas, qui fut fort étonné de trouver une pierre ramollie ; le noyau seul était dur. M. Ségalas a souvent observé la fragmentation de la pierre, mais rarement son ramollissement ; il pense que dans le cas où les urines prennent un caractère alcalin, l'ammoniaque dissout le mucus animal.

— *M. Félix Legros* lit une observation dont le sujet est un collégien de seize ans, qui s'était introduit la verge dans une bouteille. Des frictions exercées sur le goulot de la bouteille avec une lanière de laine, des réfrigérans placés en même temps sur les parties génitales, suffirent pour dégager le pénis.

— *M. Brion* cite le fait d'un vieillard goutteux ayant une affection du cœur avec rétrécissement des valvules, œdème général, etc., et qui fut guéri promptement par l'emploi de l'eau de Vichy à la dose de deux bouteilles par jour. M. Brion fait observer qu'on a prétendu que ces deux maladies ne pouvaient exister ensemble.

M. Lagasquié rappelle que la goutte et le rhumatisme se touchent bien près pour la nature de l'affection, et que souvent, dans le rhumatisme une affection du cœur se développe.

M. Belhomme croit que les dépôts calcaires de la goutte peuvent se faire sur les valvules du cœur et produire chez les goutteux les phénomènes dus aux rétrécissemens des valvules.

M. Ségalas a observé que les individus affectés de gravelle ont rarement la goutte, mais que les goutteux peuvent devenir calculeux ; il y a plutôt, dans ces cas, alternative d'affection que coïncidence.

M. Ségalas a observé que la lithotritie était quelquefois suivie de fièvre intermittente ; le sulfate de quinine lui a réussi constamment.

M. Belhomme croit que lorsqu'une maladie quelconque prend un caractère intermittent, le sulfate de quinine réussit, et cite le fait d'une dame qui était prise tous les deux jours d'un accès de lypémanie avec désir de se tuer, et qui fut guérie par plusieurs doses de sulfate de quinine données dans les intervalles de tranquillité.

M. Brion a vu un cas de migraine qui datait de deux années et qui avait un caractère périodique, guéri en trois jours par le sulfate de quinine.

— *M. Ségalas* croit qu'il faut ménager les sensations vives aux nouveaux opérés. Un monsieur venait d'être lithotritié, lorsque le second jour de l'opération, voyant entrer dans son salon son fils avec un air chagrin, il en reçut une impression si vive, qu'il s'évanouit et eut des convulsions effrayantes. Des sangsues furent appliquées à l'anus et des sinapismes aux jambes. Le malade se rétablit assez promptement.

M. Félix Legros cite le fait d'un jeune étudiant qui se présenta à la clinique de Dupuytren pour se faire enlever une phalangette qui le gênait dans la marche ; on apprit que trois jours après il était mort. M. Legros ajoute que Dupuytren fut consterné de ce fait, et qu'il ne voulait plus faire ces sortes d'opérations de complaisance.

— *M. Belhomme* croit à la nécessité d'une préparation avant une opération quelque peu grave qu'elle soit ; il pense qu'il faut soumettre les malades à la diète, qu'il faut saigner s'il y a pléthore, purger s'il y a constipation, prendre des bains s'il y a de l'échauffement. M. Belhomme cite l'observation d'un chirurgien qui vint se faire couper la cuisse à l'hôpital Saint-Louis, et qui mourut fort rapidement faute d'une préparation suffisante.

M. Brion croit à la nécessité de cette préparation des malades.

M. Ségalas rappelle que M. Larrey recommande des préceptes de ce genre.

— *M. Legros* fait un rapport sur une brochure de M. Ségalas ayant pour titre : Lettre à M. Dieffenbach sur une opération d'urétroplastie. M. Legros fait observer que l'autoplastie est aussi ancienne que le monde : Hippocrate, Celse, Galien, Paul d'Egine, et plus récemment Ambroise Paré, donnent des préceptes pour cette opération. De nos jours, MM. Belmas, Gerdy, Velpeau et Jobert ont poussé loin l'art de restaurer les parties détruites ou découvertes. MM. Astley Cooper et Dieffenbach sont aussi parvenus à guérir des fistules urétrales, vésicales, etc. M. Ségalas a suivi leur exemple, et a fait une pareille application de l'autoplastie dans un cas grave de perte de substance du canal de l'urètre, suite d'une fistule et d'une gangrène urinaire. M. C. eut, en 1815, en blennorrhagie ; quatre ans plus tard, étant à la Martinique, il eut une rétention d'urine et une perforation du canal avec infiltration urinaire ; une eschare gangreneuse survint et le canal de l'urètre fut détruit depuis le scrotum jusqu'au gland. M. C. revint en France et consulta plusieurs célébrités chirurgicales sans qu'on pût le soulager. Enfin, il vint trouver M. Ségalas qui, malgré l'affreuse situation où il se trouvait, voulut bien entreprendre sa guérison. Une sonde fut placée dans une ouverture fistuleuse en arrière et l'on s'occupa de guérir le canal en avant, en renversant des portions de peau du prépuce sur une seconde sonde. Après quinze mois de soins les plus assidus, le canal de l'urètre fut complètement réorganisé, et le malade put faire ses fonctions urinaires et génitales.

MM. Thomassin et *Félix Legros* ont fait ensemble une opération d'hydrocèle, après la ponction et l'injection, on s'aperçut que le liquide injecté ne sortait pas, ce qui donna de l'inquiétude aux opérateurs. Le malade guérit fort bien.

M. Goirac rappelle que M. Velpeau a trouvé dans un cas d'hydrocèle une communication de la tunique vaginale avec l'abdomen ; le liquide rentra sous le doigt dans cette cavité.

M. Brion rapporte à la Société, qu'un chirurgien militaire s'est servi avec succès de plusieurs aiguilles à acupuncture ; celles-ci ont causé de l'infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire du scrotum, dans lequel s'est opérée l'absorption du liquide.

— *M. Namaugé* annonce qu'il vient d'opérer un chimosis chez un enfant dont le prépuce était semi-cartilagineux.

— *M. Félix Legros* présente à la Société deux tœnias qui ont été rendus par le même individu, à la suite de l'ingestion de la decoction de l'écorce de grenadier.

— Dans la séance du 4 août 1840, M. Belhomme fait un rapport sur l'enfant hydrocéphale dont M. Thomassin a entretenu la Société dans la dernière séance. La tête de cet hydrocéphale, âgé de neuf mois, présentait 35 pouces de circonférence (94 centimètres 5 millimètres), et présentait au sommet du coronal une ouverture par où s'était échappé un liquide séreux abondant ; il pouvait encore rester dans le crâne trois litres de sérosité.

M. Belhomme fait observer que cette observation est curieuse par la rapidité du développement de l'hydrocéphale qui a eu lieu en moins de six mois, car on s'était à peine aperçu de son développement dans les premiers mois de l'existence de l'enfant. Il examine aussi les diverses lésions des fonctions cérébrales, et regrette que l'autopsie n'ait pu être faite pour s'assurer du déplissement du cerveau.

M. Grosjean fait remarquer qu'il peut y avoir des phénomènes de sensibilité sans l'intermédiaire du cerveau.

M. Belhomme croit à la nécessité de la perception du cerveau pour qu'il y ait sensation.

M. Ségalas, à propos de cette discussion, rappelle l'expérience qu'il a tentée plusieurs fois, celle qui consiste à enlever le cerveau d'un animal, et à piquer ensuite une de ses pattes ; l'animal retire le membre blessé. Il en conclut qu'il y a des phénomènes de sensibilité sans intermédiaire du cerveau.

— *M. Ségalas* fait en ce moment une série d'expériences pour prouver, comme il l'a déjà fait autrefois, le rapport qui existe entre la moelle épinière et les vésicules séminales. Celles-ci ont, sur le vivant, un mouvement contractile comme les intestins ; lorsqu'on les pique sur un cochon d'Inde, on aperçoit un frémissement très apparent ; si l'on irrite la moelle épinière, cette contraction a lieu également, et l'on peut déterminer l'éjaculation chez l'animal.

— *M. Belhomme* cite plusieurs faits de lypémanie avec suicide, qui prouvent combien il faut se mettre en garde contre ces malades dans leurs famille. Une femme s'est jetée dans un puits, une autre a tenté de s'asphyxier ; un homme s'est précipité par une fenêtre.

— La Société a reçu un assez grand nombre de mémoires intéressans ; parmi ces derniers, nous citerons un travail de M. Godefroy, sur la rupture du canal de l'urètre par l'introduction d'une sonde d'argent mal dirigée. Une infiltration d'urine avait eu lieu ; trois fistules s'étaient faites au périné ; introduction d'une sonde de gomme élastique ; injection d'une décoction de quinquina dont on facilitait la sortie par les fistules ; diverses incisions pratiquées sur le trajet des fistules, les ramenant toutes à une seule ouverture correspondant à la rupture du canal. Guérison complète en deux mois.

Un travail de M. Varlet sur l'implantation du placenta sur le col utérin, mérite d'être cité. L'auteur, après les détails anatomiques et physiologiques des organes de la conception, signale les causes de l'implantation du placenta sur le col de l'utérus, et rapporte les diverses opinions des auteurs sur le trajet de l'ovule dans la matrice, et attribue l'implantation du placenta au hasard qui détermine l'adhérence de l'œuf, à plus ou moins de hauteur de l'utérus. On sait que l'accident le plus redoutable de la situation vicieuse du placenta est l'hémorrhagie. M. Varlet rappelle avec le plus grand soin les moyens externes et internes qui ont été préconisés pour modérer les pertes de sang.

Au moment de l'accouchement, il donne des préceptes les plus sages qui seront suivis par l'accoucheur dont la sagacité doit être mise en jeu suivant les indications qui se présentent ; ainsi le tamponnement, la version de l'enfant, l'application du forceps sont recommandés suivant que la position du fœtus et les forces de la femme souffrante le permettront.

Tels sont les communications et les travaux les plus saillans présentés à la Société médicale du Temple. Désormais, le compte-rendu de la séance aura une publicité semestrielle.

BELHOMME, secrétaire-général.

De la dilatation excessive de l'estomac ; par J.-H. PEEBLES, médecin ordinaire de l'infirmerie d'Edimbourg.

L'estomac acquiert quelquefois un volume tel, qu'il occupe la plus grande partie de la cavité abdominale, depuis l'épigastre jusqu'au pubis. Cette dilatation extrême de ce viscère s'accompagne ordinairement d'une accumulation de liquide, ce qui a fait donner à cette affection le nom d'hydropisie de l'estomac. En même temps qu'il existe une dilatation de l'estomac, il y a souvent un état pathologique des membranes muqueuse et musculeuse, et quelquefois du pylore ; d'autres fois ces parties sont tout à fait saines, et l'on considère la dilatation comme due à un état de relâchement ou d'atonie. Dans les deux cas, il y a rétrécissement du canal intestinal avec ou sans épaississement des parois ; souvent il y a une altération organique de quelqu'un des viscères abdominaux. L'auteur range les faits qu'il a rencontrés ou qu'il emprunte à différens auteurs, dans trois catégories.

La première comprend les cas [illegible] lesquels il existait une lésion des parois stomacales, avec ou sans altération du pylore, avec ou sans rétrécissement de l'intestin.

Dans la deuxième se trouvent les faits où l'estomac et le pylore étaient parfaitement sains, mais où le rétrécissement intestinal a existé quelquefois.

Enfin, la troisième est consacrée aux cas rapportés d'une manière trop incomplète pour pouvoir en tirer quelque conclusion, et qui ne peuvent servir que comme exemples de dilatation de l'estomac.

La première catégorie renferme neuf faits, dont huit empruntés à différens observateurs, et un seul propre à l'auteur du mémoire. Ils n'offrent pas assez d'intérêt pour mériter d'être cités. Dans la seconde série, il n'y a que cinq faits, tous tirés de publications antérieures ; enfin, la troisième comprend dix observations empruntées à Morgagni et à Lieutaud : elles méritent peu de fixer l'attention.

L'auteur analyse ces observations et en tire cette conclusion, que les maladies du pylore et de l'estomac n'expliquent pas d'une manière satisfaisante la distension stomacale.

Bien que les cancers avec obstruction du pylore soient loin d'être rares, c'est un fait tout à fait exceptionnel que la distension de l'estomac derrière l'obstacle.

M. Peebles est disposé à attribuer la distension à un état général de l'économie, à une lésion des propriétés vitales, et surtout à un trouble de la vitalité de l'estomac, sous l'influence duquel une quantité de liquide s'accumule dans cet organe, qui cède peu à peu à la distension opérée par sa présence.

(*Edimb. med. journ.* July, 1840, et *Rev. Méd.*)

— La Société de Médecine-Pratique de Montpellier a choisi, pour le concours de 1841, la question suivante :

De la tolérance dans les maladies.

L'auteur du meilleur mémoire recevra une médaille d'or de 300 francs. Les mémoires devront être adressés franco, et suivant les formes académiques, à M. le docteur A. Jaumes, secrétaire-général, rue Dauphine, 5, à Montpellier, avant le 15 avril 1841.

— On assure qu'un vaste hôpital va être construit sur les terrains Belle-Chasse, au faubourg Saint-Germain.

— M. Jules Cloquet est chargé du discours de rentrée de la Faculté de médecine de Paris. Il aura à prononcer l'éloge de Richerand.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 17 SEPTEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 110, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Étranger, 1 an, 5[illegible]

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Deux cas de strabisme. Section des muscles droits internes. Nouveau procédé opératoire. Résultat satisfaisant.

Deux individus couchés aux numéros 36 et 46 de la salle Sainte-Vierge, entrés à l'hôpital pour des lésions autre que la difformité dont nous allons parler, sont affectés de strabisme convergent, tous deux d'un seul et même côté, à l'œil gauche.

Le premier, menuisier, âgé de vingt-un ans, est louche de naissance. L'état de son œil n'offre rien de particulier à noter. Il est venu à la Charité pour se faire guérir d'un érysipèle phlegmoneux dont s'est compliquée une blessure qui lui a été faite au pied gauche il y a un mois.

Le second, maçon, âgé de quarante-un ans, tomba, il y a deux mois environ, d'un échafaudage élevé à environ cinq à six mètres du sol, sur un monceau de pierres, où il reçut les plus graves lésions. On l'apporta à l'hôpital évanoui, le corps couvert de contusions, ayant la cuisse gauche fracturée, et répandant par l'oreille du même côté un flot de sang qui démontrait la lésion de quelque partie intérieure de la tête, probablement la fracture d'un ou de plusieurs os à la base du crâne; de plus, tout le côté gauche du corps, tête, tronc et membres, semblait paralysé et est resté pendant près de quinze jours sans presque fonctionner; mais au moyen d'un traitement énergique et convenable, tous ces accidens se sont dissipés peu à peu, et il ne lui reste plus aujourd'hui de bien sensible que la fracture du fémur en bon train de consolidation. Seulement l'ouïe du côté gauche est devenue très dure, pour ne pas dire presque nulle, et les mouvemens des organes de la bouche et du gosier ne sont pas encore parfaitement libres, quoi qu'ils deviennent chaque jour moins gênés; mais, ce qui est plus singulier et assez inexplicable, c'est qu'aux phénomènes de paralysie que ce malade a éprouvés, a survécu l'anéantissement complet des fonctions du muscle droit externe de l'œil gauche; cet organe est le seul qui ait conservé un symptôme de paralysie, et c'est par suite de son inertie que le muscle antagoniste s'est fortement contracté et a entraîné l'œil de son côté, en le collant, pour ainsi dire, sur le nez. C'est, en effet, depuis ce temps seulement que le sujet louche de cette manière. Il lui est impossible de ramener son œil en dehors, mais l'intégrité des mouvemens des muscles droits supérieur et inférieur, et des muscles obliques, semble parfaite.

On n'a pas remarqué, comme l'a observé M. Dieffenbach dans les cas de strabisme convergent d'un seul œil, que la pupille de ce côté fût plus dilatée chez l'un et chez l'autre de ces deux sujets; seulement celui chez lequel l'œil est resté dévié après les accidens de sa chute, dit qu'avant d'être opéré il voyait les objets doubles à gauche.

Dans ces circonstances, M. Velpeau désirant trouver l'occasion d'essayer aussi les procédés dont on parle depuis quelque temps pour la guérison du strabisme, proposa à nos deux malades de les débarrasser de cette incommodité, ce qui fut accepté.

Sans rechercher ici, parmi tous les chirurgiens qui se sont occupés de ce mode de guérison, et qui s'en disputent la priorité, lequel nous paraît avoir eu la première idée de l'opération, ni lequel semble l'avoir le premier mise en pratique, nous dirons cependant un mot des différens procédés qui ont été déjà employés, et des modifications qui y ont été apportées, afin d'établir la comparaison entre eux et celui que M. Velpeau vient aussi d'imaginer, et dont il s'est servi avec non moins d'avantage et plus de facilité que les autres n'en offrent, à notre avis.

M. Stromeyer, après beaucoup d'essais sur le cadavre, avait décrit son mode opératoire pour qu'il fût pratiqué sur le vivant, dans un numéro de la *Gazette médicale centrale de Berlin*; nous ne savons si M. F. Cunier, puis M. Crommelinck, se sont reportés à cette description, ou s'ils ont voulu produire leur propre manière d'opérer, dans les indications que contient la brochure qu'ils ont fait paraître sur ce sujet, et qui sont ainsi conçues :

« Le malade étant assis devant une croisée bien éclairée, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide chargé de fermer l'œil sain, l'opérateur place deux crochets mousses destinés à relever et abaisser les paupières, et les confie à l'aide. Il recommande au malade de porter l'œil en avant et en dehors, et saisit, pendant ce mouvement, l'œil avec une érigne très fine tout à fait en dedans, vers la séparation de la caroncule avec la muqueuse oculaire, et il le tire fortement en dehors. L'érigne, bien implantée dans la muqueuse oculaire, est tenue par l'aide ou par l'opérateur lui-même; celui-ci incise ensuite avec les ciseaux la membrane muqueuse entre l'érigne et la caroncule lacrymale; on arrive ainsi sur la sclérotique, au-devant du muscle, au-dessous duquel on glisse une branche des ciseaux qui le coupe en travers. On retire l'érigne, l'œil reprend sa direction naturelle et l'opéré est tout ébahi de voir des deux yeux à la fois.

» Cette opération, ajoute M. Crommelinck, est fort peu douloureuse, et ne dure que l'espace d'une à trois minutes. La sensation qu'elle occasionne est comparée, par les malades, à l'introduction dans l'œil de quelques grains de sable. Le traitement consécutif est extrêmement simple: une saignée immédiatement après l'opération, et l'application de compresses trempées dans l'eau froide renouvelées fréquemment, puis la diète, suffisent pour la guérison complète, qui s'obtient du septième au dixième jour. »

On conçoit, en effet, que rien ne soit plus facile qu'une pareille opération. M. Dieffenbach y a apporté cependant cette petite modification, qu'au lieu de ciseaux, il se sert du bistouri, et qu'arrivé au devant du muscle, après les incisions de la sclérotique, il passe au-dessous de lui un stylet mousse pour le relever et le couper ensuite également en travers.

M. J. Guérin avait depuis long temps établi que le strabisme est le résultat de la rétraction des muscles de l'œil, et les variétés de cette difformité le produit de la rétraction différemment distribuée dans les muscles qui meuvent cet organe. Il avait donc eu aussi l'idée comme conséquence toute naturelle de cette manière de voir qui est comme on le voit, une application de sa théorie générale des difformités du squelette; il avait eu l'idée, disons-nous, d'étendre aux déviations de l'œil la section des muscles qu'il a mise en pratique contre toutes les difformités de la même origine; mais l'une des causes qui lui avaient fait retarder l'exécution de cette opération, a-t il dit, c'était la crainte des accidens inflammatoires consécutifs à une plaie pratiquée à l'air libre sur un organe délicat, placé au voisinage du cerveau. Toutefois, il a cru être certain d'éviter ces accidens en modifiant à son tour le procédé de M. Dieffenbach, et s'étant décidé à opérer, il a déjà réussi quatre fois en s'y prenant de la manière suivante.

Au lieu de diviser couche par couche la portion de conjonctive qui recouvre les muscles, M. J. Guérin la détache de la sclérotique et la soulève avec une pince à mors large, jusqu'à ce que le muscle à couper soit mis à découvert; celui-ci étant divisé avec des ciseaux courbes, il remet en place la portion détachée de la conjonctive qui, recouvrant la plaie, empêche l'air d'y pénétrer, et lui procure l'avantage des plaies sous-cutanées. L'expérience a confirmé les prévisions de sa théorie; dans ses quatre opérations, M. J. Guérin dit qu'il n'y a eu aucun vestige d'inflammation suppurative, et que les résultats en ont été satisfaisans, mais non aussi immédiatement avantageux que l'a observé M. Dieffenbach; dans un seul cas il y a eu redressement complet et instantané de l'œil; dans les autres, il n'y a eu qu'amélioration.

Enfin, M. Velpeau, songeant aussi à pratiquer cette opération, a pensé qu'on pouvait la rendre plus simple, plus prompte et plus facile, sans s'exposer davantage aux dangers qu'a redoutés M. J. Guérin, et dans les deux cas qui font le sujet de cette observation, voici comment il a procédé:

Le malade étant mis et maintenu en position comme il a été dit d'autre part, les paupières ont été écartées au moyen de l'élévateur de Pellier et d'un crochet pour abaisser, mais qui, au lieu d'être placés sur le bord muqueux des paupières ou en dedans d'elles, comme on le fait ordinairement, l'ont été sur leur bord cutané au point d'im-

---

FEUILLETON.

HYGIENE PUBLIQUE.

DE L'INFLUENCE DE L'ENTASSEMENT DE LA POPULATION SUR LA MORTALITÉ DES GRANDES VILLES,

Prouvée par les registres mortuaires de Paris, de 1820 à 1840;

Par C. LACHAISE.

Mémoire lu à l'Académie de médecine, séance du 1er septembre.

Quelqu'abus qu'on ait pu faire, dans ces derniers temps, de la statistique, et quelque contestable surtout qu'ait pu paraître l'opinion des observateurs qui ont invoqué ses ressources comme le seul moyen d'établir des règles en médecine-pratique, il faut pourtant reconnaître, à moins de fermer les yeux à l'évidence, que sans la puissance des chiffres une foule de questions qui touchent aux intérêts les plus élevés de la société resteraient sans solution.

Comment, par exemple, pourrait on apprécier la valeur relative des causes qui dirigent le mouvement des populations, et, partant, soit atténuer ou détruire l'influence de celles de ces causes qui peuvent être fâcheuses, soit fortifier ou régulariser celles qui exercent une action favorable, si ce n'est en déterminant, par la science des nombres, la part qui revient à chacune d'elles dans le dépouillement des principaux actes de l'état civil? Dans l'étude de ces données numériques, que de motifs de surprise pour les uns, d'enseignemens pour les autres, et de devoirs pour tous!

Mais, des lois qui émanent de ce dépouillement, il en est une que le médecin ne saurait trop méditer, c'est celle qui règle la mortalité des masses; loi étonnante, mais instructive, qui, en lui dévoilant la source de certains résultats prévus par une induction conjecturale, quelquefois purement instinctive, lui fournit aussi l'occasion d'apporter par la voie de l'hygiène publique son contingent des matériaux propres au perfectionnement de cette science si importante et pourtant si nouvelle, qu'on nomme *économie sociale* Science qui devrait être la première de toutes, si, comme nous sommes obligés de le croire, vivre en société est pour l'homme un de ses premiers besoins.

Convaincus de toute l'importance de cette étude, quelques contemporains ont déjà fait jaillir des vérités qui, en déconcertant un peu la croyance intéressée de tant d'hommes aux dogmes de l'optimisme, ont prouvé que non-seulement la Providence n'avait pas enveloppé la création dans un réseau d'irrévocables fatalités, mais qu'elle avait, au contraire, souvent, à côté même du mal, placé le moyen de le conjurer, et ont indiqué, pour les gouvernans, un cercle d'obligations en dehors desquelles toute tentative d'amélioration sociale serait une utopie, toute idée de perfectionnement de notre espèce un épouvantable leurre.

C'est ainsi que MM Villermé, en France, Morgan, en Angleterre, Casper, en Prusse, ont mis hors de doute, c'est-à-dire ramené à l'évidence mathématique, ce fait souverain, que la fortune ne procure pas seulement la jouissance paisible du bien-être matériel et moral, mais qu'elle assure encore à celui qu'elle comble de ses faveurs, deux fois, oui deux fois plus de chances de vie et de longévité que n'en a le pauvre. C'est ainsi que j'ai, moi-même, antérieurement aux recherches de M Benoiston de Châteauneuf, fait servir les tables mortuaires de Paris à la solution de quelques questions d'un intérêt moindre, mais néanmoins assez marqué: par exemple, à démontrer qu'on avait exagéré, pour la femme, les dangers de l'époque de la cessation du flux menstruel (1), et à prouver que les devoirs de l'allaitement maternel, obligatoire pour les femmes des campagnes, trouvaient pour la conservation des enfans, de justes et impérieux motifs d'excuse dans le genre de vie auquel sont condamnées la plupart de celles qui habitent le centre des grandes villes (2).

Essayons aujourd'hui de démontrer, par l'examen des décès fournis par ces dernières années, que si les probabilités de vie pour l'habitant de Paris n'augmentent pas en raison des changemens qui s'opèrent journellement dans cette ville, et qui semblent devoir en faire un lieu des plus salubres, c'est que la population s'agglomère dans certains quartiers d'une manière évidemment disproportionnée avec le nombre des habitations et la surface du terrain qu'elles occupent.

Si nous consultons, en effet, les archives de la ville de Paris du milieu du siècle dernier, nous voyons que le terme moyen de la mortalité pour les quarante années qui finissent en 1763, fut de 18 000. En supposant que la population était de 500,000, ce qui n'est pas douteux, puisque l'assemblée constituante la trouva de 550,000, on est forcé de reconnaître que la mortalité était, à la population générale, dans le rapport de 1 à 28; c'est-à-dire qu'à cette époque, où l'hygiène publique n'existait réellement pas encore comme science d'une application régulière, on comptait à Paris 1 mort sur 28 habitans.

De 1804 à 1817, au contraire, sur une population qui, étant au commencement de cette période de 585,280, et, à la fin, de 713,966, donnait un état moyen de 649,623, le terme moyen de la mortalité fut de 21,000; ce qui établit entre cette mortalité et la population, le rapport de 1 à 31.

De 1815 à 1820, sur une population qu'on pouvait évaluer à 700.000, puisque le recensement de 1817 l'a portée à 713,966, la mortalité, ainsi que je l'ai indiqué dans les temps, était de 22,000. Or, 22 étant à 700 à peu près comme 1 est à 32, les chances de vie ont donc passé, sous l'influence heureuse du perfectionnement de tous les rouages administratifs dont l'hygiène publique fait partie, de 28 à 32; progression étonnante, mais admirable, qui dépose bien plus directement que tous les raisonnemens possibles en faveur des formes qu'a imposées à la nation notre régénération politique.

Mais cette progression favorable s'est elle soutenue dans le cours des vingt années qui suivent, c'est-à dire dans chacun des deux espaces de dix ans qui nous séparent de cette époque? Nul doute qu'en ne jugeant que par les changemens et les embellissemens de toutes sortes qui se sont effectués dans Paris dans le cours de l'un et l'autre, on ne soit parfaitement disposé à répondre par l'affirmative. Dans la première de ces deux périodes (de 1820 à 1830), en effet, de larges rues sont ouvertes dans les quartiers populeux; la construction de six beaux et spacieux abattoirs débarrasse nos ruisseaux du sang, et d'autres matières animales dont les infectaient sans cesse les tueries particulières disséminées dans la ville, et une sévère application est faite des mesures indiquées par le décret de 1810, qui relègue en dehors des murs d'enceinte les ateliers insalubres et les établissemens dangereux. Au sud, un lit est creusé à une rivière fangeuse qui sillonnait irrégulièrement et infectait un quartier où la misère et de pénibles travaux engendrent déjà tant de causes d'insalubrité qui déciment la population; au nord, un plein accès est donné aux vents salutaires de ce côté par les immenses déblaiemens que né-

(1) Topographie médicale de Paris, 1822.

(2) Hygiène physiologique de la femme, 1826.

plantation du cils et sur la peau, immédiatement avant sa jonction avec la muqueuse oculaire. M. Velpeau a remarqué qu'en appuyant ainsi l'instrument sur la peau et non sur la muqueuse, on épargnait au malade un sentiment de gêne excessive, et qu'on parvenait tout aussi facilement à maintenir les paupières parfaitement écartées ; ces deux crochets ont été remis entre les mains d'un aide, après quoi, l'œil étant porté par le malade autant que possible en avant et en dehors, M. Velpeau a enfoncé tout à fait en dedans, vers le point le plus rapproché de la caroncule lacrymale, une érigne à crochets doubles et courts qui ont pénétré dans l'épaisseur de la conjonctive et de la sclérotique pour faire tourner le globe oculaire en dehors. Cette érigne étant confiée à un second aide, l'opérateur en a pris une seconde de la main gauche ; mais celle-ci, simple, a été dirigée en contournant le globe oculaire d'abord horizontalement au dessus du muscle à inciser ; puis par un mouvement de bascule de bas en haut, le crochet a été abaissé verticalement et en arrière du muscle sans avoir traversé autre chose que le point de conjonctive qui lui a donné passage ; alors l'érigne tirée doucement en avant y a amené le muscle recouvert de la conjonctive en forme d'anse, et au moyen d'un petit bistouri étroit, concave sur son tranchant, et de la forme d'une serpette allongée, lequel a été glissé entre l'œil et l'érigne que tenait toujours la main gauche. Guidant alors le bistouri sur cette érigne, M. Velpeau l'a retiré en coupant de haut en bas et d'arrière en avant, et a ainsi divisé transversalement le muscle droit interne et la conjonctive par une seule incision qui a eu pour toute étendue une ligne égale à la hauteur du muscle et à l'épaisseur de l'instrument.

Tous les crochets ayant été aussitôt enlevés, l'œil a repris de suite sa direction naturelle, c'est-à-dire que chez l'individu du lit n° 46, il est resté fixe au milieu de l'orbite en regardant de face sans pouvoir être amené tout-à-fait en dehors à cause de la paralysie du muscle droit externe, dont nous avons parlé ; mais il ne revient plus en dedans même par l'effet de la volonté. Chez le jeune homme du n° 36, l'œil, revenu instantanément à sa position de face, a pu suivre aussitôt tous les mouvemens à droite et à gauche, sauf que ceux-ci ont été plus gênés d'abord à cause de la douleur ressentie du côté incisé.

De cette manière on voit que l'opération, c'est-à-dire la section du muscle, ne peut être plus simple ni plus prompte ; elle ne dure que quelques secondes, et la plaie si légère qui résulte de l'incision est pour le moins aussi bien garantie des accidens de l'inflammation suppurative que celle faite à la conjonctive, par le procédé de M. J. Guérin.

Au reste, nos deux opérés n'ont éprouvé d'autres suites à l'opération qu'une très faible injection sanguine et seulement du côté de l'œil qui a été touché. Aucune réaction ne s'est manifestée, pas même de céphalalgie ; rien n'a été changé dans leur régime, et l'on n'a rien fait que de prendre la précaution de leur couvrir l'œil droit avec une compresse, afin d'habituer l'œil redressé à tous les mouvemens habituels auxquels il est déjà fait, sans que les individus ressentent autre chose qu'un peu de gêne, qui s'affaiblit de plus en plus du côté de l'incision.

Nous désirons que parmi les nombreux cas de strabisme qui se rencontrent journellement, nous trouvions bientôt l'occasion de voir se reproduire le résultat, on ne peut plus satisfaisant que cette dernière méthode d'opération vient de procurer sous nos yeux. Nous en tiendrons note pour nos lecteurs. L... E.

HOPITAUX DE LONDRES.

Cas de convulsions puerpérales. Crâniotomie; par M. Henry Chambers, médecin à Loudary-Dispensary.

Sarah Thomas, vingt-un ans, enceinte à terme de son premier enfant, entre en travail le 6 octobre 1839. Elle est de petite taille, robuste et sanguine. Dès le commencement du travail elle éprouve deux attaques successives de convulsions ; sa physionomie devient hideuse ; visage turgescent, livide ; respiration accélérée et irrégulière ; pouls très variable. La tête est entraîné fortement en arrière ; les membres sont tantôt étendus, tantôt relâchés et agités dans toutes les directions.

On pratique de suite une large saignée de 30 à 35 onces : mieux. La céphalalgie et le gonflement de la figure diminuent beaucoup. Le toucher vaginal apprend que les eaux de l'amnios ont coulé ; le col utérin présente le diamètre d'un écu (*half crown*), ses bords sont très rigides, l'introduction de la main est impossible ; la tête se présente dans la première position, la face étant dans l'excavation du sacrum, l'occiput contre le pubis. Quatre à cinq heures se passent sans de nouveaux accès ; le travail avance lentement ; les contractions sont légères. Plus tard cependant les convulsions reparaissent et se répètent ; elles deviennent alarmantes. On répète la saignée (20 onces), mais sans beaucoup d'avantage. On rase la tête ; on y applique des fomentations d'eau froide. L'état de la malade devient fort grave. M. Wood est consulté ; il propose le forceps, mais on ne peut en venir à bout dans cette application, les mouvemens convulsifs étant effrayans ; d'ailleurs, la tête de l'enfant est très haute. On a recours à la crâniotomie : l'enfant était mort. L'opération n'a pas présenté beaucoup de difficulté, le perforateur étant entré de suite dans la tête et ayant emporté la plus grande partie des os pariétaux ; dès-lors le tronc a été entraîné avec difficulté. Aussitôt l'accouchement terminé, les convulsions ont disparu ; la femme est restée dix à douze heures dans l'insensibilité complète et ne se rappelait rien après être revenue à la connaissance. Les suites ont été heureuses. Guérison. (*Lond. med. Gaz.*, août 1840.)

— Nous appellions, il y a quelque temps, l'attention des praticiens sur la facilité avec laquelle la crâniotomie est employée en Angleterre à la moindre occasion. Cette opération ne se pratique que rarement chez nous, et pour des cas seulement où la tête présente des dimensions extraordinaires, comme dans les cas d'hydrocéphale, de monstruosités, etc., encore dans ces circonstances la crâniotomie n'est-elle employée qu'avec beaucoup de circonspection.

Dans l'état actuel de l'art, les cas que nos confrères d'outre-mer traitent à l'aide des crochets se combattent chez nous par la simple version, par le forceps ordinaire ou par le céphalotribe.

La crâniotomie est une opération trop grave pour la conseiller légèrement. Dans le fait ci-dessus, il est dit que le forceps fut introduit, mais qu'il glissait sur la tête. Or, si le forceps a pu entrer dans la matrice, la main y serait entrée également, et peut-être la version podalique eût été possible et plus expéditive ; mais, dira-t-on, vous critiquez un fait dont le résultat a été heureux ; nous répondrons que la bonne issue d'une médication n'est pas toujours un garant suffisant de sa bonté absolue : il s'agit ici d'un principe à l'occasion d'un fait.

D'autre part, nous avons rapporté des faits qui démontrent que pour triompher des convulsions puerpérales, il fallait autre chose que les saignées abondantes et répétées, le tartre stibié à haute dose.

On est généralement porté à regarder ces convulsions comme le résultat sympathique de l'irritation de la matrice. Les autopsies que nous avons citées démentent formellement cette croyance, la maladie se rattachant à une congestion ou à une phlogose véritable de la moelle épinière, de ses membranes, et s'étendant ou non jus'qu'au cervelet.

Elle doit donc être traitée en conséquence ; et si, après l'accouchement, les convulsions disparaissent quelquefois, comme dans le cas ci-dessus, c'est que la perte sanguine qui a lieu par l'utérus, remplace les effets de la lancette. Ces remarques sont d'autant plus importantes, qu'elles conduisent aux véritables indications curatives, et mettent le praticien à même de temporiser la manœuvre utérine et de sauver peut-être l'enfant et la mère.

Hémorrhagie de la conjonctive; par M. E. Hocken.

Un enfant est présenté à l'infirmerie oculaire (west of england eye infirmary) pour être traité d'une ophthalmie purulente datant de plusieurs jours, et accompagnée d'une abondante sécrétion : les cornées cependant sont transparentes. Le lendemain de son entrée un écoulement sanguin a lieu par les deux yeux ; le sang sort mêlé à de la matière purulente de la surface de la conjonctive. Cette membrane est profondément injectée et ecchymosée.

Dans un autre cas, il s'agit d'un enfant de quatre ans, scrofuleux, atteint de bronchite. Les deux yeux se sont congestionnés ; la conjonctive est devenue ecchymosée et a laissé écouler lentement beaucoup de sang de sa surface. Quelques lotions astringentes ont suffi pour dissiper ce symptôme. (*Ibid.*)

— Dans la première de ces observations, il s'agit d'une circonstance facile à apprécier : l'enfant était atteint d'ophthalmie purulente, c'est-à dire de phlogose au plus haut degré (hyperphlogose), puisque les tissus enflammés secrétaient du pus. Or, il est facile de comprendre que le même degré de violence morbide peut tellement congestionner le sang dans les capillaires de la conjonctive qu'il soit forcé d'en sortir, de s'extravaser. C'est ce qui arrive dans la maladie si fréquente qu'on appelle chémosis; seulement, dans ce cas, le sang s'extravase dans le tissu cellulaire sous conjonctival, tandis que dans le fait dont il s'agit, l'extravasation a eu lieu probablement aux deux faces de la conjonctive, et plus particulièrement à la face antérieure. Cette circonstance confirme parfaitement la doctrine de Lobstein sur les phlogoses, c'est-à-dire qu'il est un certain degré de cette maladie dans lequel le sang quitte les vaisseaux, et ce degré il l'a appelé *métaphlogose*. L'hyperphlogose est un degré au dessus de la métaphlogose, puisque les tissus sécrètent du pus, et la métaphlogose est un degré supérieur de l'épiphlogose, puisque, dans cette dernière, au lieu de sang, les tissus ne sécrètent que de la fibrine ou de la lymphe plastique, tandis que dans un degré plus élémentaire, la matière sécrétée est tout simplement du sérum, comme dans la plupart des

---

cessite la création d'un vaste canal ; enfin, l'établissement de marchés couverts facilite l'approvisionnement de la cité, et permet l'exacte surveillance des objets destinés à sa consommation.

Dans la seconde période (de 1830 à 1840), le bassin du fleuve qui coupe la ville, partout élargi et nivelé, laisse circuler librement un air dont le renouvellement incessant fait sentir sa bien faisante action sur les quartiers encombrés du centre ; un ingénieux système d'égoûts, suivant les principaux trajets de la voie publique, absorbent les immondices et prévient leur stagnation ; des bornes-fontaines pourvoient en tous sens à l'arrosement des rues, tandis que d'autres fontaines monumentales décorent nos places et en purifient l'atmosphère ; une rigoureuse observance des règlemens de la police municipale maintient autant que possible l'ordre et la propreté ; enfin, de nombreux trottoirs offrent aux piétons une garantie contre le mouvement continuel des voitures dans les lieux les plus fréquentés, et le dallage d'une grande partie des boulevards en fait de magnifiques promenades où l'industrie exerce ses séductions en étalant ses merveilles.

Et cependant, si nous prenons l'année 1831 pour l'expression de la première période, et l'année 1837 pour l'expression de la deuxième, que trouvons-nous ? Dans le premier cas une mortalité de 26,000 sur une population de 780,000, c'est-à-dire exactement 1 mort sur 30 habitans ; et dans le second une mortalité de 28,134 sur une population de 900 et quelques mille, c'est-à-dire 1 mort sur 32 habitans ; d'où il suit nécessairement que dans la première période, la mortalite, loin d'avoir diminué, aurait au contraire augmenté, et que dans les deux tiers environ de la seconde elle serait restée précisément au point où elle était en 1820.

Comme il se pourrait que l'année 1831 se ressentît pour l'accroissement de la population et pour la mortalité des événemens de 1830, et que pour des raisons encore inappréciables, mais pourtant effectives, 1837 eût, sous le rapport de la mortalité, éprouvé un accroissement accidentel ; et comme d'ailleurs toute induction statistique doit s'établir non sur des nombres isolés, mais sur des quantités capables d'offrir de suffisantes compensations, prenons pour point d'appréciation la moyenne des années qui sépare 1830 de 1838, en excluant toutefois 1832, que l'invasion du choléra est venue charger d'un surcroît de 18,600 décès. Nous trouvons alors un total général de 151,000, qui, divisé entre les six années, donnent un résultat moyen de 25,200 décès. Maintenant, additionnons d'un autre côté la population de 1831, qui était de 774,338, avec celle de 1837, qui a été de 909,126, et nous trouvons pour cet espace de temps une population moyenne de 841,732. Or, 25,200 multipliés par 33 donnent précisément 841,600 ; ainsi, on compte aujourd'hui 1 mort sur 33 habitans.

Donc, eu égard aux changemens qui se sont effectués à Paris dans le cours des 18 années qui se sont écoulées de 1820 à 1838, les chances de vie ont très peu gagné ; aussi sont-elles de beaucoup inférieures à celles qui sont départies aux habitans de quelques départemens, où la mortalité n'est à la population que comme 1 est à 41 et même 42, et à celles qui sont propres à la France entière ; car il résulte des calculs de M. Mathieu, du Bureau des Longitudes, calculs établis sur les 15 années qui se sont écoulées de 1817 à 1832, que le chiffre de la mortalité est à celui de la population pour toute la France à peu près comme 1 est à 40 ; ce qui se réduit à dire que l'habitant de Paris a presqu'un quart de moins de chances de vie que celui qui habite la plupart des autres points de la France.

En quoi consiste donc cette cause de destruction commune à la plupart des grandes villes ; cette cause qui vient s'offrir à Paris comme contrepoids de quelques jouissances éphémères dont l'attrait dépeuple les campagnes, abâtardit l'espèce, et ouvre à tant d'hommes la carrière du vice et du malheur ; cette cause enfin qui semble échapper aux calculs de la politique et à la clairvoyante sollicitude de la philanthropie ? Je n'hésite point à le croire : elle est toute entière dans l'entassement de la population active et travailleuse dans les quartiers du centre des villes. Pour le prouver, il suffit, il me semble, de démontrer que, malgré les immenses constructions qui surgissent de toutes parts, et qui nous font vivre depuis près de vingt ans dans une atmosphère continuelle de plâtre et de poussière, la population s'accroît ici d'une manière tout à fait disproportionnée avec le nombre des habitations qui doit la contenir.

J'ai cherché à démontrer par l'examen des tables de mortalité, ce voile funèbre qui couvre tant de misères sociales, que les chances de vie n augmentaient pas à Paris en raison directe des embellissemens que recevait de toutes parts cette immense ville, et j'ai avancé qu'il fallait en rechercher la cause dans la disproportion qui s'établissait tous les jours entre le nombre des habitans et celui des habitations, mais particulièrement dans l'entassement de la nouvelle population dans les quartiers centraux. Voici sur quoi je fonde cette opinion.

En 1804, le nombre des habitans de Paris, avons-nous dit, était de 585,280; cette population était logée dans 25,086 maisons, ce qui donnait environ 23 habitans par maison. En 1817, la population était de 713,966 individus ; elle s'était accrue de 128.686; mais le nombre des maisons ne s'était augmenté que de 1,7 5, puisqu'il était alors de 26 801. En admettant que, par leur plus grande élévation et leur meilleure distribution, ces maisons nouvelles pussent contenir 40 personnes au lieu de 23 que contenaient les premières, elles n'auraient toujours pu loger que 68,600 personnes de plus qu'en 1804, mais non 128,686 qui formaient l'augmentation : il aurait fallu 1,500 maisons de plus, c'est-à-dire presque le double de ce qui a été construit, pour l'excédant qui était de 60,086.

Cet état s'est-il amélioré depuis 1817 ? Voyons une nouvelle période : par exemple celle des 10 années qui suivent les 13 sur lesquelles nous avons compté. D'après des relevés également très exacts déduits du dépouillement des permis de constructions ou réparations inscrits sur les registres des bureaux de la Grande Voierie, et consignés sommairement dans les *Recherches statistiques* publiées par M. le comte de Chabrol, depuis 1817 jusqu'en 1828 on a bâti à Paris 2 666 maisons, sur lesquelles il faut en retrancher 687 qui ont été démolies pour cause de vétusté ou pour des raisons d'utilité publique, mais auxquelles il faut en ajouter 692 pour constructions intérieures et exhaussemens ; ce qui fait, pour cette période, un total net de 2,671 maisons nouvelles.

En admettant, comme dans le cas précédent, que ces maisons dussent contenir 40 personnes chaque, elles pouvaient recevoir 106 840 individus. Malheureusement, dans cet intervalle, la population a passé de 713 966 à 890 482 ; ce qui donne une augmentation de 176,516. Il manquait donc encore alors, pour loger ce surcroît de 69,676, plus de 3,000 maisons de la capacité des anciennes, c'est-à-dire de celles qui contenaient 23 habitans, ou près de 1,800 de la capacité des nouvelles. De telle sorte, que les maisons de Paris loin de contenir seulement 23 habitans chacune comme en 1804, ou 27 comme en 1817, en contenaient 30 en 1828.

Si cette augmentation de population s'était faite dans chaque quartier et dans chaque maison, suivant leur importance relative, nul doute que tout eût été dans une juste mesure. Mais il n'en est pas ainsi, l'accroissement s'est fait presque entièrement en faveur, ou pour mieux dire, au détriment des maisons les plus étroites et des quartiers les plus resserrés ; ceux précisément qui trouvent le plus de causes d'insalubrité dans l'étroitesse de leurs rues et la nature des occupations de leurs habitans. C'est encore

hydropisies. Ces quatre degrés se rencontrent dans la conjonctive comme dans les autres tissus, et leur connaissance conduit à des conséquences pratiques importantes, qu'un manque de réflexion a fait méconnaître jusqu'à présent.

On ne confondra pas cette espèce d'hémorrhagie de la conjonctive, qui se rencontre surtout chez les enfans nouveau-nés, avec celle qui a lieu sans phlogose, comme dans la seconde observation. On a vu des femmes dont les règles, supprimées par les voies naturelles, s'effectuaient par les vaisseaux de la caroncule lacrymale et de la conjonctive. L'apoplexie oculaire a lieu quelquefois de cette manière par exosmose des vaisseaux du corps ciliaire et de la face postérieure de l'iris, qui sont en continuation avec le plexus sanguin de l'œil, la choroïde. Dans tous ces cas les saignées du bras sont fort utiles.

Cas d'ascite, Nécropsie; par M. PHILIP AYRES.

Femme, quarante-six ans, adonnée aux rudes travaux des champs, maigre, offre une collection aqueuse dans l'abdomen, laquelle augmente continuellement et s'accompagne ensuite de la suppression des règles. Lorsque M. Ayres l'a examinée, il a trouvé une quantité considérable de fluide, et n'a pu s'assurer de l'état du foie et des autres viscères abdominaux : pouls petit et fréquent, peau sèche, urines rares et très hautes en couleur, sédimenteuses ; joues colorées en rouge strié, caractère qui, selon l'auteur, indique que les viscères abdominaux sont malades, surtout le foie. On prescrit des diurétiques, des purgatifs, etc., inutilement. On pratique la ponction. Les viscères paraissent durs au toucher ; on ne peut cependant sentir le foie ; pouls 90 à 100, petit et faible; appétit bon. Bientôt des vomissemens se déclarent, d'abord de mucus grisâtre, puis sanguinolens ; garderobes sans bile. L'émaciation augmente ; œdème des pieds ; conjonctive jaune ; mort.

A l'autopsie, on trouve les tégumens extrêmement minces par suite de l'absorption de la graisse; poumons sains; pas de trace de tubercules ; adhérences anciennes de la plèvre, cœur très petit et flasque. Tous les viscères abdominaux sont agglutinés ensemble par de la matière fibrineuse ; l'épiploon se trouve au milieu de cette masse, et il est impossible de les séparer sans les déchirer. Le foie est un peu plus volumineux que dans l'état normal, et ramolli.

La vésicule biliaire contient 45 calculs de volume variable. La rate est naturelle. Reins sains, mais un peu flasques. On ne dit pas quel était l'état du péritoine pariétal. (*Ibid.*)

— Les idées qu'une vieille tradition fait encore adopter sans examen sur l'hydropisie ascite sont si singulières qu'on a de la peine à comprendre, de nos jours, un pareil entraînement. On vous parle encore d'hydropisies passives, de collections aqueuses dépendant d'une diminution de l'absorption, la sécrétion étant restée normale ; on vous berce sur des médicamens prétendus diurétiques dont la vertu doit faire précipiter les eaux dans les bassinets des reins, comme si ces médicamens, qui font uriner lorsque l'organisme est à l'état normal, sauraient en faire autant en cas de maladie. L'anatomie pathologique a fait depuis long-temps justice de ces chimères ; on ne connaît plus aujourd'hui qu'une seule espèce d'ascite, par excès de sécrétion. Reste seulement à savoir quelle est la cause, ou plutôt la condition matérielle de cette excessive sécrétion. Aucun médecin au courant de la science ne l'ignore. Si de nouveaux faits étaient nécessaires pour prouver que c'est toujours à une phlogose sourde du péritoine ou des viscères abdominaux qu'il faut remonter, celui qui précède pourrait déjà occuper le premier rang, puisque les viscères présentaient des marques univoques de la condition dont il s'agit. Les indications générales de l'ascite découlent naturellement de cet énoncé ; elles sont essentiellement antiphlogistiques. Viennent les indications particulières qui varient selon l'état individuel de l'organisme, et sur lesquelles repose la partie la plus importante du traitement.

Ici se rattachent des discussions diverses sur l'action et les doses des médicamens que chaque cas réclame pour triompher de la maladie, alors qu'elle n'est pas encore arrivée au degré d'incurabilité. La manière de voir des hommes de différentes nations qui font autorité dans la science est si dissidente à ce sujet, qu'il nous faudrait plus d'un article pour la développer. L'occasion ne nous manquera pas.

Tétanos traumatique ; circonstances remarquables ; par M. EVES, chirurgien de l'hôpital à Chulthenham.

Un homme, âgé de vingt-neuf ans, adonné à l'intempérance, est reçu le 5 avril pour une large plaie contuse au côté externe du pied, occasionnée par la roue d'une voiture ; le ligament capsulaire de l'articulation du pied est à découvert, mais pas déchiré. Le malade est dans un état complet d'ivresse. On panse en rapprochant les parties molles, et l'on prescrit un purgatif. La plaie se gangrène ; les escharres se séparent le troisième jour. On panse avec la teinture de myrrhe ; la granulation devient abondante. Bientôt cependant des symptômes tétaniques se déclarent ; la mâchoire se ferme, le cou devient raide, la tête est portée en arrière, etc. On prescrit la formule suivante :

Extrait de jusquiame,
Camphre, parties égales, 8 grammes (2 gros).
Muriate de morphine, 3 grains (15 centig.).

En douze pilules, à prendre une toutes les quatre heures.

Les symptômes tétaniques augmentent ; disphagie, physionomie exprimant la souffrance ; sueurs abondantes ; respiration gênée. Trismus, épisthotonos, accès de cinq en cinq minutes ; pouls petit, 120 pulsations ; langue couverte et jaune. On permet au malade de boire une demi-pinte de madère par jour. Prescription de camphre et de teinture d'opium. On continue le madère et l'on force le malade à prendre de la soupe autant que possible ; le mal augmente ; le malade paraît épuisé et vouloir succomber. Ammoniaque aux narines. Potion contenant un gros d'éther sulfurique et une demi-once de mixture de camphre ; amélioration instantanée ; sommeil. Huile de croton et tartre stibié en pommade pour frictionner largement l'épine deux fois par jour ; huile de croton intérieurement. Mieux progressif ; guérison. (*The Lancet*, août 1840.)

— Les circonstances qui frappent d'abord dans cette observation, sont les prescriptions compliquées qu'une vieille tradition fait conserver encore chez nos confrères de la Grande-Bretagne. On se demande naturellement ce qu'il doit résulter de ce mélange de la première prescription de la jusquiame, du camphre et de la morphine. Pour nous, la chose n'est aucunement douteuse ; la morphine, dont l'action est puissante, paralyse la vertu de la jusquiame et du camphre. Il en résulte un composé presque inerte, ou ayant à peine une faible action soit des deux premiers composans, soit du dernier. Aussi ne s'étonnera-t-on pas que le mal ait empiré sous son influence. C'est que l'action de la morphine est excitante et congestive des centres nerveux, circonstance qui doit inévitablement faire empirer toute convulsion à fond hypérémique ou d'excitation, comme le tétanos. Le camphre et la jusquiame, s'ils étaient donnés sans aucun excitant et à dose convenable, auraient pu produire des effets salutaires. Que dirons-nous maintenant des énormes doses de vin de Madère que le malade prenait ?

Nous avouons que nous ne comprenons pas une pareille pratique. Dans l'état actuel de la science, aucun médecin éclairé ne saurait accepter une thérapeutique empirique alors qu'elle est en opposition flagrante avec les principes les mieux établis. Pour permettre du vin, de la teinture d'opium, de la morphine contre le tétanos, il faudrait que le fond de cette maladie fût asthénique, et que les autopsies qui ont dénoncé des traces non équivoques de congestion active et de phlogose vers les centres nerveux rachidiens et cérébelleux fussent complètement controuvées, ce qui n'est pas. En conséquence, un tétanos guéri de la sorte est plus propre à démontrer la puissance de la nature que celle de l'art.

Expulsion traumatique du globe oculaire avec déchirure du nerf optique et des muscles ; par le même.

James Mathews, vingt-sept ans, entré à l'hôpital à la suite d'un terrible accident : sa tête venait d'être prise entre deux voitures roulant en sens contraire, l'une d'elles présentant une lame métallique saillante. Son œil a été complètement expulsé de l'orbite par l'action de la plaque, le nerf optique et les muscles oculaires ayant été rompus. Le nerf a été rompu à l'endroit où il perce la sclérotique. L'œil est tombé tout à fait. Le malade guérit de la plaie. (*Ibid.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 15 septembre.

M. Renaut demande la parole à l'occasion du procès-verbal ; il se félicite d'avoir vu que dans la dernière séance l'Académie avait écouté avec un grand intérêt un travail de M. Eusèbe de Salle sur la non contagion de la peste; car l'opinion émise par ce médecin est la même que celle que M. Renaut avait soutenue à l'Académie il y a quelques mois. Par cela même que mon opinion est pareille à celle de M. de Salle, ajoute M. Renaut, je dois me récuser à faire partie de la commission qui doit juger son travail ; en conséquence je prie l'Académie de vouloir bien nommer un autre membre à ma place.

MM Pariset et *Rochoux* s'étant également refusés, le conseil d'administration s'est chargé de recomposer la commission.

— *M. Dubois d'Amiens* lit un travail intitulé : Extrait d'un mémoire ayant pour titre : De la Circulation dans le système capillaire. Ce travail, écouté avec un grand intérêt par l'Académie, a eu pour but de prouver les véritables causes et le mécanisme de la circulation normale dans les capillaires. Ces idées trouveront bientôt leur application dans des cas pathologiques que l'auteur se propose de développer dans une suite de mémoires.

Voici les faits les plus remarquables exposés dans cette lecture :

Des opinions diverses ont été émises sur les causes qui font marcher le sang dans les capillaires. Ces opinions ne peuvent porter que sur les conditions suivantes : ou le cœur agit comme moteur unique, ou bien il est aidé par la contraction des tubes ca-

---

ce que je vais essayer de prouver ; prenons pour exemple le quatrième arrondissement.

Cet arrondissement est un des moins étendus de tous, car il ne contient qu'une superficie de 559,604 mètres, et cependant dès 1817 il renfermait 2,032 maisons, 587 de plus que le troisième qui a une superficie plus que double. La population resserrée dans ce petit espace était en 1817 de 46,624 habitans. Dans le cours des dix années qui ont suivi, elle s'est augmentée de 5,169, ce qui la portait en 1828, à 51,793. Combien croit on que dans cet intervalle de temps on y a construit de maisons ? Seulement 63, plus 28 exhaussemens qui équivalent à 9 maisons ; donc en tout 72 nouvelles. En admettant, comme nous l'avons déjà fait, qu'elles étaient assez grandes et assez bien disposées pour recevoir 40 personnes chaque, elles n'auraient toujours pu loger que 2 880 personnes, ce qui n'est guère que la moitié du chiffre qui représente l'augmentation. La population s'y trouvait donc alors logée beaucoup plus à l'étroit qu'avant. Ainsi, chaque habitant qui de 1804 à 1817 jouissait de 12 mètres de superficie, n'en avait guère que 11 en 1828.

Ce résultat est encore plus sensible dans le septième arrondissement, qui est aussi un des moins étendus, et sans contredit un des plus populeux, et dont la superficie est de 732,572 mètres. En 1817 on y comptait 2,495 maisons et 56,245 habitans, toujours environ 23 par maison. La population s'y était augmentée en 1827, de 17,658 ; ce qui la portait à 73,903. On y a cependant très peu bâti : seulement 74 maisons, plus 26 pour réparations et exhaussement, enfin 5 intérieurement, sur lesquelles il faut en déduire 54 démolies pour vétusté ou raison d'utilité publique, reste en tout 52 maisons neuves qui pouvaient bien suffire à 2,000 habitans, à 40 chaque, mais non à 17,658 ; 15 570 ont donc dû se porter sur les maisons anciennes. Il résulte que la superficie totale de cet arrondissement qui, divisée entre tous les habitans, leur donnait, en 1817, à chacun 13 mèt. 20 cent., n'en donnait plus en 1827 que 10 mètres, moins par conséquent que le quatrième. Le percement qui se fait dans ce moment de la rue Rambuteau, qui embellira certainement cet arrondissement et le liera aux quartiers voisins, avec lesquels il ne communique que par des rues étroites, tout en l'assainissant ne fera malheureusement qu'entasser encore davantage la population, si quelque circonstance accidentelle ou calculée ne vient la forcer à refluer dans un autre quartier ; car la plupart des ouvriers qui occupent les maisons malpropres et mal bâties au détriment desquelles est percée la nouvelle rue, ne s'écarteront jamais des fabriques de chapellerie, passementerie, bijouterie et autres établies en grand nombre dans les rues Beaubourg, des Petits-Champs, des Ménestriers et lieux circonvoisins.

Enfin, il n'est pas jusqu'au douzième arrodissement, dont la population ne s'accroisse d'une manière remarquable, car sa superficie (déduction faite de l'emplacement du Jardin-des-Plantes), divisée par la population, donnait pour résultat en 1817, 53 mètres 64 millimètres par personne; en 1827, 49 mètres 11 centimètres seulement. Le chiffre élevé produit par cette répartition, ne déposerait contre la proposition que je soutiens, que si l'on ignorait que cet arrondissement, qui occupe un septième environ de la surface totale de la ville, a une grande partie de son étendue tout-à-fait inhabitée ; mais la population n'y est pas moins entassée dans tous les points où elle est rassemblée, comme, par exemple, dans les rues Saint-Jacques, Saint-Victor, Mouffetard, de la Montagne-Sainte-Geneviève, etc., où il n'est pas rare de rencontrer des maisons excessivement étroites et mal bâties contenir 35 et même 40 habitans.

Que trouvons-nous, au contraire, pour le premier arrondissement ? Que les constructions faites de 1817 à 1828 ont été, tout compensé, exhaussemens et démolitions, de 529. On comptait dans cet arrondissement, en 1817, 52,421 individus et 1 984 maisons ; c'est-à-dire environ 26 individus par maison, ce qui est fort peu, car elles sont en général plus propres à en contenir 30 que celles des quartiers du centre seulement 20, puisqu'elles ont presque toutes le double de la moyenne des maisons de la ville en général, qui est de 18 mètres de hauteur sur 12 de profondeur et 14 de façade. En 1828, la population avait augmenté de 19,680, et les maisons de 529. On a donc bâti réellement au-delà des besoins, en supposant que les maisons neuves, bien que généralement très grandes et bien disposées, ne dûssent recevoir que le nombre d'habitans que nous avons alloué aux maisons neuves des quatrième et septième arrondissemens.

De 1827 à 1838, la disposition fâcheuse que nous avons signalée, et qui consiste 1° dans une augmentation de population supérieure à celles des habitations, 2° dans l'affluence de cet excédant vers les quartiers du centre, loin d'avoir diminué, a au contraire augmenté ; car un grand nombre de quartiers excentriques que la manie des constructions avait converts d'habitations, comme la partie des Champs-Elysées qui avoisine la Seine et qui devait recevoir le quartier François Ier, le terrain Saint-Lazarre, la nouvelle Athènes, la plaine Monceau, ont été presqu'entièrement abandonnés ou très peu habités depuis 1830. Les 130,000 nouveaux habitans qui sont venus dans cet intervalle accroître la population de Paris, ont été en majeure partie reversibles sur les quartiers déjà si encombrés du centre.

Il serait vraiment impossible d'expliquer cette accumulation de population, si l'on ne savait que, dans les quartiers qui en sont le plus chargés, les constructions intérieures s'élèvent souvent beaucoup plus haut que les constructions bordant la voie publique. Des règlemens administratifs assignent au moins une limite à ces dernières ; tandis que pour les autres les propriétaires ne consultent que leur intérêt privé. Aussi n'est-il pas rare de voir des emplacemens de très peu d'étendue entourés de bâtimens de six à sept étages, au milieu desquels est ménagée une cour si étroite qu'elle forme une espèce de puits. On peut se faire une idée de la distribution intérieure de ces bâtimens par les dispositions de l'extérieur. Le peu de hauteur des logemens ajoute encore aux inconvéniens de leur peu d'étendue ; et c'est pourtant dans de pareils réduits, où l'air nécessaire à l'existence se mesure au pouce, qu'une population toute entière d'artisans et d'ouvriers est condamnée à passer sa vie !

De cette coïncidence constante entre le chiffre de la mortalité et celui de l'accroissement de la population des quartiers du centre de Paris, est il possible de ne pas tirer cette conséquence : que des causes qui conspirent contre la santé des habitans des grandes villes et diminuent pour eux les chances de la vie, l'entassement en est une tellement active qu'on peut la placer, sous ce rapport, au-dessus de la plupart des professions les plus insalubres, et lui attribuer sans hésiter l'effrayante mortalité qui, dans les hôpitaux, frappe sur les malades que de graves opérations chirurgicales ont placés dans un état d'impressionnabilité exceptionnelle ? Vérité au développement de laquelle j'ai déjà consacré plus d'une page en 1822, et que je retrouve à regret aujourd'hui dans toute sa force, malgré la dure leçon du choléra qui est venu la faire ressortir dans son horrible évidence. A quoi sert donc l'expérience du passé, si nous ne savons pas au moins en retirer quelques leçons utiles !

Enfin, comme il ne suffit pas de démontrer le mal, mais qu'il faut encore en indiquer le remède, par quelles mesures générales l'autorité administrative peut-elle prévenir les funestes effets de l'entassement ? Est-ce en appliquant à l'élargissement des rues du vieux Paris, et à la suppression des impasses, les sages dispositions de la nouvelle loi sur l'expropriation forcée ? Oui, sans doute, mais en combinant les avantages de cette loi avec des règlemens qui augmentâssent le nombre des professions insalubres et incom-

pillaires, ou bien le sang manifeste dans les mêmes courans un mouvement spontané. Les idées de Harvey, de Haller, de Bichat, de Doëllinger et Haltenbrunner, de Burdach, de M. Magendie, de M. Gerdy, sont tour-à-tour passées en revue par M. Dubois. Tout nous porte à rejeter formellement, dit-il, la supposition d'un mouvement spontané de la part du fluide sanguin ; les partisans de cette opinion ne s'étant véritablement appuyés que sur des erreurs, des illusions, ou du moins sur de fausses interprétations. L'opinion qui consiste à expliquer la propulsion du sang dans les capillaires, suppose des contractions incessantes et actives de la part des vaisseaux. Or, si l'on examine attentivement la marche du sang dans les capillaires, on verra que dans l'état normal les courans ne sont aucunement précipités ou ralentis par un mouvement quelconque des parois des capillaires ou de la substance animale, quand il n'y a pas de parois indépendantes. On voit dans les deux ordres de capillaires les globules sanguins courir uniformément, sans contraction, sans action aucune de la part des parois. Souvent on ne voit sous le champ du microscope que deux lignes parallèles et ombrées, et ces lignes, qui appartiennent à la circulation capillaire, n'offrent aucun changement dans la direction ni dans la situation du liquide. Les globules sanguins passent au milieu sans que les limites paraissent s'agrandir ou se rapprocher.

D'autres faits originaux sont rapportés par M. Dubois à l'appui de cette thèse. L'auteur se demande en conséquence où finissent les mouvemens isochrones de dilatation dans l'arbre artériel, ou dans quel point du système artériel ou capillaire n'en aperçoit-on plus de trace?

Cette question lui paraît difficile à résoudre. Dans les courans capillaires privés de parois spéciales le mouvement du sang paraît encore se faire avec une excessive rapidité ; mais la matière animale qui sert de conduit est aussi immobile et passive que les parois des capillaires principaux. C'est, du reste, un admirable spectacle, ajoute M. Dubois, que d'explorer la circulation capillaire soit dans l'espace inter-digital des grenouilles, soit dans le mésentère des animaux à sang froid et à sang chaud, dans le mésentère de très jeunes souris blanches, etc. Je ne m'étonne pas que le grand Haller ait passé des heures entières émerveillé de cette contemplation ; on voit en effet d'un côté les capillaires artériels lancer uniformément, bien qu'avec une prodigieuse rapidité, leurs flots de globules ; de l'autre, de plus gros capillaires veineux reprendre les mêmes globules avec une vélocité presque aussi grande, et comme intermédiaire au merveilleux réseau de petits courans dans les mailles duquel courent des séries de globules isolés ; et tout cela avec une immobilité complète dans le fond sur lequel se projettent ces dessins si riches et si variés. La vitesse de cette projection est étudiée par M. Dubois d'une manière soignée, sans pouvoir pourtant la déterminer ; le seul fait positif qu'il a pu établir à ce sujet c'est que la vitesse est un peu moindre dans les capillaires veineux que dans les capillaires artériels ; elle est moindre encore dans les canaux intermédiaires. Mais outre le mouvement de projection, de translation, il y a de la part des globules des mouvemens en quelque sorte individuels, des mouvemens de rotations diverses et de balancement, mouvemens qui parfois ont causé d'étranges illusions aux observateurs.

Passant à l'examen d'autres faits non moins curieux et importans, M. Dubois arrive à cette conclusion que c'est principalement dans les réseaux capillaires que le cœur a la plus grande résistance à vaincre ; aussi est-ce dans ce système, dit-il, qu'on observe surtout les oscillations, les saccades, les mouvemens rétrogrades et les suppressions. Dans les gros troncs, c'est une colonne de sang qui en pousse une autre. Il en est autrement dans les capillaires : là, le sang a des fonctions spéciales à remplir ; il ne doit pas seulement passer des capillaires artériels dans les veineux, il doit séjourner dans les canaux réticulés. Ainsi deux conditions capitales se trouvent réunies dans cette partie de la carrière que doit parcourir le sang : substance animale pour ainsi dire mise à nu, globules individualisés, tamisés, au point que tous se trouvent en rapport avec cette même substance ; ajoutons enfin comme une troisième condition un ralentissement marqué dans cette partie de la circulation. Abordant enfin la question du mécanisme de la nutrition et de la désassimilation, M. Dubois rejette complètement l'opinion de Bichat comme hypothétique et contraire à l'observation directe.

M. Rochoux pense que M. Dubois n'a pas tenu suffisamment compte de l'influence nerveuse, surtout du grand sympathique, dans le mouvement de la circulation des capillaires. Il cite des expériences qui démontrent que la division de certains rameaux de ce nerf paralysait la circulation en question. Cette influence pourrait s'expliquer peut-être par les courans qui ont lieu dans les cordonnets nerveux qui accompagnent les vaisseaux capillaires jusqu'à leurs divisions les plus ténues.

M. Dubois d'Amiens répond qu'il se propose d'en parler dans la part e pathologique de son travail.

M. Breschet n'admet pas que les courans nerveux soient électriques ou galvaniques, les expériences qu'il vient de faire avec M. Becquerel lui ayant démontré que ces courans, s'ils existent, ne sont pas sensibles au galvanomètre le plus délicat.

— *M. Gerdy* lit un nouveau mémoire sur les phénomènes de la vision ; il s'occupe principalement des conditions nécessaires à l'exercice de la vision distincte. Il s'est attaché à faire voir par des faits bien observés que l'organe oculaire offre quelque chose de plus que les conditions d'une chambre obscure. Les physiciens qui avaient établi les idées généralement reçues n'avaient pas tenu compte de la vitalité de l'organe ; ils n'avaient pas réfléchi en outre que chez beaucoup d'animaux dont la vision est aussi ou plus parfaite que chez l'homme, la prétendue chambre obscure se trouve convertie en chambre brillante, puisqu'au lieu d'un choroïde noire on trouve une membrane d'un reflet métallique et argenté.

M. Rochoux donne quelques détails sur des observations qu'il a faites concernant la disposition des yeux de plusieurs insectes, en particulier de la mouche, leur anatomie et l'exercice de leur fonction.

M. Castel pense que M. Gerdy n'a pas tenu compte de l'action du stimulus sur l'organe qui le reçoit, et qui doit le transmettre au nerf optique.

— *M. Cruveilhier* présente, de la part de M. Lagachie (de Metz), une pièce pathologique relative à une anomalie du rein droit. Ce rein se trouvait placé sur la symphyse sacro-iliaque ; la capsule surrénale cependant n'avait pas suivi le rein, elle est restée à sa place naturelle.

M. Cruveilhier a souvent constaté ce dernier fait, soit que le rein ait été déplacé congénitalement, soit qu'il l'ait été accidentellement, ainsi que cela s'observe chez les femmes qui s'étranglent les flancs dans leur corset ; l'un des reins descend dans le bassin, mais la capsule surrénale reste en haut. Dans la pièce de M. Lagochie, le rein recevait un grand nombre de vaisseaux des gros troncs de la région qu'il occupait, c'est encore là un fait constant dans ces anomalies ; en outre, le cœcum était, chez le même individu, placé à gauche et était fourni de mésentère. M. Cruveilhier fait observer que c'est probablement à cette circonstance que sont dus les cas de hernie cœcale à la région inguinale gauche.

— *M. Bouvier* présente plusieurs pièces pathologiques extraites du cadavre d'une vieille femme qui a succombé à la Salpêtrière ; elle était hémiplégique depuis vingt six ans. Le cerveau présentait un kyste séreux ; le membre inférieur était à l'état de pied-équin, le supérieur offrait une rétraction des doigts sans rétraction du poignet. Cette partie, ayant été disséquée, a fourni à M. Bouvier des réflexions pratiques intéressantes ; il a fait voir d'abord l'inanité de l'espèce de monomanie qu'on a de couper les tendons dans ces circonstances. Quatre fois, dit-il, cette opération a été faite à ma connaissance, et elle a été constamment inutile ; les doigts peuvent être étendus, il est vrai, mais ils ne reprennent pas leur motilité. C'est ce qui est arrivé dernièrement sur un jeune médecin russe, à qui on a voulu couper les tendons des doigts : le résultat a été d'une nullité complète, ainsi que cela avait été établi d'avance par M. Bouvier, qui avait été consulté (1).

Passant à une autre question non moins importante, M. Bouvier regarde comme une grande faute de couper les tendons en question à la base de la première phalange, ainsi qu'on l'a fait chez le malade en question : là, en effet, on divise inévitablement la coulisse, ainsi que sur tout autre point inférieur ; l'éloignement des deux bouts du tendon qui suit l'extension du doigt et la formation d'un tissu fibreux intermédiaire, doit inévitablement entraîner l'oblitération d'une partie de la coulisse et par conséquent l'immobilité du doigt. Si des cas se présentaient où la division du tendon pourrait être utile, M. Bouvier s'efforce à démontrer anatomiquement que c'est à l'avant-bras qu'elle devrait être pratiquée. Au membre inférieur, ces inconvéniens n'existent point, la ténotomie réussit par d'autres raisons que M. Bouvier a fait connaître. On voit par là, dit-il, en terminant, quelles idées on doit se former de certaines opérations de ténotomie qu'on ne publie que par moitié. A quoi sert donc de couper plusieurs douzaines de muscles alors que le résultat doit, en définitive, se réduire à zéro? C'est là, du reste, une question que les véritables chirurgiens ont comprise depuis long-temps.

(1) Telle avait été aussi l'opinion de M. Duval, qui avait été également consulté par le malade.

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

modes auxquelles le centre de la ville doit être complètement interdit ; puis en réglant la largeur des cours et la hauteur des constructions intérieures ; enfin, en accordant aux manufacturiers ou fabricans établis dans le centre de la ville, et qui consentiraient à transporter leurs ateliers dans les quartiers excentriques, des primes ou des exemptions d'impôts proportionnées au nombre d'ouvriers qu'ils attireraient avec eux. Oh! alors, l'état n'emploierait pas en pure perte pour l'amélioration de l'espèce et le bien être matériel des classes laborieuses, les sommes immenses qu'engloutissent les embellissemens des grandes villes, et il trouverait dans de semblables dispositions un remède plus efficace contre les maladies épidémiques, que les ressources de la matière médicale et tous les trésors de la pharmacopée (1).

— On rêve depuis long-temps, à Paris, l'abolition du concours pour les chaires de professeur à l'École de médecine. A Strasbourg, on fait plus que cela ; on le détruit de fait.

Croirait-on que le doyen de la Faculté a eu l'idée de nommer deux professeurs d'un seul coup? Ainsi, à la suite du concours que nous avons annoncé pour le 2 janvier, deux professeurs, l'un de clinique externe, l'autre de pathologie chirurgicale, seront élus. Ces messieurs auront ensuite à alterner.

On assure que c'est pour écarter un chirurgien célèbre de Metz que cette mesure est prise.

Le Conseil royal et le ministre autoriseront-ils de pareilles illégalités?

(1) A peine avais-je achevé la lecture de ce mémoire, que MM. Roche, Londe et Desportes me firent passer des notes par lesquelles ils me faisaient observer que dans tous les calculs touchant la mortalité de Paris on englobe toujours celle de la population fixe et celle de la population mobile, et me demandaient si j'avais tenu compte de cette différence qui frappe d'erreur tous les calculs sur la mortalité de Paris.

Je réponds à ces honorables confrères, que s'il s'agissait uniquement d'établir le rapport comparatif de la mortalité de Paris à celle de tout autre lieu, il serait indispensable de tenir compte des décès fournis par la population mobile, dont une grande partie ne figure pas il est vrai, sur les tableaux de recensement d'après lesquels s'établit le chiffre légal de la population. Mais cette distinction devient presqu'inutile quand on se borne à comparer entre eux les tableaux de mortalité de Paris même à différentes époques, parce que les rapports des deux genres de population s'y suivent presque toujours, l'accroissement de l'une n'étant en général que la conséquence naturelle de l'augmentation de l'autre. Ainsi, en 1838 comme en 1815, et en 1815 comme en 1804, le chiffre de la mortalité générale a été établi sur des élémens de même nature, dont on peut par conséquent comparer entre eux les résultats.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 111, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5[illegible]

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Service de M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Bons effets du coton cardé et des scarifications dans le traitement de l'érysipèle.

Le trimestre qui vient de s'écouler a été remarquable par le grand nombre d'affections érysipélateuses qu'a offertes le service chirurgical de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

On sait que le traitement de ces maladies a varié à l'infini, et qu'aujourd'hui encore plusieurs médecins se disputent le prix sans que l'observation clinique se soit prononcée d'une manière absolue. C'est que cette affection, toujours la même en apparence, varie singulièrement quant au fond; et, pour preuve, il suffit de rappeler les dénominations suivantes, d'après des causes réelles ou présumées telles : érysipèles bilieux, adynamiques, ataxiques, inflammatoires, vrais, faux, idiopathiques, symptômatiques, gangréneux, etc., etc.

Quoi qu'il en soit, si tous les traitemens préconisés de nos jours donnent tous des résultats à peu près également satisfaisans quand l'érysipèle est simple et peu grave, il n'en est plus de même quand ce dernier se présente dans des conditions opposées; quand, par exemple, il tend à devenir phlegmoneux.

Doué d'un esprit éclectique, M. Baudens a mis divers traitemens en usage, afin d'en constater les effets et d'en préciser les indications spéciales. C'est son opinion que nous allons essayer de reproduire.

Et d'abord, rappelons que de toutes les divisions scolastiques dont la nomenclature a tant varié, M. Baudens n'en conserve guère que deux, parce qu'elles sont essentiellement pratiques, et que, ramenées ainsi à deux groupes bien tranchés, elles frappent plus vivement l'esprit du praticien.

L'une se développe sous l'empire de causes traumatiques, ce sera l'érysipèle traumatique si l'on veut; l'autre, au contraire, apparaît spontanément, et il l'appelle érysipèle spontané. Sa cause est inconnue, et M. Baudens aime mieux faire cet aveu que de se jeter dans le vague des dissertations sur les influences atmosphériques, les constitutions médicales, ou bien encore les œufs de brochet, mauvaise plaisanterie dont la plupart des ouvrages donnent religieusement la reproduction.

La distinction de l'érysipèle traumatique varie; l'érysipèle spontané est on ne peut plus important au point de vue pratique, dit encore M. Baudens, parce que le premier réclame toujours impérieusement la main du chirurgien, tandis que l'érysipèle spontané rentre plutôt dans le domaine médical, distinction que nous faisons à regret, et qui, dans cette circonstance, témoigne encore hautement du vice de la division de l'art de guérir en deux branches, comme si le chirurgien ne devait pas, avant tout, être essentiellement médecin.

Nous ne voulons pas faire une revue de toutes les causes de l'érysipèle traumatique, mais la plus fréquente, d'après M. Baudens, consiste dans l'altération du pus par suite d'un long séjour dans un foyer dont l'ouverture, étroite ou sinueuse, permet à l'air de pénétrer, tout en s'opposant à l'issue facile des matières purulentes. La résorption de ces liquides devenus âcres irrite les vaisseaux absorbans, le système capillaire cutané se développe outre mesure, et l'érysipèle apparaît précédé assez souvent, dans ce cas, d'un léger gonflement des ganglions situés sur le trajet des lymphatiques, gonflement précurseur qui a été mis en doute parce qu'il est peu apparent dès le début, et que l'on a voulu ne considérer que comme complication consécutive à l'érysipèle.

Cet érysipèle traumatique, si le chirurgien n'y remédie en toute hâte, s'aggrave rapidement; il s'étend en superficie, et surtout en profondeur; la scène ne se passe plus seulement dans le réseau de Malpighi, elle envahit le tissu cellulaire, la couche profonde sous-cutanée, le volume de la partie augmente singulièrement, et les caractères du phlegmon se dessinent avec tant de rapidité qu'il ne s'agit bientôt plus de s'opposer à sa terminaison par suppuration, mais à sa terminaison par gangrène.

La première indication, dit M. Baudens, est d'ouvrir largement le foyer ou la poche qui recèle le pus, d'y faire une injection d'eau légèrement chlorurée, de panser la plaie à l'aide d'un plumasseau de charpie fine enduite de cérat safrané, et de recouvrir le tout d'un cataplasme émollient arrosé d'huile laudanisée pour calmer la douleur, faire tomber l'éréthisme et hâter la formation d'un pus de bonne nature. On ne saurait trop insister sur cette médication basée sur l'observation, et trop souvent négligée au lit du malade, et cependant, sans ces soins préliminaires, tout traitement devra nécessairement échouer.

Quant à l'érysipèle, débarrassé désormais de la cause qui l'avait fait naître et qui l'alimentait, M. Baudens se contente de le recouvrir d'une légère couche de coton cardé, par-dessus laquelle il applique une large toile de taffetas gommé. Le coton, à cause de sa légèreté, de la douceur et de la ténuité de ses soies, est regardé par moi, dit M. Baudens qui en fait un usage presque universel en chirurgie, comme le topique par excellence des surfaces enflammées. Il entretient une douce chaleur, fait taire la douleur et l'éréthisme par son contact moelleux; la transpiration cutanée se rétablit, les vapeurs retenues par le taffetas se condensent dans son tissu, une détente locale s'opère, et à chaque pansement de 24 en 24 heures on remarque que la résolution se fait, et que la partie tend à se rider comme une main de blanchisseuse.

Quand l'érysipèle a fait des progrès assez profonds pour faire craindre le phlegmon, M. Baudens promène à grands traits son rasoir sur la surface enflammée, sans aller beaucoup au-delà de l'épiderme. Ces divisions suffisent pour fournir une plaie sanguine abondante, et dont les effets sont faciles à apprécier. Nous avons vu de la sorte se dissiper par résolution, ou se resserrer dans un phlegmon très étroit, de vastes érysipèles qui affectaient une marche phlegmoneuse déjà avancée. Le coton est employé comme plus haut, après les scarifications.

Quand le phlegmon est formé, et qu'il y a menace de gangrène, M. Baudens donne encore le choix aux scarifications; dans ce cas, elles comprennent toute l'épaisseur de la peau, et elles sont quelquefois très longues selon l'étendue de l'érysipèle. Cette pratique a été également couronnée des plus beaux résultats.

Le traitement par le coton seul ou associé aux scarifications n'est pas seulement réservé pour l'érysipèle traumatique; M. Baudens s'en sert également, et avec beaucoup de succès, pour combattre l'érysipèle spontané.

Il a renoncé à la compression comme médication générale, parce qu'il a reconnu le danger de soustraire à la vue les progrès du mal que masque l'appareil compressif, quand souvent après 24 ou 48 heures, il n'est plus possible de prévenir une terminaison fâcheuse que l'on aurait pu enrayer par une médication plus active et immédiate. Il a remarqué que les frictions mercurielles, l'application des vésicatoires au centre ou sur les limites de l'érysipèle, le nitrate d'argent, l'axonge pure, les lotions de sureau ou de têtes de pavot, etc., réussissaient à merveille dans les cas simples, et par conséquent réussissaient fréquemment, parce qu'alors tout réussit; mais qu'il n'en est plus de même quand il y a menace de phlegmon ou de gangrène. Alors, dit-il, les pores de la peau sont fermés, étranglés; l'absorption est nulle, et le mercure, dont l'action hyposthénisante n'est pas douteuse, reste sans action, parce qu'il n'est pas résorbé.

Dans ces dernières circonstances, il complète la médication que nous venons d'exposer par une ou deux saignées générales; il a renoncé aux sangsues d'une manière presque absolue, parce que, mises sur l'érysipèle, elles irritent par la douleur de leurs piqûres, et y attirent la fluxion en faisant l'office d'une pompe aspirante, et qu'enfin il n'est pas rare que des points gangréneux surviennent autour de leurs piqûres.

Appliquées entre le mal et le cœur, elles n'agissent qu'en désemplissant le système circulatoire, et dans ce cas la saignée est préférable.

Quand on doit être sobre de déplétions sanguines, dans la crainte d'une résorption purulente, si jamais l'érysipèle venait à tomber en suppuration ou en gangrène, ou bien encore quand malgré les déplétions la fièvre persiste avec force, M. Baudens a recours à l'émétique donné d'après la méthode de Rasori; toutefois, il ne donne l'émétique que pendant deux jours : l'emploi fréquent qu'il fait de cette arme thérapeutique lui ayant appris que, passé ce terme, il y aurait à craindre de pousser trop loin l'état hyposthénisant. Absorbé en totalité, sans provoquer de vomissemens ni de déjections alvines, l'émétique exerce une puissance bien remarquable dans tout le réseau des extrémités des vaisseaux capillaires : la chaleur tombe, il s'opère une détente dans le pouls, des sueurs surviennent fréquemment, et l'éréthisme de l'érysipèle se brise. Survient-il quelques garderobes? Les premières voies se trouvent ainsi débarrassées, et la liberté du ventre, à laquelle les anciens médecins attachaient tant d'importance, est rétablie.

Nous abandonnons ces considérations générales, pour en suivre l'application dans quelques faits puisés dans le service du chirurgien en chef de l'hôpital du Gros-Caillou.

Erysipèle phlegmoneux spontané. Terminaison par gangrène, malgré les frictions mercurielles et la compression. Enorme perte de substance tégumentaire remplacée par un tissu inodulaire.

Entré à l'hôpital du Gros-Caillou le 1er juin, D...., soldat au 63e régiment, âgé de vingt-deux ans, de bonne constitution, ressentit à la suite d'une longue route quelques petites glandes engorgées dans l'aine du côté droit. Bientôt survint dans la région inguino-crurale un érysipèle qui obligea ce militaire à se faire traiter.

Quand nous le vîmes, l'érysipèle occupait toute la région inguino-crurale; il n'y avait ni soif, ni fièvre, ni ulcération, soit au pied, à la jambe ou au périnée. Prescription : diète, boissons délayantes, deux minoratifs pour le lendemain, compression sur la surface érysipélateuse.

Après 48 heures, l'érysipèle a le double d'étendue en superficie, et il a fait aussi d'évidens progrès en profondeur; il existe quelques phlyctènes avec chaleur à la peau et mouvemens fébriles. On cesse la compression et on recourt à des frictions mercurielles abondantes, 5 à 600 grammes en deux jours; de plus, on fait une large saignée. Les phlyctènes sont beaucoup plus nombreuses; le mal fait des ravages effrayans : il s'étend du milieu de la saillie jusque sous l'aisselle, et occupe tout le thorax et l'abdomen du côté droit. La région inguino-crurale offre une fluctuation manifeste. Une crevasse peu profonde encore, mais circonscrivant un lambeau tégumentaire de 70 centimètres au moins, indique suffisamment la ligne de démarcation qui va s'opérer entre le vif et la gangrène. Nous avons entendu M. Baudens regretter vivement de n'avoir pas eu recours à un moyen énergique dont, en pareille circonstance, il a plus d'une fois éprouvé la puissance médicatrice : nous voulons parler du feu à l'aide de gros cautères chauffés à blanc.

Un bistouri fut largement plongé au centre du foyer, près de l'arcade crurale, et un pus infect sortit à flots. Les jours suivans, d'énormes portions tégumentaires se détachèrent, et l'odeur était si infecte qu'il fallut isoler ce malade. On soutint ses forces par le sulfate de quinine combiné à l'opium pour lutter contre la diarrhée et la résorption. La plaie, pansée doucement, se détergea; des bourgeons charnus vigoureux surgirent, et un tissu inodulaire se forma de la circonférence au centre en présentant une force concentrique si intense, que la circonférence de la plaie, qui avait, comme nous l'avons dit, plus de 70 centimètres, n'en conservera que 30 dans quelques jours, quand tout sera cicatrisé.

A côté de ce fait, qui s'est terminé par gangrène, nous rapporterons le suivant, dont la marche intense a été arrêtée par les scarifications.

Vaste érysipèle de la région inguino-crurale guérie par les scarifications et le coton.

M..., soldat au 3e régiment d'artillerie, remarquable par une charpente titanique, âgé de vingt-trois ans, fut reçu dans le service des blessés le 15 août, pour y être traité d'un érysipèle dont la date remonte à quatre jours d'invasion.

Le foyer occupe, dans l'étendue d'environ 75 centimètres de circonférence, la région inguino-crurale; la cutite revêt les caractères du phlegmon et présente une foule de phlyctènes, fièvre, soif vive, chaleur à la peau, etc.

Le malade repousse la saignée du bras avec une répugnance telle qu'on croit ne pas devoir insister sur ce moyen.

Le rasoir promené largement sur toute la surface enflammée détermine une abondante déplétion sanguine avec détente instantanée et décoloration manifeste. Les scarifications sont aussitôt masquées par une légère couche de ouate, revêtue elle-même par un large morceau de taffetas gommé. La potion rasorienne émétisée est donnée pendant 48 heures, avec une tolérance remarquable de la part du malade.

Sous l'empire de cette médication, les progrès de l'érysipèle phlegmoneux sont arrêtés court, et il se forme vingt à trente petits foyers circonscrits de la grosseur d'une aveline qu'il faut ouvrir en faisant une simple ponction avec la lancette. Les abcès se sont guéris rapidement sans amener de complication, et au bout d'un mois, ce militaire a pu retourner à son régiment.

Erysipèle phlegmoneux de tout le cuir chevelu terminé par suppuration.

F., soldat au 10e régiment léger, subit avec courage l'extirpation d'une loupe de moyenne grosseur, située sur la région temporale.

Du pus fit séjour dans l'un des angles de la plaie; celle-ci prit un mauvais aspect, et bientôt un érysipèle envahit tout le cuir chevelu.

La première indication fut de suite remplie; la plaie fut débridée pour donner au pus une issue facile, et on fit les pansemens les plus doux. Une saignée du bras fut faite de suite, et des sangsues en petit nombre appliquées sur les apophyses mastoïdes furent continuées pendant vingt-quatre heures pour prévenir une méningite. A cette époque il n'était plus prudent d'insister sur les pertes de sang; on eut recours aux potions émétisées.

Cette médication prévint les accidens du côté du cerveau, mais le phlegmon érysipélateux ne put être enrayé.

Le cuir chevelu, séparé du crâne par une suppuration

abondante, était œdématié et présentait une fluctuation manifeste. Après avoir rasé la tête, une large incision fut pratiquée vers l'angle occipito pariétal et une autre à la base du crâne derrière l'apophyse mastoïde. Il s'écoula au moins 250 grammes de pus et de grands lambeaux de tissu cellulaire gangrené furent extraits par les plaies.

Le pansement, qui dans cette circonstance grave devait avoir une très grande influence, mérite d'être signalé.

A l'aide de cinquante à soixante bandelettes de sparadrap, dont la partie moyenne fut appliquée sur l'occiput et dont les deux chefs venaient s'entrecroiser sur le front, M. Baudens fit une calotte, ferme et expulsive, dont les efforts convergeaient vers les deux plaies. Cette calotte fut enlevée au bout d'un mois; le cuir chevelu était parfaitement soudé au péricrâne et les deux plaies qui pendant tout ce temps avaient donné issue au pus, ne tardèrent pas à se fermer, parfaitement cicatrisées.

Nous terminerons par le fait qui suit : il démontre les bons effets des incisions profondes quand l'érysipèle gangreneux a déjà commencé à se montrer.

Erysipèle gangreneux de la jambe, bons effets des incisions.

M., soldat au 57e régiment de ligne, âgé de vingt-quatre ans, très forte constitution, était depuis cinq jours porteur d'un vaste érysipèle de toute la jambe droite, quand il fut admis dans le service de M. Baudens.

A la visite du matin, on remarque : énorme tuméfaction de tout le membre; fluctuation manifeste à sa partie interne, où un large lambeau cutané est déjà circonscrit par un sillon gangreneux, phlyctènes sur tout le membre avec teinte gangreneuse. Fièvre intense, vive réaction sur le tube digestif.

Traitement et prescription. Incisions de quinze à vingt centimètres, comprenant toute l'épaisseur des tégumens, l'une en dedans du membre, l'autre sur sa face externe. Ces incisions donnèrent une saignée locale de cinq grammes au moins, ainsi qu'à des matières purulentes abondantes. On pansa les plaies avec du coton et on fit des fomentations émollientes et narcotiques; les symptômes généraux furent combattus avec succès par une saignée du bras et par l'émétique donné d'après la méthode rasorienne. Sous l'empire des incisions, la gangrène fut limitée à la face interne du membre et ne se montra pas à son côté externe; les eschares tombèrent et la guérison eut lieu par production d'un tissu inodulaire. L'érysipèle a marché dans ce cas d'une manière tellement rapide et avec un cortége de symptômes tellement effrayans qu'il n'est pas douteux que si l'on se fût contenté de recourir à une indication moins énergique, la gangrène aurait pu entraîner la perte du membre. X....

HOTEL-DIEU. — MM. Roux et Breschet.

M. Michon, chargé du service par intérim.

Plusieurs cas d'engorgemens testiculaires.

Nous avons dans ce moment, tant dans le service de M. Roux que dans celui de M. Breschet, plusieurs cas d'engorgement testiculaire, dont nous croyons devoir vous entretenir, mais avec brièveté, leurs affections étant différentes à plusieurs égards.

Premier fait. *Ancienne opération de sarcocèle. Dégénéresence du second testicule.* (*V.* le no du 12 septembre.)

Nous vous avons déjà entretenus de ce malade, qui est couché au no 54 de la salle Sainte-Marthe, et nous ne reviendrons pas sur son histoire. Nous devons seulement vous rappeler le mauvais état de sa santé générale et les craintes que nous avons manifestées à son égard sur l'existence de tubercules pulmonaires. Aujourd'hui même notre opinion n'est pas changée sur ce point; d'ailleurs le testicule extirpé était bien manifestement tuberculeux, et c'est pour nous une circonstance de plus pour hésiter avant de prendre une détermination en faveur de la soustraction de l'organe malade.

Cependant, que faire? Cet infortuné a en nous une confiance illimitée; il croit fermement que nous devons encore le guérir une fois, comme cela est arrivé la première fois à l'hôtal Cochin. Le renvoyer aujourd'hui d'ici, dans son pays, qui est à cent lieues, et auprès de son maître, qui est médecin, c'est lui dire manifestement qu'il n'y a pas de remède à son mal; c'est le jeter dans un état encore pire que celui qui peut résulter de son opération, car, en définitive, il n'est pas certain qu'il existe de ganglions engorgés dans la fosse iliaque interne, et nous pouvons espérer de prolonger encore son existence pendant sept à huit mois. Il est donc probable que, nonobstant son mauvais état, nous l'opérerons un de ces jours.

Deuxième fait. *Double sarcocèle. Remarques relatives aux indications opératoires.*

Ce malade est couché au n. 13 de la salle Sainte-Marthe; c'est un vieux jardinier, dont les deux testicules sont affectés simultanément. Nous pensons qu'ici l'engorgement est tuberculeux, et premièrement, ceci nous paraît démontré par l'absence complète de douleurs; cet homme n'est autrement gêné que par la pesanteur de ses testicules, et c'est ce seul inconvénient qui le porte à réclamer à chaque visite l'extirpation des glandes testiculaires.

Nous pensons également que les tubercules existent en masses, au lieu d'être disséminés; ce qui nous fait adopter cette opinion, c'est que chez cet homme il y a absence totale d'érections et d'émissions spermatiques; or, il est permis d'expliquer ce fait par la compression qu'exercent sur tous les conduits séminifères les masses tuberculeuses; en effet, si les tubercules étaient disséminés, la compression ne porterait que sur une partie seulement des vaisseaux spermatiques, et une partie de la semence pourrait, nonobstant cela, parcourir les voies accoutumées pour arriver jusqu'aux vésicules et à l'urètre.

Mais dans ce cas encore, que devons nous faire? quelle est la conduite que nous devons suivre? Assurément, il n'est pas bien démontré qu'il soit de l'intérêt du malade de recourir à une double opération; d'ailleurs, nous le répétons encore, il nous répugne d'extirper les testicules tuberculeux. Disons en outre, que M. Blasius, qui était présent à notre visite, a cru constater dans l'une des fosses iliaques internes l'existence de ganglions tuméfiés, ce qui augmente encore notre hésitation; car, en définitive, cet homme ne se plaint que de la pesanteur incommode de ses testicules, et l'on peut, à la rigueur, obvier à cet inconvénient par l'usage d'un simple suspensoir. Nous croyons donc devoir attendre encore avant de prendre un parti décisif.

Troisième fait. *Orchite de forme ovoïde à la suite d'une chaude-pisse.*

Nous avons, au no 50 de la salle Sainte-Marthe, un individu atteint d'une orchite blennorrhagique (chaude-pisse tombée dans les bourses), dont nous devons vous dire quelques mots, pour les rapprocher ensuite d'autres malades.

Chez ce malade, la tumeur scrotale n'est survenue que deux mois après l'apparition de la blennorrhagie, c'est-à-dire lorsque celle-ci touchait à sa fin. C'est un fait d'observation qui a été noté par toutes les personnes qui se sont spécialement occupées de l'étude des maladies syphilitiques, que ce n'est qu'au moment où la chaude-pisse est passée depuis quelque temps à l'état chronique, qu'elle tombe dans les bourses. Ceci, du reste, se conçoit aisément, et cette circonstance peut s'expliquer par la négligence que les malades apportent aux soins d'une maladie dont ils se voient presqu'entièrement guéris, et qui ne les tourmente plus. Alors, en effet, ils de s'abstiennent plus de tout ce qui est capable d'amener cette complication, et spécialement les marches longues et pénibles.

La forme ovoïde de la tumeur mérite, dans ce cas, d'être remarquée; la tumeur elle-même est constituée par l'épidydime, qui est singulièrement endurci; elle contient beaucoup d'un liquide que nous sommes tenté de croire être d'une nature analogue à celle des hydrocèles ordinaires.

Quatrième fait. *Chaude-pisse tombée dans les bourses. Epanchement simultané dans la tunique vaginale.*

A côté du précédent malade, nous devons noter celui qui est couché au no 14 de la salle Saint-Côme, service de M. Breschet. L'histoire du malade est à peu près semblable à celle du précédent, et nous ne nous y arrêterons pas.

Nous devons vous faire observer que, dans ce cas, la tumeur n'est pas ovoïde, et cela parce que le liquide épanché dans la tunique vaginale est en moins grande quantité que chez le malade du no 50 de Sainte-Marthe; aussi les phénomènes inflammatoires sont-ils plus prononcés.

Toutefois, l'existence du liquide était incontestable, et la transparence de la tumeur ne laissait aucun doute à cet égard. C'est sur cette donnée principalement que nous nous sommes fondé pour faire une ponction à la tumeur, qui a procuré l'issue d'une quantité médiocre d'un liquide citrin. Actuellement il ne reste plus que l'engorgement de l'épidydime, que nous espérons voir bientôt disparaître.

Voilà donc deux cas d'orchite blennorrhagique qui se sont accompagnés d'épanchemens dans la tunique vaginale, ou d'hydrocèle aigu, en d'autres termes. Cependant, ces deux faits ont présenté ceci de particulier, que, dans le premier cas, tout le testicule était entouré par l'épanchement, tandis que dans le second le liquide était contenu dans une espèce de kyste que nous avons ponctionné.

Cinquième fait. *Orchite blennorrhagique avec épanchement dans la séreuse testiculaire. Eruption rubéolifor me.*

Au no 10 de la salle Sainte-Marthe est couché un jeune homme qui porte également une orchite blennorrhagique; chez lui aussi il y a un épanchement dans la tunique vaginale.

M. Rochoux dit que toutes les orchites de nature blennorrhagique s'accompagnent d'un épanchement vaginal, analogue à celui qui survient chez les sujets atteints d'hydrocèle à la suite de la ponction de leur tumeur, c'est-à-dire que le liquide épanché est albumineux; eh bien! le malade dont nous nous occupons en ce moment nous présente un exemple de l'épanchement signalé par M. Rochoux. Assurément si nous pratiquions la ponction de sa tumeur, il ne s'en écoulerait pas un liquide séreux de couleur citrine, analogue à celui qui représente les hydrocèles ordinaires, mais un liquide albumineux.

Le gonflement de l'épididyme est peu notable chez ce malade, et est en voie d'amélioration; mais depuis hier, il s'est fait à l'hypogastre et à la partie supérieure et interne des cuisses, une éruption de forme morbilleuse, que l'on aurait attribuée à l'action du cubèbe ou du copahu pris à l'intérieur, si le malade n'avait assuré n'en avoir jamais fait usage.

Du reste, cette éruption n'est pas de nature à donner de l'inquiétude; elle ne s'accompagne que de peu de fièvre, et il n'y a qu'un peu de mal de gorge; la tête est libre; il y a constipation.

Dans ce cas également, pour ce qui concerne l'orchite, tout fait espérer une issue prompte et favorable. Cependant, il pourrait se faire qu'un peu d'engorgement épididymaire persistât; car nous ne devons pas oublier qu'il existe un épanchement de matière albumineuse interposée entre les replis ou filamens de l'épididyme. Or, quelquefois cette matière durcit, comprime les vaisseaux séminifères, dont elle détermine l'oblitération, à l'instar de celle qui arrive dans les veines à la suite de leur inflammation. Aussi beaucoup de sujets ayant eu l'orchite blennorrhagique, conservent-ils un engorgement de l'épididyme.

Sixième fait. *Induration du testicule droit. Atrophie du testicule gauche. Tumeur dans l'abdomen. Engorgement de la mamelle.*

Nous ne vous dirons que deux mots de l'ouvrier malade qui est couché au n. 9 de la salle Sainte-Marthe. Le testicule gauche de cet homme est atrophié, et l'enveloppe du testicule droit offre une dureté cartilagineuse. Nous avons demandé à ce malade s'il avait des érections et surtout des éjaculations; il nous a répondu, mais d'un ton peu propre à engager notre croyance, qu'il lui suffisait de voir une femme pour avoir des érections aussi bien que des émissions spermatiques. Nous croyons que l'amour-propre seulement l'a engagé à nous faire cette réponse, et l'état des testicules nous porte à croire que si la sécrétion spermatique n'est point entièrement tarie chez lui, elle doit au moins être prodigieusement amoindrie. Le testicule gauche, en effet, est dans un état d'atrophie qui doit le rendre entièrement inapte à remplir les fonctions réparties à cette glande dans l'état normal, et de même le testicule droit nous paraît profondément compromis par l'altération qu'il a évidemment éprouvée et la compression qu'exerce sur lui sa coque, que nous avons dit être indurée.

Cet homme dit de plus avoir une tumeur dans le flanc droit, apparaissant et disparaissant alternativement, mais se dissipant constamment par l'emploi des purgatifs drastiques. Nous ne savons pas encore, à cet égard, jusqu'à quel point ce malade nous en impose; au demeurant, la tumeur existe, en effet, et nous verrons si elle subit quelque changement par suite de l'administration de cinquante-deux grammes d'huile de ricin que nous lui avons prescrits ce matin.

Cancer de la lèvre inférieure. Opération. Guérison rapide.

Le 26 août dernier, est entré, salle Sainte-Marthe, 27, le nommé Vincent Charles, âgé de cinquante ans, journalier, né à Vémor, département de Seine-et-Oise. Cet homme porte un cancer de la lèvre inférieure, qui a débuté, il y a maintenant six ans, par un petit bouton qui disparaissait et revenait alternativement. Vincent n'est pas fumeur, et il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici que Boyer attribuait à l'usage de la pipe quelques uns de ces cancers des lèvres.

Le bouton qui a signalé le début de la maladie, siégeait sur la lèvre inférieure même, près de la commissure gauche; sa formation d'ailleurs a été spontanée; mais quelquefois le malade l'a arraché par mégarde. Le bouton se reproduisait alors, et, quand il n'était pas dérangé dans son évolution, après son complet développement, il s'affaissait, se desséchait et se réduisait en une poussière blanchâtre, farineuse. A chaque reproduction, ce bouton acquérait un peu plus de volume; mais cet accroissement s'est fait avec une telle lenteur, pendant les cinq premières années, qu'au bout de ce temps il avait à peine le volume de l'extrémité du petit doigt.

C'est surtout depuis neuf mois que le mal s'est accru avec rapidité, et c'est à l'entrée de l'hiver qu'il a cessé de rester, pour ainsi dire stationnaire. Depuis cette époque, le cancer, tout en s'étendant s'est ulcéré et a donné lieu à un écoulement sanieux qui a toujours continué depuis.

A présent le mal occupe les sept huitièmes de la lèvre inférieure, et s'étend transversalement de la commissure interne jusqu'à 7 ou 8 lignes de la commissure droite; le cancer occupe d'ailleurs toute l'épaisseur de la lèvre, et descend inférieurement dans l'étendue d'un pouce et demi environ.

Le procédé à employer dans ce cas, dit M. Michon, est dicté par l'étendue même du mal. Ce chirurgien fait remarquer aux élèves que l'absence des dents incisives et canines de l'arcade dentaire inférieure, qui existe si fréquemment chez les vieillards, et de laquelle résulte l'exubérance de la lèvre inférieure, que l'on rencontre si communément chez eux, permet d'enlever les parties malades dans une plus grande étendue, sans que l'on ait à craindre des difficultés dans la cicatrisation de la plaie et des difformités. Cette disposition existe chez Vincent.

L'opération a été des plus simples; le cancer a été limité par une incision pratiquée avec le bistouri, et la séparation profonde de la lèvre a ensuite été faite avec de forts ciseaux. M. Michon assure qu'avec les ciseaux on évite plus facilement la section des prolongemens ou ramifications que peut avoir le cancer, qu'avec le bistouri dont la section est nette; les ciseaux glissent sur les nodosités indurées.

Aujourd'hui, vingtième jour de l'opération, la cicatrisation est achevée : une chose bien remarquable, c'est que malgré la déperdition notable de substance qui a été ef-

fectuée, il n'y a point de difformité. Cela tient principalement à ce que, le tissu inodulaire de la cicatrice ayant déjà commencé à subir son mouvement de rétraction, agissant au bord libre de la lèvre à l'instar d'une corde tendue, il diminue nécessairement l'étendue de la lèvre, et l'ouverture buccale par conséquent.

Avant de terminer l'histoire de ce malade, nous ne devons pas oublier d'indiquer qu'aucun engorgement glandulaire n'a jamais existé au col chez Vincent, et qu'aujourd'hui également cette région ne présente pas de glandes engorgées.

Tumeur du cou. (*V.* le n° du 12 septembre.)

Nous parlerons ici pour la dernière fois de ce malade, qui est couché dans la salle Sainte-Marthe. Une petite quantité d'un liquide séro-purulent s'écoule encore de l'ouverture pratiquée avec le bistouri. Le goître est presque complètement affaissé, et tout porte à croire que ce malade sera prochainement guéri en entier d'une maladie à laquelle nous espérions apporter tout au plus quelque soulagement.

Luxation complète de la phalange unguéale du pouce. Réduction. Réflexions du rédacteur.

Au n° 8 de la salle Sainte-Marthe est entré un homme offrant une luxation complète en arrière de la phalange unguéale du pouce. Les extrémités articulaires, ayant perdu leurs rapports, faisaient saillie: celle de la phalange unguéale, à la face dorsale du doigt, et celle de la phalange métacarpienne à la face palmaire; le pouce était fortement étendu. M. Michon a opéré la réduction de cette luxation, en tirant violemment sur le doigt et en refoulant en même temps les extrémités articulaires, la supérieure avec le pouce de la main droite, vers la région palmaire du doigt, l'inférieure avec l'indicateur vers la région dorsale. Cette manœuvre a présenté peu de difficulté.

M. Michon dit qu'il ne faut pas croire que, dans la généralité des cas, la réduction de cette luxation présente les difficultés qu'on lui attribue, et qu'il faille toujours recourir aux différens moyens que l'on a conseillés pour l'effectuer.

— Les luxations complètes du pouce sont rares, et dignes du plus grand intérêt, quoique peu graves en apparence. On a répété jusqu'à satiété que Desault eut renoncer à la réduction d'une de ces luxations qui ne datait que de dix jours, et les traducteurs d'A. Cooper, MM. Chassaignac et Richelot, rapportent un cas où cette luxation fut suivie de tétanos. Ces faits prouvent déjà toutes les difficultés que peut présenter la réduction de la luxation du pouce, et les graves accidens qu'elle peut entraîner. Disons encore que dans son cours public fait à l'Ecole pratique, M. Malgaigne raconte que dans un cas de luxation récente, Dupuytren ne fut pas plus heureux que Desault. Nous rappellerons à peine que nous parlons ici de la luxation du pouce sur l'os métacarpien, dont le diagnostic présente parfois de si graves difficultés que plusieurs chirurgiens, parmi lesquels M. Marjolin, ont pu prendre la saillie sous-cutanée existant à la région thénar, pour la base de la phalange, au lieu de l'extrémité articulaire du métacarpienne. (Voyez Malgaigne, Traité d'anat. chir. et de chir. expér. Paris 1838, t. II, p. 510.)

On a attribué à différentes causes les difficultés que l'on rencontre dans la réduction de la luxation complète en arrière du pouce. Bell et Latta font consister cette difficulté dans le volume des extrémités articulaires: Hey, Saw et Dupuytren, dans les ligamens latéraux de l'articulation; Monteggia, A. Cooper et Boyer avaient reconnu qu'il était nécessaire de vaincre la résistance des muscles. MM. Vidal (de Cassis) et Malgaigne développant mieux cette idée, ont démontré que la difficulté réside dans le passage par la boutonnière musculaire par la tête de l'os métacarpien. Enfin, M. Pailloux, dont l'opinion est partagée par M. Blandin, croit que toute la difficulté résulte de l'impossibilité de la portion antérieure du ligament capsulaire aux deux surfaces articulaires. L'opinion de M. Pailloux se trouve en partie confirmée par les expériences tentées sur le cadavre par M. le docteur Fabbri, de Bologne.

Il résulte de ce qui précède que l'indication principale à laquelle il importe de satisfaire lorsqu'on veut réduire la luxation qui nous occupe, consiste à s'opposer à l'interposition du ligament capsulaire entre les surfaces articulaires. On arrive à ce résultat en avoisinant autant que possible l'angle supérieur de la boutonnière musculaire qui a livré passage à l'extrémité de la phalange du sommet de l'os métacarpien, avant de tenter la réduction, et en mettant les muscles dans le plus grand relâchement possible.

Il est évident, d'après cela, qu'en pratiquant l'extension et la contre-extension parallèlement à l'axe de l'os métacarpien, on ne doit pas réussir lorsque la luxation est complète. M. Malgaigne veut que l'on saisisse le pouce avec une main, et que l'on exerce l'extension en fléchissant autant que possible la phalange vers la paume de la main, tandis qu'avec le pouce de l'autre main on repousse en sens opposé la tête de l'os métacarpien. La méthode conseillée par A. Cooper est à peu près analogue; ce chirurgien assure être ainsi parvenu à réduire la luxation dans un cas; mais il est à noter qu'elle avait été occasionnée par l'explosion d'une arme à feu, et que les muscles court fléchisseur et petit abducteur étaient dilacérés. Bell, Latta et Monteggia avec eux, veulent qu'au lieu de redresser la phalange pour opérer sur elle l'extension, on la maintienne renversée en arrière, afin d'éviter l'opposition résultant des extrémités articulaires; ils s'approchent déjà davantage de la méthode qu'il faut employer. M. Pailloux a donné le même précepte: ce chirurgien, en recommandant de maintenir la phalange renversée en arrière, et de la tirer ainsi renversée vers la tête du métacarpe, se proposait d'éviter l'interposition du ligament capsulaire; mais il manquait son but en négligeant de mettre les muscles dans le relâchement.

Enfin, M. Fabbri veut que l'on procède de la sorte. Le chirurgien saisit avec la main gauche sa main malade qu'il serre fortement au niveau du métacarpe, de manière que l'os métacarpien du pouce se rapproche autant que possible de celui du petit doigt. L'effet de cette constriction exercée sur le métacarpe est double: 1° il met dans le relâchement les muscles de la région thénar, et fait cesser par conséquent la tension de la boutonnière qui entoure le col chirurgical du premier métacarpien; et 2° en abaissant la tête de cet os vers le creux de la main, et celle-ci se trouvant plus rapprochée du métacarpe, et par conséquent de l'origine des muscles qui forment la boutonnière, il est certain que l'angle supérieur de cette ouverture se trouvera plus voisin de la surface articulaire qu'elle doit parcourir d'arrière en avant. Les choses étant ainsi disposées, le chirurgien saisit avec la main droite le pouce, qu'il tient renversé en arrière et à angle droit sur son métacarpien, et le tire graduellement vers la tête de cet os.

La méthode de M. Fabbri nous paraît devoir donner de bons résultats. En effet, en maintenant la phalange renversée en arrière, le ligament capsulaire s'applique contre sa face articulaire. Mais les muscles étant relâchés, et l'extrémité de l'os métacarpien luxée, le plus près possible de leur origine, il sera facile d'obtenir alors que l'angle supérieur de la boutonnière se trouve non-seulement à la même hauteur, mais un peu plus haut que la face articulaire du métacarpien. Le chirurgien étant arrivé à ce point, il redonnera graduellement, et sans interrompre la traction, sa situation normale à la phalange luxée, ce qui n'éprouvera point d'obstacle, le ligament étant ramené à son siége par les muscles, puisque rien ne l'empêche alors.

On pourra espérer, en procédant ainsi, d'éviter la résection de l'extrémité articulaire du premier métacarpien, proposée par M. Vidal (de Cassis), la section des tendons des muscles qui s'attachent à l'os sésamoïde externe, comme le voudrait M. Malgaigne, conduite d'ailleurs qui n'est point approuvée par A. Cooper, qui préférerait abandonner la luxation à elle-même, puisqu'au bout de quelque temps le doigt, quoique luxé, reprend incomplètement (à la vérité) ses fonctions. M. Lisfranc a présenté à l'Académie de médecine, dans sa séance du 12 août 1827, une pièce d'anatomie pathologique qui vient en confirmation de cette vérité. K...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Leçons sur les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

(Suite du n° 109.)

Erysipèle simple ou érysipèle proprement dit.

Disons quelques mots sur la marche de l'érysipèle, sa marche naturelle qu'il est important de connaître si l'on veut comprendre l'action des médicamens; jamais il ne se développe comme les autres inflammations du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau, c'est-à-dire en occupant tout de suite toute la surface des parties qu'il doit attaquer, comme le font l'angéioleucite et le phlegmon diffus. L'érysipèle prend une autre marche: une première plaque apparaît sur un point, et avant qu'elle ne soit éteinte, une seconde, puis une troisième se montrent à côté l'une de l'autre; c'est une succession de plaques d'inflammation se suivant sans discontinuité et s'étendant sur une plus ou moins grande partie du corps selon que l'érysipèle doit être borné, sans qu'on sache jamais d'avance où il s'arrêtera.

Pour comprendre sa durée, il faut savoir ce que dure ordinairement chaque plaque. Or, abandonnée à elle-même, l'inflammation qui se manifeste sur un point n'y est éteinte, d'habitude, que dans l'espace de trois à cinq jours; rarement elle n'y reste que deux jours ou en dépasse six. Ainsi, pour calculer la durée d'un érysipèle, il faut compter depuis le moment d'apparition de la première plaque jusqu'à quatre jours environ après la venue de la dernière; mais comme on ne sait jamais combien de plaques doivent se succéder, il est impossible de connaître d'avance le temps, même approximatif, que durera la maladie. De cette manière, un érysipèle survenant, par exemple, le 1er d'un mois, s'il devait se borner à une seule plaque, tout serait fini le 3 ou le 4; mais si une seconde plaque se montre le 3, une troisième le 5, et ainsi de suite, de jour en jour ou à de plus longs intervalles, il faut ajouter à chaque plaque qui survient autant de fois quatre jours depuis l'apparition de la première, pour calculer l'époque de terminaison de la maladie. La durée de l'érysipèle est donc ainsi limitée par le temps couru depuis la première plaque apparue, jusqu'à trois ou quatre jours après l'apparition de la dernière, ce qui fait qu'elle est subordonnée non à l'application ni à l'action des remèdes, mais au nombre de plaques qui doivent se montrer successivement. Or, nous avons déjà dit qu'il était impossible de le prévoir, et par conséquent de rien savoir sur la durée présumée du mal. Cependant, l'observation a fait voir, disent quelques-uns, que quand les symptômes qui précèdent ou accompagnent l'érysipèle sont généraux et intenses, il y a lieu de craindre qu'il n'ait le caractère de l'érysipèle vague, et conséquemment chance à durer longtemps; tandis que quand il est amené par une blessure ou toute autre cause externe, et marqué seulement par de légers prodrômes, alors il est ordinairement borné et dure peu; mais ceci est général et peu positif.

Il est à noter, par exemple, que l'étendue des plaques ne fait rien quant à leur nombre; leur quantité n'a également aucun rapport avec l'intensité de leur inflammation, et toutes ces circonstances étant indépendantes l'une de l'autre, n'ont, par conséquent pas la moindre influence sur la durée de la maladie.

Le pronostic de l'érysipèle proprement dit, est variable suivant la nature de la cause qui l'a produit, suivant les complications qu'il entraîne, suivant les régions qu'il occupe, enfin, suivant l'état physiologique ou pathologique des individus qu'il atteint.

Quand l'inflammation qui l'accompagne n'est autre que celle propre à l'érysipèle simple, la vie n'est jamais compromise. Abandonnée à elle-même, la maladie s'éteint toute seule au bout d'un nombre incertain de jours, et si l'érysipèle est fixe et local, il dure peu; sans trouble fonctionnel; il est encore moins grave.

Il devient plus inquiétant quand il se complique d'accidens généraux, soit que ceux-ci tiennent à la cause interne qui l'a produit, soit qu'ils deviennent la conséquence de l'érysipèle lui-même. Ces accidens se rapportent surtout aux entrailles. Ordinairement la langue est limoneuse, survient une chaleur âcre, sans sueur; puis la diarrhée, l'affaiblissement et la mort: on remarque tous les symptômes des fièvres adynamiques ou ataxiques.

Si le malade ne doit pas succomber, toute la gravité des accidens de complication disparaît à mesure que l'inflammation s'éteint. Cependant, il ne serait pas exact d'établir un rapport constant entre celle-ci et la cause interne qui est ordinairement plus grave, à moins que l'inflammation n'ait envahi une très grande surface du corps et n'occasionne ainsi une réaction violente. Quelquefois aussi le trouble des viscères n'est point aussi marqué que l'inflammation paraît intense, et alors il est seulement à craindre que celle-ci n'amène d'autres accidens qui les compromettraient davantage.

Sous le point de vue de l'inflammation visible, l'érysipèle est plus ou moins grave, selon la région qu'il occupe: à la tête et au crâne, il est surtout redoutable, parce qu'il siége dans des couches de tissus assez minces qui le laissent pénétrer dans d'autres couches recouvrant des viscères importans. Cependant, quand il n'est point occasionné par quelque lésion qui puisse intéresser les parties intérieures, et qu'il n'est point accompagné d'accidens du côté des viscères, il est rarement mortel, même à la tête. La terminaison, heureuse ou non, semble plutôt dépendre de la constitution individuelle et des circonstances de température, de temps et de lieu. A la tête, il est certain que l'érysipèle est moins fréquemment vague que dans les autres régions, quoique ce ne soit pas un fait rare de l'y voir prendre ce caractère, mais ne l'ayant pas d'habitude, cela le rend un peu moins grave, parce que la durée s'en prolonge moins, n'est guère que de cinq à dix jours, et que, par conséquent, les accidens de réaction sont moins à craindre et moins communs.

Aux membres, pourvu que l'on ait bien affaire à l'érysipèle proprement dit, il est peu grave, à moins qu'il n'en ait envahi toute la surface; parce que là on n'a pas à craindre le voisinage des viscères, circonstance qui peut effrayer davantage quand il occupe les muscles du thorax et l'abdomen.

Somme toute, l'érysipèle proprement dit n'amène pas la mort, il se termine par résolution; et c'est ici qu'il faut bien distinguer: on dit qu'il se termine par résolution, par métastase, par suppuration, par gangrène, et par la mort. C'est une erreur évidente résultant de la confusion qu'on a faite. Le véritable érysipèle simple n'admet que le premier mode de terminaison; tous les autres dépendent non pas de lui, mais de ses complications ou des accidens qui l'ont produit; car il est bien certain qu'après un long temps, ou sous l'influence d'une réaction violente, l'érysipèle phlegmoneux peut se transformer en phlegmon diffus, amener par suite un abcès, devenir phlébite ou angéioleucite, occasionner l'inflammation de quelques viscères, etc. En un mot, l'érysipèle proprement dit, traité trop tard ou à faux, peut provoquer tous ces accidens; mais ils n'en sont pas pour cela la conséquence, la terminaison naturelles. Ce sont des circonstances particulières de température, de lieu, des conditions de constitutions individuelles qui les amènent ou y prédisposent, comme, par exemple, quand la gangrène survient plus rapidement et plus souvent chez les vieillards, chez les sujets épuisés par les fatigues et les privations, chez les individus lymphatiques affaiblis par les souffrances, ou depuis long-temps malades et languissans; mais encore une fois, la terminaison ordinaire de l'érysipèle proprement dit, c'est la résolution, et l'on pourrait, à la rigueur, dire qu'il ne se termine jamais autrement, en ne considérant que lui; car, même en présence du plus fâcheux résultat, il est luimême éteint, anéanti, et si l'on succombe, ce n'est qu'aux suites des troubles fonctionnels qui l'accompagnent et qu'il n'a souvent pas amenés.

Cette résolution ordinaire de l'érysipèle simple a cela de remarquable que la peau se plissant s'amincit, prend une teinte jaunâtre en perdant sa couleur rouge, s'affaisse et tombe par la desquammation des vésicules.

De tout ce que nous venons d'indiquer relativement au pronostic, il faut donc conclure que l'érysipèle proprement dit n'offre rien de sûr à préciser; tout est vague, à cause

de sa marche incertaine et à cause de l'irrégularité des accidens qui peuvent l'accompagner et modifier complètement la gravité qu'il comporte lui-même; mais c'est un vague duquel il ne faut pas se défendre : mieux vaut conserver cette incertitude qui est en quelque sorte un caractère de cette maladie, que de vouloir chercher du positif qui n'offrirait rien d'exact.

C'est ce qu'on aurait dû faire encore quand on a essayé inutilement, selon nous, de déterminer le genre de tissus qui est le siége primitif de l'érysipèle. Il y a trente ans, on se bornait à dire simplement et raisonnablement que cette affection était une phlegmasie de la peau : mais cela n'a plus suffi bientôt aux investigateurs scientifiques. On s'est demandé dans quel point précis de tous les tissus qui concourent à former la peau, ou plutôt qui s'étalent dans son propre tissu, cette maladie prenait naissance; alors on a songé particulièrement aux vaisseaux. Pour commencer, l'on a eu l'idée d'assigner d'abord comme point de départ à l'inflammation les ramifications des trois genres de vaisseaux; mais plus tard il a fallu faire des distinctions plus subtiles, et l'on s'est avisé de voir l'inflammation siégeant non pas dans les trois genres de vaisseaux à la fois, ceci n'était pas assez obscur déjà, mais dans un genre spécialement. Seulement, à égale perspicacité, on a eu un point de vue différent; ainsi, pour ceux-ci un genre de vaisseaux, pour ceux-là un autre.

Il faut en vérité être convaincu de tout le mérite scientifique dont jouissent les hommes qui se sont occupés de ces futilités, pour prendre au sérieux des opinions qui ne supporteraient pas la discussion, qui seraient d'ailleurs impossibles à prouver et surtout à démontrer; leur meilleur argument est de dire qu'il n'y a pas d'autre raison plus satisfaisante; mais combien de phénomènes, combien de maladies restent incomprises, sans explication, sans qu'on soit forcé pour cela d'admettre des interprétations basées sur des illusions et des erreurs.

Ainsi, à ceux qui veulent que l'inflammation parte des capillaires veineux, on demande s'il leur est possible de distinguer cette espèce de capillaires des autres ramifications vasculaires, dans une couche homogène de tissus où siége l'érysipèle; c'est en vain qu'ils disent qu'on a trouvé du pus dans les veines venant du foyer inflammatoire. Qu'est-ce que cela prouve? Ou bien qu'ils prennent pour un érysipèle simple la phlébite, l'angéioleucite ou le phlegmon diffus; ou bien que l'une ou l'autre de ces différentes phlegmasies a succédé comme complication à un érysipèle proprement dit qui a suppuré, s'est abcédé et transformé en phlegmon diffus ou en phlébite externe.

Auprès de ceux qui voient l'érysipèle naître dans les capillaires artériels, on s'informe également du moyen de reconnaître ce point spécial des ramifications artérielles distinctement séparé des radicules veineux; et on leur donne encore la même explication pour ce qu'ils trouvent.

Enfin, aux partisans plus nombreux de l'opinion qui place l'inflammation dans les ramifications des vaisseaux lymphatiques, il est tout aussi facile de démontrer leur erreur; elle vient de ce qu'ils n'ont pas voulu distinguer l'érysipèle de l'angeioleucite, et la preuve, c'est que dans toutes leurs descriptions des symptômes de ce qu'ils appellent érysipèle proprement dit, on trouve tous les phénomènes caractéristiques de l'angéioleucite. C'est ainsi que particulièrement ils appuient sur l'existence des ganglions engorgés qu'ils regardent, eux, comme un prodrôme de l'érysipèle proprement dit, tandis qu'au contraire il est constant que celui-ci ayant débuté d'abord comme érysipèle simple, n'est pas accompagné de l'engorgement des ganglions; mais celui-ci peut venir ensuite comme complication, comme accident consécutif; c'est alors une angéioleucite qui se déclare, mais en dehors de l'érysipèle qui existe déjà depuis plus ou moins long-temps et qui a pu rester caché et être méconnu dans quelques cas, comme nous l'avons expliqué d'autre part.

Ils disent encore que l'érysipèle simple se montre sous forme de plaques, de noyaux, qu'il amène la formation d'abcès, etc.; ne sont-ce pas là tous les caractères propres à l'angéioleucite? tandis que l'érysipèle proprement dit ne les comporte aucunement, toutes les fois qu'il existe seul et de sa nature spéciale. Il est indubitable, comme nous l'avons déjà dit, que tous ces phénomènes puissent l'accompagner, mais c'est qu'alors l'érysipèle simple s'est transformé en angéioleucite ou en phlegmon diffus; c'est qu'il s'est compliqué d'accidens qui ne sont point sa conséquence essentielle, qui sont tout-à-fait en dehors de sa terminaison naturelle, car, dans aucun cas, il n'y a d'abcès par suite d'érysipèle proprement dit, et, s'il n'y en a pas, c'est parce qu'il est simple; s'il en survient, c'est qu'il est compliqué.

De tout ceci nous concluons que quand même cela serait, il est impossible de démontrer que l'érysipèle a son point de départ dans l'inflammation des capillaires de tel ou tel genre de vaisseaux. Bien loin de là, nous expliquons comment il peut se compliquer de l'altération des uns ou des autres de ces vaisseaux qui deviennent malades par accident consécutif; ce qui n'empêche pas qu'on ne doive conserver à la phlegmasie première ses phénomènes, ses caractères et son nom distinctement séparés. De ce qu'une fièvre typhoïde se complique de pneumonie ou de pleurésie, elle n'en reste pas moins fièvre typhoïde et maladie primitive.

Cela dit, nous restons dans notre définition : l'érysipèle proprement dit est une phlegmasie de la peau, remarquable par les caractères particuliers que nous lui avons assignés d'autre part, qui peut se compliquer de l'inflammation des tissus sous-cutanés, mais qui n'entraîne pas nécessairement cette inflammation, ni la série d'accidens qui en est la conséquence.

Rien n'est plus essentiel, à notre avis, que de comprendre ainsi la maladie dont nous parlons; car, l'envisager autrement, et comme on le fait trop généralement, c'est vouloir rester dans une route obscure et mauvaise; et ceci a pour conséquence fâcheuse de ramener toujours à une confusion dangereuse là où il faudrait établir des distinctions si importantes, et de faire que, ne voyant nulle part d'érysipèle proprement dit, on applique un traitement qui alors peut réussir une fois, mais doit manquer dans tous les cas.

Cette question du traitement, que nous croyons spécialement utile contre l'érysipèle simple, nous reste encore à traiter; ce sera le sujet d'un prochain article.

Lettre sur une nouvelle espèce de torticolis, adressée à l'Académie des Siences le 14 septembre 1840, par M. le docteur Bouvier, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

Dans la dernière séance de l'Académie des Sciences, M. le docteur Bouvier a adressé la lettre suivante :

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie le résumé des faits principaux contenus dans un mémoire dont je m'occupe, et qui a pour objet de faire connaître une maladie non décrite de la région cervicale du rachis, constituant une nouvelle espèce de *torticolis*. La fréquence de cette affection, l'oubli dans lequel elle a été laissée, les erreurs auxquelles elle donne lieu, sa guérison facile, quand son existence est reconnue dès le principe, et le cachet d'incurabilité qui lui est imprimé par le temps, m'ont fait penser qu'il serait utile d'en présenter dès ce moment les traits principaux.

Cette affection diffère tout à la fois du torticolis musculaire aigu, de la contracture du sterno-cléido-mastoïdien ou torticolis musculaire ancien, et de la luxation spontanée de l'atlas et de l'axis; trois états avec lesquels on l'a confondu jusqu'ici. Elle a son siége dans les articulations des premières vertèbres cervicales, et peut être désignée sous le nom de *torticolis articulaire.*

Ses caractères essentiels sont :

1° Une position de la tête et du cou semblable à celle que produit la contraction de l'un des sterno cléido-mastoïdiens, savoir : la flexion latérale à droite ou à gauche et la rotation portant la face du côté opposé;

2° Une douleur qui se fait sentir vers le haut et sur les côtés de la nuque, parfois aussi à la partie supérieure et latérale du crâne, soit spontanément, soit dans les mouvemens du cou, et plutôt dans ceux qui portent la tête dans une attitude opposée;

3° Le relâchement complet du sterno-cléido mastoïdien correspondant au côté affecté et une égale tension des autres muscles du cou à droite et à gauche;

4° La raideur et la gêne de tous les mouvemens du cou ou de quelques-uns de ces mouvemens, malgré la conservation des rapports articulaires des vertèbres cervicales et l'intégrité des muscles;

5° L'absence de gonflement extérieur, de sensibilité à la pression exercée sur les parties molles du cou;

6° L'atrophie ou arrêt de développement du côté de la face qui répond à l'inclinaison de la tête, quand celle-ci a duré un certain temps.

Cette maladie présente deux états successifs ou périodes : l'état aigu et l'état chronique.

A l'état aigu, les douleurs sont plus intenses et reviennent souvent par accès; les mouvemens sont plus gênés. La tête se dévie graduellement dans cette période; son inclinaison augmente au moment des accès.

La cessation ou la diminution des douleurs, une position plus fixe de la tête, la facilité des mouvemens qui s'exécutent dans le sens de la déviation, la possibilité de redresser le cou sans exciter une vive souffrance, caractérisent l'état chronique.

L'état aigu a quelque rapport avec le torticolis musculaire aigu; il s'en distingue par le siége de la douleur, qui n'est point excitée, comme dans le rhumatisme musculaire, par les moindres contractions ou par la pression des muscles affectés.

L'état chronique peut être pris pour l'effet d'une contracture ancienne du sterno-cléido-mastoïdien; mais il en diffère en ce que la saillie de ce muscle, au lieu d'être plus apparente, se trouve complètement effacée; en ce que, loin d'offrir, comme dans la contracture, une résistance et une tension considérables, il se soulève et se tend à peine dans les efforts de redressement.

On ne confondra pas non plus le torticolis articulaire chronique avec la contracture des autres muscles du cou, puisque, dans l'affection qui nous occupe, ces muscles ne se montrent pas plus que le sterno-mastoïdien, saillans, tendus ou résistans.

Enfin la nécrose, la carie, les tubercules des premières vertèbres cervicales, que l'on réunit sous le nom de *luxation spontanée* de ces vertèbres, donnent rarement à la tête la pose du torticolis; et quand cela arrive, l'immobilité presque complète du cou, l'intensité et la nature des douleurs qui caractérisent cette maladie, les symptômes de paralysie, les suppurations qui en sont la suite, la séparent d'une manière bien tranchée du torticolis articulaire, aigu ou chronique.

Les articulations latérales droites ou gauches des premières vertèbres cervicales, et surtout de l'atlas avec l'axis, sont le point de départ et pour ainsi dire le foyer du torticolis articulaire, qui consiste dans une forme spéciale d'inflammation de la capsule synoviale et des tissus fibreux de ces articulations.

Souvent produite par l'impression du froid sur le cou, quelquefois par une brusque distension des ligamens, cette sorte d'arthrite détermine l'inclinaison et la rotation de la tête en vertu d'une loi commune à toutes les maladies articulaires, et par un mécanisme analogue à celui qui opère l'inclinaison du bassin sur la cuisse dans la coxalgie, maladie qui offre plus d'un trait de ressemblance avec celle dont il est ici question.

Pour éviter la douleur et le tiraillement des parties affectées, le malade est entraîné à fléchir la tête du côté lésé et à tourner la face du côté opposé; les ligamens s'accommodent à cette position du cou, qui se maintient presque par le seul poids de la tête, aidé d'une faible contraction musculaire; l'action des muscles, sollicitée par la douleur, ramène d'ailleurs la tête à cette position, lorsqu'elle en est écartée, et tend sans cesse à accroître la déviation.

Si l'affection articulaire se dissipe sans laisser de trace, la torsion du cou s'efface d'elle-même, et la difformité disparaît avec sa cause.

Mais il est bien plus fréquent de voir succéder à la maladie aiguë cet état de raideur des jointures, d'endolorissement obscur et d'engorgement des ligamens, qui constitue l'affection chronique. La difformité subsiste alors et devient d'autant plus choquante, qu'il s'y ajoute cette inégalité des deux côtés de la face, même de sa charpente osseuse, signalée par tous les observateurs comme l'effet inévitable du torticolis ancien.

Il peut encore se faire que la maladie gagne à la longue les cartilages et les os; ce n'est plus alors un torticolis; c'est une carie ou une nécrose avec toutes ses chances funestes. L'ankylose, avec une difformité permanente, est alors la terminaison la plus heureuse que l'on puisse espérer.

Ce peu de mots me suffira pour poser les indications à remplir dans le torticolis articulaire.

On combattra l'état aigu à l'aide de la chaleur, des applications émollientes, des bains, des fumigations de même nature, des calmans de toute espèce, rarement par les émissions sanguines, quelquefois par les révulsifs.

Des moyens analogues ou plus actifs conviennent dans l'état chronique. Mais ici la difformité, qui n'avait d'abord qu'une importance secondaire, réclame avant tout l'attention du médecin; car, s'il la néglige, les suites de la lésion articulaire la feront persister indéfiniment, même lorsque sa cause sembtera avoir disparu. C'est par des moyens mécaniques que l'on doit s'attacher à détruire la torsion du cou, et sous ce rapport surtout, il importe de bien distinguer ce genre de difformités de celles qui sont dues à des muscles raccourcis, et dont la *myotomie* est le remède par excellence; remède nul et intempestif dans cette nouvelle espèce de torticolis. Je ferai connaître dans mon mémoire les procédés qui m'ont le mieux réussi pour atteindre ce but, et les résultats tout à fait satisfaisans que m'a procurés ce mode de traitement.

Dr Bouvier.

— Le reste de la séance a été consacré à des objets étrangers à la médecine.

— On assure que M. Raspail est parti pour Tulle, et qu'il est question d'une nouvelle expertise dans l'affaire Lafarge.

— M. Guersant, membre de l'Académie royale de médecine, vient d'être nommé médecin consultant du roi.

— Le congrès scientifique a lieu cette année à Besançon. La huitième session s'y est ouverte le premier septembre, sous la présidence de M. Tourangin, préfet du Doubs. La section de médecine a pour président M. Mayor, de Lausanne, et pour secrétaire M. le docteur Bulloz, professeur à l'Ecole secondaire de Besançon.

Errata. — Quelques fautes d'impression graves, dues la pl[illegible] part au peu de netteté du manuscrit, se sont glissées dans l'e[illegible] posé du compte-rendu de la Société médicale du Temple.

A la 9e ligne de la 2e colonne, on lit inoffensifs, lisez *inatte[illegible] tifs*; à la 29e ligne de la 2e colonne, on lit couteau, lisez *cautè[illegible]* M. Brion, lisez *Bréon*; M. Thomassin, lisez *Bonnassite*; [illegible] frères Bollet, lisez les frères *Ballet*; M Goirac, lisez *Toira[illegible]* M. Namaugé, lisez *Ramaugé*. A la 63e ligne, 4e colonne, au li[illegible] de chimosis, lisez *phimosis*; à la 76e ligne, 4e colonne, au li[illegible] de hydrocéphale, lisez *hydrocéphalie*. A la dernière ligne [illegible] compte-rendu, au lieu de la séance, lisez *des séances*.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

MARDI 22 SEPTEMBRE 1840. (15e ANNÉE.) N° 112, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. ROCHOUX.

Apoplexie dans les lobes antérieur et moyen droit du cerveau. Persistance de la parole. Observation recueillie par M. Emile Perrot, élève des hôpitaux de Paris.

Piat Antoine, âgé de quatre-vingts ans, habitué à l'ivrognerie, tomba tout-à-coup sans connaissance le 6 juin, en sortant du cabaret et n'ayant guère bu qu'un demi-litre de vin. Il présenta alors les symptômes suivans : résolution générale des membres, respiration stertoreuse, extrémités froides, pouls petit, à peine sensible, déjections alvines très copieuses, involontaires.

Transporté à l'infirmerie dans un état qu'on prit pour de l'ivresse, et qui en effet y ressemblait beaucoup, il passa la nuit entière dans un profond assoupissement.

Le 7, à la visite, il paraissait entendre un peu, mais on ne put en tirer aucune réponse ; il avait le haut de la face autour des yeux fortement contus par suite de la chute qu'il avait faite au moment de son attaque. Le croyant encore sous l'influence du vin, M. Rochoux se borna à prescrire une simple tisane d'orge et la diète.

Le 8, à la visite, l'état général était à peu près le même; seulement, à force de questions, il finit par répondre qu'il allait un peu mieux.

Le 9, même état. Il parle encore à la visite. Le malade est très affaibli ; le coma est plus profond dans la journée; mort dans la soirée.

Autopsie 24 heures après la mort.

Les vaisseaux du péricrâne et ceux des membranes du cerveau sont gorgés de sang. Immédiatement sous la pie-mère, à la réunion du lobe moyen avec le lobe antérieur de l'hémisphère gauche du cerveau, se trouve un caillot de sang arrondi, aplati, s'amincissant vers les bords, du poids d'environ 45 grammes, enveloppé de toute part par la substance cérébrale, excepté au centre, où, dans la surface d'une pièce de 20 sous, la substance corticale irrégulièrement éraillée, laissait ce sang en contact avec la pie-mère. Tout ce qui formait le foyer présentait un type de ramollissement hémorrhagipare couleur serin du tissu cérébral, rareté, pointillé, plus gros caillots, et enfin lambeaux flottans. A plusieurs lignes de distance du foyer existaient des masses grosses comme le pouce, de ramollissement hémorrhagipare, sans épanchement de sang. A l'extrémité antérieure des lobes antérieurs droit et gauche, se trouvait un foyer disposé comme celui qui vient d'être décrit ; seulement chacun de ces foyers était beaucoup moins considérable, et le sang en caillots noirs qu'ils contenaient à peine de 24 grammes du côté droit et de 16 grammes du côté gauche.

Rien de remarquable dans les autres cavités.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion émise par M. Rochoux dans ce journal, savoir que l'organe de la parole n'avait pas son siége dans les lobes antérieurs du cerveau.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT FILS.

REVUE CLINIQUE.

Calcul vésical, taille bilatérale. Hémorrhagie consécutive arrêtée au moyen de la compression directe avec l'agaric.

Au n° 22 de la salle Saint-Côme est couché un petit enfant de trois à quatre ans, d'une bonne constitution, mais d'une indocilité remarquable. Depuis près d'un an, il accuse des symptômes qui ont fait soupçonner l'existence d'un calcul urinaire, tels que le chatouillement de la verge, qu'il tiraille fréquemment, des envies fréquentes d'uriner, etc.

Depuis son admission dans le service, on est parvenu trois fois, tant M. Guersant que M. Malespine, interne de service, malgré l'indocilité du malade, à constater par le cathétérisme la présence du calcul dans la vessie. Un premier fait, d'ailleurs, qui fait présumer chez lui l'existence de la pierre, c'est le volume disproportionnel de la verge, dont les dimensions ne sont pas en rapport avec l'âge.

Ce cas ne nous paraît pas favorable, dit M. Guersant, pour avoir recours à la lithotritie ; cette opération nous paraît devoir être éloignée, surtout à cause de l'indocilité du malade. Nous pratiquerons chez lui la taille bilatérale, car elle réunit l'avantage de fournir une incision plus large que la taille simplement latéralisée, et en outre elle expose moins à la lésion de l'artère honteuse interne.

Quel degré d'écartement donnerons-nous au lithotome double ? Les lames de cet instrument sont très flexibles et l'on obtient toujours une incision plus petite qu'elle ne paraît devoir l'être tout d'abord. Nous donnerons donc au lithotome un écartement de 15 lignes, et si l'incision qui en résultera n'était pas suffisante pour permettre la sortie du calcul, il nous serait alors facile de transformer la taille en quadrilatérale, en multipliant les incisions au moyen d'un bistouri concave boutonné.

— Ce petit malade a été opéré le 3 septembre, immédiatement après la leçon. Voici de quelle manière M. Guersant a rendu compte de l'opération et des accidens qui l'ont suivie, dans la séance du 10 septembre.

Le cathétérisme a été très facile, et nous avons pu de nouveau nous assurer de l'existence du calcul ; mais il a été fort difficile de le maintenir. Il a fallu saisir le moment favorable pour faire l'incision, au milieu des mouvemens exécutés par l'enfant. Nonobstant cela, nous sommes arrivés promptement sur le cathéter ; le lithotome double a alors été introduit, et l'incision a été suffisamment étendue pour permettre le passage du calcul. Mais le temps le plus long et le plus difficile de l'opération a consisté à charger le calcul, qui nous a échappé plusieurs fois des tenettes. Ce calcul présentait le volume d'une aveline.

Le sang, qui est parti en grande quantité après l'incision de la peau, a continué à s'écouler abondamment pendant l'opération et après, au point qu'il a fallu s'occuper sérieusement de l'arrêter. Les lotions froides n'ont pas agi avec assez d'efficacité ; alors nous avons introduit une sonde en gomme élastique dans l'urètre, et ensuite nous avons comprimé la plaie avec de l'amadou ; nous avons secondé les effets de ce tamponnement par des lotions froides d'eau vinaigrée. L'hémorrhagie a bientôt cessé par l'application d'une vessie remplie de glace.

Le lendemain nous avons débarrassé le petit malade de cette sorte de tamponnement. L'état général était assez bon, il n'y avait que très peu de réaction ; de sorte que nous avons cru devoir nous abstenir de toute sorte de médication active.

Une circonstance qui nous a donné un instant d'inquiétude, c'est l'apparition et la disparition subite d'une éruption de forme scarlatineuse, que nous avons vainement tenté de rappeler par l'application de cataplasmes irritans sur les membres inférieurs. Au demeurant, il n'est survenu aucun phénomène que l'on pût attribuer à la répercussion de cette éruption, et la guérison de ce petit malade peut être considérée comme assurée aujourd'hui.

Calcul vésical. Lithotritie. Pleuro-pneumonie intercurrente. (V. le n° du 22 août.)

Le malade couché au n° 27 de la salle Saint-Côme, qui était en voie de guérison, malgré ses deux boutonnières et les séances laborieuses de broiement auxquelles il avait été soumis, lorsqu'il a été pris d'accidens thoraciques graves.

Avant d'aller plus loin, nous devons appeler votre attention sur un fait réellement digne de remarque ; savoir, la prompte cicatrisation des fistules urinaires, une scrotale et l'autre pénienne, résultant des deux boutonnières que nous avons été forcé de pratiquer, fistules qui sont presque complètement cicatrisées aujourd'hui ; et cela sans le secours de l'emploi de la sonde à demeure dans l'urètre. Ce fait témoigne assurément de la puissance de la force réparatrice chez les enfans. Il ne faudrait pas, en effet, se flatter d'obtenir un résultat aussi favorable chez les adultes.

Il y a donc, disons-nous, sept à huit jours que cet enfant, qui était alors dans les meilleures conditions possibles, s'est exposé au froid, à la suite de quoi il a été pris de frisson, auquel a succédé bientôt un point de côté, de la toux et de la difficulté de respirer. L'auscultation a fait reconnaître l'existence de râles dans la poitrine. Une saignée générale a été pratiquée immédiatement, et le lendemain un vésicatoire a été appliqué. Nous n'avons pas voulu revenir à la saignée chez cet enfant de la campagne, déjà affaibli par son séjour à l'hôpital.

D'ailleurs, l'amélioration était très marquée dès le lendemain, et le surlendemain il était très bien, au point de nous demander à manger.

Dans cet état de choses, le petit malade s'est de nouveau exposé au froid, et aujourd'hui il existe de nouveau un point pleurétique ; la respiration cependant s'entend mieux qu'hier, mais l'appétit est peu développé, et nous avons cru constater un peu d'égophonie.

Néanmoins, la toux a cessé, la réaction générale est presque nulle, et nous avons tout lieu de croire que ce petit malade sortira prochainement guéri de sa pleuro-pneumonie et entièrement débarrassé de son calcul.

Amputation de la cuisse par suite d'une tumeur blanche du genou. (V. le n° du 22 août.)

Le membre du petit malade auquel nous avons pratiqué l'amputation de la cuisse le 20 du mois d'août dernier, est aujourd'hui dans un parfait état. La réunion par première intention a partout réussi, sur un seul petit point point excepté, qui reste encore fistuleux. L'état général, cependant, ne se modifie que lentement ; cet enfant est toujours pâle comme les sujets anémiques ; et, de plus, il vient de se déclarer chez lui une ophthalmie scrofuleuse légère. Nous vous en entretenons principalement à cause de son amputation, dont le résultat, comme vous voyez, a été promptement heureux, malgré sa mauvaise constitution.

Double cataracte congéniale. Abaissement. (V. le n° du 22 août.)

Nous sommes toujours dans le même état d'incertitude à l'égard du résultat fourni par la double opération de cataracte par abaissement que nous avons pratiquée chez le petit malade couché au n° 31 de la salle Saint-Côme. Nous ne reviendrons pas sur l'opération, qui n'a pas manqué de présenter quelques difficultés, vu la grande indocilité du sujet : nous rappellerons seulement que l'iris n'a été blessé ni d'un côté, ni de l'autre, et que, partant, il n'y a point eu d'hémorrhagie subite dans la chambre antérieure.

Le petit malade persiste toujours à ne point vouloir ouvrir ses yeux ; mais lorsqu'on le guette et qu'on le surprend, on aperçoit qu'il entr'ouvre l'œil gauche ; il n'en est pas ainsi du droit. L'œil gauche n'est point enflammé, ainsi que nous l'avons toujours pensé : dans cet œil, la cornée présente sa transparence, la conjonctive n'est point injectée, le champ de la pupille est net dans les trois quarts de son étendue ; l'autre quart est masqué par quelques flocons qui sont des débris de la membrane cristalline, qui probablement finiront par disparaître.

Pour ce qui concerne l'œil droit, nous rappellerons que les paupières en ont été gonflées, et que dans l'impossibilité où nous étions d'explorer directement le globe oculaire, cette seule circonstance nous a engagé à mettre en usage une médication antiphlogistique préventive, ayant principalement consisté dans l'emploi de deux saignées générales, de vésicatoires et de dérivatifs sur le tube intestinal ; plus tard il nous a été possible d'entrevoir un instant l'état de l'œil, et alors nous avons aperçu qu'il existe un peu de conjonctivite, et que la cornée, sans être totalement opaque, est terne néanmoins.

Il ne nous reste pas de grandes choses à faire chez ce petit malade, si ce n'est d'entretenir le vésicatoire et de soustraire ses yeux à l'action de la lumière ; pour le reste, on lui fera prendre de l'exercice, et on lui donnera une bonne nourriture. Plus tard, nous vous ferons connaître le résultat définitif de cette opération, et nous cesserons pour le moment de vous entretenir de ce malade.

Staphylome de la cornée opéré par excision.

La petite malade couchée au n° 1 de la salle Sainte-Thérèse, a été traitée dans l'hôpital pour une ophthalmie scrofuleuse. Il n'est point douteux qu'elle n'ait reçu de la part de la médecine tous les soins que son état pouvait réclamer : mais il existe dans l'établissement une salle particulièrement affectée au traitement des malades atteints de cette maladie, et cette salle est humide, mal aérée, malsaine en un mot, parce que l'administration la laisse dans un coupable abandon : circonstance qu'il faut nécessairement invoquer pour expliquer les fréquens accidens qui surviennent chez les petits malades qui y sont logés, et le peu de succès qu'obtiennent les efforts éclairés que font les personnes préposées au traitement de leurs maladies.

Chez cette petite fille la conjonctivite a cédé, mais la phlogose de la cornée s'est terminée par un staphylome. Vous savez que les principaux inconvéniens qui résultent de cette dégénérescence de la cornée, sont d'empêcher le rapprochement des paupières, et en maintenant l'œil continuellement ouvert, de l'exposer à l'action continuelle de la lumière, des corps étrangers ; d'où résultent de fréquentes inflammations. Aussi nous sommes-nous déterminé à pratiquer l'excision de ce staphylome ; opération que vous nous avez vu pratiquer jeudi dernier, et qui n'a entraîné l'issue que d'une partie de l'humeur aqueuse.

L'opération n'a été suivie d'aucun phénomène inflammatoire ; cinq jours après, nous avons pratiqué la cautérisation de la plaie avec la pierre infernale, et nous la renouvellerons aujourd'hui. Tout fait espérer que nous obtiendrons ici le résultat désiré.

Double pied-équin accidentel. Section successive des deux tendons d'Achille. (V. le n° du 22 août.)

Il y a quatre semaines que nous avons pratiqué la section du tendon d'Achille du côté gauche, chez le malade couché au n° 18 de la salle Saint-Côme, âgé de douze ans, affecté d'un double pied-équin, sans varus, occasionné par une brûlure. L'opération a été retardée du côté droit parce que l'ulcère résultant de la brûlure n'était pas tout-à-fait cicatrisé.

Le résultat de cette première opération a été favorable. Le pied a été ramené promptement à angle droit au moyen de notre appareil simple, et aujourd'hui nous avons fait

l'application d'un appareil inamovible, pour consolider le résultat obtenu.

La section du tendon d'Achille du côté droit a été pratiquée il y a huit jours; le pied n'a pas tardé à être ramené à angle droit, et les choses se sont bien passées d'abord; mais le bandage ayant été trop serré, il est survenu de la sensibilité au talon et au-devant de l'articulation du coude-pied, circonstance qui nous a forcé de suspendre momentanément le traitement.

Au demeurant, nous comptons le reprendre bientôt, et nous avons tout lieu de croire que nous arriverons ici par l'emploi de notre appareil simple, sans avoir besoin de recourir à la machine.

Double pied-bot. Section des tendons d'Achille. (*V.* le n° du 22 août)

Nous ne dirons qu'un mot de la malade couchée au n. 9 de la salle Sainte-Thérèse, chez laquelle nous avons successivement pratiqué la section des tendons d'Achille. Le pied gauche va bien.

Chez cette malade également, nous nous flattions de faire cesser la difformité, par l'emploi de notre appareil simple, mais il n'en a pas été ainsi. Cet appareil a exercé une action favorable évidente sur l'équin, mais le varus n'a pu être ramené. Aussi, depuis huit jours, nous avons soumis le pied droit à l'action de la bottine, qui agit simultanément sur l'extension du pied et sur son renversement en dehors. Depuis, nous avons beaucoup gagné, et quoique nous ayons encore eu tout d'abord la formation de quelques phlyctènes, cette complication a promptement cessé et nous avons pu reprendre l'emploi de la bottine.

Nouvelle opération de la taille. Opération d'un bec-de-lièvre congénital simple.

Jeudi prochain nous pratiquerons en votre présence deux opérations intéressantes chez deux enfans, opérations que nous renvoyons à jeudi, parce que nos deux petits malades ne sont point encore acclimatés à l'hôpital.

Nous pratiquerons la taille chez un garçon de onze ans, couché à la salle Saint-Côme; cet enfant est bien constitué et fort pour son âge. Le cathétérisme nous a fait reconnaître l'existence de la pierre dans la vessie. Chez cet enfant également, le premier phénomène capable de faire soupçonner l'existence du calcul urinaire, c'est le volume disproportionné de la verge.

Ce petit malade est très indocile, première circonstance qui nous engage à éloigner l'emploi de la lithotritie; d'ailleurs nous n'avons pas à nous louer des résultats obtenus chez le malade dont nous venons de vous entretenir il n'y a qu'un instant, et, sans énumérer ici toutes les péripéties par lesquelles nous sommes passé dans le cours de son traitement, nous vous rappellerons seulement que plusieurs graviers se sont arrêtés dans l'urètre, et que deux fois il a fallu pratiquer l'opération de la boutonnière. Nous ne reproduirons pas ici nos idées sur la cause manifeste de l'arrêt des graviers dans l'urètre chez les enfans, à la suite du broiement des calculs. Nous nous bornerons à vous dire que c'est cette même cause qui nous engage à donner, dans ce cas, la préférence à la taille bi-latérale.

Cela ne veut pas dire que nous vouhons à jamais priver les enfans des bienfaits de la lithotritie; loin de là, nous saisirons avec empressement tous les cas qui nous paraîtront la réclamer, et de ce nombre seront principalement pour nous ceux où le malade sera âgé au moins de onze à douze ans, qu'il sera docile et qu'en outre le calcul sera peu volumineux.

La petite fille chez laquelle nous pratiquerons l'opération du bec-de-lièvre est âgée de quatre ans. Dans la prochaine séance nous discuterons quelques-unes des opinions qui ont été émises concernant l'âge le plus favorable pour pratiquer cette opération.

K...

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Hernie crurale étranglée. Opération. Avortement. Péritonite intense. Mort. Examen de l'embryon.

Une jeune femme, atteinte d'une hernie crurale étranglée, est entrée au n° 25 de la salle Saint-Jean. Cette femme était enceinte, les règles avaient fait leur dernière apparition le 22 mai dernier.

Elle présentait au moment de son entrée à la clinique tous les symptômes de l'étranglement herniaire, que nous nous dispenserons d'énumérer ici. Une saignée générale fut pratiquée, et vu la gravité de sa position, on passa outre son état de grossesse, et une *application* de sangsues fut faite sur la tumeur, au risque même de voir l'avortement s'effectuer; en même temps, on secondait les effets des évacuations *sanguines* par des bains entiers et des lavements purgatifs.

Cette médication fut suivie d'une amélioration assez marquée. La souffrante fut beaucoup soulagée; les gardes-robes s'établirent, la tumeur devint moins douloureuse. Alors, dit M. Blandin, nous pûmes nous assurer que nous avions à faire à une hernie constituée uniquement par l'épiploon, car la tumeur devint flasque; elle était mamelonnée et élastique. D'autre part, le balonnement du ventre avait disparu; nécessairement donc, les gaz avaient pu circuler dans l'intestin, et par conséquent il fallait de toute nécessité que le calibre de celui-ci fût libre dans toute sa longueur, et ne fût point compris dans la hernie.

D'ailleurs, les matières fécales avaient été expulsées en abondance, ce qui n'arrive pas dans les cas où l'intestin est contenu dans la hernie. Alors, en effet, les malades rendent tout au plus quelques matières molles et en petite quantité.

Après cette amélioration, sur laquelle nous avions fondé quelqu'espoir de sauver notre malade, celle-ci fut prise d'une perte utérine abondante. Alors l'étranglement redevint de nouveau plus serré; le ballonnement du ventre se reproduisit avec promptitude et acquit bientôt un volume très prononcé. En outre, la peau s'enflamma au niveau de la tumeur, et cette même région devint le siége d'une tuméfaction énorme. Nous eûmes à craindre alors l'infiltration des liquides et des gaz dans le tissu cellulaire sous-cutané. Manifestement, la gangrène s'était emparée des organes herniés, et il devenait urgent de donner issue aux produits auxquels elle avait donné naissance.

L'opération fut pratiquée, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané étaient infiltrés; le fascia superficialis fut incisé, et nous ne tardâmes pas à arriver sur le sac, qui fut ouvert, et qui contenait, avec l'épiploon mortifié, une grande quantité de pus et de sérosité. C'était cet état de l'organe hernié qui avait occasionné l'inflammation extérieure de la hernie, laquelle s'était si promptement terminée par suppuration, à cause de l'état putrilagineux des parties herniées, dont les gaz libres et infiltrés étaient également le résultat.

Après l'ouverture du sac, nous nous sommes borné à séparer les parties frappées par la gangrène, mais nous n'avons pas pratiqué le débridement, bien entendu. Le débridement, en effet, se pratique pour opérer la réduction des organes qui constituent la hernie; et ici, les parties herniées étant gangrenées, il n'y avait point de réduction à opérer. D'ailleurs, quand une hernie épiploïque a été trop serrée et que l'on vient à la réduire, très souvent le sphacèle arrive lorsque l'on a fait rentrer l'épiploon dans la cavité abdominale. Nous nous serions inévitablement exposé à cet ordre de choses, dans le cas qui nous occupe, si, contrairement aux règles d'une saine chirurgie, après l'ouverture du sac, nous avions commis l'erreur de débrider d'abord et de réduire ensuite l'épiploon mortifié.

M. Blandin n'a eu qu'à se féliciter d'avoir agi ainsi. Sa malade, en effet, qui avait été opérée le dimanche 9 août, au matin, se maintint dans un état très satisfaisant toute la journée, la nuit et une partie du lundi; mais alors elle commença à être menacée par quelques symptômes d'avortement. En effet, celui-ci eut lieu le soir. Malgré cette fâcheuse complication, la malade, à part un peu de rétention des matières fécales, que l'on combattit par un lavement purgatif, continua à aller assez bien le jour suivant. Mais malheureusement il survint une péritonite intense à laquelle elle ne tarda pas à succomber.

Le produit de la conception a été disséqué par M. Blandin, qui a assuré n'en avoir jamais vu d'aussi petit. Il ne lui paraît pas devoir être âgé de plus d'un mois. L'œuf est sorti tout entier bien entendu, enveloppé de caillots sanguins. La membrane caduque présente, à sa surface extérieure, trois prolongements, deux supérieurs correspondant aux orifices des trompes ovariennes, et un inférieur correspondant à l'orifice utérin du col de cet organe. Le feuillet utérin de la membrane caduque primitive (maintenant réfléchie par l'œuf) est incomplet. Une portion est évidemment restée adhérente à la surface interne de l'utérus. Du reste, les deux feuillets de cette membrane sont distincts et isolés, ce qui démontre, selon M. Blandin, que la caduque renfermait encore dans sa cavité un fluide séreux.

On n'a pas aperçu de rudiments placentaires; mais il existe un point de la surface de l'œuf qui évidemment était en contact avec l'utérus, au niveau duquel la membrane caduque n'existe point. Il est probable, dit M. Blandin, que le placenta se serait développé sur ce point; ce chirurgien croit même reconnaître l'existence de quelques rudiments de cet organe. Beaucoup de sang caillé est épanché entre la membrane caduque et le chorion, et entre celui-ci et l'amnios. Les proportions de l'embryon sont celles d'un produit d'un mois environ.

Y...

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE DU SANG.

Procès-verbal de la maladie qui a terminé les jours de madame B..., rédigé et signé par MM. les docteurs A. Thierry, Dubois, A. Nélaton et J.-P. Tessier.

Au mois de janvier de cette année, l'époque critique de madame B... étant arrivée, et sous son influence les évacuations menstruelles ayant cessé de se manifester, une tuméfaction qu'elle portait au sein du côté gauche, prit un caractère nouveau. Cette tumeur devait son origine à un accident que la malade avait éprouvé il y a six ans, à l'âge de quarante-deux ans. Ayant été fortement serrée entre deux plans résistans, et la compression s'étant principalement [illegible]cée sur le sein du côté gauche, il en résulta dans cet [illegible] un engorgement chronique indolent qui, par sa bé[illegible] apparente, n'éveilla pas l'attention sur les dangers [illegible] pouvait devenir la source. Ce fut seulement à da[illegible] la suppression des règles que le volume de la glande [illegible]menta d'une manière sensible et progressive, en même temps qu'elle devint le siége des douleurs qui caractérisent les affections cancéreuses.

Justement alarmé des progrès de l'affection, M. le docteur Dubois confia à M. le docteur A. Thierry le soin de décider le mode opératoire suivant lequel on devait attaquer une aussi redoutable affection. On eut soin d'examiner avec l'attention la plus scrupuleuse l'état des différens viscères, afin de s'assurer que d'autres maladies analogues n'existaient point. On trouva les organes et la matrice dans un état satisfaisant. Nul vestige de cancer ailleurs qu'à la mamelle gauche. L'opération ne pouvait être retardée, à cause de la marche envahissante de la tumeur; quelques jours de retard, les glandes de l'aisselle, du cou, pouvaient se prendre, et la malade était livrée sans ressource à une horrible ulcération.

L'opération fut donc résolue. M. Thierry pratiqua l'ablation de la glande dans tous ses compartimens et ses ramifications, assisté de M. Dubois, médecin de madame B., de M. Thierry père, de MM. les docteurs A. Nélaton et J.-P. Tessier, tous également convaincus de la nécessité et de l'opportunité tant de l'opération, que du mode opératoire. Le succès de cette opération fut complet, la tumeur fut enlevée en totalité et malgré l'énorme étendue de la plaie, les bords de la division furent rapprochés, mis en contact et maintenus de manière à ne présenter qu'une cicatrisation linéaire. Tout semblait promettre un heureux résultat quant aux suites immédiates de l'opération.

La tumeur enlevée fut examinée par M. Thierry et ses confrères; tous purent constater qu'elle était formée par un tissu cancéreux de fort mauvaise nature, et autant on avait été tranquille sur les suites de l'opération en elle-même, autant on dut concevoir d'inquiétudes sur la constitution de madame B... Il était à craindre que déjà son sang n'eût été altéré. Ces craintes ne furent malheureusement que trop fondées. En effet, après une huitaine de jours passés sans fièvre, sans douleur, et dans un état de bien-être complet, la plaie marchant à grands pas vers une complète et régulière cicatrisation, le 25 mars au soir il survint de la difficulté dans la respiration, en même temps que de la douleur dans le côté droit. L'auscultation et la percussion firent constater que les organes contenus dans la poitrine étaient dans un état d'intégrité parfaite. On fit alors, sur la prescription de MM. Dubois et Thierry, une application de 25 sangsues. C'était le 26 au matin. Le soir, la douleur qui avait paru dissipée se reproduisit plus vive dans le flanc; d'ailleurs, point de fièvre; point de frisson, rien qui se lie à l'opération. La plaie continue à faire des progrès vers la guérison.

Le 27 mars au matin, une saignée du bras fut pratiquée; une autre le fut encore dans la soirée du même jour. MM. Thierry et Dubois conçurent alors de grandes inquiétudes. Le sang de la seconde saignée était en effet profondément altéré, diffluent, sans consistance, semblable à du lait caillebotté; le caillot ne se prit point en masse, il se groupa en noyaux sur lesquels la maladie générale avait déjà imprimé son caractère. Ce sang était déjà en voie de transformation cancéreuse. On voit avec quelle rapidité marchait cette redoutable affection. En effet, le sang de la première saignée ne présentait pas les mêmes caractères. C'était par conséquent dans l'espace d'une journée qu'il s'était développé des désordres aussi profonds.

Le 28, la difficulté de la respiration s'accrut, les extrémités se refroidirent, et le 29, à deux heures du matin, sans secousse, sans douleurs, la malade expira.

Le 30 mars, MM. A. Thierry, Dubois, A. Nélaton et J.-P. Tessier se réunirent à l'effet de procéder à l'autopsie du corps de madame B...

Après avoir disposé convenablement le corps de la défunte, enlevé les pièces d'appareil et couvert la tête, on procéda à l'examen des organes, et l'on constata les désordres suivans:

1° Une putréfaction générale, plus avancée que cela ne devrait être, eu égard au temps écoulé depuis la mort et à la température atmosphérique.

2° Une cicatrice linéaire dont le travail extérieur était bien régulier, et qui s'étendait en travers de la partie latérale gauche de la poitrine, à la place qu'occupait primitivement la tumeur.

3° Au dessous de la cicatrice une masse blanchâtre, molle, non encore organisée complètement, mais tachetée de points rougeâtres stellés, indiquant une organisation imminente, et formée par de la matière cancéreuse molle, de nouvelle formation.

4° Dans l'épaisseur du muscle pectoral, une foule de points blancs situés entre les fibres et les faisceaux musculaires, et pénétrant même la cavité de quelques veines, points formés par de la matière cancéreuse nouvelle,

5° Une tuméfaction récente de quelques glandes lymphatiques de l'aisselle, lesquelles présentent une coque de leur substance primitive, placée entre deux plans de substance cancéreuse récente, et infiltrée de sang en voie de transformation cancéreuse.

6° Une grande quantité de noyaux cancéreux de date encore plus récente dans le parenchyme du foie, et formés par du sang extravasé en voie de subir la transformation cancéreuse. La poitrine fut examinée avec soin; elle était dans un état d'intégrité parfaite.

Des faits précédents les soussignés ont conclu:

1° Que madame B... avait succombé à une affection cancéreuse constitutionnelle qui avait porté ses effets sur le sang et plusieurs organes;

2° Que l'opération pratiquée avait réussi à enlever toute la glande malade, mais n'avait pu modifier la constitution et prévenir les terribles effets de la disposition générale.

En foi de quoi ils ont signé ce procès-verbal.

Paris, le 23 avril 1839.

Signé: A. Nélaton, J.-P. Tessier, A. Thierry et Dubois.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 12 de ce mois, dans le compte rendu d'une séance de la Société de médecine pratique, je lis une observation intéressante due à M. Guersant, et dans laquelle on voit que cet habile chirurgien avait cru reconnaître dans la vessie d'un enfant un calcul que l'autopsie ne fit point découvrir. Les faits de ce genre ne sont point rares dans les archives de la science; pour ma part j'en ai recueilli une vingtaine qui sont consignés dans ma thèse (25 juillet 1837, nº 247). L'un de ces faits est relatif à une femme chez laquelle on avait reconnu l'existence d'un calcul vésical : l'autopsie montra que ce corps étranger n'existait pas; l'erreur avait été causée par l'utérus qui, incliné en avant, avait poussé devant lui la paroi postérieure de la vessie, de manière à offrir une saillie à l'intérieur de la poche urinaire.

Dupuytren, Desault, Samuel Cooper, Montagnon, M. Velpeau, etc., ont commis ou signalé de semblables erreurs; dont quelques-unes ont coûté la vie aux malades, en provoquant une opération inutile. Dans d'autres cas on a vu la vessie occupée par des calculs plus ou moins volumineux, que les hommes de l'art n'avaient point diagnostiqué, malgré les recherches les plus minutieuses. Tel fut le cas de Lapeyronie, chez lequel un calcul ne fut point reconnu; cependant les sensations qu'il éprouvait l'avaient tellement convaincu de son existence, qu'il recommanda en mourant qu'on eût soin de s'en assurer : l'autopsie prouva qu'il ne s'était point trompé.

Dans le cas signalé par M. Guersant, il n'est pas douteux que la méprise n'ait été causée par cette tumeur qui avoisinait le rectum, et dont on ne fait point connaître la nature; il est probable qu'elle poussait en avant les parois de la vessie et que son contact médiat avec le bec de la sonde en a imposé à l'opérateur. Mais comment expliquer « cette sensation d'un corps rugueux » que produisait le cathétérisme ?... Il faut nécessairement reconnaître ici, que cette exploration, telle qu'elle est pratiquée, est bien imparfaite, puisqu'elle peut, dans certains cas, produire une semblable illusion.

C'est dans le but d'établir d'une manière plus rigoureuse le diagnostic dans des cas semblables, que j'ai conseillé dans ma thèse et dans la *Gazette des Hôpitaux*, 7 mai 1836, l'emploi du moyen suivant : Il s'agit tout simplement d'une sonde métallique ordinaire dont on ferme l'ouverture avec un peu de liége, et au pavillon de laquelle on adapte la plaque d'ivoire d'un stéthoscope. L'instrument ainsi disposé est introduit dans la vessie, et l'opérateur ausculte en appliquant l'oreille sur la plaque d'ivoire qui termine la sonde, en même temps qu'il imprime à celle-ci différens mouvemens qui ont pour but de mettre la sonde en contact avec le corps étranger. Par ce moyen, s'il existe, il ne peut échapper aux recherches, car le moindre contact est accompagné d'un bruit plus ou moins considérable, et, de plus, on apprécie le volume de ce corps, sa densité, le rugueux ou le poli de sa surface; en un mot, l'oreille de l'observateur, pour peu qu'elle soit habituée à ce genre d'auscultation, devient un *véritable œil* à l'aide duquel il peut apprécier les qualités physiques du corps étranger. L'expérimentation a confirmé les données de la théorie, car des expériences ont été faites à l'hôpital de la Charité, il y a peu de quatre ans, en présence de M. Velpeau et d'un grand nombre de médecins et d'élèves : c'est donc désormais un fait acquis à la science.

Ajoutons que telle est la délicatesse de ce moyen d'exploration, que j'ai pu, ainsi que plusieurs autres médecins, distinguer dans la vessie le bruit produit par l'urine agitée par la sonde, entendre le frôlement de la sonde sur les parois de la vessie, et reconnaître si celles-ci étaient unies ou parsemées de petites colonnes.

Je vous prie, Monsieur et honoré confrère, de vouloir bien publier ces lignes dans l'intérêt des malades et des hommes de l'art.

Agréez, etc.,

Moreau (de Saint-Ludgère), d.-m.-p.

Péricardite. Pneumonie au troisième degré. Traitement antiphlogistique sans résultat. Méthode rasorienne. Guérison. Diphthérite critique. Par le docteur Lambert, à Montigny-sur-Aube.

Depuis quelque temps, je donnais mes soins à madame Marie Leprince, des Loges, près Langres; j'avais toujours remarqué que les phlegmasies diverses qu'elle éprouvait avaient pour point de départ une susceptibilité extrême des centres nerveux : cette sensibilité se traduisait par des névroses vagues, des accidens d'hypochondrie ou d'hystérie. Ce tempérament une fois étudié, j'avais eu recours aux moyens déterminés par la science pour le combattre, ou modifier les funestes prédispositions qu'il suscitait. En effet, huit jours avant l'apparition de ses règles, madame L..., naturellement bonne, généreuse, douce, devenait acariâtre, bizarre, fantasque. Les battemens du cœur étaient tumultueux; la systole des carotides appréciable à la vue; les yeux s'injectaient, la face devenait vultueuse; accidens variés analogues souvent à ceux de la manie. Enfin l'apparition des règles changeait la scène, et la nature douce de cette femme venait reprendre ses droits; inutile de dire que le mari et toutes les personnes qui l'environnaient avaient beaucoup à souffrir des vésanies de cette malade : ils subissaient leur épreuve avec résignation. Telles avaient été depuis trois ans les tristes conditions d'existence de cette malheureuse; les fâcheuses alternatives de souffrances et de santé.

Cette femme était arrivée à l'âge de quarante-huit ans, et tantôt elle éprouvait des pertes qui duraient huit, dix jours, puis elle était quatre, cinq mois sans éprouver le moindre malaise; mais tout-à-coup, il survenait de la céphalalgie, des palpitations; des signes de pléthore éclataient, et il fallait, pour obvier à cet état, combiner les antiphlogistiques aux révulsifs et aux antispasmodiques. Une saignée de 500 grammes, quelques pilules de calomel et la teinture de valériane, réussissaient ordinairement; cependant l'âge critique ne pouvait tarder à finir; je redoutais les accidens qui devaient juger cette époque, fâcheuse dans la circonstance actuelle, malgré les statistiques des savans.

Le 2 mars 1840, je me trouvais précisément chez cette dame quand elle fut prise soudain d'une douleur térébrante à la région précordiale. Je proposai une saignée ou une application de sangsues, on me pria d'attendre au lendemain, vu que pareils symptômes avaient déjà existé et s'étaient dissipés spontanément. Le cœur n'offrait rien d'anormal; je diagnostiquai une névropathie cardiaque. Le lendemain, douleur dilacérante à la région du cœur, exaltation cérébrale. Irrégularité, intermittence du pouls; légère matité à la région précordiale; péricardite. Une saignée de 5 palettes, 20 sangsues; boissons délayantes, deux lavemens. Le soir, aucune amélioration : une saignée de 4 palettes.

Le lendemain, même état. Une saignée, 40 sangsues; le reste *ut suprà*.

A partir de ce moment, les symptômes s'amendèrent, et pendant les quinze jours suivans, je dus croire à une guérison complète. Mais le 20 mars, je fus appelé au milieu de la nuit : la malade suffoquait, avait des crachats sanglans, accusait une douleur sourde dans tout le côté gauche du thorax. Je pratiquai *illico* une large saignée.

Le 22, matité complète. Absence de toute espèce de râle, pouls 140, 45 inspirations par minute, respiration, du reste, bronchique. Délire pendant la nuit, un peu de crocidisme, yeux légèrement convulsés en haut. La langue cependant était large, rouge.

Dans ce cas extrême j'eus recours aux lumières de mon sage confrère, V. Gillot. Nous ne crûmes pas prudent d'insister sur les saignées; le pouls d'ailleurs ne le permettait guère, et il fallait agir et agir énergiquement. Les sinapismes, les vésicatoires, les purgatifs avaient été employés dans la première maladie; mais ici tout moyen dilatoire était meurtrier. Que faire? Nous prescrivîmes le tartre stibié; moi-même je l'administrai et passai la journée près de la malade; malgré les vomissemens et les déjections nombreuses qui eurent lieu dans les trois premières heures j'osai insister et le lendemain 23, je doublai la dose d'émétique (12 gr.), l'efficacité de la première potion avait été si rapide que le pouls était descendu à 90; les inspirations à 25; un peu de râle crépitant de retour se faisait entendre; le bruit de cordes de basse n'existait plus; il y avait de la tendance au sommeil. Je laissai aller les choses, et la malade dormit huit heures. A son réveil, les symptômes étaient infiniment meilleurs qu'avant ce repos; la respiration reparaissait normale en quelques points, avec des râles divers dans d'autres. Dans ces circonstances je prescrivis un vésicatoire de six pouces de diamètre sur la région antérieure et latérale du thorax, et le lendemain 25, la seconde convalescence commençait.

Emerveillés de notre succès, nous ne pouvions prévoir que, dans ce moment même, il se formait un travail phlegmasique dans le larynx; la malade elle-même s'en souciait assez peu, malgré la difficulté de la déglutition et de la phonation.

Le 27, elle ne pouvait plus articuler un mot; la déglutition était impossible; elle me fit appeler, et je trouvai la bouche tapissée d'une membrane caséeuse que j'enlevai avec un instrument approprié. Des bains de pieds, des gargarismes détersifs furent prescrits, et le 3 avril la guérison était enfin absolue. Or, depuis cette époque, tous les accidens nerveux ont complètement cessé chez cette femme; elle a pris de l'embonpoint; sa constitution paraît aujourd'hui, 10 septembre, complètement changée, et tout annonce qu'elle sera à tout jamais affranchie des maladies qui l'ont rendue si malheureuse avant les crises que je viens de mentionner.

Voilà une observation que je trouve très remarquable sous plusieurs rapports. Elle confirme d'abord cette proposition : *ubi dolor, ibi fluxus*, et on peut interpréter cet afflux de liquides par travail phlegmasique. Prise en elle-même, elle me paraît propre à décider ces deux questions :

Quelle est la valeur de l'émétique à haute dose dans les phlegmasies thoraciques?

L'âge critique peut-il modifier le tempérament?

Malheureusement, il n'est pas de formule absolue; car tous les faits de pathologie interne dépendent de tant de conditions difficiles à reconnaître, qu'empirique, c'est-à-dire absurde, serait le médecin qui voudrait les pondérer d'après un type invariable que la nature n'offre pas.

Névralgie fémoro-prétibiale. Acupuncture. Par le même.

Marguerite Durand, de Boudreville, âgée de soixante-treize ans, pauvre, ne vivant que de pain de seigle, était allée glaner le 16 du mois dernier; tout-à-coup elle éprouve à la jambe droite une douleur vive; elle tombe sans oser faire le moindre mouvement pour se relever; on va même la chercher sur un brancard.

Le 18 je fus appelé, je crus reconnaître plusieurs symptômes d'ergotisme et j'attendis au lendemain pour agir.

Le 19, les symptômes étant les mêmes, je reconnus la nature de la maladie. Je prescrivis des linimens divers sans résultat.

Le 25, je pratiquai l'acupuncture, et indiquai à une matrone de village la manière de renouveler cette opération le lendemain. Je marquai même avec un crayon de nitrate, les endroits où je voulais qu'elle eût lieu.

Le 27, je revis la malade; elle commençait à remuer sa jambe sans douleur; il y avait enfin un mieux marqué. Je proposai encore l'application de mes aiguilles; mais une commère m'ayant fait des observations désagréables, j'abandonnai cette malade en lui disant que je serais toujours à sa disposition quand elle voudrait être docile à mes prescriptions. J'ai appris que le mieux avait été toujours croissant et qu'aujourd'hui elle était parfaitement rétablie.

Dans mon humble opinion, je suis convaincu que c'est à l'acupuncture seule qu'il faut attribuer cette guérison, quoiqu'elle n'ait été pratiquée que deux fois. *Avis aux expérimentateurs français.*

De la propriété malfaisante de l'arundo donax (canne de Provence), *par le docteur* Vigié, *médecin à Mauguio.*

Le 3 mai 1838, L.-L., fournier, âgé de vingt-sept ans, doué d'un tempérament nervoso-sanguin, porte sur l'épaule droite, découverte, un paquet de cannes qui avaient été long-temps laissées en plein air. Le lendemain, il se sent du malaise; une forte céphalalgie se déclare; il est obligé de se mettre au lit. Dans la même journée, tout le côté droit de la face, du cou et de la poitrine, ainsi que l'épaule qui avaient été en contact immédiat avec les cannes, rougissent et se gonflent, de même que le pénis et le scrotum : démangeaison insupportable sur toutes ces parties.

Le 5, apparaissent sur tous les points déjà cités de petits boutons de la grosseur d'une tête d'épingle, très rapprochés les uns des autres et remplis d'une sérosité blanchâtre. Ces vésicules crèvent le lendemain, laissant après elles une croûte large qui ne donne pas de démangeaison, mais qui suppure abondamment pendant quinze jours. Il faut noter ici que, pour la face, le cou et la poitrine, la rougeur et le gonflement s'arrêtent à la ligne médiane; en sorte que, vu du côté gauche, l'individu ne paraissait pas malade.

Du 4 au 21, jour où commence à s'opérer la dessication, les parties attaquées ne peuvent souffrir le moindre contact, surtout les parties génitales. Le plus petit déplacement exaspère les douleurs, qui sont très vives sur tous les points de l'économie. La peau est très chaude et âcre au toucher, le pouls est fréquent et fort; en un mot, fièvre ardente.

Avant d'éprouver tous ces symptômes, le malade avait manié pendant quatre jours de ces mêmes roseaux, et pendant ces quatre jours, il avait senti de la cuisson avec sentiment de constriction au gosier. Tout avait disparu sans autre traitement que des lotions d'eau froide. Il m'a dit avoir, depuis lors, souvent manié de ces roseaux, et s'être mis à l'abri de leurs funestes effets en lavant immédiatement après toutes les parties qui avaient été en contact, et en gargarisant avec de l'eau froide.

Le jour de la Saint-Jean de la même année, quinze jeunes garçons ayant porté sur la place publique des roseaux pour un feu de joie, ils furent tous alités le lendemain, avec fièvre, céphalalgie, rougeur et gonflement aux mains et aux parties génitales. Chez quelques-uns d'entre eux, le scrotum acquit le volume d'une boule de mail, et ils eurent tous, au bout de quelques jours, l'éruption vésiculeuse déjà décrite, qui fournit une longue et abondante suppuration.

Les mêmes symptômes se sont manifestés chez cinq paysans qui venaient de démolir un cabinet de roseaux, et chez une femme qui nous a dit avoir déjà été malade trois autres fois de la même manière et par suite de la même cause. Chez cette femme, la démangeaison des parties génitales était intolérable, ainsi que chez un nommé Pell, âgé de soixante-cinq ans.

Enfin, chez un vingt-troisième sujet, il n'y a eu ni rougeur, ni gonflement, ni vésicules aux parties qui ont touché les cannes; le malade a seulement éprouvé une grande démangeaison qui glissait, disait-il, des mains aux coudes; et le lendemain il s'écoula par le nez et la bouche une grande quantité de sang noir mêlé à des mucosités.

(*Gaz. méd. de Montpellier.*)

Tumeur maligne dans le médiastin.

M. Adams présente à la Société de Dublin une série de préparations et de dessins sur les maladies encéphaloïdes en général, et un cas remarquable en particulier, qu'il avait vu tout récemment, et dont voici l'observation succincte :

Le 25 novembre 1839, M. Cullen, de Dublin, fut appelé auprès d'une dame, âgée de quarante ans, d'une habitude pléthorique, mariée depuis deux ans, sans enfans. Elle avait la main gauche et la face œdématiées; la respiration était gênée, et la dyspnée augmentait après les efforts; elle pouvait cependant se promener un peu tous les jours.

Elle accusait des accès subits de toux, qui duraient quelques minutes, qui se manifestaient de temps à autre pendant le jour, mais qui étaient tellement violens pendant la nuit, qu'ils l'empêchaient de dormir. Dans les intervalles de ces accès, la malade avait une toux sèche; elle expectorait par moment une petite quantité de mucus spumeux, qui présenta une ou deux fois des stries sanguinolentes. Ces symptômes existaient depuis quelque temps, lorsqu'elle consulta M. Cullen, mais la malade ne pouvait préciser la date de leur invasion. Les veines du cou et de la face, surtout celles du côté gauche, étaient fort dilatées, et sa figure devenait souvent livide par la violence de la toux. La poitrine rendait un son clair à la percussion, et le murmure respiratoire était distinct et normal dans toute l'étendue de la cavité thoracique. Les bruits du cœur et des gros vaisseaux étaient naturels; mais le pouls radial était fort petit et battait 80 fois par minute. Au bout de trois ou quatre semaines les symptômes s'aggravèrent. Le bras gauche se distendit énormément de sérosité, bientôt l'œdème envahit le bras droit, et les mamelles et les tégumens thoraciques ne tardèrent pas à s'infiltrer. La dyspnée fut extrême, l'insomnie complète, et

la malade était constamment forcée de se tenir sur son séant, le corps penché en avant. Des taches d'ecchymoses commençaient à paraître sur la poitrine et les bras; le coude gauche, sur lequel elle s'appuyait, était menacé de gangrène, et des eschares se manifestaient aux fesses. Le cou, immédiatement au-dessus du sternum, s'enfla et se tendit prodigieusement, et à chaque instant la malade éprouvait une sensation de suffocation. Les membres inférieurs devinrent œdémateux, le gauche plus considérablement que le droit. Les souffrances atroces durèrent jusqu'au 15 janvier, jour où elle succomba.

Autopsie. En enlevant le sternum, on découvrit dans le médiastin antérieur une tumeur ovale, ayant trois pouces de long et un pouce et demi de large, et qui occupait à peu près la position du thymus. Sa direction était oblique, sa plus grosse extrémité étant en haut et à gauche; une portion de la tumeur était attachée à la trachée et à la crosse de l'aorte; lorsqu'on l'incisa, elle présenta une structure carcinomateuse, d'une couleur blanchâtre, d'une consistance presque cartilagineuse; mais elle offrait près de sa circonférence quelques portions molles et cérébriformes, et çà et là un très petit nombre de taches mélaniques. La trachée était rouge, les bronches sèches, les poumons emphysémateux. Le cœur, l'aorte et l'artère pulmonaire étaient sains. M. Adams dit que la direction de la tumeur, qui s'inclinait à gauche et qui comprimait ainsi les vaisseaux de l'épaule et du cou de ce côté, expliquait le plus grand degré d'œdème qu'on avait observé du côté gauche.

La maladie fournissait un exemple de tumeur encéphaloïde, décrite par Bayle, et dont quelques cas ont été cités par M. Stokes, dans son ouvrage sur les maladies de la poitrine. *Dublin Review*, 1840, et *Arc. Gén.*

Sur un nouvel appareil pour la fracture de l'os maxillaire inferieur; par M. Malgaigne.

Trouvant la chirurgie fort arriérée dans le traitement des fractures, M. Malgaigne cherche à porter dans cette branche de l'art l'esprit actif d'innovation qu'il a déployé pour les luxations et les hernies.

Nous l'avons vu l'an dernier proposer pour les fractures de la rotule un nouvel appareil destiné à amener une veritable consolidation que les appareils ordinaires sont impuissans à produire, et dont l'absence est toujours suivie d'une grande gêne dans la marche, suivant lui. Cet appareil se composait de deux paires de crochets d'acier s'enfonçant à l'aide de petits chocs, chacune dans chaque fragment, et qui pouvaient se rapprocher par une vis de rappel. C'est certainement un appareil qui doit jouir d'une grande puissance; mais qui sera assez imprudent pour oser l'employer? Il ne réussit pas dans le cas où M. Malgaigne l'a mis en usage à la Charité, dans l'année 1839.

Aujourd'hui, il propose un nouvel appareil pour la fracture de la mâchoire inferieure, appareil qu'il n'a egalement mis en usage qu'une fois, et qui n'a pas réussi. Avant de décrire cet appareil, M. Malgaigne admet les catégories suivantes de fractures de la mâchoire:

1° Fracture sans déplacement ou avec déplacement léger.
2° Fractures verticales avec ou sans déplacement.
3° Fracture en un seul point avec déplacement rebelle, toutes les dents sont conservées.
4° Fracture avec déplacement, les dents n'existant plus.
5° Fractures doubles ou multiples, avec déplacement ou absence des dents.

Pour les deux premières catégories, M. Malgaigne rejette tout appareil; il est en cela d'accord avec tous les chirurgiens, car on ne peut appeler appareil quelques tours de bande autour de la mâchoire.

C'est à ces trois dernières catégories que M. Malgaigne adresse son nouvel appareil; je me trompe quand je dis aux trois dernières, car quand il n'y a pas de dents, l'application de l'instrument est impossible. Je ne sais s'il adoptera cette conclusion, car il dit: « Mon appareil destiné à servir dans tous les cas et à toutes les mâchoires, » d'une lame de fer doux et flexible, pouvant s'adapter à toutes les courbures de la face interne de la mâchoire. De ses deux extrémités et de deux autres points intermédiaires s'élèvent quatre lignes d'acier, qui se replient en angle droit pour longer la face supérieure des dents, pour se replier une seconde fois sur leur face antérieure. Chaque tige est munie d'une vis de pression, qui tend à les serrer, elle et la bande de fer, contre les dents.

M. Nicole de Neubourg avait imaginé, avant M. Malgaigne, un instrument analogue pour le résultat, mais qui, fabriqué en acier, avait l'inconvénient de ne s'adapter qu'à une mâchoire.

D'ailleurs, si l'appareil dont nous venons de donner la description ne réussissait pas, M. Malgaigne a imaginé un autre moyen. Cet insuccès ne doit, suivant lui, arriver que dans les cas compliqués et rebelles à tous les autres appareils. Ce moyen consiste tout simplement dans un point de suture entrecoupée, unissant chaque extrémité du fragment moyen aux deux autres portions de l'os. A cet effet, on perce avec le foret quatre trous dans les trois fragmens, un à chaque extrémité du fragment moyen, un autre à chaque extrémité des autres fragmens. Nous demandons à M. Malgaigne la permission d'ajouter que, dans ce dernier procédé, il est bon de rappeler aux chirurgiens assez hardis pour le mettre en pratique, chez l'enfant, l'adulte et le vieillard, le canal dentaire subit des changemens de position, qui doivent faire varier le trajet que suivra le foret. (*B. de Th.* et *Gaz. méd.*)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Paris, 17 septembre 1840.

Monsieur,

J'ai lu, dans votre numéro de ce matin, le compte-rendu de la clinique de M. le professeur Velpeau; vous donnez les détails de deux cas intéressans de strabisme, pour lesquels cet habile opérateur a fait par un nouveau procédé la section des muscles droits.

Ce procédé se rapproche beaucoup de celui auquel je me suis définitivement arrêté; cependant, comme le mien me semble plus simple encore, et qu'il a l'avantage de faire en un seul terme la section du muscle, je crois devoir profiter de cette occasion pour vous prier de le faire connaître.

Je fais relever la paupière supérieure avec l'élévateur de Pellier par un aide, qui abaisse en même temps la paupière inferieure.

L'œil du malade étant dirigé le plus possible en dehors, si c'est le droit interne qui doit être coupé, j'emplante dans la sclérotique, et le plus loin possible, une erigue double dont les extrémités sont applaties dans le sens de leur flexion, tranchantes sur leurs bords comme les aiguilles à cataracte, et renflées à leur base de manière à limiter la portion qui doit pénétrer dans le globe de l'œil, au lieu de player par piqûre. Il y a donc dans ce premier temps deux petites incisions faites à la sclérotique; puis, tirant l'œil en dehors le plus possible, j'engage sous le muscle droit un petit bistouri très-étroit, en forme de crochet, terminé en pointe, dont le dos est arrondi et la concavité tranchante. A mesure que cet instrument pénètre entre le globe de l'œil et le muscle, il opère la section de ce dernier en faisant à la conjonctive oculaire une très-petite plaie. Cette manœuvre me semble plus prompte et plus facile que celle qui consiste à soulever le muscle avec une erigue simple, pour le couper ensuite avec un bistouri.

En vous adressant cette lettre, je n'ai d'autre but que de faire connaître un procédé opératoire que je crois utile et dans lequel j'ai plus de confiance encore depuis que je connais l'analogie qu'il offre avec celui de M. le professeur Velpeau.

Agréez, etc., ANDRIEUX,
Médecin de l'hospice des Quinze-Vingt.

NOUVELLES DIVERSES.

Le docteur Roberton, médecin écossais établi à Paris depuis plus de trente ans, membre d'un grand nombre de sociétés savantes de France, l'un des savans qui assistaient avec le plus d'assiduité aux séances de l'Academie des sciences, et qui était très estimé parmi nos confrères, vient de mourir à Paris, à l'âge de soixante-six ans, à la suite d'une longue et pénible maladie (cystite chronique). Roberton laisse une belle fortune (500,000 francs) qu'il avait acquise honorablement par l'exercice de la médecine. En mourant, il a légué: 1° sa tête à la société phrénologique de Boston, pour être placée à côté de celle de son ami Spurzheim; mille francs pour les frais de préparation et de transport; 2° sa belle collection phrénologique à la même société de Boston; 3° 15.000 francs à la société géologique de France dont il etait un des fondateurs; 4° 400 000 francs à la société médicale d'Edimbourg. Des contestations cependant s'élèvent sur ce dernier legs, la société d'Edimbourg n'ayant pas, dit-on, un caractère officiel pour pouvoir accepter une pareille donation.

L'autopsie du cadavre de Roberton a été faite par son médecin, le docteur Rognetta, en presence de plusieurs de nos honorables confrères. La vessie formait une masse du volume de la tête d'un enfant; ses parois offraient trois pouces d'épaisseur, et etaient abreuvées de pus: la membrane musculaire avait disparu. La prostate présentait le volume d'un œuf de poule et une dureté de marbre. M. Rognetta se propose de publier cette observation avec détails; elle lui paraît devoir jeter un grand jour sur l'histoire de la cystite et sur les conséquences de l'abus du cathétérisme explorateur.

— Les docteurs en médecine et en chirurgie du neuvième arrondissement de Paris se sont constitués, jeudi dernier, 17 septembre 1840 en société. En agissant ainsi, ils ont suivi l'exemple de leurs confrères du huitième et du douzième arrondissement.

Les médecins des différens arrondissemens s'étant constitués, il pourra résulter de ces réunions un grand avantage pour l'exercice d'une profession qui, par ses services, mérite que le gouvernement s'occupe d'elle et ne la laisse pas la proie de l'ignorance et du charlatanisme.

Dans cette première séance, M. Chailly père a été élu président; M. Alexandre Thierry, vice-président; M. Deville, secrétaire; M. Charpentier, secrétaire-adjoint; et M. Boulard, trésorier.

— M. Milne Edwards est institué en qualité d'agrégé pour les sciences naturelles près la Faculté des sciences de Paris.

— M. Lélut vient d'être nommé médecin en chef de la section des aliénés de la Salpêtriere.

Nous avons déjà parlé avec avantage des produits de M. LEPERDRIEL, Pharmacien à Paris; nous les recommandons de nouveau d'une manière toute spéciale aux médecins et aux malades. (*Voir* les numéros des 18 et 26 décembre 1838.)

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 24 SEPTEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 113, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Étranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — MM. Roux et Breschet.

(M. Michon, chargé du service par *interim*.)

Dans notre numéro du 12 septembre, nous avons annoncé la mort du malade couché au n° 18 de la salle Sainte-Marthe, arrivée par suite d'une blessure légère du poignet, suivie d'accidens inflammatoires formidables, qui avaient rendu nécessaire l'amputation du bras. Nous allons donner aujourd'hui le résultat de l'examen du membre, et les réflexions que l'état des parties a suggérées à M. Michon.

Ce chirurgien, avant de procéder à l'examen du membre amputé, rappelle aux élèves qu'il a diagnostiqué chez le malade, une nécrose qui devait s'étendre approximativement aux deux tiers inférieurs de l'os scié; il rappelle, en outre, ce qu'il a dit concernant les travaux de Volpi en Italie, et de Léveillé en France, relativement à la nécrose qui survient dans les os sciés des amputés. M. Michon rappelle encore que dans ce cas, comme dans tous ceux de cette espèce, la nécrose a été reconnue au gonflement œdémateux du moignon, s'étendant chez ce malade jusqu'à la poitrine, à la pesanteur insupportable pour le malade dans cette partie; et un peu plus tard, l'os a été senti nécrosé par le stylet. Le pus n'a jamais été de bonne nature, c'était un mélange de pus grisâtre et de sérosité infiltrée, qui chaque jour traversait les pièces de l'appareil et s'écoulait encore du moignon par la pression. L'aspect de la plaie était blafard, et les muscles semblaient gélatineux.

La nécropsie a montré la nécrose dans l'étendue indiquée: tout le cylindre osseux était frappé dans son épaisseur; le périoste et la membrane médullaire étaient détruits ou séparés de l'os. Le phénomène le plus remarquable que l'on ait constaté, c'est la transformation qui environne la nécrose: il n'existe pas de trace de tissu musculaire et de tissu cellulaire; tout est converti en une masse de tissu gélatineux, mou dans quelques points, cartilagineux dans d'autres, et au milieu de ce tissu il s'est développé plusieurs points d'ossification. Cette transformation occupe toute l'épaisseur des parties jusqu'à la peau: les nerfs et les vaisseaux seuls y ont échappé.

— M. Michon trouve dans ce magma des analogies avec les tissus gélatineux, puis cartilagineux, dans lequel l'ossification commence par des points chez le fœtus. La nature, dit ce chirurgien, semble avoir répété dans le cas pathologique que nous avons sous les yeux, les phénomènes physiologiques qu'elle produit chez l'embryon dans le développement des os. Si le malade eût survécu assez longtemps, l'os ancien nécrosé eût formé là un séquestre, enveloppé dans un étui osseux, ouvert à son extrémité inférieure; c'est-à-dire à la surface amputée, et pour la formation duquel la nature avait, comme on le voit, en faisant subir aux tissus ambians une transformation si remarquable, amassé d'immenses matériaux.

Cette transformation des muscles dans les lésions des os n'est pas un phénomène nouveau. Dupuytren a démontré que les muscles aussi, dans le foyer des fractures, concourraient à la formation du cal; mais, je ne sache pas, que la formation d'un nouvel os ait été étudiée par les chirurgiens qui se sont occupés depuis Volpi, Léveillé et d'autres, de la nécrose de l'extrémité des os amputés.

Cette observation, déjà si curieuse par elle-même, peut, sous ce point de vue, concourir à compléter l'histoire de cet accident des amputations. Il est probable, du reste, qu'une fois le nouvel os organisé, la fibre musculaire aurait reparu dans la partie de cette masse, qui n'aurait pas été ossifiée: il doit en être ainsi, du moins si on en juge par analogie, avec ce qui se passe dans les fractures, dans lesquelles le tissu musculaire a fait une partie des frais du cal provisoire.

Fracture et luxation de l'extrémité inférieure du tibia, avec issue de la malléole interne. Resection de cette apophyse. Amputation de la jambe au tiers supérieur par un procédé mixte se rattachant à la méthode d'Alanson. Gangrène du moignon. Mort. (*V.* le n° du 12 septembre.)

Malgré l'espoir que l'on avait eu d'abord de conserver le membre du malheureux malade couché au n° 59 de la salle Sainte-Marthe, la marche des accidens a obligé d'en venir à l'opération. L'amputation de la jambe a été pratiquée au lieu d'élection.

Le procédé que nous avons employé, dit M. Michon, n'a été imprimé nulle part; mais nous en faisons tous les ans la démonstration aux élèves qui suivent notre cours à l'École pratique: M. Robert l'expose aussi à ses élèves. Ce procédé se rattache à la méthode générale d'Alanson. Vous savez qu'Alanson, après avoir coupé la peau circulairement, détruit avec la pointe du couteau les adhérences qui unissent celle-ci à l'aponévrose, dans une étendue convenable, pour que les tégumens puissent aisément couvrir la plaie. Alors les muscles sont divisés obliquement jusqu'à l'os, le tranchant du couteau étant plongé sous les tégumens, de manière à atteindre l'os trois ou quatre travers de doigt plus haut que si les muscles étaient coupés perpendiculairement à celui-ci. Cette section oblique des muscles, qui doit être commencée sur le côté du membre opposé à l'opérateur, est continuée tout autour du membre. On obtient ainsi un moignon en forme de cône creux, dont la base répond aux tégumens, et le sommet à l'os.

Mais le défaut de parties molles à la partie antérieure et interne de la jambe, ne permet point l'application complète de la méthode circulaire d'Alanson à ce membre. Or, M. Michon a eu l'idée d'appliquer cette méthode à la moitié postérieure du membre seulement. Les muscles, dans cette opération, ne représentent nécessairement que la moitié d'un cône creux, d'où il résulte, à vrai dire, une amputation mixte qui réunit les deux méthodes générales, circulaire et à lambeau. M. Michon recommande de pratiquer cette opération avec un long couteau inter-osseux.

L'opération de M. Michon diffère encore de la méthode générale d'Alanson en ce que la peau, étant coupée circulairement au lieu de faire une manchette complète, comme ce chirurgien, M. Michon ne dissèque la peau qu'au niveau du tibia (face sous-cutanée), et en avant et en dehors dans l'étendue qui correspond à l'espace inter-osseux. En arrière, au contraire, les tégumens sont laissés adhérens aux muscles.

M. Michon assure que par ce procédé la jambe est plus promptement amputée que lorsqu'on a recours à la méthode circulaire. Ce chirurgien dit avoir pratiqué quinze fois environ cette opération sur le vivant, avec des résultats différens, comme cela arrive par toute autre méthode, du reste. Mais quelques-uns de ses amputés sont guéris, dit-il, avec une rapidité remarquable, avec un moignon bien fait. Il faut observer de ne point conserver trop de chair en procédant à la formation du demi-cône postérieur: car M. Michon a eu occasion d'observer que si alors l'inflammation s'empare des parties molles, il en résulte une suppuration interminable, et que l'on a beaucoup de peine à tarir.

Chez le malade dont il est question ici, le rapprochement des parties a été complet. Peut-être, dit M. Michon, aurait-il fallu réunir au moyen de quelques points de suture. Telle du moins a été l'opinion de quelques-uns des assistans, et de M. Blassius, en particulier. Mais les bandelettes simples nous paraissent préférables comme moyen beaucoup plus simple et qui suffit généralement.

Le restant de la journée où l'opération a été pratiquée, il n'est survenu aucun accident. La nuit le malade a bien dormi; il n'est point survenu d'hémorrhagie; les pièces d'appareil étaient seulement tachées par un peu de sang noirâtre. Le lendemain, le malade était dans un état de faiblesse extrême; le pouls était très fréquent, agité.

Le surlendemain l'odeur gangréneuse a fait comprendre que la mortification s'était emparée du moignon; l'inspection de la plaie n'a laissé aucun doute à cet égard; le malade a succombé dans la journée.

La cause qui a déterminé la mort mérite, dans ce cas, une attention toute spéciale. En effet, les désordres profonds du membre, qui avaient été le résultat primitif de la chute qu'avait faite le malade, avaient déterminé une sorte d'asphyxie locale qui, de proche en proche, s'était propagée supérieurement jusqu'au lieu d'élection de l'am-

FEUILLETON.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES CANCÉREUSES;

PAR LE DOCTEUR J. MASNATA,
De la Faculté de Cagliari.

> Il y a deux manières de redresser les préjugés des hommes, le recours à l'expérience et l'appel à la réflexion... L'un rend d'immenses services à la science, l'autre à la pensée, source de toute science. (Mme de Stael, *Sur l'Allemagne*, 3e partie.)

[De]puis Hippocrate, chaque auteur de pathologie a consacré un [chap]itre aux maladies cancéreuses; quelques-uns en ont fourni [le s]ujet de particulières méditations, en ont décrit avec une ad[mira]ble précision les divers symptômes; d'autres en ont voulu [étud]ier les causes. En parcourant l'histoire, nous voyons que chaque médecin a résolu toutes ses diverses questions selon la doctrine médicale qu'il a adoptée: le solidisme, le vitalisme, l'humorisme, ont, chacun à leur tour, servi pour donner différentes explications; et, depuis que l'anatomie pathologique, enrichie des importantes découvertes de Corvisart; régénérée en quelque sorte par le génie de Bichat, et cultivée avec un zèle infatigable par les médecins actuels, a caractérisé, suivant M. Cayol, l'époque actuelle de la médecine. On a fait des descriptions encore plus exactes, et on a constaté que plusieurs maladies crues de nature différente, ne différaient que de forme. Et malgré que tout cela dénote des progrès de science, il faut avouer que le diagnostic n'est pas encore précisé, et que l'on ne peut pas, par le secours de l'anatomie pathologique, connaître sur le vivant l'espèce de dégénérescence qui existe. Et sans prétendre, en aucune façon, imposer des bornes à cette science, qui rend des services si éminens à la médecine, nous doutons que l'on arrive par elle à ce degré de perfection.

Si ensuite on veut étudier la thérapeutique des cancers, on trouve que le charlatanisme a joué un grand rôle sur ce sujet; rien de positif qui puisse assurer le malade et le médecin, des faits altérés, des guérisons contestées; voilà l'état de la science, voilà le fruit de plusieurs ouvrages; rien de positif.

Après ce court aperçu, que l'on ne croie pas que nous allons émettre de nouvelles idées ou enfanter de nouvelles théories à propos d'une affection sur laquelle on a tant écrit. Le but de notre travail est de démontrer qu'on peut guérir le plus grand nombre des cancers, et qu'il y en a bien peu sur lesquels les médecins n'ont d'autres pouvoirs que de mitiger les symptômes pour adoucir les souffrances qui précèdent la mort. Pour prouver cela, il faut que nous étudions le cancer en lui-même, dans son origine et dans ses causes, et que nous fassions remarquer quelques erreurs qui existent à propos de cette maladie, ainsi que de tant d'autres.

En conséquence, nous nous servirons des travaux publiés jusqu'à nos jours, et nous mettrons à contribution leurs pages mêmes pour en démontrer les égaremens.

Art. 1er. *Cancer.*

On a confondu pendant fort long-temps sous le nom de cancer, plusieurs altérations pathologiques différentes entr'elles. C'est à Laënnec qu'appartient la gloire d'avoir, pour ainsi dire, décomposé le cancer des anciens, et d'en avoir démontré les élémens. Suivant cet illustre anatomo-pathologiste, il faut admettre deux espèces de productions accidentelles. A la première appartiennent celles qui ont de l'analogie avec les tissus naturels de l'économie, comme les ossifications, les tissus fibreux, les fibro-cartilagineux, le cellulaire, corné, et les poils accidentels. A la deuxième, celles qui n'ont aucune analogie avec eux. Les productions de cette dernière espèce, suivant Laënnec, ont été confondues et désignées par des dénominations vagues et indéterminées, et souvent on a caractérisé comme maladies différentes deux degrés ou deux formes de la même affection.

Cette erreur de classification, à la vérité, a eu lieu à l'égard de presque toutes les maladies, et fut même, pour un grand nombre d'entr'elles, la source de graves inconvéniens pour les malades, à cause des erreurs de thérapeutique; mais elle le fut plus particulièrement pour le cancer. En effet, on a prétendu que le squirrhe et l'encéphaloïde étaient deux maladies de nature différente; et on a voulu prouver cette différence: 1° par la diversité de forme; 2° par la plus facile reproduction de cette dernière espèce. Tout en reconnaissant le fait, on ne peut pas en admettre l'explication. Laënnec a écrit que le squirrhe et l'encéphaloïde ne sont que deux périodes de la même maladie; le premier de crudité; le deuxième de ramollissement. Or, l'absorption est plus facile dans le deuxième que dans le premier; le travail pathogénique en est aussi plus prolongé; et quand on aura réfléchi que le squirrhe et l'encéphaloïde se rencontrent très souvent dans la même tumeur dont ce dernier constitue le centre, et que l'encéphaloïde n'est jamais primitif, on sera forcé d'admettre qu'il n'y a aucune différence réelle entre les deux, et on sera porté à croire, avec M. Andral, qu'il est futile, dans l'état actuel de la science, de chercher à désigner par des noms spéciaux les variétés infinies d'aspect qui peuvent présenter les produits morbides organisables déposés dans la trame des tissus. Ainsi, les expressions de sarcome, de squirrhe, matière encéphaloïde, etc., ne désignent que des formes différentes d'altérations analogues.

Comme dans ce travail nous ne traitons que de généralités, nous nous servirons du mot *cancer* pour indiquer les substances squirrheuses et encéphaloïdes.

On a donné plusieurs définitions et descriptions générales du *cancer*, et presque toutes sont plus ou moins imparfaites; et voilà la cause pour laquelle quand on veut étudier après ces descriptions générales le cancer en particulier, et dans chaque organe, on se trouve très embarrassé. Cette imperfection tient à ce que le cancer a toujours des formes différentes; de telle façon qu'on ne peut rien dire qui puisse s'adapter à toutes. En effet, il est impossible de caractériser dans une même description des ulcères et des tumeurs, des excavations et des excroissances, des indurations et des ramollissemens; telles sont cependant les différentes formes que nous offrent les maladies cancéreuses.

Pour mettre un ordre à nos idées, il faudra donner une définition ou description de ce que l'on entend par cancer; à défaut d'une description plus précise, nous adopterons celle donnée par M. Videcoq: « *Cancer*, expression figurée par laquelle on désigne une maladie qui transforme tous les tissus qu'elle envahit en squirrhe ou en tissu encéphaloïde, se propage d'une manière pour ainsi dire fatale aux parties contiguës aux ganglions voisins, s'étend successivement chez le même individu à plusieurs organes éloignés, se reproduit après son ablation avec une désespérante facilité, soit dans le lieu même qu'elle occupait, soit dans un autre point, et finit presque constamment par entraîner la mort, après avoir développé un véritable état cachectique. »

Cette description, quoique imparfaite, donne, suivant nous, une idée de la maladie la plus exacte qu'on puisse acquérir par les autres descriptions données par d'autres auteurs. Peut-être

putation, qui a été pratiquée plus tard. Il faut remarquer ici que les irrigations d'eau froide, continuées sans interruption pendant dix-huit jours, ont évidemment agi dans le sens même de l'asphyxie et ajouté à la tendance que le membre avait à se gangrener. On sait, en effet, que la mortification est à redouter, lorsque la contusion des parties que l'on soumet aux irrigations est portée trop loin et lorsque la température de l'eau est trop basse. Ces deux conditions se trouvaient peut-être réunies dans le cas nous occupe. Les irrigations continues constituent sans sans doute un agent thérapeutique précieux, mais leur application est difficile et demande beaucoup d'attention. On sait, par exemple, que tous les tempéramens ne sont pas également aptes à les supporter. Lors des événemens de mai, nous avons vu M. Blandin employer les irrigations froides sur une large échelle, chez les individus ayant des blessures par arme à feu, et nous avons pu nous assurer que les uns en étaient plus indisposés que les autres. Nous avons vu les suspendre chez quelques-uns, leur emploi devenant alors nuisible, quoique l'inflammation des plaies fût encore assez intense pour en indiquer la continuation; tandis que chez d'autres blessés on a pu les continuer jusqu'au moment où leurs blessures étaient presque entièrement cicatrisées.

M. Sanson avait déjà vu chez des sujets blessés par des projectiles lancés par des armes à feu, les irrigation occasionner des douleurs vives, au point de nécessiter la suspension de leur emploi. Ce même praticien cite un autre cas de brûlure chez une femme où les irrigations déterminèrent le tétanos.

Voilà des exemples suffisans pour démontrer que les irrigations continues d'eau froide ne constituent pas un moyen thérapeutique que tout d'abord elles paraissaient devoir être.

Mais si l'asphyxie locale et les irrigations froides que nous venons de signaler ont prédisposé le membre à la gangrène, nous trouvons encore une cause qui a plus immédiatement provoqué celle-ci dans l'application d'une bandelette de sparadrap circulaire autour du moignon, pour en rapprocher les chairs vers le centre de la plaie; la constriction exercée par cette bandelette sur des parties dont les conditions de vitalité, comme nous venons de le voir, étaient depuis long-temps compromises, a provoqué l'explosion de la gangrène. Une circonstance qui ne laisse aucun doute sur l'efficacité avec laquelle cette cause a agi, c'est que la mortification du moignon ne dépassait pas la hauteur qui était limitée par la bandelette elle-même; c'est ce qui a été pleinement démontré par l'examen du membre.

Chute d'un troisième étage. Plaies légères. Fracture de la rotule. Reflexions.

Au n° 6 de la salle Sainte-Marthe est couché un tailleur qui est tombé par la fenêtre d'un troisième étage. Toutefois, il est tombé d'abord sur un toît, et a été arrêté encore par une charrette avant d'arriver par terre. On peut donc dire qu'il a fait trois chutes au lieu d'une seule. Cette circonstance de malheureux qui, faisant des chutes, se trouvent ainsi arrêtés, dit M. Michon, présente ceci de remarquable, que, d'ordinaire, ils ne se tuent pas.

Nonobstant le concours de cette circonstance favorable, notre malade présente des accidens assez graves; et premièrement, une plaie au doigt indicateur pénétrant peut-être dans l'articulation de la première avec la seconde phalange: un petit appareil a été appliqué immédiatement pour rendre le doigt immobile; une seconde plaie moins grave existe au-dessous du menton. Mais la partie qui a été sans contredit la plus compromise, c'est le genou gauche; cette région, en effet, offre une coloration livide, et offre au toucher une sensation de crépitation autre que celle qui résulterait du froissement de deux fragmens osseux, et qui provient manifestement d'un épanchement de sang à demi-coagulé. Ce sang nous paraît exister en dehors de l'articulation; il occupe le pourtour de la rotule, et la cavité de la membrane synoviale ne nous paraît pas en contenir.

Par des mouvemens ménagés de latéralité exercés en sens inverse sur les moitiés supérieure et inférieure de la rotule, nous avons déterminé une crépitation bien différente de la précédente, crépitation qui nous a indiqué manifestement que cet os était fracturé transversalement. Néanmoins il n'existe point d'écartement un peu notable entre les deux fragmens, qui sont seulement écartés par une simple fissure. Aussi, nous sommes-nous hâtés d'assurer l'immobilité du membre, afin d'éviter l'écartement complet des fragmens. Dans ce but, nous nous sommes abstenus de faire agir le genou, de le fléchir surtout, car cette conduite eût été imprudente, puisqu'elle pouvait amener la rupture de quelques liens fibreux qui maintiennent encore rapprochés les deux fragmens. La seule action, d'ailleurs, du muscle extenseur de la jambe eût pu suffire pour déterminer cet accident, et nous avons autant que possible tenté de nous opposer à sa contraction, en donnant au membre une attitude qui la rendit presque impossible.

La destruction des liens fibreux qui unissent les deux fragmens, en augmentant l'écartement de ceux-ci, aurait reculé le terme de la guérison. Il était donc essentiel de tenir le membre dans l'extension, au moyen d'un appareil qui, tout en assurant cette attitude et l'immobilité du membre, permît en même temps de diriger contre l'épanchement sanguin les agens thérapeutiques capables d'en provoquer la résorption: c'est ce qui a été fait. Une compression ménagée faite avec des compresses graduées, a été établie sur la surface ecchymosée, et les linges ont été imbibés avec des liqueurs résolutives. Aujourd'hui l'épanchement est presqu'entièrement résorbé, et dès demain nous appliquerons l'appareil pour la fracture, après avoir mis le membre dans un plan incliné du talon vers la tubérosité de l'ischion.

Pour assurer l'immobilité des fragmens et les maintenir dans le degré de rapprochement qu'ils présentent, nous appliquerons le bandage unissant des plaies; une longue attelle sera appliquée à la face postérieure du membre pour en rendre impossible la flexion. Nous vous rappellerons à peine que ces fractures se réunissent par l'interposition d'une substance fibreuse entre les deux fragmens, et qu'aucun travail de cal proprement dit ne s'y accomplit.

Comment cette fracture s'est-elle produite? Les fractures de la rotule arrivent le plus fréquemment par contre-coup et par les seuls efforts musculaires. Le malade croit que cet os s'est fracturé au moment où son genou est venu se heurter contre la charrette.

Fracture de la jambe. Consolidation presqu'achevée avec difformité. Mobilité au cal. Reapplication de l'appareil.

Au n° 5 de la salle Sainte-Marthe est couché un homme qui est entré, du temps de M. Roux, avec une fracture de la jambe; lorsque le service nous a été confié, le membre était emboîté dans un appareil inamovible amidonné, auquel nous n'avons pas cru devoir toucher d'abord.

Cet homme a eu la jambe fracturée sur le boulevard, le 28 juillet; et la durée classique du traitement étant révolue, nous avons fait ôter l'appareil pour nous assurer de l'état du cal. Ce n'est pas sans quelque surprise que nous avons observé que la jambe fracturée était plus couchée que l'autre, et surtout au-dessous de la tubérosité du tibia. Et pourtant, à en croire le malade, l'os aurait été fracturé peu au dessus des malléoles. Personne d'ailleurs ne pouvait donner de renseignemens exacts sur ce malade, les internes ayant suivi M. Roux dans son voyage.

Mais l'inspection du membre nous a bientôt fait reconnaître l'erreur du malade, et nous n'avons pas tardé à nous assurer que le tibia avait été fracturé presque immédiatement au-dessous des condyles, et que le cal jouissait d'une grande mobilité. Cette circonstance nous a fait comprendre que nous pouvions encore espérer d'obtenir le redressement du membre; et c'est ce que nous allons tenter à dater d'aujourd'hui.

Dans ce but, nous avons appliqué l'appareil à fracture du péroné, de Dupuytren, renversé; c'est-à-dire que le long de la face externe de la jambe, nous avons appliqué un coussin et une attelle, au moyen de laquelle on ramènera le membre de sa direction déviée, à l'aide d'un bandage roulé.

Le membre de cet homme, avons-nous dit, a été mis dans un appareil inamovible; or, vous voyez chez ce malade un des inconvéniens de cet appareil. Cet inconvénient est celui de ne pouvoir point surveiller la marche du cal. Nous ne voulons pas dire que la consolidation de celui-ci ne peut pas se faire lorsqu'on applique un appareil inamovible. Loin de nous cette pensée; le travail du cal se fait tout-à-fait en dehors de l'action de l'appareil, et peu importe par cela même qu'il soit mobile ou inamovible. Mais nous disons que le premier assure davantage la consolidation régulière de la fracture, en ce sens que, étant plus fréquemment et plus facilement surveillé, on le relâche ou on le resserre selon les exigences, d'où il résulte qu'il n'existe jamais d'espace entre l'appareil et le membre. Or, il n'en est pas toujours ainsi des appareils inamovibles; une fois appliqués, on les laisse subsister long-temps sans y toucher.

Un autre reproche plus grave encore peut-être, que l'on peut adresser aux appareils inamovibles, c'est la funeste sécurité dans laquelle ils mettent les malades et les chirurgiens à l'égard des mouvemens du membre et des inconvéniens qui peuvent en résulter. Il est même des chirurgiens qui vont jusqu'à permettre ces mouvemens, et la déambulation constitue une des méthodes actuelles de traitement de certaines factures. Or, nous avons souvent défait des appareils inamovibles au bout de la durée classique du traitement des fractures pour lesquelles on les avait appliqués, et fréquemment nous avons constaté de la mobilité dans les fragmens; plus fréquemment, toute proportion gardée, que cela ne s'observe pour les appareils mobiles. Cela vient, encore une fois, de ce que l'immobilité la plus parfaite est nécessaire pour que les fractures se consolident régulièrement, et que l'on atteint, en général, assez mal ce but en employant les appareils inamovibles.

Fracture du péroné. Appareil amidonné en papier.

A côté du précédent malade est couché un homme au-

---

objectera-t-on qu'elle ne fait pas mention des douleurs lancinantes; mais on pourrait répondre que celles ci manquent trop souvent pour que l'on puisse les regarder comme un symptôme de l'affection cancéreuse, et qu'elles se montrent souvent dans des cas où l'on ne peut soupçonner l'existence de cette maladie.

M. Andral donne la définition suivante: « Toutes les lésions, soit de nutrition, soit de sécrétion, arrivées à ce terme où on les voit se terminer par une ulcération qui étend de plus en plus ses ravages soit en superficie, soit en profondeur, voilà le cancer. » Si cette définition nous donne une idée jusqu'à un certain point exacte (voir plus loin) sur la production de la maladie, elle est erronée par rapport à la forme de la même. En effet, il dit: « Arrivée à ce terme où on les voit se terminer par une ulcération; » cette assertion nous engagerait à admettre que l'ulcération soit la forme, pour ainsi dire nécessaire, du cancer, et que tout cancer, pour être tel, doit se terminer par une ulcération, ce qui est inexact. Il est bien vrai qu'un grand nombre de cancers finissent par avoir une superficie suppurante; mais ce n'est pas l'ulcération dont parle cet anatomo-pathologiste. D'ailleurs, combien de fois enlève-t-on de masses encéphaloïdes sans qu'il y ait ulcération dans les parties où elles siégeaient? Cette définition ainsi conçue nous ferait limiter de beaucoup le nombre des affections cancéreuses, ce qui malheureusement n'est pas.

Suivant M. Gerdy, le cancer consiste dans la suppuration, le ramollissement, l'ulcération des formations lardacées, squirrheuses, encéphaloïdes fongueuses, mélanées, et composées de quelques-unes et parfois de toutes ces substances à la fois. Nous ne ferons aucune réflexion sur cette espèce de définition, pour nous occuper des causes des cancers.

Art. 2. *Causes du cancer.*

Les causes du cancer, comme celles des autres maladies, peuvent être divisées en prédisposantes et efficientes. Parmi les premières, on a rangé l'âge, le sexe, la constitution, la profession, l'hérédité, le climat, etc. Quelques-unes de ces causes ne sont qu'imaginaires; en effet, l'observation n'a rien appris de certain sur le rôle qu'elles peuvent jouer. On a cru à l'influence des professions, mais il nous paraît que cette influence est loin d'être démontrée. Notre honorable confrère, M. Caffe, nous dit qu'il résulte de quelques relevés faits à l'Hospice de la Vieillesse que les filles publiques sont moins fréquemment atteintes de cancers au col de l'utérus que les femmes qui ont vécu dans l'abstinence presque complète des rapports de sexe. M. Parent-Duchâtelet a déjà fait voir que le plus grand nombre de filles publiques succombent à la phthisie pulmonaire. Il faut cependant convenir que si certaines professions ne prédisposent pas directement au cancer, elles prédisposent à des inflammations qui peuvent donner origine à des maladies cancéreuses. Et voilà comment il faut considérer tant d'autres conditions dans lesquelles on a voulu reconnaître les causes prédisposantes au cancer; et, entre autres, nous dirons un mot sur l'hérédité. C'est une opinion assez répandue parmi les auteurs, et on trouve parmi les auteurs qui se sont occupés du cancer quelques observations avec lesquelles on prétend démontrer la transmission de cette maladie d'une génération à une autre. MM. Bayle et Cayol, après avoir analysé ces observations, ont cru à propos de rester dans le doute; et M. Piorry, après avoir examiné les observations rapportées par M. Récamier, qui croit à l'hérédité, a conclu contre cette opinion. De nombreuses observations tendent à prouver que l'hérédité n'y influe nullement, et que cette cruelle maladie serait toujours acquise par l'individu; cependant il faut dire qu'on hérite telle ou telle organisation, telle ou telle prédominance de système qui favorisera plus tard, et dans un âge donné, le développement d'une maladie, par suite de laquelle, peut-être, se produira un cancer. Voilà, selon nous, comme il faut envisager la question; certainement on ne dirait pas, que les individus d'une constitution nerveuse et lymphatique sont par hérédité prédisposés au cancer; mais ils le sont à toutes les maladies du système lymphatique ou nerveux et aux suites des mêmes maladies.

Parmi les causes efficientes sont rangées les violences extérieures, les coups, les chutes, les irritations répétées, etc. Mais on nous dit: « toutes ces causes seraient insuffisantes s'il ne s'y joignait pas une prédisposition toute spéciale, la diathèse cancéreuse. » Voilà un sujet difficile à traiter, et sur lequel on a beaucoup travaillé sans rien conclure: cependant cette question est de la plus haute importance, et on ne peut pas comprendre comment on a pu la traiter avec tant de légèreté, et comment on se contente de répéter les opinions émises par des auteurs qui ont écrit à des époques plus ou moins éloignées de nous, sans chercher à les approfondir, et à les comparer avec les faits que possède aujourd'hui la science. Il est bien vrai que la doctrine de la diathèse cancéreuse a été soutenue par des hommes illustres, parmi lesquels nous citerons Alex. Monro, Boyer, Bayle, Cayol, etc.; mais il est encore vrai que plusieurs pathologistes d'un mérite supérieur l'ont combattue, et avec raison. En effet, les diathésistes ne savent pas nous spécifier en quoi consiste cette diathèse: quelques-uns l'ont confondue avec la cachexie cancéreuse; d'autres, au contraire, sans la confondre, lui ont accordé des propriétés qu'elle ne peut pas avoir. Nous emprunterons une définition pour pouvoir être compris dans les argumens que nous lui opposerons. M. Videcoq (Diction. des Etudes médicales-pratiques) en donne la définition suivante. « Une disposition qui sans cesse agissant entretient la maladie après l'avoir produite, en détermine les progrès toujours croissans, et la reproduit après son ablation la plus complète. » D'autres l'ont définie « une prédisposition toute spéciale de l'économie qui, sous l'influence d'une cause occasionnelle, produit le cancer et en reproduit la récidive après son ablation sans cause appréciable et suffisante. » Ainsi qu'on le voit, si ces définitions ne sont pas parfaitement identiques, elles s'accordent à nous faire connaître que la diathèse est la seule cause de la reproduction du cancer; ce qui est faux. Nous ne nierons pas qu'une prédisposition toute spéciale de l'économie soit nécessaire pour le développement d'une maladie quelconque, que cette même disposition produise sous l'influence d'une seule cause efficiente le développement de vingt phlegmasies en différentes parties, avec tendance à une terminaison plutôt qu'à une autre. Mais nous nierons toujours que cette même disposition spéciale renferme en elle-même la cause de la récidive; et sans nous perdre dans des discussions théorétiques, nous opposerons la preuve des faits, persuadés, comme nous sommes, qu'en pathologie il faut laisser de côté les théories et les hypothèses, quand nous pouvons appuyer notre raisonnement sur des faits.

Sans vouloir pousser le doute jusqu'au pyrrhonisme, on ne pourra jamais nier que plusieurs individus atteints de maladies cancéreuses ont été radicalement guéris par l'ablation de la maladie; l'observation nous l'a démontré, et M. Pauli lui même, tout en contestant les succès du chirurgien de la Pitié, accorde que plusieurs des opérées de M. Lisfranc ont été guéries. Nous avons même sous les yeux une observation que notre honorable confrère M. Ricord nous a bien voulu communiquer, par laquelle il résulte qu'une dame (madame Ratier) opérée, il y a neuf ans, pour un cancer au col de l'utérus, se porte très bien aujourd'hui, et n'a pas eu de récidive. La science possède un grand nombre de ces faits, et tout chirurgien qui pendant vingt ans aura exercé sa profession nous apportera des faits de cette espèce. Une fois posé ce principe, nous opposerons le raisonnement ci-dessous.

Suivant les diathésistes, pour le développement d'une maladie cancéreuse, il faut qu'il y ait la diathèse cancéreuse, ou la condi-

quel nous avons appliqué un appareil inamovible amidonné en papier, pour une fracture du péroné. L'invention de cet appareil appartient à M. Laugier, et c'est à cet appareil que nous donnons la préférence lorsque nous voulons en employer un inamovible.

Quelques-uns d'entre vous nous ont demandé pourquoi nous préférions le papier au bandage roulé. Nous répondrons d'abord, que le papier est moins cher que le linge; en second lieu, nous préférons les morceaux de papier à la bande roulée; parce que les premiers, de même que les bandelettes de l'appareil de Scultet enveloppent mieux le membre, s'appliquent plus parfaitement sur les différens accidens de sa surface, et, de la sorte, assurent davantage l'immobilité des fragmens.

Un dernier avantage enfin, et ce n'est pas le plus petit, c'est la facilité avec laquelle on applique le papier par morceaux sur le membre; avantage reproduit dans l'appareil de Scultet par les bandelettes, qui sont bien plus faciles à appliquer que le bandage roulé. On évite par là bien des mouvemens au membre fracturé. K...

HOPITAUX DE DUBLIN.

Strabisme convergent guéri à l'aide de la ténotomie; par M. Ferrall, chirurgien de l'hôpital de St-Vincent.

Mary Byrne, âgée de dix-huit ans, robuste, se fait recevoir à l'hôpital Saint-Vincent pour être guérie d'un strabisme. Elle déclare que sa difformité existe depuis l'âge de trois ans; que sa vue est faible des deux côtés, et qu'elle éprouve de la difficulté à porter chacun des yeux en dehors. La vue, du côté gauche, est fort imparfaite, et quand la femme veut tourner l'œil en dehors, elle sent cet organe comme bridé en dedans; elle ne se servait jamais de cet œil, et pour bien voir avec l'autre, elle était obligée de fermer l'œil gauche avec une main. En regardant les deux yeux de front, voici ce qu'on observait : l'œil droit était placé normalement, le gauche tourné en dedans et caché sous la caroncule, de sorte qu'on n'apercevait qu'un petit bord externe de cette membrane. Si l'on ferme l'œil droit, la femme peut, avec des efforts, faire passer l'œil gauche en dehors, et toute la cornée devient visible, mais elle ne peut aller jusqu'à l'abduction; la vue est confuse de ce côté. Aussitôt que l'œil droit est couvert, le gauche se tourne en dedans, et si la femme regarde avec l'œil droit, la cornée de l'œil gauche se cache sous la caroncule. La pupille est, au reste, normalement mobile des deux côtés.

M. Ferrall l'a opérée de la manière suivante, en présence de MM. Maguire, Smith, Kendrich, M'Swinny. La patiente a été placée sur un sopha, l'œil gauche tourné du côté de la lumière. Un aide relève la paupière supérieure l'aide d'un spéculum, un autre aide abaisse la paupière inférieure avec un doigt. La caroncule lacrymale est poussée en dedans à l'aide d'une très petite érigne double. Aucun moyen n'est employé pour tirer l'œil en dehors. L'opérateur saisit alors avec des pinces un petit point de la conjonctive, à quelques lignes de la cornée, qu'il relève et divise d'un seul coup de petits ciseaux angulaires. C'est là le premier temps de l'opération. On ôte alors les instrumens, et on laisse l'œil se reposer.

Après quelques secondes, on écarte de nouveau les paupières, l'opérateur engage une petite érigne mousse entre les lèvres de la petite plaie de la conjonctive, et accroche par là le tendon du muscle droit interne : c'est le second temps de l'opération. Alors une lame de ciseaux angulaires est glissée sous le muscle, et celui-ci a été coupé à l'endroit de son adhérence à la sclérotique. L'opération a été terminée par là en un instant. On laisse reposer l'organe, on ouvre alors les paupières et les deux yeux paraissent parallèles; la femme peut tourner l'œil opéré en dehors, et déclare qu'elle ne sent plus cette bride qui le retenait vers la caroncule; elle est restée plusieurs jours à l'hôpital, et les bienfaits de l'opération ne se sont pas démentis.

M. Ferrall a remarqué que le muscle droit interne était hypertrophié, et sa partie charnue s'étendait plus en avant que d'ordinaire. (*Dublin med. Press*, 2 septembre.)

— Les journaux anglais sont remplis de descriptions de nouveaux procédés et de nouveaux instrumens qu'on imagine à chaque instant pour l'opération du strabisme. Nous nous sommes abstenus de les produire, ainsi que les nouveaux cas opérés avec ou sans succès, vu que tout cela ne nous a pas paru ajouter grand'chose aux connaissances acquises. Une seule modification mérite peut-être d'être mentionnée, c'est un crochet de M. Adams, pour tirer l'œil en dehors. Ce crochet a pour but de s'insinuer entre les couches de la sclérotique d'arrière en avant, sans dépasser la face interne de cette membrane : il est simple, c'est-à-dire à une seule dent. Cette dent est longue, de deux à trois lignes, et courbée à angle presqu'aigu à sa base; de sorte que sa pointe s'incline sur la tige principale de l'instrument. Il est clair qu'en accrochant la sclérotique avec cette érigue, on laboure l'épaisseur de la membrane sans percer sa face interne. Quelque chose d'analogue a été dernièrement imaginé à Paris; mais tout cela ne change presque rien au mode opératoire tel qu'il est sorti des mains de son véritable inventeur, M. Stromayer, et de son premier imitateur, M. Dieffenbach.

Il en est autrement du procédé de M. Ferrall, dont on vient de lire les détails, il dispense de la partie la plus dure de l'opération, l'accroc de la sclérotique, et rend son exécution beaucoup moins pénible pour le malade. Sous ce rapport, il mérite l'attention des praticiens. D'après les essais que je viens de faire avec M. Baudens sur les cadavres, essais que je viens de répéter encore, il est constant pour moi que le procédé de M. Ferrall est d'une extrême facilité surtout pour le muscle droit interne.

Il s'est passé autour de nous bien des choses, que j'avais déjà prévues dans le premier article sur le strabisme que j'ai publié dans ce journal il y a quelques mois. Jusqu'alors les publications de M. Stromeyer s'étaient passées presqu'inaperçues, et les faits de M. Dieffenbach avaient paru si peu vraisemblables que personne ne songeait seulement à en constater l'exactitude. Les opérations pratiquées à Londres cependant, que j'ai fait connaître, et les réflexions dont elles ont été accompagnées, ont donné l'éveil. Alors les prétendus inventeurs ont rompu leur silence, et l'on sait ce qui s'est passé. J'ai sous la main tous les documens authentiques de ce point de science; les dates imprimées ne laissent pas le moindre doute. L'idée tout entière de ce traitement du strabisme appartient à M. Stromeyer; c'est aussi à cet habile médecin qu'appartient le procédé qu'a exécuté M. Dieffenbach, et que quelques personnes ont, par inadvertance sans doute, donné plus tard comme leur appartenant.

Quel que soit, au reste, le procédé qu'on suive, l'opération est d'une exécution extrêmement facile, surtout pour l'angle interne, et il faudrait une rare maladresse, pour ne rien dire de plus, pour opérer sans pouvoir atteindre le muscle, ou pour croire l'avoir coupé alors qu'il ne l'aurait pas été. C'est cependant ce qui est arrivé dernièrement sur la personne d'un jeune médecin de Paris. Ce confrère est venu me consulter il y a deux mois environ pour son strabisme convergent; nous avons pris jour pour l'opération. La veille, il revient me faire part d'une nouvelle résolution : il avait été séduit par les promesses prodigieuses d'un certain orthopédiste; il s'y était déterminé, et est venu m'en avertir. J'avais ignoré le résultat de l'opération, lorsque le patient a eu la bonté de me le faire connaître verbalement, il y a peu de jours, et il m'a fait part en même temps de ses regrets.

« L'opération, m'a-t-il dit, a duré près de trois quarts d'heure; j'ai essuyé des tortures atroces, et enfin je doute que le muscle ait été réellement coupé. »

Son œil, en effet, m'a paru plus dévié en dedans qu'avant l'opération; il y semble fixé par de nouvelles brides, et il était encore enflammé six semaines après l'opération. Il est fâcheux que de pareils faits exceptionnels viennent compromettre une opération si belle par elle-même.

Rognetta.

Académie de Médecine. — Séance du 22 septembre.

M. Castel demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Dans la séance dernière, dit-il, un de nos collègues a présenté une pièce d'anatomie qui laissait voir, dans le voisinage des corps striés une érosion entourée d'un kyste. Le sujet, frappé d'hémiplégie depuis vingt deux ans, a succombé à une autre maladie. Cette observation, qui a beaucoup de rapports avec celles que divers auteurs ont recueillies, notamment avec la quatorzième Wepfes, me paraît digne de quelques réflexions. La vie a persisté malgré une altération grave, une lésion ayant son siége, pour ainsi dire, dans le centre de la masse encéphalique. Pourquoi? parce qu'il n'y a pas eu de compression.

Rapprochons ce fait de celui qui a été soumis à l'Académie dans la séance du 1er septembre. Dans celui ci l'apoplexie avait été la suite d'un épanchement de pus sorti de la dure mère et de l'hydropisie d'une portion de cette membrane. Le pus n'avait pas pénétré au-delà de la surface du cerveau, dont la substance était restée entièrement saine.

Ces deux faits, en apparence si différens, mènent à la même induction, savoir : que parmi les affections du cerveau, il n'en est point qui soit plus promptement mortelle que la compression, parce que la compression est l'obstacle le plus redoutable à la transmission de l'innervation.

Toute science se résume en un certain nombre de propositions générales. Lorsqu'on aura admis celle que je viens d'énoncer, on cessera d'être étonné, ou du moins on trouvera l'explication de l'issue de quelques affections ou lésions du cerveau, rapportées par de Lamothe, Petit, Wepfes, Morgagni, etc. On expliquera aussi comment l'engorgement, la distension des vaisseaux de l'encéphale suffit pour produire l'apoplexie. C'est ainsi que des tumeurs anévrismales, l'obésité, une tumeur même dans l'abdomen, quand elle a acquis assez de volume pour empêcher ou modifier la circulation du sang, peuvent amener ce genre de mort. Alors, dit Van-Swieten, l'apoplexie est le résultat, non d'une pléthore générale, mais de la pléthore particulière des vaisseaux de l'encéphale.

M. Gimelle fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Jobert, relatif à la ligature de la carotide primitive. L'auteur a traité et guéri un malade d'une tumeur érectile de la cavité orbitaire à l'aide de la ligature de cette artère. Il s'est livré à des expériences sur les animaux vivans, et est arrivé à des résultats intéressans. Ces expériences ont été répétées en présence de la commission. M. le rapporteur conclut en proposant le travail de M. Jobert au comité de publication, et d'inscrire officiellement son nom sur la liste des candidats.

M. Londe fait observer que l'opération de M. Jobert présente ceci de remarquable que la tumeur n'a commencé à diminuer de volume qu'à dater du quinzième jour après la ligature, et qu'enfin le malade a guéri parfaitement.

M. Velpeau a vu le malade de M. Jobert avant, pendant et après l'opération; il trouve ce fait très remarquable sous plusieurs rapports. Il ajoute que peu de jours après l'opération de M. Jobert, M. Velpeau a eu l'occasion d'opérer un malade de la même affection aux deux orbites, avec ceci de remarquable que lorsqu'on comprimait la carotide primitive d'un côté les battemens cessaient à la fois dans les deux tumeurs. Il lia la carotide droite, et ce fut la tumeur du côté gauche qui s'affaissa et guérit; la tumeur du côté droit a cessé de battre pendant quelque temps, mais ensuite elle est revenue comme dans l'état primitif.

M. Dupuy rappelle ses expériences connues sur la ligature des nerfs pneumo-gastriques.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

— *M. Hamel* fait plusieurs rapports officiels sur des remèdes secrets. Aucun de ces rapports n'a été favorable à leurs auteurs.

— *M. Gerdy* lit un nouveau travail sur la vision. Ce travail renferme l'historique de ce point de physiologie. Les auteurs les plus anciens qui s'en soient occupés sont Platon et Aristote; il faut arriver cependant jusqu'à Galien pour trouver quelques notions un peu precises. Un peu plus loin paraît un auteur arabe qui s'occupe avec plus de pénétration sur la matière, et parvient le premier à reconnaître le phénomène de la réfraction. De là jusqu'à Descartes on n'a presque rien fait. C'est cet auteur qui a repris la question et lui a donné une nouvelle impulsion. Lecat a fait un excellent traité *ex professo*. Ce point de physiologie méritait cependant un nouvel examen approfondi. M. Gerdy a rendu un véritable service en l'éclairant, comme il l'a fait, avec une précision toute nouvelle, et en le purgeant d'une foule d'erreurs qui avaient été reçues comme des vérités.

M. Rochoux combat quelques-unes des assertions de M. Gerdy, et regrette que ce dernier n'ait pas consulté Epicure, qui, de tous les philosophes anciens, a le mieux traité la fonction de la vision.

— *Note sur un cas de ramollissement spontané d'une pierre dans la vessie*, par M. Segalas. — La science possède un grand nombre de faits de fragmentation spontanée de la pierre dans la vessie. J'en ai recueilli une dizaine, et j'en ai rapporté plusieurs dans mon *Essai sur la gravelle et la pierre*; mais il n'existe pas, que je sache, d'exemple bien constaté de ramollissement naturel

tion organico-dynamique qui, après avoir produit un cancer, en empêche la guérison en produisant la récidive après l'extirpation. Sans cette diathèse, suivant eux, toute cause de cancer reste inefficace. D'après cette doctrine, il serait impossible de guérir un malade, une fois atteint d'une maladie cancéreuse, par la raison que la diathèse échappe à nos moyens thérapeutiques. Mais que répondront les diathésistes quand nous présenterons des individus radicalement guéris du cancer, après des opérations qui ont été faites il y a cinq, dix, quinze ou vingt ans? Dira-t-on que la diathèse existe toujours? Cela n'est pas possible; car, d'après les diathésistes, la diathèse aurait la fatale propriété *de faire repousser le cancer après son ablation sans cause appréciable ou suffisante*. Et combien de fois en vingt ans on aura eu l'influence d'une cause d'irritation, ou des maladies inflammatoires de l'espèce de celles qui produisent le cancer? Et ici nous ne voulons pas exposer un grand nombre d'observations, par lesquelles il résulterait que des femmes auxquelles on avait amputé le col utérin, sont devenues enceintes plusieurs fois après cette opération, et n'ont pas eu de récidives, même en arrivant à l'âge critique; que des hommes auxquels on avait enlevé des cancers ont, après cette opération, exercé des états pénibles, ont contracté des affections syphilitiques, sans que pour cela se soit reproduite la maladie pour laquelle ils ont été opérés.

En supposant qu'on nous accorde la réalité de ces faits, peut-être nous dira-t-on que la condition générale se sera épuisée dans la maladie primitive. Mais c'est encore une question à savoir, et on pourrait même nier qu'une condition générale qui produit une maladie s'épuise sur un seul acte morbide.

Une fois admis que plusieurs malades sont guéris du cancer, que nous restera-t-il de cette diathèse; où s'en va-t-elle cette condition pathologique nécessaire qui, sans cesse agissant, entretient la maladie après l'avoir produite en déterminant les progrès toujours croissans et la repullulation après l'ablation? Où s'en vont-ils tant de principes erronés émis par Boyer et par d'autres sur la constante repullulation du cancer? Sans doute que personne aujourd'hui ne suivra l'avis de ce grand maître de la chirurgie française qui disait, à la fin de sa carrière : « que la repullulation, après son ablation, est un des caractères les plus constans du cancer. Telle tumeur a été emportée, et le mal n'est pas revenu, donc ce n'était pas un cancer. » Sans doute que personne ne suivra le précepte établi par quelques-uns de ne pas pratiquer l'extirpation des tumeurs cancéreuses, car elles se reproduiront nécessairement et l'opération ne fait que hâter sa marche ». Cependant tous ces principes étaient établis sur l'existence de cette diathèse qu'on prétendait démontrer par les effets, sans savoir spécifier en quoi elle consiste. Après avoir démontré, par l'argument des faits, que cette diathèse n'existe pas, nous répéterons que, selon nous, une prédisposition spéciale est nécessaire pour la production des maladies cancéreuses; mais que cette même disposition ne renferme pas en soi-même la cause de la récidive de la maladie.

Que l'on ne croie pas une question oiseuse celle qui tend à démontrer que la diathèse primitive n'existe pas; car c'est sur la solution de cette question que doit se baser toute la thérapeutique du cancer. En effet, une fois démontré que le cancer est toujours primitivement local, il en découle la conséquence qu'un traitement dirigé avec opportunité sur les parties malades devra amener la guérison.

Nous ne terminerons pas cet article sans dire un mot sur une circonstance qui a échappé à plusieurs opérateurs, c'est-à-dire de la facilité avec laquelle la matière cancéreuse échappe au couteau du chirurgien. M. Velpeau, dans une de ses dernières leçons, a exposé un fait très intéressant à cet égard : Il s'agit d'une dame qui avait une tumeur cancéreuse au sein, et dont le professeur avait commencé l'extirpation. Pendant l'opération, on s'aperçoit qu'une couche graisseuse très épaisse environnait toute la substance cancéreuse. Tout portait à croire qu'après avoir enlevé la tumeur avec cette couche, on aurait enlevé toute la maladie. Cependant, après avoir fait l'ablation, en tâtant la plaie, qui d'ailleurs se présentait régulière, on reconnut l'existence de plusieurs petits boutons cancéreux qu'on a dû extirper avec soin pour s'assurer, autant que possible, d'empêcher la récidive. A cette occasion, M. Velpeau disait que quelquefois ces boutons sont très petits et ont la dimension d'un grain de millet, et vont s'interner dans le tissu cellulaire qui sert ordinairement de dépôt et, pour ainsi dire, de domicile à toutes les ulcérations organiques. Au bout de quelques mois, et quelquefois avant la cicatrisation de la plaie, on voit repousser la maladie. Les diathésistes croient y voir les effets de la diathèse; d'autres les effets de la cachexie cancéreuse; et, dans le fonds, il ne s'agit que d'une négligence de la part de l'opérateur. Nous dirons en outre que le cancer récidive quelquefois à cause de la cachexie cancéreuse, dont nous dirons quelques mots dans l'article suivant.

(*La suite à un prochain numéro.*)

de la pierre dans les voies urinaires. Aussi crois-je devoir faire connaître le suivant, qui s'est offert à mon observation au commencement de cette année.

Un homme d'une soixantaine d'années, opéré de la taille il y a six ans, par M. Souberbielle, qui lui avait retiré deux pierres d'acide urique, éprouve de nouveau les symptômes de la pierre ; il les supporte pendant un mois sans réclamer de secours ; puis il quitte Fosse, près de Marly-la-Ville, où il est fermier, et se transporte à Paris. Je lui reconnais dans la vessie une pierre volumineuse et sonore ; je le soumets d'abord au repos, aux boissons mucilagineuses et à un régime adoucissant. Ensuite, le 28 décembre dernier, j'essaie la lithotritie.

La pierre est saisie à deux reprises, mais elle s'échappe chaque fois, et ne laisse sur les dents de la pince que de faibles parcelles de sa couche la plus externe ; il ne s'en montre pas davantage dans les urines qui succèdent à la séance.

Cependant celles ci se chargent d'un mucus puriforme ; leur excrétion devient de plus en plus douloureuse, de plus rapprochée ; dès-lors la lithotritie, inapplicable immédiatement, me paraît devoir être remplacée par la taille, pour laquelle le malade n'a aucune répugnance. Je m'engage à aller lui pratiquer cette opération au sein de sa famille. Il s'y rend tout aussitôt, et fait, comme pour venir à Paris, partie de la route à pied, partie en diligence.

Quelques jours après, le 8 janvier, je vais le joindre ; il perdait les urines d'une manière continue, éprouvait les souffrances les plus vives, et, se refusant à toute nouvelle tentative de lithotritie, il demandait avec instance de hâter le moment de sa délivrance par l'incision.

J'ouvris la vessie à la région sous-pubienne, et, quand j'eus saisi la pierre avec les tenettes ordinaires, je la sentis céder à la pression. Je n'en retirai d'abord que le noyau ; la plus grande partie, d'une consistance pâteuse, s'échappa de l'instrument, et resta dans la vessie ; c'est à grand'peine que je parvins à l'en extraire avec les pinces et la curette, aidées du doigt et des injections.

Ainsi, un calcul qui s'est montré assez dur pour résister au brise-pierre dans une première tentative de lithotritie, à la vérité fort courte, s'est trouvé, onze jours après, ramolli au point de constituer une sorte de pâte à ses couches les plus externes, et de céder à la simple pression des tenettes, jusqu'à sa partie la plus centrale.

Sous l'influence de quelle cause s'est opéré ce changement si prompt? Je l'ignore. Tout ce que je sais, c'est que la masse calculeuse était composée de phosphate et de matière animale, ainsi que M. Lecanu s'en est assuré par l'analyse ; que son ramollissement a coïncidé avec une inflammation catarrhale de la vessie ; que cette inflammation, exaspérée par la fatigue du voyage et l'action des instrumens, a cessé presque aussitôt après l'extraction de la pierre, et que le malade qui, lors de l'opération, était en proie à des douleurs intolérables, a recouvré par elle, pour la seconde fois, et en moins de quatre semaines, une santé parfaite.

Voilà le fait tel que je l'ai vu. Je laisse à la chimie le soin d'en donner une explication satisfaisante, et d'en déduire les conséquences possibles relativement à la question encore si obscure des lithontriptiques.

Peut-être que, nonobstant la nature phosphatique de la pierre, l'alcalinité des urines, alcalinité qui accompagne si souvent l'inflammation de la vessie et qui était très manifeste ici, n'a pas été étrangère au ramollissement. Il y avait, en effet, beaucoup de matiere animale dans le corps étranger, où elle semblait servir de lien aux matières salines, et l'on connaît l'action dissolvante de l'ammoniaque sur le mucus vésical, élément probable de cette matière animale.

Je ferai remarquer en passant la différence de composition des pierres extraites par M Souberbielle et de celle que j'ai retirée, et je saisirai cette occasion de dire que ce changement dans la nature de pierres qui se succèdent chez un malade a lieu tout aussi bien après la taille qu'après la lithotritie. C'est-là un fait bien établi pour moi, et fort important à noter dans l'examen comparatif des deux opérations ; car, au premier abord, la lithotritie, par ses manœuvres répétées, semblerait devoir plus que la taille favoriser l'inflammation de la vessie, et partant, prédisposer davantage à la précipitation et à la concrétion des élémens phosphatiques de l'urine.

— *Luxation spontanée des deux genoux.* — *M. Bouvier* présente un cas fort singulier de luxation latérale incomplète des tibias, accomplie spontanément à la suite de paralysie et de douleurs articulaires. La malade, âgée de soixante ans, se traînait péniblement sur des béquilles dans les cours de la Salpêtrière. Les deux articulations fémoro-tibiales sont constituées uniquement par le condyle externe du fémur et l'extrémité supérieure du tibia, considérablement déformés. Il en résulte, du côté droit, une déviation du genou en dedans formant un angle d'environ 150 degrés ; du côté gauche, l'axe de la jambe n'est point dévié, les surfaces correspondantes du tibia et du fémur étant coupées obliquement comme dans les fractures dites en *bec de flute.* Cette lésion remarquable n'avait point aboli les mouvemens de flexion et d'extension ; il avait même peu altéré la solidité de ces articulations, fortement maintenues par une sorte de capsule fibreuse très épaisse et incrustée de plaques ostéo cartilagineuses.

Séance levée à cinq heures.

— Les rédacteurs des *Annales d'hygiène et de médecine légale* avaient institué, pour 1839, deux concours dont voici le résultat :

1° *Concours de médecine légale.* Il est accordé à M. Malle, professeur à l'Ecole militaire de Strasbourg, une médaille d'encouragement, pour son mémoire médico-légal sur les cicatrices.

2° *Concours pour le prix de statistique des aliénés.* Il est accordé à M. le docteur Bouchet, médecin en chef des hospices des aliénés de Nantes, une mention honorable, et une médaille d'or de la valeur de 200 francs, pour son mémoire sur la statistique des aliénés de la Loire-Inférieure.

A M. Aubanel, médecin de l'hôpital Saint-Pierre, à Marseille, ancien élève de Bicêtre ; et à M. Thore, également ancien élève de Bicêtre, une médaille d'encouragement, pour une mémoire fait en commun par ces deux auteurs sur la statistique des aliénés de Bicêtre.

Les prix proposés pour 1840 sont les suivans :

1° *Prix d'hygiène.* Le sujet de ce prix n'est pas déterminé ; tous les mémoires manuscrits qui traiteront un point quelconque d'hygiène sont admis au concours. Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

2° *Prix de médecine légale.* La question suivante, déjà proposée l'an dernier, est remise au concours.

Faire connaître les moyens d'opérer la séparation des matières animales dans l'analyse des substances toxiques, minérales ou végétales. Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 600 francs.

3° *Prix de statistique des aliénés.* L'auteur de la meilleure statistique des aliénés d'un des départemens de la France recevra une médaille d'or de la valeur de 500 francs. Les auteurs feront connaître la topographie physique du département et sa population, en distinguant les sexes.

Les mémoires destinés au concours, pour le prix d'hygiène, devront être remis avant le 1er janvier 1841 ; et ceux destinés au concours de la statistique, avant le 1er février de la même année, au bureau des *Annales*, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris. Le nom de l'auteur sera renfermé dans un billet cacheté, suivant les formes académiques.

Suspension de la vie chez les crapauds par l'effet du froid. Par des expériences faites en Islande, pendant l'hiver 1828 à 1829, sur le crapaud commun et le crapaud des joncs, M. Gaimard a constaté que ces batraciens peuvent, sans perdre la vie, être gelés à tel degré que chaque espace entre les muscles se remplit de petits morceaux de glace, et que toutes les fonctions animales paraissent suspendues. Dans cet état de congélation leur corps est dur, rigide, absolument comme le serait un cadavre glacé. Il est impossible de faire opérer à leurs membres le moindre mouvement ; le plus petit effort les brise ; les parties molles sont durcies et cassantes comme des os, et lorsqu'on les brise il ne sort pas une seule goutte de sang de leur blessure.

Pour faire ces expériences, M Gaimard a placé les crapauds, au commencement de l'hiver, dans une boîte a demi remplie de terre ; c'est dans les trous qu'ils avaient eux-mêmes creusés que la congélation a eu lieu. Le retour à l'existence s'opérait avec la plus grande rapidité par l'immersion dans de l'eau très légèrement chaude. Presque aussitôt que les particules de glace étaient fondues, les membres et la peau recouvraient leur flexibilité, ces animaux commençaient à se mouvoir leurs yeux, qui paraissaient flétris, devenaient tout à coup proéminens, et en huit ou dix minutes ils avaient repris leur agilité ordinaire.

Les crapauds qu'on laissait geler trop rapidement, soit dans l'eau, soit dans l'air, ne reprenaient jamais la vie. Il serait curieux d'examiner si cette singulière propriété des batraciens de conserver l'existence dans un état de congélation complète, persiste pendant un espace de temps prolongé. (*Bul. de Thér.*)

— Plusieurs journaux ont annoncé qu'il était question d'édifier un vaste hôpital sur les terrains Bellechasse, au faubourg Saint-Germain. Nous nous sommes assurés que ce bruit n'a pas le moindre fondement.

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 114, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

AFFAIRE LAFFARGE.

LETTRE A M. LE DOCTEUR FABRE,

Sur les circonstances qui ont placé un instant mon nom, au point de vue de la question chimique, soulevée par l'accusation portee contre

Dame MARIE CAPELLE, VEUVE LAFFARGE.

Mon cher Docteur,

Vous me demandez, par votre lettre du 22 septembre, s'il est vrai que je sois parti pour Tulle, ainsi que la plupart des journaux l'ont annoncé ; ensuite ce que je pense de la partie chimique d'un procès compliqué de tant d'incidens, et qui vient de fixer l'attention de la France, et même de l'Europe encore plus que la question d'Orient, que celles des forts détachés et de la réforme électorale.

La meilleure preuve à vos yeux que j'étais parti, c'est que je ne vous ai pas répondu.

Ma pensée, vous la devinerez à la suite de l'historique de mon voyage; je suis chargé de la formuler plus explicitement ailleurs.

Quant à l'attention que le public a accordée de préférence à ces fort tristes débats, elle est bien justifiée par l'intérêt des questions morales que cette affaire a soulevées ; institutions sociales, jurisprudence, procédure, expertise en général, tout venait à l'envi proclamer en pleine audience la nécessité d'une de ces réformes dont la réforme électorale n'est qu'un cas particulier et un détail impondérable, au milieu de la masse immense de nos travers sociaux. Je reviens au fait.

Le jeudi 17 septembre, à onze heures du soir, je fus éveillé par le roulement d'une chaise de poste qui s'arrêtait à ma porte : cet événement est si peu ordinaire dans notre solitude, qu'il était fort présumable que quelque chose d'extraordinaire amenait les voyageurs.

En effet, un jeune avocat de Limoges, dont je n'ai appris le nom qu'à Tulle (tant la rapidité de notre course nous laissait peu [de t]emps de causer), Me Babault Laribière, était arrivé de Tulle à [Par]is en 36 heures de temps, pour me remettre avec une invita[tio]n formelle de Me Bac, l'un des défenseurs de Mme Lafarge, la [let]tre suivante que je transcris littéralement, au risque de voir [mo]n amour-propre accusé d'un excès de ponctualité à copier.

« Je suis innocente et bien malheureuse, Monsieur ! je souffre j'appelle à mon aide, votre science, votre cœur.

Des expériences chimiques m'avaient rendu une partie de cette opinion qui me torture depuis huit mois.

Monsieur Orfila est arrivé, et je suis retombée dans l'abîme.

J'espère en vous, Monsieur ; prêtez à la pauvre calomniée, l'appui de votre science : venez me sauver, alors que tout m'abandonne.

Marie LAFFARGE. »

[J'a]i bien lu et relu cette lettre qu'aujourd'hui que je la [...]. La première fois, je n'y vis d'abord que ce qu'elle avait [...]ant pour moi ; car la dernière larme d'un accusé, si l'on [...] elle pour la recueillir, me brûle comme le feu.

[P]uis il était si tard, et le procès marchait si vite ! je suis si peu de chose, et l'accusée ainsi que son savant accusateur occupent dans la société un rang si élevé ! Que pouvais-je dire contre le prince de la science, moi, homme de rien dans la science et dans la société ? Quel appui pouvais je prêter à la pauvre calomniée, elle que tout l'empire des grâces de son esprit, et d'une amabilité qui fascine, n'avait pu défendre contre les inculpations de témoins d'une éducation toute positive; elle qui, née, pour ainsi dire, si près du berceau royal, était tombée tout-à-coup si bas, de si haut, comme frappée de cette foudre dont la fatalité semble se réserver tout exprès l'usage, quand elle s'attache après les grandeurs d'ici-bas.

Evidemment on s'était trompé en m'indiquant à Mme Laffarge comme une planche de salut. Mon nom porte malheur devant certains tribunaux : mes anciens débats avec l'expert dont le témoignage venait d'accabler Mme Laffarge devaient porter ombrage à l'accusation. Tout indiquait d'avance ou que j'arriverais trop tard pour rendre hommage à la vérité, sur quelque siége que je l'eusse rencontrée, ou que la Cour ne me permettrait pas même de dire mon avis.

Je refusai, en invitant le porteur de cette lettre à s'adresser à un chimiste aussi probe, mais moins en défaveur que moi.

— « Il est trop tard, me fut-il répondu ; il faut que je reparte, avec ou sans vous, dans une ou deux heures.

— Je fis observer que jusqu'à présent je n'avais été invoqué que par la défense du pauvre.

— Mme Laffarge, me fut-il répondu, ne possède plus rien sur la terre que l'affection de ses nombreux amis.

— Mais peut-être il se trouvera que je n'aurai rien à objecter contre la valeur de la dernière expertise.

— En voici les résultats. »

Je les lus à la hâte ; et je déclarai en terminant, à M. Babault-Laribière, que si le rapport était ainsi conçu, il était impossible que les experts de Limoges n'en signalassent pas les vices exorbitans à la justice.

— MM. les experts de Limoges, pour des raisons à vous connues, préfèrent que vous vous chargiez de ce soin ; si vous ne venez pas, elle est condamnée ; et si vous venez, il y a mille chances contre une qu'elle sera acquittée. Le jury semble n'attendre qu'une réfutation de ce rapport, qui resterait comme pièce judiciaire, s'il n'était pas contredit. Votre refus vous rendrait donc coupable d'une erreur judiciaire. Voyez, Monsieur, s'il vous est permis de retarder notre mission ; un retard équivaut à un refus. »

A deux heures du matin, vendredi 18 septembre, nous brûlions le pavé sur la route d'Orléans.

A quatre heures et demie le samedi 19, je demandai à mon compagnon de voyage, grâce, et en grâce ; nous traversions Limoges ; le cerveau me bondissait dans le crâne ; la fièvre me brûlait l'estomac ; nous descendîmes un instant.

Le soir à neuf à dix heures, nous arrêtions les conducteurs de diligence, qui nous répondaient : *acquittée* ; on ne saurait s'imaginer, si ce n'est dans notre position, la puissance d'effet de cette nouvelle.

A onze heures et demie, tous les habitans de l'hôtel où nous venions de débarquer à Tulle, se ruaient les larmes aux yeux (c'est à la lettre) pour accabler mon triomphant compagnon de voyage, de ce reproche qui le glaça tout à coup d'épouvante et de désespoir : *Malheureux, vous l'avez tuée ;.... condamnée aux travaux forcés à pespétuité !..... Elle a compté jusqu'aux minutes, jusqu'aux secondes ; la dernière a sonné par cet arrêt, pire qu'un arrêt de mort : ne vous en consolez jamais, c'est votre faute.*

Pauvre jeune homme ! a-t-il souffert de ce reproche ! Mais qu'y faire ? ses amis n'auraient pas compris la réponse. Nous venions de parcourir cent vingt lieues en quarante-quatre heures, par une bonne moitié de chemins de montagnes et par un temps affreux ; il nous a fallu bien des instans pour rendre cette difficulté intelligible à nos hôtes.

Reparti de Tulle le lundi à midi, je suis de retour à Paris aujourd'hui jeudi 24, à sept heures du matin. Je recueille mes souvenirs ; il me semble recueillir un rêve, où tout ce que j'avais dans mon esprit avant mon départ de Paris se dérange et se déplace, où rien de ce que j'ai vu ne peut s'emboîter dans ce que j'avais entendu et lu avant de partir. Je ne crois pas sortir de la spécialité de votre Journal, en vous détaillant tout mon rêve ; c'est de la science que je fais, en narrant ces circonstances accessoires, car la science se trouve partout où il se présente une difficulté à éclaircir.

Marie Capelle me fit demander le lendemain matin ; la permission ne m'en fut pas refusée ; chacun dans le Palais-de-Justice, portier et geôlier, paraissait franchement s'intéresser à son sort. Sa famille ne la quittait pas d'une minute ; des visages bienveillans circulaient autour du Palais, pour en savoir des nouvelles. Je ne manquai pas d'introducteurs. Je fus conduit, de main en main, jusqu'à la porte de son cabanon, sur le palier duquel je fis un instant antichambre ; il se passait dans l'intérieur une de ces scènes attendrissantes, dont j'ai eu l'occasion d'être si souvent témoin dans ma vie de prisonnier. Marie Capelle désirait me parler seule à seul, et n'ayant là à sa disposition qu'une chambre, force était bien de congédier sa famille et même sa *sœur chérie*, pour me servir de ses expressions. J'aurais désiré, moi, dire devant tous, ce que j'avais à lui dire ; mais la volonté d'une condamnée est la volonté sacrée de l'article de mort : on s'y soumet sans émettre la moindre réflexion contraire.

Je la trouvai malade, dans son lit, derrière deux rideaux de toile à carreaux bleus et blancs, qui servent à couper sa chambre en deux pièces, dont la première est occupée par celle qui la servait dans le temps de sa prospérité, et qui n'a pas voulu la quitter prisonnière et sans ressource. L'exemple de fidélité au malheur, que donne à tout le pays cette bonne fille, semble avoir porté bonheur à Marie Capelle ; elle a perdu fort peu d'amis dans son infortune : que Dieu lui conserve un brin de santé ! car elle a, dans l'ame et dans l'esprit, de quoi se réhabiliter, seule même et abandonnée, auprès de l'opinion publique, qu'elle m'a paru jalouse de reconquérir encore plus vivement que sa liberté.

J'étais ému (à mon âge et ayant une petite fille à élever, mon émotion n'est pas suspecte) ; je fis tous mes efforts pour rester froid comme un chimiste, et je terminai mon entrevue par quelques mots relatifs au sentiment religieux que Marie Capelle me sembla posséder sans exagération et sans hypocrisie. Ses amis intimes m'ont confirmé dans cette opinion.

Les larmes suffoquaient la malade ; je dus me retirer. Elle m'a fait dire dans la journée, que ma visite lui avait rendu l'espoir qu'elle croyait avoir perdu depuis la veille, et avait ajouté une consolation de plus aux consolations que lui prodiguent ses amis.

En sortant du Palais-de-Justice, étourdi et ébloui, tel qu'on sort presque toujours de la visite d'un prisonier, je me demandais si c'était bien Mme Laffarge à qui je venais de parler ; e

FEUILLETON.

[CONSID]ÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES CANCÉREUSES ;

PAR LE DOCTEUR J. MASNATA,

De la Faculté de Cagliari.

> Il y a deux manières de redresser les préjugés des hommes, le recours à l'expérience et l'appel à la réflexion... L'une rend d'immenses services à la science, l'autre à la pensée, source de toute science. (Mme DE STAEL, *Sur l'Allemagne*, 3e partie.)

(Suite du no précédent.)

ART. 2. Nature du cancer.

[A]près avoir émis quelques considérations sur les causes du [canc]er, il faut dire quelques mots sur la nature du cancer. Nous [nou]s dispenserons de rappeler toutes les théories émises sur la [natu]re du cancer, chacune d'elles reflète l'époque de leur con[cept]ion et aussi l'esprit particulier de leur inventeur. Avant de [nou]s prononcer pour une opinion quelconque, qu'il nous soit [per]mis, pour nous appuyer sur des bases solides, de consulter [l'ob]servation et l'anatomie pathologique.

[L]'observation nous a appris que le cancer se développe dans [les] parties qui ont été plusieurs fois affectées d'inflammations [plu]s ou moins aiguës et d'irritations répétées et continues. C'est [par] cette raison qu'on le voit paraître à l'utérus des femmes ar[rivé]es à l'âge critique ; au col utérin, quand il a été long-temps [le s]iége d'engorgemens et d'ulcérations ; aux glandes mammaires, [n]ous savons que chez les femmes les glandes mammaires rem[pli]ssent un rôle très important ; elles sont souvent exci[tée]s et exposées aux contusions, aux violences extérieures, [aux] engorgemens laiteux, etc. ; c'est pourquoi on observe très [rar]ement le cancer siégeant dans cette partie chez les hommes, [tandis] que l'on voit le contraire chez les femmes. Aux testicules chez [les] hommes qui ont eu plusieurs fois l'orchite et qui n'ont pas eu [la] résolution de cette espèce d'engorgement qu'on voit suivre [l'o]rchite. Aux lèvres, il attaque de préférence la lèvre inférieure, et Sabatier ne l'a jamais vu à la lèvre supérieure, et cela tient à ce que la lèvre inférieure est plus fréquemment exposée aux irritations que la supérieure. Et enfin à l'estomac, à la suite des gastrites. Et on pourra dire la même chose de tous les cancers qui se manifestent sur les différentes parties du corps. En effet, on a vu des ulcérations simples, syphilitiques, scrofuleuses, dartreuses, dégénérer en ulcères cancéreux, et des adénites aiguës passer à un état de chronicité et d'induration, et dégénérer en cancer.

Les précédentes remarques faites et exposées déjà par un grand nombre de pathologistes, et surtout par ceux qui ont voulu communiquer le résultat de leurs propres observations sans les altérer pour vouloir soutenir des doctrines précédemment émises ; nous les avons aussi relevées dans tous les malades qui se sont offerts à notre observation.

Si après cela nous interrogeons l'anatomie pathologique, nous voyons qu'en incisant une tumeur cancéreuse à la première période (squirrhe), nous trouvons qu'elle est composée de deux substances différentes, savoir : d'une substance cellulo fibreuse et d'une substance friable plus humide, semi-transparente, ayant à peu près l'aspect et la consistance de la couenne du lard, sans aucune trace d'organisation. La première de ces substances peut présenter différentes formes, tantôt des aréoles plus ou moins régulières, tantôt de simples cloisons rayonnantes, qui donnent à la tumeur l'aspect de la chair de navet (cancer napiforme) ; ou bien elle se distribue de manière à la diviser en lobes et lobules de volume variable, comme le tissu cellulaire des glandes conglobées.

Toutes ces particularités, signalées par M. Videcoq, nous avons eu l'occasion de les constater par plusieurs des sections que nous avons faites. Ensuite, après avoir enlevé une tumeur cancéreuse, que l'on fasse une incision transversale ; on trouvera dans un premier cercle, le plus excentrique, l'inflammation pure avec tous ses caractères, dont le plus apparent est la dilatation des vaisseaux ; plus près du centre, l'induration blanche simple, et plus près encore l'induration passée à l'état de squirrhe, ou substance propre à la première période du cancer ; enfin, on trouve au milieu la substance cancéreuse proprement dite, ordinairement cérébriforme.

Ce fait d'anatomie pathologique, sur lequel nous fixerons tout à l'heure notre attention, signalé par M. Lisfranc, dans une de ses leçons publiées par la *Gazette des Hôpitaux*, a été observé par nous-mêmes en faisant l'examen anatomique de quelques tumeurs cancéreuses. Nous ajouterons que cette disposition peu varier dans le cancer enkysté.

Après ce que nous venons d'exposer, nous sommes portés à considérer l'inflammation comme le véritable mobile de ce désordre morbide, et à expliquer avec M. Caffe la production du noyau cancéreux de la manière suivante : « Quand une cause excitante quelconque agit avec continuité sur un tissu organique, et d'une manière spéciale, la vitalité augmente dans cette partie et il se développe une inflammation par suite de laquelle se fait une exhalation de fluide albumineux, qui forme l'engorgement. » Ce noyau s'augmente par suite du travail morbide déterminé dans la partie. La difficulté de la résorption de cet engorgement tient à la plasticité des liquides déposés qui tendent à modifier les autres tissus.

Nous avons admis cette explication comme se trouvant d'accord avec les faits et nos idées pathologiques, et comme celle qui, tout en accordant un grand rôle à l'inflammation, n'admet pas que le cancer lui-même consiste dans une inflammation toute spéciale. L'inflammation précède, et le cancer n'en est que le produit ; en un mot, c'est l'inflammation qui se termine par un cancer, de la même manière qu'elle pourrait se terminer par ulcération, suppuration et ossification, si la prédisposition particulière de l'individu tendait à l'une plutôt qu'à l'autre terminaison ; prédisposition particulière, et non pas diathèse cancéreuse dans le sens que nous l'avons exposé à l'article 2 ; la première existe pour toutes les maladies, et par conséquent pour les maladies cancéreuses ; la seconde n'est qu'une hypothèse.

Nous avons basé notre explication sur l'observation et l'anatomie pathologique ; ce qui, à la rigueur, nous dispenserait de combattre les argumens opposés par ceux qui soutiennent que le cancer est indépendant de l'inflammation. Cependant nous ferons remarquer que l'on nous accorde que les causes les mieux avérées du cancer sont les causes d'irritation. M. Gendrin même, tout en soutenant sa doctrine, convient que l'irritation peut sinon déterminer, au moins précéder le cancer. « On s'appuie, dit M. Broussais, sur des cas où le cancer paraît sans irritation préalable : mais ces cas ne doivent pas compter, ils n'ont aucune valeur, car ils sont négatifs : nous dirons avec fondement que ce sont des cas mal observés dans lesquels on s'est tu à dessein sur les causes déterminantes des carcinomes. Ce vice est en effet celui des chirurgiens non physiologistes qui, tout préoccupés de leurs procédés opératoires et de leurs pansemens, négligent et méprisent ceux qui concernent la vie des organes malades pour

maintenant à cent vingt lieues de distance ; ce mot-là a de la peine à me revenir dans l'esprit ; il me semble encore que je n'ai eu devant les yeux que Marie Capelle.

Mme Laffarge, telle que je l'ai vue sur son grabat de prison, est une femme que la douleur dévore, sans trop avoir altéré la régularité des formes qui durent en faire une belle jeune fille, lorsqu'elle jouissait de sa fortune et de la santé. Sans l'animation de sa physionomie, on s'apercevrait que ses traits manquent un peu de régularité ; on n'en a pas le temps, car l'expression ne tarde pas à venir effacer ce léger défaut d'harmonie, et son regard, tel qu'on le devine à travers ses larmes, n'a rien perdu de cette magie qui paraît avoir tant fasciné de fois ses amis comme ses ennemis. On ne cite plus, dans toute la salle d'audience, que M. l'avocat-général qui soit resté durement sévère envers Mme Laffarge ; il paraît pourtant que ce magistrat, qui vient de donner, à cette épreuve, des gages d'une aussi sauvage intégrité, se faisait, en cela, une grande violence ; car, au prononcé de la peine, l'homme a chez lui repris la place du juge : on l'a vu attendri.

Le teint de Mme Laffarge n'est pas livide ; il est pâle. Ses cheveux noirs en bandeau, et sa coiffe de nuit, de calicot ordinaire, me rappelaient à la lettre la mise officielle des prisonnières de Versailles, qui venaient si souvent, sous ma fenêtre, me remercier de quelques bons services, en chantant et en dansant, comme on chante et comme on danse sous les yeux des guichetiers.

Mme Laffarge, dans sa prison, n'est plus que la fille du peuple, abandonnée des hommes entre les mains de la loi. Je n'étais point dépaysé en sa présence. Ses amis m'ont assuré que, depuis sa captivité, elle est toujours de même, et qu'avant elle avait le même goût de la simplicité.

Sa conversation, douce et caressante, conserve dans le malheur et dans l'humiliation ce reflet de bonté et ce je ne sais quoi d'harmonieux et de sympathique, qui rendait Marie Capelle si intéressante à l'époque de sa prospérité. Il est difficile de rencontrer une femme du monde qui sache mieux se placer au niveau des personnes qui lui parlent, et ne mettre dans ses réponses que tout juste la dose d'esprit dont fait preuve son interlocuteur. Elle cherche à plaire à tous, et jamais à effacer personne. Elle cause de toutes choses avec le même intérêt et le même avantage. Elle est d'une force supérieure sur le piano ; douée d'un beau timbre de voix, elle chante avec une rare méthode ; elle connaît plus d'une science, explique et traduit Gœthe à livre ouvert ; possède plusieurs langues, improvise les vers italiens avec autant de grâce et de pureté de style que les vers français. Marie Capelle était une plante exotique au sein des bonnes et simples vertus de ménage de l'éducation limousine : elle y a trouvé la mort.

J'ai reçu à Tulle des politesses de la part de la classe riche, comme de la classe pauvre, car, dans ce pays de montagnes de granit, il n'existe ni classe aisée, ni mendians. J'ai été invité à une table autour de laquelle se rangeaient de riches propriétaires, des médecins, des jurés siégeant, et même des jurés récusés par la défense, des magistrats, des légitimistes d'un certain rang, des républicains d'une bonne et belle fortune, des juste-milieu indépendans, enfin des vieillards et des jeunes gens. Je ne dissimulerai pas ma pensée ; avant de connaître tous ces Messieurs, et d'après les bruits répandus dans les journaux, je me suis cru un instant au milieu d'hommes partiaux, tant, à moi qui venais de si loin, l'expression des sentimens que professait cette société pour Mme Laffarge était forte et prononcée, même après la condamnation. Dans trois repas consécutifs, et toujours avec de nouveaux visages, j'ai toujours été témoin de la même unanimité dans une sympathie, qui, à la suite du rapport des experts de Limoges, avait fini par gagner toute la salle. Ceci est un fait constaté par les journaux.

Je ne vous parlerai pas des circonstances qui tiennent à la partie morale de cette cause, laquelle vient de se terminer devant la Cour d'assises de la Corrèze ; je n'ai nullement mission ici d'en parler ; mais que Marie Capelle fût coupable ou non, après avoir lu le rapport chimique qui est regardé comme la cause immédiate de sa condamnation, il ne m'était plus permis de ne pas me rendre à Tulle ; car il ne faut pas habituer les jurés à condamner, même un coupable, sur une fausse donnée ; à la même donnée, un innocent peut tôt ou tard se trouver pris.

J'arrive à la question chimique qui fait le principal but des renseignemens que je désire transmettre au public par la voie de la presse scientifique.

J'avais lu les journaux : j'ai cherché à voir les choses et à consulter les personnes. Je possède à cet égard des renseignemens précieux, mais pénibles à révéler.

Je ne les garderai pas pour moi seul, dans la crainte de me compromettre ; je vais vous en transmettre une partie, pour me consacrer ensuite au soin de les développer plus amplement, dans l'intérêt de la science et dans celui de la défense des innocens à venir ; j'ai le droit de publier la déposition que j'aurais faite dans les mêmes termes ; l'arrêt n'est pas irrévocable, et s'il est cassé, la vérité se fera peut-être jour par une autre voie.

Marie Capelle avait confié, dès le principe, sa défense à Me Bac ; des raisons que je ne dois pas divulguer, mais qui font honneur à la générosité de ce jeune et éloquent avocat de province, le déterminèrent à céder la place tout entière à Me Paillet. Me Bac est en même temps un publiciste fort avancé dans les idées du progrès, un orateur d'une puissante élocution, un avocat d'une grande adresse, et dont les ressources croissent avec la difficulté du sujet. Ce ne serait pas lui qui plaiderait une cause infâmante avec les formes sèches et compassées de la cause du mur mitoyen. Une circonstance toute personnelle l'a ramené dans l'arène de ce procès ; la nécessité que lui imposait une allusion offensante de l'accusation aurait été un excellent tour d'adresse de sa part, si Me Bac l'avait provoquée. On ne saurait s'imaginer tout ce que la réhabilitation de Marie Capelle a gagné au retour de ce brave jeune homme, qui, pour ne pas étouffer d'émotion et de regrets dans la salle, avait pris le parti de s'absenter et d'aller respirer un autre air dans de plus lointaines montagnes. Je le répète, crainte qu'on ne dénature ma pensée en cherchant à déchirer le voile que je n'ai pas mission de dévoiler ici, le dévouement de Me Bac à Marie Capelle n'avait pas de plus intrépides défenseurs, que les nombreux amis de l'accusée ; et la détermination qu'il avait prise de s'éloigner a dû n'être vue avec plaisir que par les seuls accusateurs de cette dame.

A peine M. l'avocat-général avait-il manifesté l'intention de faire venir M. Orfila à Tulle, que Marie Capelle proposa à la défense de me faire appeler en même temps pour surveiller, en son nom, les opérations chimiques. Je tiens d'une source authentique que d'abord la Cour mit à l'écart M. Orfila, comme ayant déjà donné un avis favorable à Marie Capelle, dans la première lettre qui ait été lue par Me Paillet. Cependant M. l'avocat-général l'emporta, et M. Orfila fut mandé, ainsi que MM. Devergie et Chevallier. On n'a pas su m'expliquer comment ces deux derniers experts ont été remplacés par M. Bussy, et surtout par M. Ollivier (d'Angers), qui, de sa profession, est totalement étranger à ces sortes d'expertises. Quant à moi, je dois le dire, je fus biffé de la liste à l'unanimité.

Depuis ce moment, Me Bac et Mme Lafarge n'ont pas laissé passer un seul jour sans inviter Me Paillet à m'appeler et à me faire entendre. Me Paillet a toujours menacé de se retirer de la défense si mon nom même était prononcé devant la Cour. On conçoit que la retraite de Me Paillet eût été l'arrêt de mort de Marie Capelle ; on n'eût pas manqué en effet de l'attribuer à toute autre conviction qu'à celle de mon inaptitude et du peu de sympathie que mon nom inspire aux tribunaux. Et puis enfin Me Paillet est l'avocat de M. Orfila en plus d'une affaire ; sa position personnelle eût été difficile dans ces débats chimiques ; il ne faut pas exiger des hommes plus qu'ils ne peuvent accorder. *Chacun chez soi, chacun pour soi* ; les accusés sont chez les autres.

Ce ne fut que sur un mot surpris dans une conversation intime et extra-judiciaire de deux ou trois jurés, que Marie Capelle et Me Bac prirent la résolution de me mander à la hâte, et à l'insu de qui que ce fût, dans le but de me faire entendre en vertu du pouvoir discrétionnaire de M. le président.

Il leur était revenu, en effet, que MM. les jurés, hommes probes et de bonne réputation dans le pays, s'imaginaient qu'on les accuserait de s'être laissé corrompre, s'ils acquittaient à la suite du rapport de M. Orfila, lequel n'était contesté par personne. « Qu'on nous prouve, disaient-ils, que cet homme se trompe, et dès ce moment l'acquittement est à peu près certain. » De tout ce que j'avance, je puis donner la preuve.

Le plus grand secret fut gardé par Me Bac sur la résolution désespérée de Marie Capelle ; et cependant, trente six heures après le départ de Me Babault, le parquet et la Cour étaient instruits de mon départ de Paris, et M. Orfila demandait instamment son congé, et M. le Président, avant de se décider à l'accorder, adressait injonction sur injonction à la défense pour connaître à cet égard ses intentions ; la défense intime de Mme Laffarge, qui n'a pas le télégraphe à son service, gardait prudemment le silence et s'impatientait de mon retard ; elle avait compté sur un trajet de trente six heures ; la voiture avait cassé en route ; nous arrivâmes huit heures trop tard ; les débats avaient marché au pas de course pendant la durée de cet achoppement.

Il est une révélation que je puis faire dans cette lettre ; elle me vient de Mme Laffarge elle-même ; elle m'a assuré que M. Orfila l'avait invitée, par un message, à ne pas permettre que je parle, sans quoi il ne répondait plus d'un acquittement ; car, dans le cas où je parlerais, il se verrait, lui, forcé de dire son dernier mot.

Ce talent d'intimidation, M. l'expert assermenté près du parquet en a donné plus d'une preuve en remplissant la mission qui lui était confiée. Je le tiens d'un des experts lui-même, et il ne me contredira pas. Pendant qu'on attendait avec anxiété le résultat de cette combustion en masse qui infectait la salle d'audience, ainsi que pendant un repas de vingt-cinq personnes auquel assistaient les experts et M. le président de la Cour d'assises, M. Orfila revint, à plusieurs reprises, sur le mérite de ceux que le hasard ou une mission légale avaient pu amener contradictoirement avec lui à la barre du même tribunal.

A ses yeux, M. Devergie était un ignare dont les assertions induisaient journellement en erreur l'expertise

M. Couerbe était un menteur pour s'être attribué la découverte de l'arsenic dans les os ; cette découverte revenait en propre et exclusivement à lui seul, M. Orfila.

M. Rognetta n'avait qu'à prendre garde : au premier mot qu'il ajouterait encore, il se verrait impitoyablement chassé de Paris en sa qualité d'étranger non réfugié.

Je ne manquai pas d'avoir ma part de ce gâteau épicé de sel baléare. On n'a pas voulu m'y laisser goûter : on n'aime pas, en général, traduire en face, même en bon français, les coups de boutoir d'un prince ; on les laisse deviner. J'ai seulement compris que les moins dures des vérités qui échappaient à la verve du vainqueur de l'expertise étaient que j'apportais dans mes rapports autant de mauvaise foi que d'ignorance : « Seulement, ajouta M. Orfila, on ne saurait le lui contester, il s'exprime avec une certaine facilité ; et c'est pourquoi il importe de ne jamais lui accorder la parole dans une discussion légale. »

Je vous fais confidence de tous ces faits, avec d'autant moins de crainte d'être démenti, qu'ils vont être tous portés à la connaissance de la Cour de cassation.

Car évidemment tous ces propos étaient tout autant de moyens d'intimidation contre les experts de province ; quoique cependant je pense qu'en cela M. Orfila péchait plus par inexpérience et par suite d'une fièvre d'amour-propre, que par mauvaise intention. Pour ma part, je lui pardonne ainsi que je l'ai toujours fait ; mais mon pardon serait un homicide, s'il allait jusqu'à compromettre, par un silence, l'honneur et la liberté d'un accusé.

Il s'est certainement passé d'autres choses plus étranges en chimie dans le cours de l'expertise de M. Orfila, à laquelle assistaient, sans mot dire, les premiers experts, les experts du pays.

J'ai vu au greffe les trois assiettes obtenues par M. Orfila ; j'en ai pris la description et même la mesure, et puis j'ai consulté quelques experts sur la manière dont on avait opéré.

Les deux premières assiettes obtenues l'ont été par l'acide nitrique ; mais les taches qu'elles renferment sont si peu caractérisées et si petites, elles ont donné aux réactifs des indications si équivoques, que je me garderais bien de prononcer qu'elles soient des taches d'arsenic ; elles ne sont ni pondérables ni déterminables ; je dirai là-dessus ultérieurement mon dernier mot.

Une condamnation d'après ces deux assiettes seules serait une fatalité déplorable ; et tôt ou tard la justice ne manquerait pas d'éprouver des regrets bien amers, pour avoir prêté l'oreille à un si faux système.

---

s'occuper uniquement de la partie mécanique du traitement, base ordinaire de leurs succès, et de l'éclat qu'ils jettent dans le monde. » Cette dernière phrase, à la vérité, nous paraît hors de propos ; en effet, on pourrait dire que ce même vice est aussi celui de certains médecins systématiques qui, pour soutenir leurs doctrines, ont déguisé les faits et mutilé les ouvrages, pour arriver, de cette façon, à démontrer qu'il n'y a pas de doctrine meilleure que la leur ; ce qui, peut-être, est le contraire. Pour ce qui regarde l'inflammation dans les affections cancéreuses, il faut connaître qu'elle précède et produit le cancer, et que, depuis, l'inflammation est maintenue par le cancer lui-même. Voilà pourquoi les tissus environnans un cancer se trouvent dans un état inflammatoire qui n'est pas sans utilité pour le malade ; en effet, c'est cet état qui empêche l'absorption de la maladie cancéreuse, et par là nous voyons des cancers siéger plusieurs années au col utérin (organe éminemment vasculaire), sans qu'il y ait absorption, et, par suite, développement de cachexie cancéreuse.

Nous avons vu au commencement de cet article que l'anatomie pathologique nous fait observer dans les cancers non enkystés une altération graduée des tissus ; c'est à elle qu'on doit la diminution de volume qu'on obtient par l'action des antiphlogistiques et des fondans. On peut faire disparaître l'inflammation et l'induration simple. Il faut cependant faire attention pour ce qui regarde l'action des antiphlogistiques et des fondans, qu'il arrive qu'il arrive quelquefois d'obtenir la disparition de la moitié ou des deux tiers de la tumeur. D'après ce résultat, on conclut qu'on doit nécessairement fondre le reste, et on se trompe. Quand le praticien n'est pas assez expérimenté, après vingt ou trente jours d'un état stationnaire, on voit tout-à-coup la tumeur augmenter, des foyers multiples se développer dans différentes régions, et les malades périr victimes de la cachexie cancéreuse, dont l'explosion a été favorisée par l'imprévoyance du chirurgien. Ce fait, déjà constaté par plusieurs praticiens et par M. Lisfranc, a été aussi constaté deux fois par nous ; et obligés de céder à la puissante voix de la majorité, nous avons avons eu le regret de voir mourir les malades victimes d'un traitement mal dirigé.

On peut donc établir, en se basant sur ce que nous venons d'exposer, qu'il faut toujours commencer par les antiphlogistiques et fondans avant que de soumettre un malade à une opération quelconque ; mais qu'il faut aussi opérer aussitôt que la tumeur reste stationnaire : le résultat d'une telle pratique serait de faire une plaie moins étendue, et d'avoir une réaction traumatique moins forte.

Après avoir démontré quelle est la nature du cancer, nous nous occuperons pour un instant de l'opinion selon laquelle le cancer serait une maladie contagieuse. Laissons-là les faits rapportés par les anciens ; car, comme l'a dit avec beaucoup d'esprit M. Dubois (d'Amiens), ils ne prouvent rien absolument, si ce n'est un grand amour pour le merveilleux ; mais prenons plutôt en considération les expériences faites par Alibert, Biet, Dupuytren, qui ne se sont pas contentés de faire avaler à des chiens de la sérosité ichoreuse et d'en faire des inoculations sur eux-mêmes, mais Dupuytren est allé jusqu'à injecter le pus des dégénérescences cancéreuses dans les veines et dans les cavités séreuses de plusieurs chiens toujours sans résultat. Nous ne parlerons pas des observations des filles et des domestiques qui ont soigné leurs parens et maîtres qui ont succombé au cancer, puisque nous avons des exemples (et pour notre compte nous pourrions en citer quelques-uns) dans lesquels le mari cohabitait avec sa femme affectée du cancer au col utérin.

Dans ces derniers temps, le docteur Langenbeck, de Gœttingue, a fait des recherches microscopiques sur l'origine du cancer des veines, et sur la possibilité de le transmettre de l'homme aux animaux. Hâtons-nous de dire que cet observateur, dans ses essais, a obtenu des résultats semblables à ceux de ses devanciers ; il a toujours échoué. Il en a attribué la cause à ce qu'il s'était servi de sanie écoulée d'ulcères cancéreux, mais dans lesquels les cellules cancéreuses n'étaient plus dans leur état d'intégrité. Pour remédier à cet inconvénient, il a résolu de se servir des cellules fraîches de cancers récemment extirpés sur des individus vivans. Il a fait plusieurs expériences de cette manière, mais il échoua tout de même ; cependant il cite la suivante comme ayant eu un résultat des plus remarquables.

« On fit, le 8 juin 1839, sur un chien fort, âgé de deux ans, en présence de plusieurs personnes, l'ouverture de l'artère fémorale gauche, et on retira environ 240 grammes de sang, qu'on débarrassa de sa fibrine en le battant, et l'on y mêla ensuite environ 15 grammes de suc cancéreux blanchâtre, pris sur une tumeur encore toute chaude, qui avait été enlevée deux heures auparavant, en désarticulant l'humérus. Ce sang fut ensuite injecté dans la veine fémorale gauche ; immédiatement après l'animal respira avec difficulté, mais il se remit bientôt. Pendant deux jours, le chien parut malade et eut la fièvre ; la respiration était libre, et l'animal était en apparence rétabli au bout de huit jours ; plus tard il maigrit considérablement, malgré une grande voracité. Le 10 août, on le tua en lui coupant la moelle allongée, et on le disséqua en présence de ceux qui avaient assisté à l'expérience. En ouvrant le thorax, les deux poumons paraissaient sains ; cependant à la face antérieure des deux poumons, on remarquait deux ou trois petites saillies lenticulaires, qui ressemblaient en tout aux carcinomes récens du poumon humain et dont la texture fut vérifiée au microscope ; on trouva aussi dans l'intérieur du poumon gauche un noyau tuberculeux du volume d'une fève, de nature cancéreuse, en ce que les cellules qui ont été trouvées et observées au microscope étaient identiques avec celles prises dans la tumeur de l'humérus désarticulé. »

Nous avons voulu exposer entièrement cette expérience pour mettre le lecteur à la portée de juger par lui-même sur sa valeur, et, sans nous arrêter sur les circonstances accessoires qui l'accompagnent, sur lesquelles nous pourrions dire beaucoup de choses, nous nous contenterons de faire remarquer que cette expérience n'est pas concluante, puisqu'il n'y avait pas identité de produit.

Le cancer, quoique dans l'origine toujours local, a la fâcheuse tendance d'infecter toute l'économie et d'en produire la détérioration et la cachexie cancéreuse, laquelle n'est pas toujours en rapport avec la maladie locale, la constitution individuelle influe beaucoup sur son développement.

On a agité la question si la cachexie cancéreuse était primitive ou secondaire ; le plus grand nombre des auteurs la croient secondaire, mais cependant il y en a qui la soutiennent primitive. Nous ne discuterons pas cette opinion après avoir exposé nos idées sur l'origine et la nature du cancer.

M. Kangenbeck s'explique de cette manière à propos de la production du cancer : « Les élémens du cancer peuvent se trouver dans le torrent de la circulation de trois manières différentes : ou bien ils s'engendrent dans le sang, sont charriés avec lui et s'arrêtent à un point quelconque du tissu cellulaire, pour se développer et prendre de l'accroissement ; ou bien un cancer se forme dans un tissu solide quelconque et une partie du fluide dont il est imprégné se trouve absorbé par des veines ou des lymphatiques et entraîné dans le sang, où il peut donner lieu à la formation de nouveaux cancers ; ou enfin, des cancers déjà ulcérés peuvent corroder les veines et les lymphatiques, rendre la cavité béante et permettre l'introduction de pareilles ou de cellules cancéreuses, qui sont autant de germes de nouveaux cancers. » (Gaz. méd. de Paris. 1840, pag. 105.)

Malgré la tendance presque générale à l'humorisme, et malgré que nous admettions les humeurs capables d'être primitivement

Quant à la troisième assiette, à la vue et d'après les renseignemens analytiques que j'ai puisés dans la conversation des experts du pays, je dois déclarer que l'on peut prononcer que les taches qui la couvrent sont de nature arsenicale. Mais ne préjugez pas trop vite; j'ai de bien graves choses à révéler à ce sujet.

Les taches des deux premières assiettes sont petites, d'un jaune qui tient du gris; chacune d'elles n'est qu'un souffle.

Les taches de la troisième sont larges et gorge de pigeon, bleues et miroitantes sur le centre, jaunes violettes sur le bord. Mais..... écoutez-bien..... elles n'ont été ainsi obtenues que par *l'emploi du nitrate de potasse que M. Orfila avait eu la précaution d'apporter de Paris.* Sur l'observation que lui en firent les experts, notamment ceux de Limoges, à savoir que ce nitrate de potasse n'était peut-être pas pur, M. Orfila répondit qu'il en avait constaté la pureté. Mais comme MM. les chimistes insistaient et demandaient à en opérer l'analyse, M. Orfila, poussé jusque dans ses derniers retranchemens, avoua que, si cette expérience leur paraissait *douteuse, il était disposé à l'abandonner.*

Alors, répondit M. Bussy, il faudrait aussi abandonner les deux premières assiettes; car, à elles seules, elles ne sauraient constituer la base d'une accusation d'empoisonnement.

Dans le rapport de M. Orfila, vous ne trouvez rien de tout cela; mais de tout cela, j'en ai la preuve orale; qu'il ose me démentir légalement!

Ces aveux ont paru aux auditeurs si graves et si extraordinaires, que j'ai été autorisé à les publier.

Je dis à MM. les chimistes, de qui je tiens ces révélations, qu'il fallait pousser plus loin notre enquête, et je demandai à ces messieurs où il me serait loisible d'éprouver les réactifs laissés à Tulle par M. Orfila, et d'en faire l'analyse, assisté d'un officier judiciaire.

Voici ce qui m'a été répondu : « M. Orfila a laissé entre les mains de M. Bories, pharmacien, tous ses réactifs, à l'exception de

Sa potasse,

Son zinc;

Et le nitrate de potasse au moyen duquel il a obtenu les taches de la troisième assiette.

Ces trois réactifs ne valaient pas 50 centimes. Il a positivement refusé de nous en faire un cadeau!!!

Quand l'accusation fulmine contre la défense, on l'écoute; pourquoi fermerait-on la bouche à la défense quand elle signale un vice de forme dans les procédés de l'accusation?

Eh bien! je veux et je prétends, au nom de la loi, qu'on m'écoute; et la justice m'écoutera si l'arrêt est cassé, et l'opinion publique m'approuvera en tout état de cause.

J'aurai rempli mon devoir, au risque de toutes les tribulations dont on paie un devoir accompli dans nos institutions actuelles. Que m'importe! Mon sommeil, à moi, ne sera troublé par aucun fantôme chargé de fers, ni stigmatisé à toujours par un nitrate de potasse suspect de mensonge.

Voulez-vous que je vous rende toute ma pensée? Supposez que dans l'intérêt de la défense, j'eusse suivi le procédé de M. Orfila; que, traitant la foule des réactifs provenant des pharmacies du pays, de ce joli mot de *foule ignorante*, qui lui est échappé dans une autre occasion, j'eusse apporté tout exprès de Paris le nitrate de potasse, seul habile à faire trouver du poison, là où nul autre réactif n'en aurait décelé un atome, qu'aurait dit M. l'avocat-général? Le voici :

« Nous requérons de la Cour que l'expert de la défense dépose, séance tenante, le flacon de nitrate de potasse qu'il a rapporté de Paris, à l'effet de le soumettre au contrôle des experts entendus dans cette enceinte.

Et si j'avais refusé d'obtempérer aux conclusions, qu'aurait ajouté l'accusation?

Elle aurait demandé acte de mon refus et l'insertion au procès verbal, à l'effet de pouvoir exercer, s'il y avait lieu, des poursuites contre moi, en qualité de suspect de faux témoignage.

Personne ne contestera la justesse de ces suppositions.

Rien de semblable n'a été suivi à l'égard de M. Orfila; et sur cette seule opération, qu'on aurait suspectée de ma part, qu'on a acceptée sans observation de la part de M. Orfila, *Marie Capelle a dû être vouée à l'infâmie!!*

Le jury a cru que l'impondérable quantité d'arsenic qui s'étalait sur ces assiettes signifiait nécessairement un empoisonnement par l'arsenic : une quantité que M. Orfila a évaluée à un demi-milligramme, et que j'estime, moi, à moins d'un centième de milligramme.

Or, si le jury avait pu comprendre, d'abord que cette quantité était trop minime pour signifier un empoisonnement, ensuite que cette quantité pouvait provenir du réactif apporté tout exprès de Paris par l'expert de l'accusation elle-même, le jury n'aurait pas pu condamner Marie Capelle comme coupable d'empoisonnement par l'arsenic; car toutes les probabilités morales disparaissent devant l'absence du corps du délit.

Je ne vous donne là que résumé de ce que je suis chargé officiellement par la défense actuelle de Mme Laffarge de présenter à la Cour suprême, dans la spécialité de ma mission.

Mais j'ai cru qu'il était convenable de répondre, dans votre feuille, à tout ce dont M. Orfila sait, avec tant de puissance d'influence, obtenir l'insertion dans les journaux politiques, condamnés par leur position à travestir les faits qui nous concernent et les paroles que nous émettons. Je leur laisse toute latitude à cet égard en ce moment; mais ils ne me refuseront pas le droit de me défendre par avance; et s'ils me le refusent ce droit, je le prends.

« Je ne veux pas, leur dirai-je, entendez-vous bien, que le hasard des causes inconnues reproduise désormais, en dépit du zèle et de la prudence de tous les experts..., y compris M. Orfila!... le tour de gobelet qui vient d'escamoter l'acquittement de Marie Capelle, à Tulle. »

Voilà, mon cher Fabre, mon dernier mot, le seul que je puisse dire maintenant sans vous compromettre, car depuis que j'ai étudié le dénouement de cette inintelligible affaire, je vois, en toutes choses, matière à condamnation.

Vous me délivrerez de mon idée fixe en insérant cette lettre; car il me sera démontré, je pense, qu'à l'aide de certaines formes, mon nom ne portera pas toujours malheur. Je ne répondrai aux démentis qui pourraient vous survenir, que dans le mémoire que je rédige.

Et je finis, en faisant des vœux, pour que Dieu protège l'innocence contre certains tours.... de force de la science invoquée devant la Cour.

Excusez mon griffonnage, le temps me presse; et ce voyage m'a fait voir tant de choses insolites, que je ne sais plus comment les coordonner dans mes souvenirs.

Tout à vous, F.-V. Raspail.

Paris, 24 septembre 1840.

HOPITAUX ITALIENS.

Cas remarquable de diabète sucré. Par M. Corneliani, professeur de clinique au grand hôpital civil de Venise.

Marie Negri, 22 ans, mère de deux enfans, adonnée aux travaux de la campagne, habituellement bien portante, éprouve depuis deux ans un dérangement dans la fonction menstruelle. Six mois après la suppression des règles, elle éprouve tout-à-coup une soif ardente, puis des envies fréquentes d'uriner. Les urines commencent à devenir abondantes. La femme était nourrice, et jusque-là son enfant paraissait bien portant. Dès cette époque, il commence à dépérir.

A l'abondance des urines se joint l'abattement des forces et la maigreur générale. Cependant l'appétit était excellent, extraordinaire même.

Ces phénomènes augmentent par degrés : seize mois après le début de la maladie, la femme est réduite à une maigreur extrême et à une maigreur considérable. C'est dans cet état qu'elle est entrée à la clinique le 21 avril 1839.

A l'examen, on trouve une femme de tempérament sanguin, extrêmement faible (tabida); système musculaire dans un affaissement. Les fonctions encéphaliques n'offrent rien d'anormal; langue rougeâtre offrant les apparences d'une langue bouillie; gencives rougeâtres; salive dense; soif très incommode, faim dévorante. Col long et grêle; poitrine déprimée; abdomen mou et indolent à la pression; colique, de temps en temps causées par la constipation; urines très copieuses exhalant une odeur de violette, de saveur douçâtre, couleur verdâtre et foncée. Le malade urine à chaque instant avec chaleur aux parties génitales externes. Respiration normale, pouls un peu dur et très peu fréquent; peau sèche et âpre au toucher; tabès général, la peau étant accolée aux os. On diagnostique à ces symptômes un diabète sucré, et on donne les urines à analyser chimiquement, ce qui confirme le diagnostic.

Les recherches sur les causes de la maladie n'ont rien appris.

On commence par prescrire quelques purgatifs, des sangsues à l'anus, des boissons huileuses avec addition d'eau cohobée de laurier-cerise, des émulsions et du lait. On passe ensuite à l'usage de la créosote intérieurement, d'abord à la dose d'une goutte dans une cuillerée d'huile d'amandes douces, à répéter quatre à six fois par vingt-quatre heures.

A cette époque, la quantité de boisson que prend la malade s'élève à quinze livres par jour; l'urine qu'elle rend s'élève à vingt neuf livres par vingt-quatre heures.

Après vingt jours de l'usage de la créosote et de quelques purgatifs, les quantités de l'urine et de la boisson offraient une diminution, mais peu notable. On prescrit alors la créosote conjointement à l'ipécacuanha sous forme pilulaire.

Un mois après le commencement du traitement les urines étaient réduites de seize à dix-sept livres par jour. L'analyse chimique a démontré que la quantité de sucre était moindre. La faiblesse et la maigreur de la malade étaient cependant devenues effrayantes.

A cette époque une toux se déclare avec douleur rétro-sternale; oppression à la poitrine, fièvre. On suspend la créosote; saignée; boissons rafraîchissantes. On analyse le sang de la saignée : il contient du sucre. On répète l'évacuation sanguine; kermès. La maladie du poumon empire; l'écoulement des urines se supprime presque complètement; la malade en rend de petites quantités, moins que dans l'état normal; elles sont rouges, sédimenteuses, briquetées, pas sucrées, et ont l'odeur et la saveur urineuse. Mort, par suite de la pneumonie, trois mois et dix jours après son entrée à la clinique.

Autopsie. Cadavre d'une maigreur extraordinaire. Cavité crânienne n'offrant rien d'anormal. Poumons entrelardés de tubercules, hépatisés sur plusieurs points, suppurés sur d'autres (vomiques). Abdomen contenant une petite quantité de sérosité jaunâtre, dense et gélatineuse. Estomac et intestins ne présentant aucun trait d'altération, si l'on en excepte une légère injection veineuse. Rate, foie et pancréas, sains. Les reins sont examinés avec beaucoup de soin; ils ne présentent pas la moindre lésion, leur structure étant parfaitement saine sous tous les rapports; ni le volume, ni la couleur, ni la consistance, ni la structure, n'ayant pu faire soupçonner la plus légère altération.

L'utérus est hypertrophié et d'une dureté squirrheuse.

L'auteur rapporte les résultats des analyses chimiques qu'il a fait faire du sang, des urines, des matières intestinales, etc.

(*Giorn. di path. e di terap.* Venise, mai et juin 1840.)

— Cette autopsie est bien remarquable. Comment concevoir une si abondante sécrétion d'urine sans la moindre altération des organes rénaux. On croit communément que ces sécrétions se rattachent à un état d'excitation des reins, et pourtant il n'en est rien. Comment concevoir d'ailleurs une maladie d'excitation alors qu'il y avait absolument absence complète de fièvre, asthénie générale, et que la langue était ramollie? Comment concilier cette présomption alors qu'on sait que l'excitation véritable des reins, la phlogose, est accompagnée, au contraire, de diminution ou de suppression des urines? D'ailleurs, chose remarquable, durant le diabète, une pneumonite par action mécanique (tubercules) se déclare, et cette maladie inflammatoire, loin d'augmenter la prétendue excitation rénale, guérit, au contraire, complètement le diabète.

Il n'est pas d'hypothèse qui n'ait été imaginée pour expliquer la formation du diabète et des moyens de le guérir. Des idées purement chimiques ont été mises en avant par des hommes peu versés dans l'étude de la physiologie normale et pathologique; ces idées, fort singulières, nous allions dire absurdes, ont satisfait les esprits médiocres; notre corps a été assimilé à une cornue, et des médications fort bizarres ont été recommandées. On s'est imaginé qu'on pouvait combattre le diabète par telle ou telle espèce de mets, comme on croyait autrefois pouvoir combattre le rachitisme en faisant manger des coquilles d'huîtres ou d'œufs, et boire de l'eau de chaux. On n'avait pas tenu compte de l'état de vitalité des reins et de tout l'organisme. On n'avait pas réfléchi que, d'après la saine physiologie, une sécrétion excessive d'urine ne pouvait se faire sans une faiblesse proportionnelle des artères rénales; que le sucre n'est qu'une circonstance accidentelle qui se passe dans les reins, et indépendante de la nature des alimens introduits dans l'estomac, à moins que ces alimens ne fussent de mauvaise qualité, et qu'en conséquence c'est en modifiant l'état vital des reins qu'on pouvait espérer la disparition du diabète. Laissons donc de côté ces idées ridicules enfantées dans le laboratoire des chimistes, et occupons-nous en médecins de l'affection dont il s'agit.

Il est d'observation que toutes les fois que l'organisme se trouve sous l'influence de causes débilitantes, telles que la peur, le jeûne trop prolongé, la digitale, la scille, l'arsenic, la cantharide, etc., etc., les reins sécrètent abondamment, et d'autant plus que l'asthénie est prononcée et durable. Cette manière d'être, si elle se prolonge, constitue la condition du diabète, et ruine petit à petit l'organisme entier.

Nous pourrions pousser plus loin cette analyse, pour arriver à cette démonstration, que le diabète doit être considéré comme une maladie générale dont le siége principal est dans le système des vaisseaux capillaires de tous les organes, en particulier des reins. Sa nature est évidemment asthénique, et tout-à-fait indépendante de l'état de l'estomac ou de la digestion.

Il suit de là que, loin d'être utile, le traitement antiphlogistique est nuisible, ainsi que l'expérience journalière le prouve, et que la médication qui lui convient réellement doit se composer de moyens stimulans dont l'action est durable et fixe. On conçoit que dans une maladie enracinée profondément, comme le diabète, les stimulans diffusifs, tels que les éthers, l'ammoniaque, l'alcool, etc., ne seraient que momentanément utiles; aussi est-ce à l'opium à haute dose et à la canelle qu'il faut s'arrêter de préférence pour atteindre le but. Déjà une assez longue expérience a confirmé les bons effets de cette médication entre les mains de M. Giacomini et d'autres praticiens. Nous ne pouvons que la recommander hautement à la méditation des médecins.

Cas de dilatation extraordinaire de l'œsophage; par M. Delle-Chiaje.

Une dame de haute condition, mère de quatre enfans, jouissant habituellement d'une excellente santé, est saisie, en avril 1823, de fièvre dite gastrique, qui se dissipe vers le quatorzième jour. Dès cette époque, la malade commence à éprouver de la difficulté dans l'acte de la déglutition, et de la dyspnée avec un léger serrement vers le cœur. Cet état persiste pendant un an sans empirer; alors il se complique de vomissemens toutes les fois que la ma-

malades parce qu'elles jouissent d'une certaine vitalité, nous ne pouvons pas accorder que les élémens du cancer s'engendrent dans le sang et produisent la maladie locale en s'arrêtant sur un point quelconque. Les molécules cancéreuses sont les résultats d'une maladie organique, ou des lésions de nutrition et de sécrétion; par suite des altérations de ces fonctions nous avons le produit des cellules cancéreuses; or, à l'accomplissement de la sécrétion et de la nutrition sont seulement destinées les parties solides, et les humeurs n'ont qu'une importance secondaire.

Les moyens employés contre les cancers, s'élèvent à un nombre si considérable, qu'il est impossible de pouvoir en faire l'énumération et d'apprécier leur efficacité. Il est naturel de croire que si chaque système pathologique imprime son cachet particulier à la thérapeutique, comme l'a très bien fait remarquer Bichat, le cancer, à propos duquel les idées ont varié suivant les systèmes, a dû à son tour subir les différentes variations thérapeutiques. A la rigueur, on ne peut rien affirmer de positif sur le traitement local du cancer; tous les moyens proposés, excepté la cautérisation et l'ablation, ont échoué pour quelques uns et ont obtenu un résultat satisfaisant pour d'autres; c'est pour cette raison que la ciguë, suivant Storck; les mercuriaux, les sels de cuivre, les préparations arsénicales, l'hydrochlorate de baryte, l'iode, l'aconit, la belladone, certaines eaux minérales, comme celles de Plombières, de Barrège et de Vichy, ont été vantées par différens praticiens respectables. On ne saurait nier que parmi ces moyens, quelques-uns, et spécialement les frictions mercurielles et iodées, n'aient procuré la résolution de quelques engorgemens cancéreux; mais, avec M. Lisfranc, on pourrait demander si c'étaient de vrais cancers ou de simples engorgemens blancs?

En accordant peu d'importance à chacun de ces moyens, nous croyons à propos de devoir en faire usage avant de se déterminer à opérer, en nous basant sur les faits que nous avons exposés plus haut; mais il faut beaucoup d'attention et d'expérience pour ne pas s'exposer à perdre le malade qu'on aurait pu sauver par une opération. Oui, quand il n'y a pas de symptômes de la cachexie cancéreuse, et que le cancer existe à l'extérieur, l'opération est le moyen le plus sûr; mais il faut se hâter de la pratiquer, en faisant connaître au malade que c'est le seul moyen de guérison possible.

Relativement à la cautérisation, nous ferons observer qu'il est bien difficile de la pratiquer d'une manière sûre, et que si une petite portion de tissu cancéreux échappe quelquefois au couteau du chirurgien le plus habile, à plus forte raison pourra-t-elle échapper à l'action du caustique.

lade veut prendre des alimens : ceux-ci ne passent dans l'estomac qu'en petite quantité ; leur passage détermine des efforts convulsifs et de l'anxiété jusqu'au moment où la malade les avait rendus par le vomissement ; ces efforts harrassaient horriblement la malade.

Le 14 juillet 1831, un morceau de viande rôtie s'arrête vers le milieu de l'œsophage ; convulsions, efforts pour vomir ; la malade a manqué de succomber ; enfin elle l'a rendu par le vomissement.

La boisson de café était quelquefois vomie quatre à cinq jours après avoir été ingérée, sans présenter aucune altération ni dans la couleur, ni dans l'odeur, ni dans la saveur.

Maigreur progressive, fièvre. On diagnostique une induration au cardia. Une infinité de remèdes ont été essayés inutilement. Les seuls moyens qui l'ont un peu soulagée sont le régime lacté et les bains généraux.

Mort le 9 novembre 1834.

Autopsie. Œsophage hypertrophié ; ses fibres musculaires sont très développées. La muqueuse œsophagienne est rosée, mais non rugueuse, couverte d'un épiderme très épais. La membrane musculeuse est aussi épaisse que celle du bœuf, du cheval ou de l'âne. Cette structure se continue dans tout le canal. Vers le milieu de l'œsophage, le canal se dilate comme un estomac, et sa membrane musculeuse ressemble ici à une couche des muscles abdominaux. Sur quelques points les trousseaux musculeux imitent ceux du cœur ou de la vessie urinaire hypertrophiée ; on y voit des colonnes charnues avec leurs terminaisons tendineuses.

La terminaison inférieure du canal œsophagien n'offrait rien d'extraordinaire. La dilatation offrait un diamètre égal à huit fois le diamètre naturel du reste du canal.

L'auteur compare cet œsophage à celui des volatiles. Il attribue la dysphagie que la malade éprouvait, à une contraction spasmodique des fibres musculaires.

(*Il Progresso, Naples*, avril 1840.)

— Il s'agissait, comme on le voit, dans ce fait, d'une hypertrophie et non d'un rétrécissement de l'œsophage. Ce qu'il y a de plus remarquable sous le rapport anatomique, c'est la dilatation que cet organe présentait, et qu'on peut regarder peut-être comme congénitale. Il existe, en effet, d'après les recherches de M. Delle Chiaje, des exemples de dilatations pareilles rencontrées sur des enfans nouveau-nés. Cette condition n'était peut-être pas par elle-même une source d'accidens ; mais jointe à l'hypertrophie de tout le canal, il devait en résulter ce que nous observons dans la vessie urinaire à colonnes et à concamérations. N'y a-t-il pas effectivement analogie entre les phénomènes des contractions incessantes de chacun de ces viscères ?

Observations de deux opérations de cataracte par abaissement, l'une sur un enfant de deux ans (demi-succès) ; l'autre sur un vieillard de soixante-neuf ans (succès complet) ; présentées à la Société de médecine d'Anvers, par L.-F. VAN CAMP.

Les deux observations que je rapporte ici m'ont paru devoir précéder les réflexions que j'ai émises sur l'opération de la cataracte dont la société a décidé l'impression. Elles ont d'ailleurs présenté quelques particularités qui en autorisent suffisamment la publication ordonnée.

Première observation. En septembre 1837, un de mes parens me présente son fils, âgé de deux ans, atteint d'une double cataracte congéniale. Le petit aveugle jouissait d'ailleurs d'une santé florissante ; il était fortement constitué, mais il était sombre et taciturne. L'examen des deux yeux me fit reconnaître qu'ils étaient cataractés au même degré, et je fus porté à croire que ces cataractes étaient de nature cristalline. Les pupilles jouissaient d'une mobilité extrêmement vive ; les yeux, ainsi que la tête, éprouvaient des mouvemens rotatoires et convulsifs, ainsi que cela se remarque d'ailleurs assez généralement chez les enfans atteints de cataracte congéniale.

En plaçant l'enfant dans un appartement obscur, et en promenant de différens côtés une chandelle allumée, même à une assez grande distance de lui, il la suivait partout des yeux. Ce moyen me paraît de la plus grande importance pour s'assurer de l'état de la rétine, et je ne connais aucun auteur qui le recommande.

L'enfant présentait cette particularité, que, lorsqu'il se trouvait ou se croyait seul, il abaissait les paupières inférieures avec le doigt indicateur de chaque main, et poussait ensuite et alternativement le globe de l'œil de chacun des deux yeux dans leur orbite, en dedans et en haut. Il répéta fréquemment cette manœuvre dans la journée, et elle parut lui procurer une telle jouissance qu'il se mettait à rire. J'attribue sa joie au bien-être qu'il éprouvait par la sensation agréable que lui procuraient quelques rayons lumineux qui momentanément venaient impressionner la rétine en déplaçant ou réclinant en quelque sorte les cristallins opaques par les pressions douces et alternatives qu'il exerçait avec ses doigts.

Nul doute, d'après les symptômes que je remarquai et les particularités que j'ai signalées, que la rétine se trouvât dans les conditions favorables et exigées pour permettre l'opération et espérer de la voir couronnée de succès.

Je demandai aux parens si l'enfant n'avait pas reçu des coups sur la tête, de contusions sur le globe oculaire ; s'il n'avait jamais présenté d'engorgement des glandes au cou ; s'il n'avait jamais été atteint d'ophthalmie ou d'exanthème répercuté, mais à toutes ces questions les réponses furent négatives. J'appris que la grand'mère maternelle du petit malade, actuellement âgée de soixante-treize ans, avait été autrefois atteinte de cataracte dont elle avait été opérée avec un succès complet, ce qui me fit croire que j'avais affaire à une cataracte héréditaire. On n'a jamais remarqué que le petit malade ait donné signe qui pût faire supposer qu'il ait joui de la vue.

Je proposai l'opération, qui fut acceptée, et que je différai toutefois jusqu'au mois de mai 1838, époque à laquelle l'enfant fut placé chez moi et abandonné entièrement à mes soins.

Je commençai donc, dès le premier jour, à suivre à la lettre le précepte de Dupuytren, en écartant les paupières et simulant l'opération au moyen d'un stylet à bout olivaire et luisant, manœuvre que je répétai plusieurs fois par jour pendant trois semaines ; mais je dois avouer que l'œil de l'enfant ne me parut pas plus habitué aux instrumens le dernier que le premier jour ; car lorsqu'il s'aperçut que je m'approchais de lui pour répéter l'opération, il commença à crier et à se débattre de telle manière, qu'on eut beaucoup de peine à le retenir, malgré toutes les belles promesses qu'on put lui faire.

Il avait été mis à la diète et purgé la veille au moyen d'un doux purgatif. Je l'opérai au commencement de juin, en présence de quelques praticiens de cette ville, qui voulurent bien m'assister dans cette opération.

Je fis placer le malade sur les genoux de la servante, enveloppé dans une grande serviette nouée derrière le dos de cette dernière, de manière que tout mouvement avec les bras lui fût impossible. Malgré ce moyen contentif, il fit de tels efforts que l'assistance de tous mes collègues fut de toute nécessité pour le retenir, et ce ne fut que lorsque la sueur lui coula du visage et qu'il fut exténué de fatigue, que je pus commencer l'opération, après lui avoir préalablement instillé dans les yeux, quelques heures avant, une solution d'un grain d'extrait de belladone dans deux gros d'eau de laurier-cerise.

L'œil droit bandé, je commençai d'abord par l'œil gauche, la paupière supérieure soulevée par un aide en même temps que j'abaissai de la main gauche l'inférieure, l'aiguille à cataracte (celle de Dupuytren) tenue de manière que la face concave regarde en bas, introduite à travers la sclérotique, deux lignes et demie au-dessous du diamètre transversal du globe de l'œil, et également une et demie derrière l'insertion de la cornée transparente. Parvenu dans la chambre postérieure de l'œil, lorsque je voulus abaisser le cristallin, je trouvai cette lentille beaucoup plus molle que je l'avais d'abord prévu : elle se répandit en grande partie dans la chambre antérieure, au point qu'il me fut de toute impossibilité de suivre les derniers mouvemens de la pointe de mon instrument. Cependant je broyai avec beaucoup de ménagement, autant que faire se put, toutes les parcelles du cristallin qui se trouvaient encore dans la chambre postérieure, pour les abandonner après aux forces absorbantes.

J'opérai immédiatement après l'œil droit et par le même procédé. De ce côté, le cristallin fut bien plus consistant, et je parvins, quoique avec un peu de peine, à le déprimer ; cependant quelques débris de la capsule cristalline s'engagèrent dans la chambre antérieure, mais ne portèrent aucun obstacle à la terminaison de l'opération.

Il fut pansé au moyen des compresses trempées dans l'eau froide et maintenues sur les yeux par le binocle. Diète sévère, potion calmante. Placé au lit dans un appartement obscur il ne tarda pas à s'endormir profondément.

Le second jour, léger accès de fièvre, yeux gonflés et injectés. L'indocilité de l'opéré, qui arrachait continuellement le bandage, m'obligea à désister des lotions d'eau froide que j'avais ordonnées. Je les fis remplacer par des frictions mercurielles autour des paupières, moyen qui tout à la fois est d'une application facile et sûre ; il remplace aussi efficacement tout autre collyre par la vertu thérapeutique qu'on attribue, à juste titre, à cet agent, de faire avorter certaines inflammations et de les combattre lorsqu'elles existent : effets que j'ai, plus d'une fois, obtenus par son emploi, surtout dans l'ophthalmie.

J'observerai ici, que j'ai, mainte fois, remarqué que l'onguent mercuriel simple, auquel j'ajoute toujours un grain d'opium par gros, est préférable à l'onguent mercuriel double, que je trouve trop irritant.

L'état des yeux était des plus satisfaisant le neuvième jour de l'opération ; une grande partie des débris cristallins et capsulaires qui s'étaient répandus dans la chambre antérieure, au moment de l'opération, avaient été en grande partie absorbés. Dès ce jour, je pus positivement m'assurer qu'il voyait clairement, en lui présentant des objets qu'il saisissait avec avidité.

La nuit suivante il éprouva des coliques très violentes accompagnées de convulsions qui m'inquiétèrent beaucoup, mais je les combattis heureusement par des lavemens laudanisés et une potion calmante à l'intérieur prendre à des intervalles très rapprochés.

Le lendemain matin, en examinant ses yeux, je vis que le cristallin du côté droit était remonté et fermait les trois quarts du champ de la pupille.

Le vingt-quatrième jour, absorption complète des débris dans la chambre antérieure du côté droit. Il en fut de même de l'œil gauche, si ce n'est qu'un petit lambeau de la capsule cristalline se trouvait à cheval sur l'iris et le déprimait tellement qu'il avait une forme elliptique.

Quelques jours après la pupille était dégagée et jouissait de toute sa mobilité.

Pour traitement consécutif et local je n'employai que les frictions mercurielles, jusqu'au moment où il retourna chez ses parens, deux mois après l'opération.

Ses yeux étaient alors dans l'état suivant : l'œil gauche présentait une cataracte secondaire capsulaire postérieure, à travers laquelle cependant il voyait, car, après lui avoir bandé l'œil droit, il me suivit partout où je me promenai dans mon jardin. Le cristallin remonté de l'œil droit n'occupait qu'un quart de la pupille. Il est resté réfractaire aux forces absorbantes jusqu'à ce jour.

Depuis qu'il a été opéré, quoique je n'aie obtenu qu'un demi-succès, le caractère de cet enfant est entièrement changé : de sombre et triste, il est devenu enjoué et communicatif.

Un fait qui m'a beaucoup étonné chez cet enfant est le suivant : j'avais dessiné grossièrement sur une feuille de papier la figure d'un homme en profil, je la lui mis sous les yeux en lui demandant ce que cela représentait, et, à ma grande surprise, il me répondit un enfant. Cependant j'étais bien certain qu'à cette époque il n'avait encore vu ni dessin ni tableau.

On pourra me demander pour quelle raison je ne l'ai pas encore opéré de sa cataracte secondaire du côté gauche ; mais j'ai long-temps espéré que l'absorption, qui est si active à cet âge, aurait pu suffire. D'ailleurs, le but principal en l'opérant si jeune était de pouvoir lui donner une instruction première, ce que l'état de ses yeux, après l'opération, a entièrement permis. Je craignais aussi de perdre les bénéfices obtenus par la première opération ; et enfin je me réserve de l'opérer plus tard, lorsque la raison sera chez lui un peu plus développée.

(La suite à un prochain numéro.)

— M. Edouard Robin, honoré d'une médaille d'or en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs institutions, ouvrira le 1 septembre deux nouveaux cours : l'un de chimie, l'autre de botanique. Le cours de botanique sera commencé à midi et demi, celui de chimie à six heures et demie.

...lu Journal sont transférés ru...

D...

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

MARDI 29 SEPTEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 115, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

Compte-rendu des maladies traitées dans le service chirurgical, pendant l'année 1839; par M. CHAUMET, *chirurgien en chef.*

HYPOPION.

Les anciens donnaient le nom d'hypopion, à toute collection purulente, faible ou forte, ayant son siége dans les chambres de l'œil. C'est un mot générique, consacré par l'usage, et que l'on devra appliquer à toute suppuration interstitielle de l'organe de la vue. Dans un langage médical tant soit peu exact, il nous semblerait plus convenable d'appeler hypopion les abcès de l'œil proprement dits, suite du phlegmon oculaire, par exemple, et de réserver l'expression d'épanchement purulent aux collections de pus qui se forment dans l'une des deux chambres. Quoi qu'il en soit, plusieurs malades ont offert cette complication sans que nous ayons eu à regretter la perte d'un seul de ces organes. Voici deux exemples où le traitement médical a suffi pour obtenir une résorption rapide et complète, en détruisant la phlogose qui avait causé la collection. Dans aucun cas, il n'a fallu pratiquer la ponction, ou mieux, l'incision de la cornée; cependant, s'il y avait eu urgence, nous aurions moins répugné de recourir à cette petite opération, que ne semble le faire le professeur Velpeau, enhardi déjà par quelques succès dans ce genre.

Kérato-conjonctivite. Hypopion. Guérison.

Madame Dubourg, cinquante-trois ans, de Biganos (Landes), malade depuis dix-huit jours, est entrée le 20 août, salle 2, lit 16, porteur d'une inflammation oculaire très intense, et d'un hypopion occupant à peu près le sixième en hauteur de la chambre antérieure de l'œil gauche. La cornée transparente est vasculaire, opaque, et présente au centre, vis-à-vis la pupille, une dépression considérable, résultat d'une ancienne ulcération de la conjonctive cornéale, et des lames superficielles de la cornée. L'hypopion est survenu ici par suite de l'inflammation de la membrane de Décemet.

Cette femme était occupée à remuer de la paille fraîchement ramassée, lorsqu'un tronçon de chalumeau vint lui frapper fortement l'œil déjà malade. Sous l'influence de ce choc violent se sont développés tous ces phénomènes morbides, auxquels se joignirent bientôt une céphalalgie violente, l'horreur de la lumière; douleurs vives dans le globe oculaire, avec fréquence et dureté dans le pouls. Avant d'entrer à l'hôpital, Marie Dubourg avait été soumise à un traitement mal dirigé, consistant en lotions avec l'eau de guimauve, voir même son urine, et en une application de quatre sangsues aux pieds.

Le deuxième jour, on prescrivit: limonade avec crême de tartre, 2 gros; pilules de calomel, 3; collyre laudanisé, sangsues aux apophyses mastoïdes, et à l'angle externe de l'œil, 12; compresses triangulaires arrosées d'eau froide; bains de pieds sinapisés.

Le troisième, la collection purulente n'est pas encore accrue; bains de pieds sinapisés long-temps continué.

Le quatrième, commencement de résorption du pus; la femme souffre moins.

Le cinquième, disparition complète du pus; vue éclaircie; dépression au niveau de la pupille, occasionnée par la conjonctive et des lames superficielles de la cornée transparente; compresse d'eau froide; instillation du collyre laudanisé.

Le septième, les souffrances sont nulles, la vision est nette; l'injection de la conjonctive se dissipe, et la kératite aussi; collyre avec l'acétate de plomb, 2 grammes par 180 grammes de véhicule.

Le huitième, la malade va toujours bien; elle distingue parfaitement les objets.

Le quinzième jour, l'ulcération des lames superficielles de la cornée existe toujours; taie: elle date de long-temps, de douze ans. On procède à son traitement au moyen de la cautérisation avec le nitrate d'argent, et de l'insufflation de la poudre de calomel.

Kérato-conjonctivite. Hypopion. Guérison.

Jeanne Lilet, âgée de trente ans, tempérament bilieux, constitution assez forte, journalière, native d'Audenge, est atteinte, depuis un mois, d'une ophthalmie à l'œil gauche.

Cette femme, le 15 du mois de juin, la tête en sueur et découverte, se trouva sous l'influence d'un coup de vent froid et humide. Aussitôt elle éprouva une violente céphalalgie du côté gauche de la tête; une sensation de prurit se fit sentir à l'œil gauche, et bientôt la conjonctive s'injecta et la cornée transparente s'obscurcit. Cette femme est entrée à l'hôpital le 13 juillet, salle 2, lit 10; elle n'a subi aucun traitement, sauf l'application de deux sangsues et de légères lotions à l'eau de guimauve.

Aujourd'hui, jour de son entrée, la membrane conjonctivale est d'un rouge vif et uniforme; la cornée transparente est opaque, au point d'intercepter presqu'en entier les rayons lumineux; la vue est très obscure; une collection purulente occupe le quart inférieur de la chambre antérieure de l'œil; il y a céphalalgie, fièvre, principalement la nuit.

Saignée du bras, 12 onces; bains de pieds sinapisés; sulfate de soude, 2 onces; collyre émollient laudanisé.

Le deuxième jour l'hypopion est augmenté, ainsi que l'opacité de la cornée; vision nulle; l'œil n'est pas douloureux; vésicatoire à la nuque; 2 onces d'huile de ricin.

Le troisième, la clarté du jour est distinguée des ténèbres; le mieux est sensible: la collection purulente, qui s'était accrue de façon à faire presqu'un croissant entier, se résorbe très promptement, et n'est presque plus rien aujourd'hui.

Le dixième jour, la chambre antérieure est effacée; un point blanchâtre s'aperçoit au fond sur la capsule du cristallin, dû apparemment à une portion de pus concrété qui s'est placé là.

Le 19, la malade y voit plus clair que les jours précédens; la tache qui est vis à vis la pupille, s'éclaircit chaque jour; l'œil n'est pas si douloureux; la conjonctive commence à se désinjecter; les vaisseaux capillaires deviennent sensibles.

Le 20, le mieux va toujours croissant; la malade ne souffre pas; elle y voit assez bien; le pus qui restait disparaît, et aussi le point blanchâtre observé sur la capsule du cristallin; la vue est entièrement rétablie. Collyre avec 10 grains de belladone. Ce collyre détruira les adhérences qu'a contractées l'iris en bas de la cornée, car la pupille y est un peu déformée. Une ulcération assez superficielle, il est vrai, se remarque à la cornée, hors de l'axe de la vue. Cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent, taillé en cône; insufflation de la poudre de calomel; sous l'influence de ces moyens thérapeutiques, la taie observée chez cette femme disparaissait chaque jour, et ne laissait plus de traces le quarantième, jour de sa sortie.

Ptérygions.

On croyait autrefois que le ptérygion, qui n'est autre chose qu'une sorte d'hypertrophie, que le développement morbide du tissu cellulaire sous-conjonctival, était le résultat de la varicosité de la conjonctive oculaire. Sans contester exclusivement la part que cette condition morbide peut prendre dans la génésie de cette affection, nous croyons qu'elle est le plus ordinairement la conséquence d'une inflammation chronique de la conjonctivite, connue sous le nom d'angulaire, qui amène constamment l'épaississement de la membrane muqueuse, avec dégénérescence du tissu cellulaire qui la redouble, ainsi que cela arrive dans les conduits tapissés par les membranes muqueuses. M. Rognetta professe l'idée d'une transformation musculaire. Cet ophthalmologiste regarde le ptérygion comme une espèce de panicule charnue, provenant d'une hypertrophie des expansions fibreuses des muscles de l'œil. La disposition anatomique du droit interne lui sert à expliquer la prédilection de cette altération pour l'angle interne de l'œil.

Sans nous arrêter plus long-temps à ces diversités d'opinions, nous dirons que, sous le point de vue pratique, nous avons été forcés d'admettre trois principales variétés de cette maladie: un ptérygion membraneux, avec ou sans varicosité; un celluleux et un autre essentiellement charnu. Il s'est toujours présenté à nous sous la forme d'une petite tumeur, d'un rouge plus ou moins intense, aplatie et pyramydale, dont la base s'appuie sur la conjonctive scléroticale, et dont le sommet est dirigé vers le centre de la cornée. Nous avons toujours évité de le confondre avec ce qu'on appelle Pannus, sorte de voile, de réseau étendu sur la cornée composé de vaisseaux appartenant à la conjonctive, ou de nouvelle formation, et dont nous avons eu trois à quatre exemples à combattre.

Le ptérygion n'est jamais une maladie grave, peu intense; il ne cause aucune incommodité au malade; cependant, il ne cède presque jamais aux moyens ordinaires de traitement; le plus souvent, il faut en venir à une légère opération.

En voici deux exemples.

I. *Ptérygion interne. Taie à la cornée. Excision et cautérisation. Guerison.*

Catherine Corbinan, quarante-six ans, entre dans la salle n° 2, lit 4, pour y être traitée d'un ptérygion interne, celluleux et variqueux, avec taie à la cornée. Cette malade avait subi plusieurs traitemens par les saignées, les applications froides, les collyres astringens, les dérivatifs du canal intestinal, et toujours sans succès, lorsque nous lui proposâmes l'excision qu'elle accepta, et que nous pratiquâmes immédiatement. L'excision fut pratiquée au moyen des pinces à disséquer, et des ciseaux courbes sur leur plat, en procédant de la base au sommet de la tumeur, manière qui nous a paru plus facile et plus certaine que la méthode opposée. On fit des lotions froides pour arrêter l'écoulement du sang; on cautérisa le point de la résection avec le nitrate; on abrita l'œil avec une compresse, et quinze jours après, l'œil était dans son état normal.

II. *Ptérygion adipeux. Excision et cautérisation. Guérison.*

Jean Andreau, âgé de vingt-neuf ans, cultivateur, entre le 13 juillet, salle 17, lit n° 8, et a été opéré le 15 du même mois, deuxième jour de son entrée, par le même procédé que le précédent. Mais ici, soit que la texture presque charnue de la tumeur, soit que des dispositions individuelles y aient contribué, l'inflammation, presque nulle chez ce malade, s'est montrée véhémente et tenace; aussi le traitement fut-il essentiellement antiphlogistique. Enfin, après deux saignées générales, sept cautérisations, quelques insufflations de calomel, le mal fut entièrement dissipé.

Fongus sclérotical, œil droit. Excision et cautérisation par le fer rouge. Guérison.

Catherine Guimberteau, vingt-deux ans, domestique chez M. de Monchy, rue Gouvion, n° 6, portait une dégénérescence fongueuse au côté externe du globe oculaire gauche depuis plus de quinze mois. Cette tumeur, contre laquelle les cautérisations par le nitrate d'argent, pratiquées maintes fois par deux médecins spéciaux de cette ville, avaient complètement échoué, était, le 30 janvier, jour de son entrée à l'hôpital, du volume d'une grosse noisette un peu aplatie, d'un rouge foncé, occupant le quart externe de la surface scléroticale, et s'étendant par un prolongement antérieur sur la cornée transparente, de manière à recouvrir la moitié du champ de la pupille. Non-seulement, comme on le présume bien, cette tumeur génait déjà considérablement la fonction de l'organe, mais elle causait une difformité repoussante, en tenant constamment les paupières écartées. Du reste, peu de douleurs; seulement par temps, quelques lancemens.

Cette jeune malade fut soumise à quelques soins préalables et fut opérée le 2 février de la manière suivante:

Après avoir emporté avec le bistouri convexe les portions les plus superficielles de la tumeur, nous excisâmes avec ménagement toute sa portion cornéale. Le sang qui s'écoulait en abondance, nous força plusieurs fois à suspendre l'action de l'instrument tranchant, pour faire faire des ablutions répétées d'eau froide. Enfin, après avoir soigneusement abstergé, fait agir l'instrument en dédolant, nous arrivâmes aux couches les plus profondes, à la sclérotique; mais persuadés que le tissu de celle-ci n'était pas parfaitement sain, nous crûmes devoir recourir à l'action du fer rouge, et deux applications de stylets boutonnés incandescens furent immédiatement faites.

La douleur, inséparable de l'action du feu, fut combattue par des lotions d'une eau opiacée froide, dont on imbibait des compresses pour recouvrir le front, renouvelées toutes les heures, et l'administration d'une potion avec soixante grammes de sirop d'acétate de morphine. La journée et la nuit qui suivirent l'opération furent assez calmes; toutefois, la saignée générale fut répétée deux fois durant les deux premières quarante huit heures, et ce ne fut qu'au bout de plusieurs jours que cette malade commença à s'habituer à l'influence de la lumière.

En définitive, consécutivement à de légères cautérisations pour réprimer les bourgeons charnus, l'instillation matin et soir du collyre avec l'acétate de plomb, et vers la fin, les instillation du calomel furent faites, cette malade est sortie le 24 mars, entièrement rétablie.

Nous avons revu cette fille plusieurs fois, récemment encore, et la sclérotique ainsi que la cornée ont acquis l'aspect aussi normal que celles du côté opposé, qui n'ont jamais été malades.

Fongus sclérotical, œil gauche. Excision et cautérisation par le fer rouge. Guérison.

Ducournau (Anne), soixante ans, du Mont-de-Marsan, entra à l'hôpital le 19 septembre, pour un fongus considérable de l'œil gauche, apparu depuis plus de deux ans, après une inflammation conjonctivale intense. Sous l'influence d'un traitement plus ou moins excitant, la tumeur, d'abord très petite, s'est successivement accrue, au point que lorsque nous examinâmes cette malade (salle n° 2, lit 11), nous crûmes tout d'abord à une dégénérescence fongueuse du globe oculaire lui-même; mais un examen plus attentif nous fit de suite reconnaître que cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, couchée horizontalement dans l'intervalle des paupières qu'elle tenait écartées, avait sa base en dehors du champ de la cornée,

sur la sclérotique, vers le côté supérieur de l'œil, et la cornée n'était totalement recouverte que parce que la résistance de la paupière supérieure, incessamment opposée à cette espèce de champignon vasculaire, le forçait à se porter en bas et en avant.

Cette malade, dont la santé générale était bonne d'ailleurs, sans autres soins préalables que le repos, la diète et l'usage de la tisane de chicorée, fut opérée le 20 septembre, par le procédé déjà suivi chez Guimberteau, à la seule différence que la dissection de la tumeur fut commencée et terminée avec des ciseaux, et que l'application du fer rouge fut plus étendue et plus durable.

L'œil fut pansé et fut conduit de la même manière que dans le cas précédent, seulement on n'eut à faire qu'une seule saignée générale, à toucher légèrement les granulations celluleuses pour conduire cette malade à une rapide et parfaite guérison.

— Ces observations offrent de l'intérêt sous plusieurs points de vue. D'abord, la malade de la première observation avait été traitée en ville, pendant six mois, au moyen des cautérisations par le nitrate, sans résultats. Ensuite, avec la seconde observation, elles montrent la supériorité incontestable du feu combiné, à l'action de l'instrument tranchant sur les caustiques. Enfin elles montrent aussi la possibilité d'opposer à certaines maladies de l'œil le fer incandescent avec autant de bonheur que sur les autres régions, seulement avec la réserve et les précautions commandées par la sensibilité et la délicatesse de l'organe sur lequel on agit. Déjà, depuis quelques années, j'avais obtenu de l'emploi du feu contre le ptérygion malin le même résultat.

Cataractes.

L'examen comparatif des résultats obtenus par l'abaissement et l'extraction, nous semble plus intéressant encore, depuis que nous avons nous-même interrogé la pratique sur ce point. Déjà nous commençons à croire que les longues controverses qui ont régné à ce sujet, ne peuvent être attribuées qu'aux partisans de telle ou telle méthode, qui souvent, par suite d'une idée préconçue, n'ayant jamais employé que l'une d'elles, n'ont, par conséquent, pu suffisamment apprécier les reproches adressés à l'autre.

Nous croyons que, pour justifier la préférence dans ce cas, il faut avoir fait l'application de chacune d'elles à un grand nombre de malades, et particulièrement à ceux qui les réclament; car, que conclure d'un partisan exclusif? N'ayant jamais pratiqué que l'abaissement, il ne vous parlera que des avantages qu'il en a obtenu. C'est ainsi que Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, n'opérait que par dépression; il ne voyait et n'aimait que ce mode opératoire, tandis qu'un chirurgien non moins habile, chargé alors du service de la Charité, n'opérait que par extraction. L'un et l'autre croyaient sauver plus de malades en agissant ainsi; et cependant l'homme sérieux, qui suivait sans prévention, qui notait sans y être intéressé, qu'en vue de la vérité, les revers comme les succès, a toujours pu se convaincre que les chances étaient égales à l'Hôtel-Dieu comme à la Charité.

Frappés de ces dissidences et de ces petites animosités qui viennent souvent entacher le plus beau talent, comme le chirurgien le plus brillant, nous, retirés dans notre province, moins accessibles à ces questions d'amour-propre, nous sommes promis de recourir sans prédilection, avec la distinction des cas toutefois, à chacune de ces grandes méthodes, et de leur accorder une préférence exclusive qu'après avoir constaté sur une plus grande échelle une supériorité marquée. Or, n'ayant pas recueilli encore assez de faits, on trouvera tout naturel que nous continuions, comme par le passé, à pratiquer l'une et l'autre opération, et que nous nous abstenions de tout jugement avant un plus long examen.

Nos relevés statistiques de cette année (1840) portant déjà sur une trentaine d'opérations, nous inspirent une sorte de prédilection pour la scléroticotomie dont les résultats ont été généralement plus heureux que dans la méthode opposée.

En définissant la cataracte, la diminution ou l'abolition complète de la vue par suite de l'opacité du cristallin ou de sa capsule, nous n'aurions eu dans l'année que 27 cataractés; tandis que si, dans un sens plus général et peut-être plus exact, on entend par cataracte tout obstacle perceptible qui s'oppose à la vision et qui est situé entre l'humeur vitrée et l'iris, nous devrons en compter vingt-huit. En effet, il fut pour nous très évident, chez l'un de nos malades, que le corps post-érien que nous détruisîmes n'était ni le cristallin, ni sa capsule, mais bien une simple production membreuse, résultat sans doute d'exhalation.

Dans le nombre des vingt-huit entrans, neuf n'ont pu être opérés par suite de complications déduites de l'âge de l'âge de quelques-uns d'entre eux, de la mauvaise santé générale de quelques autres, et particulièrement des complications locales, dépendantes d'inflammations primitives ou consécutives à certaines opérations tentées en ville.

Parmi les dix-neuf restant, cinq ont été opérés par l'extraction, trois ont recouvré la vue, et deux n'ont éprouvé aucune amélioration. Les opérations par extraction doivent être partagées en deux catégories. Trois ont été opérés par le procédé à lambeau inférieur, deux par le lambeau supérieur.

Dans les quatorze derniers, où l'abaissement et le broiement ont été alternativement employés, il y a eu des succès et des revers; ces derniers ont été en minorité. Toutefois il en est survenu deux d'un ordre remarquable. Chez une femme de La Réole, ce fut une inflammation phlegmoneuse, suivie de l'abcès de l'œil, qui nous força à l'ouvrir largement.

L'autre, vieille, habitante des Landes, porteur d'une ga tro-entérite qui l'avait plongée dans le marasme le plus complet, opérée des deux côtés à la fois, succomba à son ancienne maladie, au huitième jour.

Enfin, il survint chez trois autres vieillards des accidens peu graves, mais qui s'opposèrent au retour à la transparence complète du milieu de l'œil.

Pour terminer, neuf des malades chez lesquels la scléroticonixie avait été faite avec plus ou moins de facilité, sont sortis très bien guéris, avec toutefois des degrés différens dans leurs forces visuelles.

L'un des cas les plus remarquables fut présenté par une jeune fille, chez laquelle nous avions fait l'abaissement avec réclinaison Huit jours après, sans avoir éprouvé le plus léger trouble dans les humeurs, la moindre irritation, la jeune fille se serait servie, sans notre opposition, de l'œil opéré aussi bien que de celui du côté opposé.

Les deux faits suivans sont également intéressans dans leur genre.

Cataracte traumatique. Adhérences. Abaissement. Guérison.

Jean Mérie, âgé de cinquante-six ans, vigneron, est atteint de cataracte traumatique, pour laquelle il a été reçu salle 17, lit n° 8.

Il y a six mois environ que cet homme reçut un coup de caillou, lancé par un vacher du bas Médoc, à l'angle interne de l'œil droit; il y eut plaie et contusion violente. Mérie tomba sur le coup, et se leva sans perdre connaissance; le globe oculaire fut violemment ébranlé; des douleurs profondes se déclarèrent à l'instant, avec ophthalmie intense. Dès le jour du traumatisme la vue commença à s'obscurcir; la membrane cristalloïde, même le cristallin, deviennent graduellement opaques, cependant plus au centre qu'à la circonférence; la malade distingue la lumière des ténèbres, alors même que la pupille est le plus dilatée; ce qui fait penser que la rétine ne fonctionne pas normalement, qu'elle est lésée; il y a des adhérences assez fortes que la belladone n'a pu détruire; l'opération en a été néanmoins faite après huit ou dix jours de préparation par abaissement, et Mérie put se servir de son œil, le vingt septième jour après avoir été opéré, époque de sa sortie de l'Hôtel-Dieu.

Cataracte capsulo-lenticulaire gauche. Opération par dépression et broiement. Guérison.

Antoine Naples, âgé de seize ans, peintre à Bordeaux, est entré à l'hôpital pour s'y faire opérer d'une cataracte capsulo-lenticulaire de l'œil gauche, avec un peu de déformation à la pupille qu'il portait depuis près de quatre ans. Couché salle 18, n° 34, dès son arrivée, il fut bientôt conduit dans un lit obscur, et fut opéré le dixième jour de son admission, par broiement et dépression tout à la fois.

Le cristallin et sa capsule. chez ce jeune malade n'ont presque pas de consistance. L'aiguille, après avoir partagé celui-ci en deux fragments selon l'axe transversal, déprime successivement chacune de ces portions. L'œil, pour ainsi dire immobile, et l'iris considérablement dilaté, par suite d'instillation belladonnées préalablement faites, facilitent singulièrement ces manœuvres pendant lesquelles, toutefois, deux portions du fragment supérieur passent dans la chambre antérieure et se précipitent dans sa partie déclive. Là durent se borner toutes les manœuvres, les paupières doucement abaissées, un peu de charpie molle, une compresse fine et un léger monocle, servirent à les maintenir dans cette position. Le jeune malade fut placé dans son lit obscur, et n'éprouva aucune espèce d'accidens jusqu'au sixième jour, époque à laquelle nous examinâmes l'œil, qui s'offrit à nous dans les conditions les plus heureuses. Sans douleur ni rougeur, l'œil est presque normal; déjà les portions immergées dans l'humeur aqueuse ont sensiblement diminué de volume; les rayons lumineux traversent parfaitement les différens milieux, et sont facilement perçus par la rétine. Enfin au douzième jour de l'opération, il ne reste pour ainsi dire plus de trace des morceaux tombés dans la chambre; une salutaire et rapide absorption en a dissipé tous les vestiges, et dès cet instant, le malade voit et apprécie les objets ténus admirablement bien.

Le cas du jeune Naples, auquel le hasard seul nous a conduits, ainsi qu'il en arrive souvent dans l'application de notre art, s'entoure d'une foule d'intérêt.

Et d'abord, l'absence de toute douleur comme de toute inflammation, fait déjà fort remarquable après la scléroticonixie, surprend infiniment moins que la rapidité avec laquelle la résorption des produits épanchés s'est effectuée. Sans doute, avec le peu de consistance que nous avons constaté au cristallin, à sa capsule, et à la force d'absorption dont les personnes de l'âge du petit opéré paraissent douées, on commence à le comprendre; mais pour l'expliquer tout entier, il faut admettre que la propriété essentiellement dissolvante de l'humeur aqueuse, ainsi que cela a été constaté par la majorité des ophthalmologistes, y a concouru pour la plus grande part.

De ce cas fortuit, de quelques autres analogues arrivés dans la pratique, de la disposition anatomique normale du corps vitré, et enfin des recherches en anatomie pathologique faites sur ce sujet délicat par le fils du célèbre Buych, qui a montré des cristallins vingt ans après leur dépression dans le corps hydloïdien encore entièrement intactes, ne pourrait-on pas, sans trop généraliser, conseiller plus souvent l'espèce de broiement qui nous a si admirablement réussi ici? Nous y trouverions au moins l'avantage de voir toujours ce que l'on fait, et de ne jamais aller s'exposer à blesser les membranes vasculaires et nerveuses de l'œil, comme cela a pu arriver dans quelques uns des procédés que l'on suit habituellement; on n'aurait pas toujours à redouter la réascension d'un corps devenu désormais étranger, et dont le moindre des inconvéniens n'est certainement, lorsqu'il reste en place, les accidens de compression rétinienne qu'il provoque souvent.

(*Journ. de Méd. prat. de Bordeaux.*)

Purpura hæmorrhagica. Bons effets des bains froids.
Par le docteur Guillemin, de Versailles.

Marie-Céline Mécran est une enfant de dix ans, d'un tempérament lymphatico sanguin, demeurant chez ses parens, à Versailles, rue Royale, 71. Il y a cinq ans, elle a été affectée d'une maladie qui, si j'en puis juger par les renseignemens assez incomplets qu'on me communique, paraît se rapporter à une inflammation de la pulpe cérébrale ou de ses enveloppes. Depuis lors, aucune altération ne s'est manifestée dans sa santé. D'après le témoignage des parens, qui vivent de leur travail, elle n'aurait jamais souffert de privation ni dans la quantité ni dans la qualité des alimens. Jamais non plus elle n'aurait habité un logement bas, humide, inaccessible aux rayons du soleil, peu aéré ou recevant un air chargé de miasmes; à aucune époque, en un mot, elle n'aurait subi l'influence d'une cause débilitante quelconque.

Le soir du 22 août, elle se couche aussi bien portante que de coutume, lorsque, vers une ou deux heures du matin, elle est réveillée tout-à-coup par un sentiment d'oppression dans la poitrine et de strangulation à la gorge. En même temps un embarras survient à la langue, qui semble à la malade avoir augmenté de volume. A ces accidens, qui la saisissent si violemment que la parole lui est refusée pour invoquer le secours de sa mère à côté de laquelle elle était couchée dans le même lit, et ne lui permettent que l'usage convulsif de ses mains, au moyen desquelles elle essaie en vain de la tirer de son sommeil, succède instantanément une hémorrhagie assez abondante par la bouche et par les narines. Dire le temps que dura cette crise dans toute son intensité, pourquoi, lorsqu'elle fut apaisée et que la voix lui fut rendue, la malade n'appela point sa mère à son aide, si elle se rendormit, ou si au contraire elle resta éveillée, ce sont des questions auxquelles elle ne donne pas de réponses satisfaisantes. Quoi qu'il en soit, ce ne fut que vers cinq heures du matin que les parens, au moment où ils se levaient, aperçurent quelque chose d'insolite dans l'habitude extérieure de l'enfant, et que, dominés par une impression de frayeur, ils se hâtèrent de venir réclamer mes soins. Voici ce que j'observai.

La malade possède toutes ses facultés et répond aisément à mes interrogations. Toute la surface du corps, les pieds et les mains exceptés, est couverte de taches d'apparences diverses. Les unes, très nombreuses, sont caractérisées par des plaques d'un rouge vif d'une ligne environ d'étendue; les autres, assez rares, se présentent sous l'aspect d'ecchymoses livides et peuvent offrir un pouce de largeur. Elles sont plus abondantes au tronc et aux membres supérieurs qu'à la face et aux jambes; légèrement proéminentes et ne disparaissant pas sous la pression des doigts. Deux ecchymoses occupent la conjonctive de l'œil droit, une autre celle de l'œil gauche. Les gencives et la partie interne des joues sont boursoufflées et saignantes; sur quelques points de la langue, qui est aussi tuméfiée, l'épithélium est soulevé par de petites bulles remplies d'un sang noirâtre; sur d'autres il est rompu et du sang s'échappe des ulcérations. La voûte palatine est également parsemée de taches livides; il en est de même des amygdales et du pharynx. Du sang coagulé obture en partie les fosses nasales, tandis que de temps en temps il se fait une expectoration d'un sang liquide, vermeil et légèrement spumeux, accompagnée de douleur sous le sternum. Le thorax offre un son assez clair à la percussion; la respiration s'étend partout; mais on distingue un râle muqueux à grosses bulles, marqué surtout dans toute la moitié supérieure du poumon. Il n'y a pas de chaleur à la peau; le pouls est petit et fréquent; la malade accuse un sentiment de faiblesse.

Prescription: Limonade citrique (deux citrons dans 1000 grammes d'eau), lavement à l'eau froide, compresses imbibées d'oxicrat sur le front; bouillon froid; viandes rôties froides; vins généreux. La malade sera peu couverte.

Lundi 24. Le nombre des taches a augmenté et celles de la veille se sont étendues; les hémorrhagies par le nez et la bouche continuent. La malade se plaint d'une douleur à l'hypochondre gauche et a rejeté à diverses reprises un sang noir et en partie coagulé; il existe un peu de bouffissure à la face.

J'ajoute à la prescription d'hier un bain froid d'une demi-heure de durée et une potion avec deux grammes d'alun.

Mardi 25. L'épistaxis est aussi abondante; j'ai l'intention, si elle persiste, de recourir demain au tamponnement; l'hémoptisie et l'hématémèse ont été moindres; mais deux fois une assez grande quantité de sang pur a coulé par les voies urinaires; les taches sont maintenant violettes et se sont encore agrandies: toujours pas de chaleur à la peau.

Même prescription qu'hier, plus, quelques verres d'eau sucrée, additionnées d'eau de Rabel; je remplace les potions par deux pilules d'alun de trois décigrammes chacune par jour.

Mercredi 26. Cessation de l'épistaxis, de l'hémoptisie

et de l'hématémèse ; mais l'hématurie a été plus considérable ; il y a eu, en outre, deux selles sanguinolentes. La faiblesse n'est pas sensiblement plus grande qu'hier ; la bouffissure n'augmente pas non plus. Même prescription.

Jeudi 27. L'hématurie n'a consisté qu'en urines rougeâtres.

Vendredi 28. Cessation entière des hémorrhagies. Même régime.

Les jours suivans le mieux se maintient, et le lundi 31 août, la malade se promène dans la chambre, elle veut sortir ; mais elle n'est pas plutôt dans la rue qu'elle se sent près de défaillir, et qu'on est obligé de lui aider à remonter. Des macules, les unes, les plus étendues, ont passé au jaune clair ; les autres, en petit nombre, cependant, présentent à leur centre une petite croûte noirâtre.

La malade a continué son traitement jusqu'au 8 septembre, et le 10 elle était complètement rétablie.

Le 18, on distinguait encore à l'œil nu, sur les petites élevures de la face, un pertuis central qui se perdait insensiblement dans la profondeur des tissus.

A quel médicament doit-on rapporter l'honneur de cette guérison? Est-ce à l'acide citrique qui, selon l'opinion d'un auteur anglais que viendrait confirmer une observation récente de M. Guillot, professeur-agrégé près la Faculté de médecine de Paris, jouirait d'une sorte de spécificité contre le purpura hæmorrhagica? Mais il est dit que ces praticiens employèrent le jus de citron pur, tandis que, dans l'ignorance où je me trouvais de ces exemples, je l'ai donné étendu d'une grande quantité d'eau Est-ce à l'alun que j'ai dirigé contre les accidens hémorrhagiques, par analogie à ce que j'avais vu pratiquer et à ce que j'avais pratiqué moi-même avec avantage dans les pertes utérines? Ou bien, enfin, est-ce aux bains froids et au régime tonique que je suis redevable de ce succès? Certes, quand des médicamens de propriétés diverses et même à peu près identiques, ont été concurremment mis en usage, il est bien difficile de faire à chacun sa juste part, et d'appuyer sur l'un d'eux la base d'une théorie à l'abri des objections de l'incrédulité. Néanmoins, si, d'un fait unique, il est permis de tirer une induction de quelque valeur, j'oserai avancer que les bains froids, que je n'ai trouvés spécialement indiqués nulle part, me semblent avoir été l'agent principal de cette cure. Les autres médicamens ne doivent être placés qu'en seconde ligne, et n'ont joué, pour ainsi dire, que le rôle d'auxiliaires. Ne sait-on pas que l'eau fraîche est un des meilleurs astringens que l'on connaisse ; et ici, n'est-ce pas en refoulant le sang vers le centre et en condensant les tissus, qu'elle a dû réprimer la laxité des mailles des capillaires qui, suivant l'opinion de l'école que ne justifie pas l'anatomie pathologique, souvent impuissante à expliquer les opérations de la chimie vivante, serait une des causes de la maladie? Une première indication, la plus importante selon moi, venait ainsi d'être remplie ; restait à corriger la trop grande fluidité du sang qui, toujours d'après les idées des maîtres, confirmée cette fois par l'analyse chimique, coïncide avec le relâchement des extrémités vasculaires. C'est le résultat que je voulais obtenir au moyen d'une alimentation succulente, dont j'assurais l'action en combattant et en arrêtant les hémorrhagies des viscères par l'administration intérieure de l'alun.

ÉCOLE AUXILIAIRE DE MÉDECINE AUTORISÉE PAR L'UNIVERSITÉ,

Dirigée par M. Lagasquie, *docteur en médecine, membre de la commission médicale d'Egypte, en* 1828, 29 *et* 30. (Place de l'Estrapade, n° 30.)

Les écoles préparatoires ou auxiliaires de médecine, et spécialement celle fondée par M. Lagasquie, répondent à un besoin qui se fera sentir de plus en plus, à mesure que les études médicales deviendront plus sérieuses et les réceptions plus difficiles. Ce besoin est celui d'employer utilement les premières années consacrées à l'étude, années qui se passent trop souvent dans le vague, l'oisiveté, la licence, pour ne pas dire davantage. Comment ne pas redouter pour les débutans le passage brusque de la vie dépendante des colléges, de la maison paternelle, à la liberté la plus absolue, dans une capitale où se trouvent réunis tous les genres de séduction, à un âge que caractérisent surtout l'imprévoyance, l'éloignement des occupations sérieuses et l'entraînement des passions ; et, à côté de ces craintes, combien d'exemples sont venus affliger les familles qui ont eu la douleur de voir leurs enfans consumer sans fruit leurs plus belles années, faute de surveillance, de direction, de bons exemples et paternels avertissemens.

Ces familles, et toutes celles qui peuvent craindre un si triste résultat, trouveront certainement une précieuse garantie dans l'établissement de M. Lagasquie, aussi honorablement connu par ses talens, son instruction, que par sa probité rigide et sa moralité.

Maintenir et encourager les élèves en médecine dans l'accomplissement de leurs devoirs envers eux-mêmes, envers leurs familles et la société, donner à leur travaux une utile direction, favoriser leurs progrès par l'indication des lieux d'enseignement qu'ils doivent fréquenter, les livres qu'ils doivent méditer ; par des cours particuliers au sein de l'Ecole, des conférences, des examens, et veiller enfin sur leur santé avec le même soin que sur leur éducation morale et intellectuelle. Tel est le but que nous nous sommes proposé en fondant notre établissement, dit le consciencieux directeur. Il ne se dissimule pas d'ailleurs les difficultés qu'il faut surmonter pour l'atteindre, et ces difficultés, dit-il avec raison, paraîtraient insurmontables si pour contrebalancer l'impatience de toute contrainte, la vivacité des passions de la jeunesse, il ne comptait sur la franchise, l'amour de la vérité et toutes les qualités généreuses qui prédominent également à cette période de la vie.....

Les habitudes d'indépendance, dit encore M. Lagasquie, inhérentes à la condition d'étudiant, et l'obligation pour eux de fréquenter la Faculté de médecine, ne nous permettent pas de les soumettre à des statuts comparables à ceux qui régissent les institutions, les colléges et certaines écoles préparatoires. Nous considérant comme le délégué des familles, à l'égard de jeunes gens que leur âge appelle à jouir de ce degré de liberté qui fait aimer le travail et rehausse le prix d'une bonne conduite, nous sentons combien il est difficile de préciser jusqu'où peuvent aller, dans leur intérêt, les mesures réglementaires de notre Ecole sans dégénérer en une surveillance trop rigoureuse, et pour aplanir ces obstacles nous aurons toujours, dans nos rapports avec les élèves, le soin de rechercher ce que pourraient accorder ou refuser de sages parens. Cherchant notre meilleur appui dans la justice, la raison, nous aspirons à exercer sur les élèves une influence persuasive, amicale, et en quelque sorte paternelle. Nos avertissemens, nos conseils leur seront prodigués au besoin ; l'assiduité des soins répondra à l'exigence du caractère et des circonstances ; aucune mesure tutélaire applicable ne sera négligée. Mais du jour où l'insistance de la sévérité deviendrait nécessaire, où nous serions réduits à un état de lutte infructueuse, notre séparation serait résolue....

Ces données, cette honnête et candide profession de foi, tirées du prospectus même de M. Lagasquie, sont plus propres que tout ce que nous pourrions dire, à faire ressortir ce que doit avoir de bon et d'utile pour les familles et les étudians en médecine, l'entreprise consciencieuse, d'ailleurs déjà exécutée, de M. Lagasquie. Nous ne craignons pas de recommander aux parens un établissement conçu avec sagesse, et annoncé en termes pleins de franchise et de réserve.

Bricheteau.

Observations de deux opérations de cataracte par abaissement, l'une sur un enfant de deux ans (demi-succès) ; l'autre sur un vieillard de soixante-neuf ans (succès complet) ; présentées à la Société de médecine d'Anvers, par L.-F. Van Camp.

(Suite du numéro précédent.)

Deuxième observation. Le nommé Pierre Bresseleers, âgé de soixante-neuf ans, ouvrier, habitant la commune d'Oorderen (province d'Anvers), me fut adressé par mon ami et estimable collègue M. le docteur Hoefnagels.

Ce malheureux vieillard, complètement aveugle et sans moyens d'existence, vint me trouver à Anvers le 10 octobre 1839. Il me fit l'histoire de sa maladie de la manière suivante :

En battant le grain pendant l'hiver de 1834, un grain d'orge s'étant introduit dans l'œil droit, il en résulta une forte ophthalmie. Pour se faire guérir il s'adressa au meunier d'Hoevenen, hameau sous Eckeren. Cet individu jouit de la réputation de guérir indistinctement toutes les maladies des yeux. La cure miraculeuse de ce charlatan consiste à appliquer certaines herbes hachées, en forme de cataplasme, sur le pouls du côté opposé de la maladie, et qu'il fait renouveler seulement tous les huit jours, jusqu'à guérison, ou je dirai plutôt jusqu'à cécité complète, tel fut du moins le résultat funeste de l'aveugle confiance de Bresseleers.

A la suite d'une ophthalmie purulente, il perdit l'œil gauche en 1838 De ce côté il y avait également cataracte; mais la cornée laissait à peine un espace transparent assez grand pour lui pratiquer une pupille artificielle. Il était porteur d'une hernie qui avait été étranglée huit mois avant qu'il ne perdit entièrement la vue.

Au mois de juin une pneumonie très intense l'avait tenu alité pendant quatre semaines.

En examinant ses yeux je trouvai du côté droit une cataracte des mieux caractérisées que l'on puisse rencontrer, exempte de toute complication, l'iris très mobile. Ce malheureux vieillard me suppliait de l'opérer incessamment.

Je résolus de tenter l'opération de concert avec mon confrère Hoefnagels, qui s'est chargé du traitement préparatoire et consécutif, et je la fixai au 29 octobre 1839. On lui administra, le 27, un fort purgatif, et la veille on lui fit faire des lotions sur l'œil droit seulement, avec une solution aqueuse d'extrait de belladone, qui furent suivies d'une grande dilatation de la pupille. Le jour convenu pour faire l'opération, je me rendis chez le patient accompagné de mon ami M. le docteur Jacques.

Le malade placé sur une chaise d'une hauteur convenable, je passai un grand tablier devant sa poitrine et ses bras, et je le nouai au dossier de sa chaise dans le but de prévenir les mouvemens.

La paupière supérieure soulevée par un aide, pendant que l'autre soutenait fortement la tête, je me plaçai devant le malade debout, position que je préfère à l'attitude assise. Je l'opérai de l'œil droit par abaissement. Je trouvai le cristallin très consistant, et je l'enfonçai cependant avec facilité et profondément dans le corps vitré.

Lorsque j'eus retiré mon instrument, le champ de la vision fut net et clair ; mais à notre étonnement, il nous dit qu'il ne voyait absolument rien. L'idée sinistre me vint qu'il pouvait y avoir complication d'amaurose ; mais, heureusement, il n'en fut rien, et mon inquiétude pour le résultat de l'opération fut de courte durée. L'opéré avait éprouvé une syncope, qui cessa bientôt par la position horizontale. Revenu à lui, il put distinguer et reconnaître une montre qu'on lui mit sous les yeux.

Je fis faire des frictions avec l'onguent mercuriel, je plaçai une compresse maintenue légèrement par le binocle. Diète sévère; potion calmante.

Mon ami Hoefnagels, qui a continué à l'observer journellement, m'a communiqué que l'opéré a eu très peu de fièvre le premier jour. Semblable au vieillard opéré par Fabini, qui le lendemain le trouva assis sur son lit, sans bandeau, battant briquet et allumant sa pipe ; mon ami le trouva également, le second jour, sans bandeau, occupé à peller des pommes de terre. Sur les reproches qu'il lui fit de son imprudence, l'opéré s'excusa en disant qu'il croyait que cela ne pouvait occasionner aucun accident. Ses excuses furent moins triviales que celles de la vieille femme opérée par M. Carron du Villards, qui ôta son bandeau la nuit et le matin, elle se fâcha contre le docteur Clerc, qui lui montrait le danger d'une telle conduite, et elle lui dit : *Si on ne veut pas que je voie, pourquoi m'a-t-on enlevé la cataracte!*

L'œil opéré de Bresseleers a été à peine enflammé. L'onguent mercuriel a été le seul moyen qu'il ait employé, moyen qu'il a continué pendant six semaines, et après ce temps on lui a appliqué des lunettes à cataracte. Depuis lors il vaque à sa besogne, voit très bien, et par suite de son travail sa famille a cessé d'être à la charge de la commune.

Académie des Sciences. — Séance du 21 septembre.

Recherches expérimentales relatives au mode de transmission de la rage. — Dans ces derniers temps, des doutes se sont élevés sur la nature contagieuse de la rage. M. Breschet, dans le but de combattre cette opinion qui tendrait à imprimer à la science un mouvement rétrograde, lit une note relative aux expériences qu'il fit avec Dupuytren il y a plus de trente-cinq ans, et qui mettent hors de doute le caractère contagieux de la maladie.

Il est des affections qui sont propres à certains animaux, et qui ne se développent pas spontanément sur d'autres. Ainsi, la rage appartient au genre *canis*, et plus particulièrement encore au chien. Cependant, si nous en croyons quelques voyageurs, les chiens en Egypte ne deviennent jamais enragés. C'est de l'espèce canine que la maladie est ordinairement transmise aux autres mammifères et à l'homme lui-même.

La rage, dans l'espèce humaine, n'est jamais spontanée, et ne peut résulter ni de l'influence de circonstances hygiéniques, ni d'affections morales ; il y a toujours eu inoculation. C'est sans doute pour n'avoir pas bien établi la différence qui existe entre les affections nerveuses où l'on observe l'horreur des liquides, la difficulté d'avaler, etc., et la rage communiquée, qu'on a confondu l'*hydrophobie* avec la *rage* proprement dite. Dans cette dernière affection, l'art est malheureusement toujours impuissant, tandis que l'hydrophobie symptômatique des fièvres hydrophobiques pernicieuses, par exemple, n'est pas mortelle ou ne l'est qu'accidentellement.

Après avoir discuté ces faits, M. Breschet passe aux expériences qui prouvent la transmission de la rage de l'homme au chien. Sur un homme mourant de la rage, MM. Breschet et Magendie recueillirent une assez grande quantité de salive écumeuse, et l'introduisirent sous la peau de la région dorsale d'un chien. Trente-huit jours après cette inoculation, l'animal fut pris d'une rage furieuse : on fit mordre par lui plusieurs autres chiens, et tous devinrent successivement enragés. Dans ces transmissions, la maladie ne se manifestait plus ou ne se développait que très difficilement, lorsque le principe contagieux, c'est-à-dire la bave de l'animal avait déjà passé successivement par trois ou quatre animaux, et le plus souvent par trois. Si ce fait vient à être confirmé par d'autres expériences, il sera d'un haut intérêt, car il démontrera que les virus s'affaiblissent et finissent par perdre leurs propriétés délétères en passant d'une manière successive d'un individu à plusieurs autres individus.

M. Breschet a pu constater, dans ces circonstances, que le plus souvent la rage se développe du vingtième au trentième jour après la morsure ; mais, dans plusieurs cas, il l'a vu ne se manifester qu'après le troisième mois écoulé. Sur plusieurs chiens enragés, l'horreur de l'eau manqua, et à un tel point que ces animaux buvaient avec avidité l'eau qu'on leur présentait ou qu'on leur injectait dans la gueule, ce qui prouve incontestablement que la rage et l'hydrophobie sont deux états morbides bien différens et bien distincts.

M. Breschet a aussi prouvé par des expériences la transmission de la rage des animaux carnivores aux animaux herbivores. Il fit mordre un âne de forte taille par un chien enragé, et, au bout de trois semaines, l'animal solipède présenta tous les symptômes de la maladie au plus haut degré. Une expérience semblable sur des chevaux donna un résultat pareil, si ce n'est que l'affection fut moins intense.

Pendant la durée de la rage des solipèdes, et particulièrement chez l'âne, M. Breschet recueillit de la bave dans la bouche de ces animaux, et cette bave, introduite dans la peau de plusieurs chiens, détermina chez eux, après une incubation de 25 à 40 jours, tous les accidens de la rage. Cette expérience, faite sur plusieurs chiens et avec les mêmes résultats, ne paraît laisser de doute sur la transmission de la rage des herbivores aux carnivores, circonstance niée par quelques vétérinaires.

De la bave provenant de chiens enragés a été inoculée à des lapins, à des cabiais, etc., et presque constamment, au bout de très peu de temps, ces derniers animaux périrent, mais sans qu'on ait pu constater sur eux aucun des symptômes caractéristiques de la rage.

De semblables expériences, tentées sur des oiseaux de différentes espèces, des gallinacés, des palmipèdes, des corneilles, des oiseaux de proie, etc., donnèrent des résultats négatifs quant aux phénomènes rabiques ; toutefois ces oiseaux moururent rapidement, tandis que d'autres auxquels on faisait les mêmes plaies, moins l'inoculation, continuèrent à vivre.

Le sang serait-il altéré dans la rage? M. Breschet répond à cette question par les expériences suivantes : Plusieurs fois, dit-il, j'ai cherché à faire la transfusion du sang, à faire passer le sang d'un chien enragé dans le système circulatoire d'un chien

en état de santé ; mais comme l'opération est délicate, difficile et surtout dangereuse, au lieu de continuer à pratiquer la transfusion, je me suis borné plus tard à obtenir par la saignée du sang de l'animal enragé, et après l'avoir délayé avec un peu d'eau distillée tiède, je l'ai injectée dans une veine d'un animal sain. Dans toutes ces expériences je ne suis jamais parvenu à déterminer le développement de la rage, bien que ces expériences aient été répétées plusieurs fois. Ces derniers essais ne tendent-ils pas à démontrer que la bave de l'enragé offre seule les conditions nécessaires pour transmettre la maladie? Cette bave est réellement une humeur altérée, une humeur dans un véritable état morbide, ou bien le véhicule d'un principe délétère, d'un véritable virus rabique nouvellement sécrété, mais dont la nature nous est jusqu'ici complètement inconnue. La rage est donc une maladie virulente, contagieuse, et non l'effet d'une affection morale.

Essai d'une théorie générale des difformités articulaires du système osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant. — Dans un travail couronné par l'Académie en 1836, M. Jules Guérin avait été conduit à ramener à une commune origine les difformités congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant. Depuis, il recueillit des faits extrêmement nombreux à l'appui de son opinion : il disposa cette collection de faits qui comprenait toutes les formes imaginables des difformités du système osseux, depuis le degré le plus faible de la difformité isolée d'un seul membre, jusqu'au bouleversement général, jusqu'à la déformation la plus complète de toutes les articulations du squelette chez le même individu. Il a disposé cette collection suivant une série régulièrement décroissante ; entre les deux manifestations extrêmes de l'action de leur cause commune, de manière à montrer la liaison intime et la dépendance respective de chacun de ses effets intermédiaires, et de manière à nouer par une chaîne non interrompue les résultats de son action la plus profonde et la plus générale sur la totalité du système vivant et du squelette en particulier, avec ceux de son atteinte la plus faible sur une seule portion de ce système.

Cette série étiologique a permis à M. Jules Guérin de mettre en complète évidence la proposition suivante, à savoir : que toutes les difformités articulaires du système osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant, sont le produit direct de la rétraction active des muscles, provoquée par une lésion du système nerveux soit du cerveau ou de la moëlle, soit des nerfs eux-mêmes. Déjà M. Guérin, dans plusieurs mémoires, a appliqué cette doctrine générale à la détermination des difformités particulières. Dans ce mémoire, il cherche à reconstruire cette théorie dans son ensemble, et, dans ses propositions définitives, à mettre en présence et à réunir par leurs rapports naturels ces diverses dépendances d'un seul et même fait, à savoir : la rétraction musculaire active, à élever ce fait à sa signification la plus générale en montrant toute l'étendue de son domaine et toutes ses relations de connexion essentielle avec l'altération du système nerveux dont il émane et les diverses difformités qu'il réalise. Il essaie de démontrer, en effet, qu'il est possible d'établir d'une manière rigoureuse, et à l'aide de caractères positifs, certains, que toutes les difformités articulaires du système osseux que l'on rencontre chez les monstres, le fœtus ou l'enfant, sont le produit d'une seule et même cause éloignée, l'altération du système nerveux, et d'une cause directe ou prochaine, la rétraction active des muscles mise en jeu par l'affection nerveuse.

Tonnère, 24 septembre 1840.

Monsieur le rédacteur,

Je me trouve momentanément à Tonnère, où je tiens en mains les pièces qui donnent lieu à cette épistole ; je vous préviens qu'elle est digne du *Charivari*, et de l'implacable ennemi des abus, le *Constitutionnel*; cependant elle a aussi son côté, je ne dirai pas canonique, apostolique, mais chirurgical, sérieux Croiriez-vous, Monsieur, que dans la chrétienté, qu'en France, il existe aujourd'hui un citoyen qui n'est ni maire ni adjoint, ni juge-de-paix, ni préfet, ni député, ni pair, ni garde national, ni garde champêtre, mais un fonctionnaire qui a sa franchise à la poste, et qui profite de ce droit pour engager tous ses administrés à afficher, placarder, proclamer le nom, la valeur, les exploits, la supériorité scientifique, de qui? D'un des quatre êtres de l'Apocalypse? Non. D'un acéphalobrache? Non D'un phénomène de Pline? Trois fois non. D'un rhabilleur chinois? Mieux que cela. De l'oculiste du pape (brévelé)? Ah! la période est longue, vous approchez. *Il rend la vue en une minute?* Bon. *Même aux aveugles de naissance?* Bon. *Il pratique ordinairement la prunelle artificielle* (l'opération); il... il..., etc. Assez..... assez..... Dixisti.

Eh bien! Monsieur le Rédacteur, le fonctionnaire dont s'agit est..... Monseigneur l'évêque de *Dijon*, et l'oculiste si honorablement, si pieusement, si philanthropiquement circularisé, porte un nom presque biblique; il s'appelle Nicod. Mais écoutez comment l'illustre prélat de Dijon, si habile d'ailleurs, s'est laissé berner dans les bureaux de la poste; sa croix † y a été méconnue, ainsi que *François*, son nom épiscopal, romain; le directeur, fin matois, dit-on, a soulevé la bande, et, voyant Nicod, s'est écrié: Art. 223, Nicod ne passe pas : 10 décimes. Dès lors, cette taxe est tombée à la charge des pauvres desservans, qui parfois privés du nécessaire, n'ont jamais rien eu et ne veulent rien avoir à démêler avec le protégé Nicod.

Toutefois, les plus solides sur leurs principes, sur leur concile de Trente, sur les quatre articles de la constitution du clergé gallican, sur les articles organiques du concordat, ont retourné à Monsieur de Dijon sa circulaire, et y ont mis sous la † art. 224, refusée. Les autres pasteurs, fidèles à la tradition de l'école d'Aristote, élèves du vénérable Bède, ont lu la circulaire à la messe, ont placardé à la porte de leurs églises les affiches du chirurgien ultra-montain, ont payé leurs 10 décimes, et ont prié pour les morts.

Il est probable que, dans cette affaire, les intentions de l'évêque ont été surprises, car il a trop de bon sens, trop de haute raison pour ne pas comprendre que si la chaire d'où ne doivent descendre que des vérités, devient, dans un cas donné, un bureau d'annonces, il n'y a pas de raison pour que tout marchand d'orviétan, d'amulettes, d'élixir de longue vie, de drogues et d'onguens, pour qu'enfin tous les Cagliostro du monde ne réclament, nantis d'un brevet du pape, ce mode de publicité.

Du reste, il doit connaître le mérite éprouvé de plusieurs chirurgiens dijonnais qui, tout aussi bien que le sieur Nicod, savent le serment d'Hippocrate et le mettent en pratique sans jactance.

Agréez, etc., H. LAMBERT, D.-M.-P.

— M. le docteur Alphonse Cazenave vient d'être nommé médecin de l'hôpital Saint-Louis.

— La *Fin des Temps*, avec une notice par M. Eugène Bareste, tel est le titre d'un curieux volume qui vient de paraître chez Lavigne, rue du Paon, 1. La notice, que nous venons de parcourir, est un petit cours de philosophie religieuse, digne du plus haut intérêt. M. Bareste explique pourquoi, depuis le seizième siècle, les prophéties ont été si peu étudiées par les philosophes et les écrivains. Ensuite il cite, à l'appui de ses nobles opinions, les témoignages de Machiavel, de Robertson, de Plutarque et de M. le comte de Maistre, le plus profond et le plus religieux de tous nos penseurs. Les prophéties que renferme ce volume sont toutes excessivement curieuses. Nous avons remarqué, entr'autres, celles du *Liber mirabilis*, de l'abbé Werdiz, du cardinal d'Ailly, de Jean Muller, de Lictenberger, de Turrel, de Roussat, d'Olivarius sur Napoléon, et de Torquatus sur l'avenir de la France et de l'Orient. Nous sommes forcés d'en convenir, mais cette lecture a un peu ébranlé nos convictions. Nous croyons, comme MM. de Maistre, Nodier et Bareste, que les prophéties méritent d'être étudiées sérieusement. Ce petit livre, qui intéresse si vivement et ne se vend que 1 fr. 75 c., est destiné au plus grand succès. *V.* les annonces du n° précédent.)

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 1er OCTOBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 116, TOME

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Étranger, 1 an, ...

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT FILS.

Relevé du mouvement effectué du 1er mars au 1er septembre 1840. Résultat de chacune des opérations pratiquées pendant ce laps de temps. Tableau de la mortalité et des guérisons chez les sujets non opérés.

Depuis quelque temps, le service de chirurgie de l'hôpital des Enfans se fait remarquer par l'activité qui y règne, la variété des cas que l'on y observe, les opérations qui s'y pratiquent et se succèdent avec rapidité. Ce qui mérite d'autant plus d'être signalé, que cet hôpital est, à beaucoup d'égards, oublié en quelque sorte par l'administration générale.

Cette réforme, ou, si l'on aime mieux, cette nouvelle impulsion donnée à la section comprenant les enfans qui sont atteints de maladies chirurgicales, date du moment où le service en a été confié au chirurgien actuel, qui, en établissant une consultation pour les malades de la ville, s'est ménagé l'avantage de choisir parmi les cas qui s'y présentent, ceux qui offrent le plus d'intérêt. Ainsi se trouvent éliminés les cas peu importans, qui, par le passé, étaient dirigés sur cet hôpital par les chirurgiens du Bureau central; et qui, choisis avec trop peu de discernement, ne servaient que peu ou point à l'instruction des élèves. A cette classe appartiennent ceux qui sont du ressort de la scrofule, et dont le nombre, assurément, est formidable. Or, ces maladies, qui sont plus directement du ressort de la médecine, peuvent être étudiées avec plus d'avantage dans d'autres services, principalement à l'hôpital Saint-Louis.

Restitué ainsi à sa première destination, le service de M. Guersant reprend toute son importance, et les élèves y trouveront une source féconde d'instruction : d'une instruction surtout qu'ils ne rencontrent point ailleurs, et dont ils ne s'enrichissent qu'en partie en fréquentant les différens hôpitaux de Paris. En effet, quoique la chirurgie des enfans ne constitue pas, à vrai dire, une spécialité, néanmoins on y rencontre des cas que l'on chercherait difficilement, sinon vainement, chez les adultes. Beaucoup de vices de conformation sont de ce nombre; les décollemens apophysaires, le croup, la cataracte congéniale, etc., en sont également. Bref, c'est dans un hôpital d'enfans que l'élève a besoin de compléter son éducation médicale; et combien de jeunes docteurs, une fois rentrés chez eux et livrés à la pratique, se sont aperçus trop tard que leur système de connaissances offrait une lacune, bien difficile alors à remplir.

Nous nous proposons de donner, à la fin de chaque trimestre, le mouvement effectué dans le service; ce sera compléter les détails dans lesquels nous entrons quelquefois sur l'histoire des malades les plus intéressans, que d'exposer dans un seul tableau la somme des résultats que chaque trimestre aura fourni.

Le service de M. Guersant fils se compose de deux salles, la salle Saint-Côme et la salle Sainte-Thérèse; la première contenant vingt-sept lits pour les garçons; la seconde trente-un lits pour les filles.

Au 1er mars 1840, époque à laquelle M. Guersant a pris la direction de ce service, l'effectif des garçons était de 24, et celui des filles de 36. Voici les mouvemens qui ont eu lieu pendant ce mois :

Mois de mars. Salle Sainte-Thérèse.

Existantes au 1er mars,	24 filles.
Entrées,	10
Sorties,	11
Restent,	23

Cinq opérations ont été pratiquées dans le courant du mois, savoir :
1° Une amputation de jambe (morte en mars).
2° Une amputation de jambe (morte en avril).
3° Extirpation d'une tumeur au col (guérie).
4° Une trachéotomie (mort en mars).
5° Une amputation de bras (guérie).

De plus, il est mort en mars une malade atteinte d'une carie des côtes.

Ce qui porte le total des morts à trois, qui, ajoutées aux deux filles sorties guéries, réduit le nombre des filles existantes au 1er avril à 21.

Salle Saint-Côme.

Existans au 1er mars,	36 garçons.
Entrés,	18
Sortis,	25

Cinq opérations ont été pratiquées dans le courant du mois, savoir :
1° Une amputation de jambe (guéri).
2° Une hydrocèle (guéri).
3° Deux amputations de doigts (guéri).
4° Un phymosis (guéri).

Il est mort en mars un garçon entré pour une maladie chirurgicale peu importante, et qui a été enlevé par une pneumonie intercurrente; réuni aux 25 garçons sortis guéris, il réduit le nombre des restans au 1er avril à 28.

Mois d'avril. Salle Sainte-Thérèse.

Existantes au 1er avril,	21 filles.
Entrées,	15
Sorties,	13

Deux opérations ont été pratiquées, savoir :
1° L'extirpation d'une tumeur squirrheuse au dos (guérie).
2° L'extirpation d'un premier métatarsien (guérie).

Il est mort en avril :
1° Un des amputés de jambe en mars.
2° Une brûlure s'étendant à toute la surface du corps.

Ces deux morts réunies aux 13 filles sorties guéries réduit le nombre des malades existans au 1er mai à 21.

Salle Saint-Côme.

Existans au 1er avril,	28 garçons.
Entrés,	20
Sortis,	16

Six opérations ont été pratiquées dans le mois, savoir :
1° Une amputation de cuisse (mort en mai).
2° Brides aux mains, suites de brûlure (guéri).
3° Extraction d'un séquestre de tibia (guéri).
4° Encéphaloïde de l'œil (récidive).
5° Amputé de jambe (guéri).
6° Amputé de jambe, fracture de l'astragale (mort).

Ce dernier, réuni aux 17 sortans, réduit le nombre des garçons malades au 1er mai, à 31.

Mois de Mai. Salle Sainte-Thérèse.

Existantes au 1er mai,	21 filles.
Entrées,	14
Sorties,	14

Six opérations ont été pratiquées dans le courant du mois; savoir :
1° Une amputation de cuisse (guérie).
2° Une amputation d'un troisième métacarpien (guérie).
3° Une amputation d'un cinquième métacarpien (guér.).
4° Une section du tendon d'Achille (guérie).
5° Une amputation d'avant-bras (morte).
6° Une section de brides, suite de brûlure (morte d'angine gangréneuse et de pourriture d'hôpital, en septembre).

Il est mort, en mai, une petite fille rachitique, entrée pour une fracture de la cuisse, et chez qui la scarlatine s'est développée à l'hôpital. Ce décès, réuni aux 14 filles qui sont sorties guéries, réduit à 20 le nombre des petites malades existantes au 1er juin.

Salle Saint-Côme.

Existans au 1er mai,	31 garçons.
Entrés,	21
Sortis,	24

Trois opérations ont été pratiquées dans le mois; savoir :
1° Une amputation d'un premier métatarsien (guéri).
2° Une taille bi-latérale (guéri).
3° Un phymosis (guéri).

Il est mort dans le mois :
1° Un fracturé de la jambe (résorption purulente).
2° Un amputé de la cuisse (résorption purulente), qui, réunis aux 24 sortis, laissent au 1er juin un effectif de 26 malades.

Mois de juin. Salle Sainte-Thérèse.

Existantes au 1er juin,	20 filles.
Entrées,	11
Sorties,	9

Deux opérations ont été pratiquées dans le mois; savoir :
1° L'extirpation d'une tumeur existant sur la poitrine, représentée par plusieurs kystes (guérie).
2° Un bec-de-lièvre, compliqué de division de la voûte palatine, du voile du palais (guérie).

Il est mort dans le mois :
1° Une amputée d'avant-bras (phthisie pulmonaire).
2° Une fracturée de cuisse, compliquée de scarlatine.

Ce qui, joint aux 6 filles sorties guéries, réduit le nombre des malades restantes au 1er juillet à 20.

Salle Saint-Côme.

Existans au 1er juin,	26 garçons.
Entrés,	29
Sortis,	24

Trois opérations ont été pratiquées dans le mois; savoir :
1° Une amputation du gros orteil (guéri).
2° Une ponction simple d'hydrocèle (récidive).
3° Un bec-de-lièvre simple (guéri).

Il est mort dans le courant du mois :
1° Une fracture de cuisse (pneumonie double intercurrente).
2° Une fracture de clavicule (scarlatine ataxique).

Mois de juillet. Salle Sainte-Thérèse.

Existantes au 1er juillet,	20 filles.
Entrées,	12
Sorties,	12

Cinq opérations ont été pratiquées dans le mois, savoir :
1° Une excision d'amygdales (guérie).
2° Une grenouillette (guérie).
3° Une section du tendon d'Achille (guérie).
4° Une ligature d'une tumeur érectyle à l'anus (guérie).
5° Une amputation de la phalange de la main (guérie).

Il n'y a pas eu décès, et l'effectif restait par conséquent de 20 au 1er août.

Salle Saint-Côme.

Existans au 1er juillet,	29 garçons.
Entrés,	23
Sortis,	18

Trois opérations ont été pratiquées dans le mois, savoir :
1° Une section des brides à la main, suite de brûlure (guéri).
2° Une ponction d'hydrocèle (guéri).
3° Quatre séances de lithotritie, deux boutonnières, pneumonie intercurrente (guéri).

Il est mort dans le mois :
1° Une brûlure presque générale.
2° Une périostose du fémur.
3° Une péritonite, par suite de la rupture de l'appendice iléo-cœcale.

Mois d'août. Salle Sainte-Thérèse.

Existantes au 1er août,	20 filles.
Entrées,	9
Sorties,	10

Il n'y a eu ni décès ni opérations pendant le mois; l'effectif, au 1er septembre, était par conséquent de 19 malades.

Salle Saint-Côme.

Existans au 1er août,	32 garçons.
Entrés,	13
Sortis,	13

Six opérations ont été pratiquées dans le mois, savoir :
1° Cataracte congéniale aux deux yeux.
2° La section du tendon d'Achille (guéri)
3° Deux extirpations d'ongle (guéri).
4° Une amputation de cuisse (mort).
5° Section des adhérences d'un antiloblépharon.
6° Amputation de cuisse (tumeur blanche)

Sont morts dans le mois :
1° Un amputé (résorption purulente).
2° Une brûlure très étendue.
3° Une gangrène des parties génitales.
4° Tumeur du cerveau (méningo-encéphalite apoplexie).
5° Une maladie de Pott (région cervicale).

Le relevé prochain comprendra les mois de septembre, octobre, novembre et décembre.

HOTEL-DIEU.

Affection typhoïde avec abcès métastatique dans le poumon gauche.

Cnidoti, Italien, âgé de vingt-trois ans, blond, d'une assez forte constitution, venant à Paris tous les hivers depuis trois ans, pour y exercer la profession de marchand de marrons, revint il y a environ quatre mois dans cette ville, où il habite une petite chambre commune à plusieurs autres. Il fut pris, sans cause connue, il y a quinze jours, d'une douleur vive à l'épigastre, se prolongeant jusques sous le flanc droit et accompagnée de toux. Cinq jours plus tard il commença à perdre l'appétit, eut de la céphalalgie, des frissons, de la fièvre qui devenait plus intense pendant la nuit. Enfin, avant son entrée à l'hôpital, il y eut anorexie complète, diarrhée, perte de sommeil, deux épistaxis, deux vomissemens, des vertiges, des éblouissemens. Il se rend, en voiture, à l'hôpital le 5 février dernier.

Le malade est examiné le même jour; ses réponses sont justes mais brèves; la face injectée dans sa partie supérieure, est jaunâtre dans l'inférieure; les yeux sont abattus; l'haleine aigrelette; la langue est sèche, vernissée, rouge à sa pointe, tremblottante; la respiration est accélérée; le pouls fréquent; un peu dépressible. Une douleur, augmentant par la toux, qui est assez fréquente, se fait sentir à l'épigastre et s'irradie vers le flanc droit et la fosse iliaque du même côté. Dans cette dernière partie, on sent du gargouillement perceptible seulement pendant les efforts de la toux. Le ventre est souple, on y remarque quelques papules rosées; la peau est chaude, sans moiteur ni

sécheresse. Les crachats sont aérés, non visqueux. On administre les purgatifs.

Du 6 au 12 février. Le malade a moins de fièvre ; la diarrhée persiste ; la langue est sèche ; la face injectée ; un peu d'abattement sans stupeur. La poitrine est sonore des deux côtés : on y constate du râle sibilant ; la céphalalgie diminue ; les douleurs abdominales continuent ; l'haleine est devenue fétide ; le malade peut dormir de temps en temps.

Du 12 au 19. La face est très injectée et comme cyanosée ; fièvre sans céphalalgie ; région iliaque très douloureuse ; crachats visqueux, striés de sang, expectorés pendant des efforts de toux ; quelques vomissemens ; abattement profond ; visage présentant une expression voisine de la stupeur.

20 février. Le pouls est presque nul ; les battemens du cœur réguliers mais sourds ; le nez est froid ainsi que les extrémités. La face est toujours cyanosée ; la langue humide ; les dents fuligineuses ; un hoquet opiniâtre tourmente le malade.

Depuis cette époque jusqu'au 2 mars, et malgré les toniques qu'on administra, le pouls resta nul ou filiforme, et quelquefois intermittent ; la cyanose, les vomissemens, le hoquet persistèrent ; le sommeil et l'appétit reparurent ; il y eut du délire pendant quelques nuits.

2 mars, au soir. La peau est d'un rouge violacé et chaude, ce qui arrivait quelquefois le soir ; la respiration est extrêmement fréquente. La poitrine percutée sous les clavicules, rend un son plus obscur à gauche qu'à droite, et du souffle caverneux s'entend dans ce même point ; les crachats sont purulens, violets, mêlés de sang et expectorés au milieu de violens efforts de toux ; le ventre est rétracté.

3 mars, au matin. Le pouls est très faible, fréquent ; le visage est moins cyanosé, la peau de la face est redevenue froide.

Mort le 3 au soir, à sept heures.

Nécroscopie le 5 au matin.

Estomac. Le petit cul-de-sac est piqueté de points rosés ; quelques taches livides apparaissent çà et là dans le grand, où elles coïncident avec un léger ramollissement qui paraît purement cadavérique.

Gros intestin. Dans les colons transverse et descendant apparaît par place une coloration violacée qui semble due à une congestion des vaisseaux veineux. Dans le colon ascendant, près du transverse, existe une ulcération arrondie de 3 lignes de diamètre, au fond de laquelle la musculeuse est à nu. Cette ulcération est circonscrite par un bourrelet annulaire sans injection, limitée à sa circonférence interne par un liseret ardoisé. En se rapprochant du cœcum, on trouve une petite saillie miliaire, déjà ulcérée en partie, entourée d'un anneau violacé, et paraissant constituée par un follicule ramolli. Plus loin des arborisations vasculaires sans altération de la muqueuse circonscrivent une autre ulcération analogue à la première au fond de laquelle la muqueuse seule est détruite, et dont le bourrelet plus saillant est couvert de vaisseaux injectés. Ailleurs existe une petite tache noirâtre, avec ramollissement, au fond de laquelle on découvre la fibreuse injectée ; et plus près de la valvule, une congestion veineuse très considérable, et trois ou quatre ulcérations semblables aux précédentes, dont les bords, manifestement épaissis, indurés, et offrant une coloration livide, crient sous le scalpel comme des tissus cartilagineux. Çà et là on rencontre quelques

Intestin grêle, à sa fin. Il présente un multitude d'ulcérations à bords arrondis et saillans, offrant une couleur livide et une induration très prononcée, et au fond desquelles on aperçoit les fibres musculeuses à nu. Dans leur intervalle, la membrane musculeuse offre, indépendamment d'une coloration rose violacée qui passe à la couleur ardoisée, un grand nombre de follicules ombiliqués ; dans ces mêmes points, la consistance de la muqueuse est un peu altérée. Plus haut, c'est-à-dire 6 centimètres au dessus du cœcum, on trouve, au milieu d'une plaque affaissée, une ulcération arrondie de 4 centimètres de diamètre, dont les bords non saillans se continuent avec un tissu fibreux qui cache le fond de l'ulcération et paraît être le résultat d'un travail déjà avancé de cicatrisation. Ailleurs existent des ulcérations analogues au fond desquelles la musculeuse est à nu. Dans tous ces points, l'intestin décoloré laisse apercevoir un grand nombre de follicules isolés. 18 pouces au dessus du cœcum apparaît une plaque légèrement saillante, aréolée, présentant à sa circonférence des petites dépressions ponctuées et ardoisées, et à son centre une petite ulcération miliaire à bords livides. 4 pouces plus haut, on découvre une ulcération analogue aux premières, large comme une pièce de 20 sous ; puis deux autres plaques semblables à celle que je viens de décrire, dont l'une se termine inférieurement par une ulcération qui empiète sur la portion de muqueuse voisine de la plaque.

A la partie supérieure de l'iléon et inférieure du jéjunum, on voit quelques plaques légèrement épaissies et à peine saillantes ; et dans ce dernier intestin, surtout dans sa partie supérieure, une coloration rosée très prononcée, et par place une congestion veineuse et plusieurs arborisations, se terminent par de petites ecchymoses.

Rate. Elle est friable, volumineuse, et présente une surface de six pouces de long sur trois pouces de large.

Les *reins* sont sains, la substance corticale est un peu jaune.

Le *mésentère* est normal ; les ganglions mésentériques sont pâles, quelques-uns à peine paraissent augmentés de volume.

Le *foie*, assez volumineux, ne présente aucune altération appréciable.

POITRINE. *Poumon gauche.* Il adhère au péricarde par sa face interne à l'aide de fausses membranes molles et récentes ; sa partie antérieure et supérieure a également contracté des adhérences intimes avec la face postérieure des cartilages des premières côtes, et jusqu'à la partie latérale du sternum. Vers le même point existe un vaste foyer pouvant loger un œuf de poule, et contenant une petite quantité de matière purulente, sanieuse, analogue à celle qui était expectorée par le malade pendant les derniers jours de sa vie. Cette cavité communique avec les tuyaux bronchiques, et j'en ai acquis la preuve en poussant sous l'eau de l'air par ces canaux. Elle est anfractueuse, tapissée dans toute son étendue par une membrane lisse, à la surface de laquelle flottent des petits lambeaux pseudo-membraneux, blanchâtres ; des vaisseaux nombreux, dont quelques-uns ont un calibre considérable, soulèvent cette membrane, et un grand nombre d'entre eux, dont les parois sont épaissies et la cavité remplie de caillots offrant une teinte noire analogue à celle de la matière noire pulmonaire, traversent la cavité dans toute son étendue, sous forme de brides d'une certaine consistance.

La paroi antérieure de cette cavité est très mince, et réduite, dans une assez grande étendue, à l'épaisseur de la plèvre tapissée par la fausse membrane dont nous avons parlé. Une portion de cette paroi est restée adhérente aux côtes dans l'enlèvement du poumon. Ailleurs, et un peu plus bas, une lame de tissu pulmonaire, épaisse de deux à trois lignes, et passée au degré d'hépatisation grise, la sépare de la plèvre.

La paroi opposée (la postérieure), repose sur une couche de tissu pulmonaire épaisse de six à sept lignes, offrant une altération semblable à celle qui a été décrite plus haut. Dans certains endroits, le tissu pulmonaire qui fait partie de la caverne, plus profondément altéré, très ramolli, laisse suinter du pus à la pression la plus légère, et présente des vaisseaux obstrués et d'un volume considérable.

Le lobe supérieur présente dans tout le reste de son étendue un état d'emphysème bien prononcé, et une multitude de bulles d'air apparaissent sous la plèvre. Quelques lobules forment saillie, et cette membrane, dans le point où elle se réfléchit du lobe supérieur sur le lobe inférieur, est soulevée par l'air infiltré dans le tissu cellulaire sous séreux.

Le lobe inférieur offre, dans toute son étendue, un engouement séro-sanguin. Des foyers purulens existent dans son intérieur, et l'un d'eux, dont le volume égale celui d'un petit œuf, est tapissé par une membrane et présente des reliefs vasculaires. Le tissu pulmonaire autour de ce foyer présente une simple infiltration séreuse. On trouve encore dans le même point deux foyers beaucoup plus petits. A la base on aperçoit un autre foyer assez considérable, tapissé par une membrane dense et résistante, d'une couleur noirâtre et à la surface de laquelle on retrouve les petits lambeaux pseudo-membraneux déjà décrits.

Dans quelques endroits, le tissu pulmonaire offre un ramollissement circonscrit avec infiltration purulente, ramollissement entouré d'un cercle noirâtre formé par une couche de tissu pulmonaire induré, au milieu de laquelle rampent des vaisseaux oblitérés.

A la partie la plus déclive du lobe inférieur, où les points d'infiltration purulente sont extrêmement rapprochés et nombreux, le tissu pulmonaire présente une grande friabilité.

Des bronches dilatées, infiltrées de sang, s'aperçoivent dans cette portion du poumon.

Poumon droit. Il présente des adhérences nombreuses, un peu d'œdème, et, par place, de l'emphysème interlobulaire.

Quelques-uns des ganglions pulmonaires offrent une augmentation de volume, une coloration rouge livide, et un ramollissement très prononcé.

Cœur. Le cœur, sain, renfermait quelques caillots gélatiniformes.

Veine iliaque primitive droite. Elle offre des caillots intimement adhérens aux parois du vaisseau ; vers son milieu le centre de ces caillots est transformé en une matière granuleuse friable, formée évidemment par du pus concret ; et à la partie inférieure l'adhérence du caillot est établie par des fausses membranes tellement fortes et résistantes, qu'on ne peut les enlever entièrement. Au dessus et au dessous de ce point, les caillots sont noirs, visqueux et tenaces. Les parois du vaisseau sont épaissies, sa membrane interne a perdu son poli, et la tunique fibreuse présente des ecchymoses dans certains points. A la partie inférieure de la veine cave et à la partie supérieure de la veine crurale droite, existaient également des caillots, mais beaucoup moins adhérens.

HOPITAUX DE LONDRES.

Plaie déchirée à l'aisselle. Fracture de l'apophyse coracoïde. Mort. Autopsie. Par M B. COOPER.

C. S., âgé de vingt huit ans, est reçu à Guy's-hospital le 28 mai, dans la division de M. B. Cooper, à onze heures et demie du matin. L'accident lui était arrivé en voulant arrêter un cheval ; une roue lui est passée sur l'épaule, et a poussé dans l'aisselle un foret (gimlet) qu'il avait dans la poche.

A l'examen, on trouva que le poinçon était entré dans l'aisselle, à la profondeur d'un pouce et demi, et avait produit une plaie qui pouvait admettre le doigt indicateur. L'instrument était passé près de l'artère axillaire, et avait blessé la veine de ce nom. Le malade ne se plaint pas de beaucoup de douleur quand on remue son bras. Le sang s'était arrêté promptement. L'articulation de l'épaule cependant est un peu douloureuse, et l'on sent dans le tissu cellulaire de l'aisselle une sorte d'emphysème ; une crépitation se fait sentir également dans les parties profondes, comme si le col de l'humérus fût fracturé. La peau est chaude, le système artériel excité, langue chargée ; quelques muscles paraissent se contracter spasmodiquement.

On prescrit une saignée de 16 onces, une dose de calomel et une potion purgative. Le bras est fixé au tronc et fomenté par des choses émollientes.

Le soir, la physionomie du malade offre de l'anxiété ; le pouls filiforme, langue blanche et couverte. Il y a moins de spasme ; réponse prompte ; teint pâle jaunâtre. Les veines du bras sont un peu gonflées ; beaucoup de douleur dans l'aisselle.

La nuit suivante est agitée : anxiété extrême, langue jaune et couverte d'une lame épaisse, un peu sèche ; soif ; garderobes. L'épaule est très gonflée, tendue et douloureuse ; bras correspondant très gonflé également : le pouls ne peut être senti de ce côté ; douleur dans la veine sous-clavière ; action du cœur très faible ; pas de délire ; pas beaucoup de douleurs à l'endroit de la plaie. Mort le lendemain.

Autopsie. Grande quantité de sang extravasé dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'épaule, de l'aisselle et sous les muscles pectoraux. Ce sang paraissait être émané de quelques veines profondes de l'aisselle. Les veines axillaire et sous-clavière sont bouchées par des caillots ; il est douteux cependant que leurs parois soient enflammées. Le cœur est rempli d'un fort caillot adhérent dans les cavités droites, L'apophyse coracoïdeest fracturée, mais aucun autre os ne présente la moindre lésion.

(*The Lancet*, 8 août 1840.)

— Constatons d'abord l'obscurité du diagnostic dans ce fait, et qui tient sûrement à l'imperfection des connaissances que l'art possède sur certaines maladies de l'épaule. Ainsi, on croyait d'abord à une fracture du col de l'humérus, et il n'en était rien. L'apophyse coracoïde était fracturée, et l'on n'en avait même pas eu le moindre soupçon ; l'aisselle était emphysémateuse, et l'on est encore à se demander quelle était la source de ce symptôme. Puis après, un phlegmon phlébitique est survenu, le malade a succombé, et l'on ne peut s'en rendre compte.

On conçoit cependant sans peine qu'une puissance capable de fracturer l'apophyse coracoïde doit être énorme. Ce seul effet traumatique peut donner lieu à une réaction mortelle, ainsi que Boyer en a fait judicieusement la remarque. Les faits de cette nature, au reste, sont heureusement assez rares, et l'on ne saurait en conjurer les fâcheuses conséquences que par les saignées coup sur coup. Cette fracture de l'omoplate n'est pas la seule dont le diagnostic soit entouré d'obscurité. D'autres considérations se rattachent à ce point important de pratique.

Sarcôme de volume énorme au scrotum. Opération ; Par M. LISTON.

J. M., âgé de trente-neuf ans, a été reçu à l'hôpital de l'Université le 11 juin, dans le service de M. Liston, pour être traité d'une tumeur qu'il portait au scrotum. Il avait toujours joui d'une excellente santé, lorsque, il y a deux ans, il a eu une hydrocèle à la suite d'un coup. On l'a opéré par la ponction. Une vive inflammation est survenue ; elle a été combattue par des sangsues et des cataplasmes. Le gonflement cependant a persisté ; du volume des deux poings, pendant deux ou trois mois ; augmentant quelquefois et devenant douloureux par l'action du froid.

Ce gonflement a été traité en ville, d'abord par la ponction, ce qui n'a donné que du sang ; ensuite par des cataplasmes de moutarde et de pommades, mais sans avantage. Puis après, un charlatan l'a traité à l'aide des escharotiques et a produit plusieurs eschares sans plus d'avantage. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, le malade a mesuré la tumeur et lui a trouvé seize pouces et demi de circonférence et trois livres et demie de poids.

A son entrée, le scrotum est excessivement gonflé ; la mesure donne vingt pouces de circonférence ; la peau est résistante au toucher ; elle présente trois ulcérations fongueuses ; ses veines sont très développées ; le testicule gauche paraît parfaitement sain ; le droit est hypertrophié et induré, mais ne paraît pas occuper toute l'étendue de la tumeur ; il est situé à la partie supérieure de la tumeur ; la compression y produit de la douleur ; la partie inférieure du scrotum n'est point douloureuse à la pression. Le cordon du côté droit paraît sain. Les ganglions, au-dessus du ligament de Poupart ne sont pas développés, ni ceux qui suivent l'artère iliaque ; mais les ganglions placés au-dessous du ligament de Poupart sont hypertrophiés. La santé générale est bonne ; seulement le teint du sujet est un peu pâle, mais pas jaunâtre. La tumeur est très lourde et élastique sur quelques points. Le pénis n'est pas compris dans la tumeur, cependant l'urètre est comprimé, le malade ayant éprouvé de la difficulté à émettre l'urine depuis deux à trois jours.

M. Liston a opéré de la manière suivante : Incision de haut en bas, depuis la partie supérieure du cordon jusqu'à la base de la tumeur ; deuxième incision, partant du même point et descendant elliptiquement au point inférieur de

la première, de manière à circonscrire une quantité de tégumens entre les deux incisions, y compris les ulcérations fongueuses. On isole le cordon, on le lie et on le coupe au-dessous du fil. On dissèque la peau de la partie antérieure de la tumeur, de haut en bas. Deux artères du cordon, qui donnent du sang, sont liées. Du sang coule en abondance des grosses veines divisées. On enlève toute la masse. Fomentations d'eau froide pendant six heures ; puis pansement par première intention.

Pendant l'opération l'autre testicule a été mis en évidence, et sa vaginale a été ouverte ; elle contenait un peu de fluide. On a ménagé assez de peau de la partie postérieure du scrotum pour couvrir l'autre testicule et la plaie. Quatre points de suture. Guérison en un mois. Le scrotum restant est sain, et offre une forme qui n'a rien de choquant. (*Ibid.*)

— Cette tumeur a quelque chose d'insolite ; nous ne sachions même pas qu'elle ait été décrite, à moins de la considérer comme une variété de l'éléphantiasis scrotal. Il est bien remarquable qu'à la suite d'une hydrocèle simple, la réaction inflammatoire provoquée par l'opération ait donné lieu à cette dégénérescence singulière de la peau. N'est-il pas plus probable de dire que l'hydrocèle n'avait été, dans ce cas, qu'un simple symptôme de la maladie en question ? Si l'on en excepte l'hypertrophie du testicule, il serait difficile de donner un nom à l'affection de la peau scrotale, d'autant plus que l'auteur s'est borné à la simple assertion générique de *sarcôme*, sans faire connaître l'état anatomique des tissus. Quoi qu'il en soit de ces *desiderata*, le fait n'offre pas moins d'intérêt sous le point de vue opératoire et du résultat heureux du traitement employé.

Abcès de la prostate. Rétention d'urine ; par le même.

C. A., âgé de quarante-huit ans, est reçu le 6 mai. Depuis un an, il souffre d'une constipation opiniâtre qui l'incommode beaucoup. Depuis quelque temps il éprouve très souvent le besoin d'émettre les urines ; ses urines déposent des mucus épais. Il éprouve une sensation incommode au périnée. Ces symptômes continuent pendant plusieurs mois ; le besoin d'uriner devient de plus en plus fréquent ; le jet du liquide est de plus en plus petit, et son passage a lieu avec douleur. Depuis un mois, un gonflement existe au périnée. Ce gonflement met obstacle au passage de l'urine depuis quelques semaines ; enfin le malade éprouve une rétention complète. On introduit une sonde pendant deux jours ; alors une quantité de pus s'écoule par l'urètre, mais la rétention persiste. C'est dans cet état qu'il est entré à l'hôpital.

A l'examen, on constate la rétention ; on le sonde deux fois par jour. L'urine dépose beaucoup de mucus et de pus ; il s'en écoule parfois involontairement. On applique des sangsues au périnée. On prescrit une potion avec le nitrate de potasse et la teinture de jusquiame (henbane).

Le troisième jour, le malade se plaint de rétention urinaire. Le chirurgien de garde veut le sonder, mais il ne peut en venir à bout.

Le quatrième jour la rétention persiste depuis trente-six heures. M. Liston passe une sonde qu'il laisse en permanence.

Le 13 mai, septième jour de l'entrée, le malade croit que la vessie a plus de force, mais il accuse une douleur au périné. La pression sur ce point produit de la douleur, mais on n'y découvre pas de tumeur. Il dit sentir une sorte de bruit lorsqu'il urine. (*thrill*), comme si l'urine s'extravasait dans cette partie.

On ôte et on remet le cathéter les jours suivans. Enfin le cours des urines se rétablit et l'homme est congédié guéri le 10 juin. (*Ibid.*, 22 août.)

Il est très probable qu'il s'agissait, dans ce cas, réellement, de l'affection qu'on a diagnostiquée, un abcès de la prostate. Ce qui appuie cette opinion, c'est la tumeur qui existait au périné, l'écoulement de pus par l'urètre à la suite de l'introduction d'une sonde et la disparition de la tumeur à la suite de cet écoulement. La rétention urinaire pourrait s'expliquer, à la rigueur, soit par le rétrécissement phlogistique de l'urètre, soit, ce qui est plus probable, par une réaction pathologique sur la poche urinaire, réaction qui aurait entraîné l'impuissance de son action. Tout cela, du reste, pourrait être contesté n'étant pas accompagné de la démonstration anatomique.

Il faut en convenir, depuis un quart de siècle que l'on étudie avec soin les maladies de l'appareil urinaire, cette branche de l'art a fait des progrès réels ; il reste cependant immensément à faire sous le double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique. On s'est plutôt occupé à perfectionner les secours mécaniques que les ressources dynamiques. On pourrait même dire que ces dernières sont restées tout à fait dans l'enfance au milieu des améliorations progressives de la partie instrumentale. Voyez à quoi se réduisent les ressources actuelles dès que les sondes ou les percuteurs n'ont pu trouver d'application ; à des remèdes plus ou moins insignifians souvent contradictoires ou même nuisibles. C'est moins la faute des spécialistes que la conséquence inévitable de la marche des esprits. On a fait beaucoup de recherches anatomo-pathologiques, et l'on s'est imaginé que là se terminait la science. Une tisane de chiendent, un lavement opiacé, un bain, un cataplasme, une irrigation froide, telles sont les ressources que chacun de ces messieurs trouve à opposer aux nombreuses affections dynamiques de l'appareil urinaire. Aussi ces affections sévissent-elles avec fureur ; on veut les attaquer par des moyens mécaniques, elles s'exaspèrent et parviennent aisément à l'état organique. Ce qu'il y a de plus fâcheux c'est que l'arsenal urétro-vésical absorbe tellement, qu'on ne songe même pas à l'étude des médicamens propres à aider les prescriptions salutaires ; on s'est persuadé que tout excite, tout irrite, à l'exception de la sonde. Celui-ci croit qu'un médicament qu'on introduit dans l'estomac ne peut guérir une maladie de la vessie ; celui-là, que telle ou telle boisson revient dans la vessie comme elle a été prise et adoucit la maladie ; un troisième, que les seuls remèdes locaux sont utiles, etc., etc. Il y a dans tout cela un enchaînement déplorable d'erreurs dont nous venons de signaler la source. Sans contredit, les affections dynamiques de l'appareil urinaire étaient mieux traitées il y a cinquante ans que de nos jours, quoique les connaissances de leur condition pathologique fussent moins avancées. C'est que les anciens étudiaient la matière médicale, que la plupart de nos spécialistes négligent complètement. A part la lithotripsie, dont tout le monde doit reconnaître les bienfaits, nous sommes encore à nous demander où est le progrès véritable après les préceptes qui nous ont été légués par Boyer et Dupuytren sur cette branche de l'art ?

De la ténotomie ou de la myotomie et de la section de la poulie du grand oblique dans le traitement du strabisme ; par M. Gairal, chirurgien militaire.

L'idée de détacher un ou plusieurs muscles de la sclérotique étant donnée, tous les efforts des chirurgiens qui s'en sont occupés semblent s'être concentrés sur ce point : indiquer une nouvelle méthode ou un nouveau procédé ; modifier plus ou moins avantageusement ceux qui existent, et donner la préférence à tels ou tels instrumens pour faciliter l'opération.

Si le nombre des chirurgiens modificateurs est grand, il n'en est pas de même de ceux qui ont envisagé la question sous son véritable point de vue, celle du point où la section du muscle doit être faite ; et cependant, nous devons avouer que le succès de l'opération ne dépend pas de la méthode ou du procédé opératoire employé pour la pratiquer.

Chaque opérateur a sa manière de faire à cet égard, et elles sont toutes à peu près les mêmes : toutefois, nous dirons en passant qu'il est toujours dangereux, quelqu'habile que soit un chirurgien, de se servir, en pareil cas, d'un bistouri pour pratiquer la section de la conjonctive ou celle du muscle ; car un malade qui paraît d'abord très docile, peut devenir fort indocile pendant l'opération, et exposer à de graves accidens, tels que celui de faire vider l'œil, en occasionnant la perforation de la sclérotique par un mouvement brusque et inattendu, ce qui est déjà arrivé à un chirurgien étranger ; d'un autre côté, il est toujours préférable d'opérer à l'œil nu, c'est-à-dire le muscle étant mis à découvert par la section préalable de la conjonctive, parce qu'alors on peut plus facilement glisser entre lui et la sclérotique, soit une spatule cannelée pour le soulever, comme le veulent la plupart des chirurgiens, soit un crochet boutonné très délié, coudé à angle droit sur sa tige. L'usage de ce crochet est on ne peut plus avantageux pour faciliter la section *totale* du tendon ou des fibres musculaires, et c'est là le point capital de l'opération.

Du bouton du crochet à son coude nous avons donné quatre lignes d'étendue, pour pouvoir mesurer instantanément et d'une manière précise la distance qui existe entre la terminaison des fibres musculaires et l'insertion de la cornée, cette distance étant égale à la longueur du crochet, de plus, en glissant le crochet entre le muscle et la sclérotique, l'on ne s'arrête que lorsque le bord du muscle touche l'angle de l'instrument, parce qu'alors l'on est sûr que toutes les fibres musculaires ont été embrassées, et qu'il suffit de les soulever en tirant légèrement à soi pour former une anse, au dessous de laquelle l'on engage les ciseaux afin d'en opérer la section d'un seul trait. Cette manière de faire que nous avons comparée aux autres, soit sur le cadavre, soit sur le vivant, nous a constamment paru plus commode : ce qui s'explique aisément, quand on sait que la largeur du muscle est moindre que celle du crochet que nous engageons par le bord supérieur quand il s'agit de la section du muscle droit interne ou externe.

Après cette courte digression pour indiquer l'usage du crochet que nous avons imaginé, nous allons reprendre notre sujet, et nous demanderons si c'est la ténotomie ou la myotomie qui doit être appliquée au traitement du strabisme. Cette question paraîtra peut-être d'abord de peu d'importance, mais vue de près, elle pourra, je crois, offrir quelque intérêt ; en effet, il ne doit pas être indifférent, pour le succès de l'opération qui nous occupe, de couper le muscle lui même (myotomie), ou son tendon oculaire (ténotomie).

Dans le premier cas, si toutes les fibres ont été comprises par l'instrument tranchant, nul doute que l'on n'ait un bon résultat ; tandis que dans le deuxième, ce résultat sera d'autant plus douteux que le point de section du tendon sera plus éloigné des fibres musculaires, à cause du tissu cellulaire qui l'unit à la sclérotique, tissu dont les fibres opposent à la rétraction une résistance proportionnelle à leur nombre.

Nous ne pensons pas utile de donner à cette idée plus de développement ; elle se conçoit assez aisément, pour que l'on puisse en conclure que c'est ici le cas de pratiquer la myotomie (section des fibres musculaires) de préférence à la ténotomie. Tous les muscles de l'œil peuvent-ils subir la myotomie ? Non, a dit tout récemment un chirurgien distingué de la capitale. M. Sédillot ne veut pas que l'on coupe le grand oblique, parce que la chute de l'œil en est la conséquence ; d'où il résulte que dans le cas de strabisme convergent et en bas produit par le grand oblique, le malade doit être abandonné à lui-même. C'est avec raison que la section du grand oblique a été proscrite, ce muscle pouvant aisément être allongé sans subir la moindre altération ; il suffit pour cela de détruire sa poulie de renvoi, opération que nous avons pratiquée plusieurs fois sur le cadavre avec facilité. Pour cela, tendant le muscle oblicu-laire comme pour l'opération de la fistule lacrymale, nous avons dirigé l'instrument droit devant nous en partant de la racine du nez, pour labourer la paroi supérieure de l'orbite au point où elle se réunit à la paroi interne de cette cavité. Cette idée n'est pas d'aujourd'hui ; l'ayant conçue en 1838, j'en fis part à quelques médecins de Verdun, qui y attachèrent quelque prix.

Cas de blessure pénétrante de l'abdomen avec procidence épiploïque.

Monsieur le rédacteur,

L'observation de M. Larrey fils, sur une plaie abdominale avec hernie de l'épiploon, m'a rappelé le fait suivant, que je vous prie de vouloir bien insérer dans votre intéressant journal :

Dans les journées de juillet 1830, M. N. me fit appeler pour soigner son neveu d'un coup de baïonnette dans la région abdominale droite. Ce jeune homme, de vingt-huit à trente ans, était grand et fortement constitué. La plaie, de huit à dix lignes de longueur, était située obliquement sur le trajet d'une ligne qui, de l'ombilic se rendrait à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et à-peu-près au milieu de cet espace. Au travers des parois de cette plaie s'échappait une petite masse épiploïque du volume d'une petite noix, que j'essayai d'abord de réduire, mais ce fut en vain. Je songeai alors à agrandir la plaie pour arriver à ce résultat. Je craignis néanmoins d'exposer par là ce jeune homme à une hernie ultérieure. M'étant donc assuré qu'aucune portion d'intestin n'était herniée et que le malade n'éprouvait aucun tiraillement soit dans la plaie, soit dans toute autre partie de la région abdominale par les divers mouvemens de flexion du corps en avant, en arrière, sur les côtés, etc. (pendant ces mouvemens, j'avais ma main appliquée sur la tumeur), je me décidai à ne pas réduire l'épiploon.

Je fis placer le malade en supination, le corps un peu penché du côté gauche et fléchi de telle manière que les parois abdominales ne fussent ni trop tendues ni trop relâchées. Je pansai la plaie avec un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie, une compresse, le tout maintenu par un bandage de corps moyennement serré. L'épiploon, de rosé qu'il était, prit une teinte grisâtre, donna une matière séro-purulente très fétide, très âcre, qui produisit de petites excoriations sur les bords de la plaie (la température était très élevée). Il s'atrophia peu-à-peu, et au bout de six jours de l'accident, il était réduit à environ la moitié de son volume.

Pensant qu'il faudrait un temps assez long pour qu'il fût complètement détruit par la suppuration, je cernai à cette époque sa base avec un fil de soie, dans le but de hâter la guérison. La suppuration cessa bientôt, l'épiploon restant devint dur, brunâtre, parcheminé, prit enfin le même aspect que le cordon ombilical chez l'enfant nouveau-né. Je l'enlevai le dixième jour avec le bistouri. Je recommandai au malade de porter pendant quelque temps un bandage de corps et d'éviter les grands efforts. Je le revis un mois et demi après ; il était parfaitement guéri ; lorsqu'il toussait, l'impulsion communiquée à ma main, appliquée sur les parois abdominales, n'était pas plus forte du côté de la cicatrice que dans toute autre partie de cette région.

Il est à remarquer que ce jeune homme n'éprouva, soit immédiatement après l'accident, soit pendant sa maladie ni coliques, ni nausées, ni vomissemens, ni constipation, pas même la moindre réaction fébrile. Aussi, dès le deuxième jour, je lui accordai du bouillon et ensuite des potages légers. Je lui recommandai de ménager ses efforts en allant à la selle, et même de faciliter la sortie des matières fécales à l'aide de lavemens.

S'il est de précepte, en chirurgie, de ne pas réduire dans les hernies étranglées, les portions d'épiploon gangrenées, ne pourrait-on pas étendre ce précepte aux plaies abdominales accidentelles, lorsque l'épiploon est irréductible et non atteint de gangrène. L'épiploon, irrité par le contact de l'air, des vêtemens, etc., si on le rentre dans la cavité abdominale, peut s'altérer, devenir cause d'irritation, tandis que si on le laisse au-dehors on évite cet accident ; en outre (et ceci est un des points les plus importans) il contracte des adhérences avec les bords de la plaie, forme en quelque sorte bouchon, et le malade n'est pas ainsi exposé à une hernie ultérieure.

Faudrait-il réduire l'épiploon, si le malade éprouvait des tiraillemens dans l'abomen, pendant qu'il exécute des mouvemens ? Quoique Dupuytren, et je crois la plupart de ses confrères, soient de cet avis, je pense cependant que cette règle offrirait quelques exceptions, si l'on pouvait reconnaître la partie d'épiploon herniée, si celui-ci pouvait se prêter assez à l'extension pour plus tard ne pas gêner les mouvemens, si enfin les adhérences de l'épiploon avec les bords de la plaie et toute l'épaisseur des parois abdominales étaient susceptibles de se rompre (ce que je ne crois pas) comme les adhérences établies à l'aide d'une pseudo-membrane entre les deux séreuses.

Agréez, etc. C.-P. Galtier.

Raccourcissement subit, passager, indolent, et long de 20 millimètres, d'un membre abdominal.

Observation recueillie par le docteur Putégnat de Lunéville, membre correspondant.

Le 24 avril 1840, madame R. m'amena sa petite fille, âgée de cinq années, atteinte depuis la veille de claudication du côté droit. Sa petite malade, douée d'un esprit extraordinaire, et que j'ai soignée déjà deux fois, pour une méningo-encéphalite aiguë et grave, la veille, en jouant avec d'autres enfans, s'est laissée tomber de sa hauteur seulement. Depuis ce moment, il y a claudication très forte. Il m'a été impossible d'apprendre de quelle manière la chute a eu lieu, et quelle est la partie du corps qui a reçu le choc. Ce qu'il y a de positif, c'est que la petite s'est relevée promptement, et a continué ses jeux sans se plaindre, mais en boitant. J'étends la malade sur son dos, et de telle sorte que les épines iliaques antérieures et supérieures soient sur le même plan. Cela fait, je vois évidemment que le membre abdominal droit est moins grand que l'autre de 25 millimètres environ, que la malléole interne de la jambe droite est plus élevée que l'interne de la gauche de la distance indiquée, que la rotule droite est aussi plus élevée que la gauche. Le grand trochanter droit ne me paraît pas clairement plus éloigné de la crête iliaque que le gauche. La pointe n'est déviée ni en dedans ni en dehors. Je ne reconnais nulle part ni tuméfaction ni sensibilité. Tous les mouvemens du membre subsistent, et je fais exécuter ceux de la hanche, du genou et du pied sans apparence aucune de douleur, la petite malade, très gaie, chantant et soutenant qu'elle n'éprouve aucune souffrance. En fixant le bassin pour éviter son inclinaison, je prouve à mon confrère Gueury, que j'ai fait appeler, qu'en exerçant sur le membre une traction assez forte, celui-ci reprend sa longueur normale. Il n'y a point de crépitation dans la tranche ni ailleurs. Quelle pouvait être la cause de cette claudication? le pied n'étant dévié ni à droite ni à gauche, le grand trochanter n'étant point sensiblement changé de place, la crépitation n'existant pas ainsi que la douleur; le gonflement et la gêne dans les mouvemens; la rotation s'exécutant facilement et bien dans l'articulation coxo-fémorale; la petite malade couchée sur son dos pouvant élever le membre entier en faisant écarter le talon du plan horizontal sur lequel il repose; je n'ai pu croire ni à fracture du col du fémur, ni à sa luxation; en effet, deux jours de repos et des grands bains suffirent pour faire disparaître la claudication.

Académie de Médecine. — Séance du 29 septembre.

M. Orfila, qui n'est pas présent à la séance, écrit à l'Académie pour lui exprimer le regret qu'il éprouve de ne pouvoir assister à la séance d'aujourd'hui, une indisposition de l'organe vocal (angine) l'obligeant à garder la chambre. Il adresse un paquet cacheté, avec prière d'être tenu en dépôt aux archives. Le dépôt est accepté (1).

— *M. Rochoux* lit un rapport sur un mémoire de M. Scipion Pinel relatif à l'anatomie des veines cérébrales chez les aliénés. Dans une introduction générale qu'il a faite en son nom personnel et sans participation de la commission, M. Rochoux attaque la doctrine de Gall, surtout pour ce qui est relatif aux localisations spéciales. Abordant ensuite le fond du travail de M. Pinel, M. le rapporteur fait voir que l'auteur rattache chaque variété de folie à des lésions matérielles différentes. Du reste, aucune conséquence thérapeutique nouvelle n'a été signalée par M. le rapporteur. (Remercîmens, comité de publication.)

M. Castel se demande s'il est possible de bien définir la folie. Il est très difficile, dit il, de trouver un esprit parfaitement droit; et Horace n'a pas eu tort de dire que la plupart des hommes sont plus ou moins fous. On a dit, et ceci appartient à M. Ferrus, que la folie pourrait être définie un état de délire; mais il faudrait ajouter de délire chronique permanent. C'est là effectivement ce qui distingue la folie du délire qui accompagne les maladies aiguës.

Quant à la question de la localisation des facultés cérébrales, M. Castel la rejette; toutes les facultés de l'encéphale s'enchaînent ensemble, aucune ne pouvant exister séparément selon lui.

Passant ensuite à la cause matérielle la plus fréquente de la folie, la compression cérébrale, M. Castel se demande pourquoi l'œdème cérébral est accompagné de folie, tandis que l'hydrocéphalie ne l'est point; et pourtant, on ne peut dire que dans cette dernière affection il n'y a pas compression. Il cite plusieurs exemples d'enfants hydrocéphales qui marchaient, jouissaient de la plupart des facultés normales, sans présenter le moindre signe d'aliénation.

Selon M. Castel, cette différence tient à l'âge des sujets: chez les enfans, il n'y a pas de folie, parce que la sensibilité n'est pas encore développée; la folie n'étant, d'après lui, qu'un dérangement de la sensibilité cérébrale.

M. Rochoux répond en retournant en sa faveur le discours de l'honorable préopinant. Il déclare qu'on a trop exagéré les effets de la compression cérébrale, et explique la différence d'effets de l'œdème du cerveau et de l'hydrocéphale par la différence de leur siége, le premier attaquant la surface de l'organe, le second les ventricules.

M. Londe fait remarquer que la définition de la folie soutenue par M. Rochoux n'est pas bien exacte, puisqu'il y a une manie sans délire; de ce nombre sont les monomanies, par exemple: celui-ci a la manie d'acheter ou de voler; celui-là d'être vaniteux, de se couvrir de rubans; un troisième de tout blâmer, tout condamner, tout détruire; un quatrième à la monomanie homicide, etc.; et pourtant aucun de ces fous n'a le délire.

Quant à la localisation des facultés, M. Londe ne partage pas l'opinion de M. Rochoux, ni celle de M. Castel. Le mot sensibilité est trop vague, il n'exprime pas les différentes manières de sentir de chaque sens. Il y a des sensibilités différentes dans les centres nerveux, par conséquent des organes différens. Il combat l'opinion de M. Rochoux qui attribue moins à l'organisation primordiale qu'à l'éducation; dans un collége, par exemple, où l'éducation est la même pour tous, on voit des différences immenses dans les intelligences; ces différences ne peuvent s'expliquer que par l'organisation.

M. Ferrus laisse à M. Rochoux le soin de défendre la définition de la folie qu'il lui a empruntée; il lui demande la permission, comme membre de la commission, de ne pas partager les opinions émises dans l'introduction du rapport contre la phrénologie. Quant à la différence d'effets entre l'œdème cérébral et l'hydrocéphalie, M. Ferrus l'explique d'abord par la différence du siége, ainsi que l'a dit M. Rochoux; ensuite par les conditions physiques particulières qui accompagnent la collection aqueuse des ventricules. Cette collection distend la masse cérébrale, déplisse les circonvolutions et éloigne en même temps les pièces de la voûte crânienne qui, n'étant pas ossifiées, se prêtent à l'action excentrique de la distension. Il en résulte un épanouissement, mais non une compression; tandis que dans l'œdème, il y a compression de la surface du cerveau, qui est le siége des facultés. En conséquence, il n'y a pas parité de conditions morbides entre les deux cas. Ces remarques viennent à l'appui de la localisation phrénologique.

M. Bouillaud défend la localisation dans le sens qu'il a établi dans son mémoire sur l'organe législateur de la parole.

M. Desportes demande s'il existe des relevés statistiques des enfans nés avec l'œdème cérébral.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

— *M. Robert* lit un mémoire sur l'inflammation des follicules vulvaires. Il décrit d'abord avec soin les follicules de la face interne de la vulve et du vagin, et étudie ensuite les symptômes de leur inflammation. Il place dans ces follicules le siége de la blennorrhagie chez la femme, et de plusieurs variétés de fleurs blanches puriformes. Le mal devient souvent chronique. M. Robert n'a trouvé d'autre moyen de le guérir dans ce cas qu'en excisant successivement les petits groupes de follicules malades, et en cautérisant la petite plaie avec un crayon de nitrate d'argent. Plusieurs faits sont rapportés à l'appui de cette pratique. (Commission.)

Séance levée.

(1) Il serait à désirer, pour la régularité des choses, que ces sortes de dépôts fussent contrôlés publiquement à l'Académie, quand ils sont faits par un des membres du conseil d'administration, puisque l'on sait que les archives de l'Académie sont entre les mains de ces mêmes membres, et que rien ne garantit, à la rigueur, contre la possibilité d'un échange lorsque l'époque de leur ouverture est arrivée. M. Orfila, qui est membre du conseil, et par conséquent dépositaire de son propre paquet, devrait demander lui-même la mesure dont il s'agit. On comprend qu'une pareille mesure ne peut blesser la probité de personne.

A l'appui de ces réflexions, nous ajouterons que depuis un certain concours de l'Ecole, le jury a décidé que les compositions écrites par les concurrens seraient déposées dans une urne portant le sceau du doyen et d'un ou deux membres du jury. Avant cela, l'urne ne portait que le seul cachet du doyen.

— Une maladie épidémique, offrant tous les caractères de la dysenterie, sévit en ce moment à Château-Chalon (Jura). Les causes en paraissent tenir à la constitution atmosphérique régnante.

— M. Lisfranc est entièrement rétabli de la chute qu'il avait faite, et a repris son service à l'hôpital de la Pitié.

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

SAMEDI 3 OCTOBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 117, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 5[illegible]

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Bégin.

Si le principe salutaire du concours, si favorable à l'émulation, si juste lorsqu'il s'agit de distinguer la capacité parmi les élèves, et de récompenser le travail, pouvait être encore contesté, les résultats qu'il produit dans la médecine militaire suffiraient pour lever tous les doutes. Dans la séance publique qui a eu lieu le 30 septembre au Val-de-Grâce, et à laquelle nous avons assisté avec le plus vif intérêt, il s'agissait de proclamer le nom des chirurgiens sous-aides qui, dans la dernière promotion aux grades de chirurgiens et de pharmaciens aide-majors, ont obtenu la première place, et de leur remettre la médaille d'honneur que leur accorde M. le ministre de la guerre.

Ces lauréats sont, pour la chirurgie, M. Olanier, et pour la pharmacie, M. Moran de Mortain.

M. Bégin, chirurgien en chef, premier professeur au Val-de-Grâce, était chargé de porter la parole. Son discours, écouté avec une religieuse attention, avait pour objet d'esquisser le tableau de l'état actuel de la médecine et de la chirurgie en France, et de retracer aux élèves leurs principales obligations.

Nous reproduirons ici quelques fragmens de ce discours.

Après avoir indiqué rapidement l'état de la médecine chez les anciens, M. Bégin, arrivé à l'époque de Pinel, s'exprime ainsi :

A la fin du dix-huitième siècle, la médecine portait encore les traces de toutes les fluctuations antérieures qui l'avaient agitée, et méritait à peine le nom de science.

L'humorisme, le vitalisme et surtout le brownisme, se partageaient son domaine. A travers les discussions animées des sectaires, et au milieu de l'entraînement enthousiaste de leurs partisans, la voix plus calme des observateurs hippocratiques ne pouvait qu'à peine se faire entendre. L'anatomie pathologique, à laquelle Morgagni venait d'élever un monument impérissable, était considérée, par beaucoup de médecins comme une étude presque sans valeur et de vaine curiosité, ne dévoilant que des effets secondaires et contestables des maladies, au lieu de conduire à la détermination de leur nature et de leur siége.

Cependant Chaussier, succédant à Haller et à Bordeu, s'inspirant du génie d'Hippocrate, allumait le flambeau de la véritable physiologie. Pinel, avec une vigueur que la conviction seule peut communiquer, attaquait en même temps les systèmes hypothétiques encore debout, spécialement l'humorisme et la dichotomie de Brown, et ramenait les esprits dans la voie de l'observation de la nature. Enfin, le savant Hallé plaçait l'hygiène au rang des sciences médicales, et Mahon et Fodéré préludaient à la création de la médecine légale en France.

Les médecins avaient alors emprunté à l'histoire naturelle, et spécialement à la botanique, la manie des classifications ; les services, les succès et la popularité de Linné les avaient séduits ; ils marchèrent sur ses traces sans s'apercevoir que trop souvent ils substituaient l'encadrement des maladies à l'étude des maladies elles mêmes. Pinel sacrifia, comme beaucoup d'autres, à l'engouement général ; mais il le fit en homme supérieur, et sa classification, fondée d'une part, sur les symptômes les plus saillans et les moins variables des maladies, de l'autre sur le siége des lésions pathologiques, réunit pendant long-temps la presque unanimité de suffrages. Bichat, doué d'un génie si original et si fécond, y puisa les premières inspirations de son anatomie générale, et par ses recherches sur la vie et la mort, commença cette série de travaux dont le résultat fut de rendre la pathologie solidaire de la physiologie normale, jusque-là considérée comme une sorte de roman sans importance et sans utilité.

A cette même époque encore, c'est-à-dire à la fin du dernier siècle, les cliniques déjà instituées en Hollande et à Vienne, essayées à Paris par Desbois de Rochefort, et depuis long-temps en activité dans nos hôpitaux militaires d'instruction ; les cliniques, dis-je, vinrent peser de leur poids immense dans l'enseignement et la constitution de la médecine. Corvisart et Pinel rassemblèrent autour du lit des malades la foule des élèves ; le diagnostic enrichi par Avenbrugger, s'achemina vers le progrès ; les ouvertures du corps furent invoquées pour le justifier ou le rectifier ; les traitemens commencèrent à être appréciés d'après leurs résultats ; les descriptions, en anatomie pathologique, devinrent plus précises, plus complètes, et les recherches cadavériques se perfectionnèrent en se multipliant ; les bons esprits s'attachèrent de plus en plus à l'observation des faits, comme à la seule base solide de l'édifice médical, et si les spéculations *à priori* ne cessèrent pas tout à coup, si pendant plusieurs années même les systèmes hypothétiques furent invoqués et conservèrent des partisans, c'est que toutes les révolutions sont lentes à produire leurs bienfaits, et que, dans les sciences comme dans l'ordre social, s'il existe des hommes ardens qui vont trop vite, on rencontre aussi des retardataires qui entravent le mouvement progressif et s'efforcent de faire retourner l'esprit humain sur ses pas.

Durant près d'un quart de siècle, la médecine française, obéissant à l'impulsion communiquée par Pinel et Bichat, dont les livres étaient entre les mains des élèves comme des praticiens, s'enrichit d'importantes acquisitions sans changer ses doctrines fondamentales.

La paix alors vint imprimer une activité jusque-là inconnue aux travaux intellectuels. Les bancs de l'Ecole se couvrirent tout-à-coup d'officiers de santé licenciés de l'armée, ou continuant à lui appartenir, et qui venaient prendre leurs grades universitaires. L'hôpital d'Instruction du Val-de-Grâce fut réorganisé, et reçut en grande partie l'élite de cette jeunesse encore émue par le bruit des armes, et portant au plus haut degré l'indépendance de la pensée. Elle connaissait peu les professeurs de la Faculté, était étrangère aux formes de la scholastique autant qu'à l'esprit de système, et par conséquent on ne peut mieux disposée pour accueillir des vérités nouvelles.

Un maître à jamais célèbre, placé au milieu d'elle, eut à lui exposer les résultats de ses observations dans les climats divers où la guerre l'avait appelé. Il avait la franchise et l'impétuosité des soldats dont il venait de partager les travaux ; le génie de la réforme inspirait ses moindres discours, ses leçons étaient remplies d'images, et il communiquait à l'auditoire, avec lequel il sympathisait si bien, l'enthousiasme qui l'animait lui même. Dans cet hôpital, principal et premier théâtre de son enseignement, ses idées se répandirent au loin. En quelques années la réforme fut complète, les restes de l'ontologie disparurent, et, chose remarquable, les adversaires mêmes des vérités nouvelles les appliquaient dans leur pratique, tout en les niant ou les combattant dans les chaires et dans leurs livres. En parcourant les archives de cette polémique si remplie de verve et de chaleur, où les attaques étaient si rapides et la défense si acharnée, où les personnes s'effaçaient pour ne laisser de place qu'à la science, l'histoire dira combien cette jeune et active génération a contribué au triomphe des grands principes émis par le maître qu'elle avait adopté. Des médecins mûris par l'âge et l'expérience ne dédaignèrent pas de se joindre à elle pour suivre la clinique du Val-de-Grâce, et l'on vit, dans cette école, Fournier-Pescay, Girardot, Treille, se confondre avec Boisseau, Ducamp, Urbain Coste, tous trop tôt ravis à la science, et avec une foule d'autres jeunes écrivains qui occupent actuellement des postes élevés dans l'enseignement civil et militaire, et dans les hôpitaux.

Appuyé sur Haller, Morgagni, Pinel, Bichat et Chancellier, et fort surtout de ses observations propres, Broussais démontra qu'un très grand nombre d'affections désignées par des noms différens et placées dans des sections distinctes des cadres nosologiques ne sont que des formes variées, des degrés ou des nuances de lésions identiques des mêmes organes. Il établit que les maladies ne sont pas des entités inexplicables, mais bien des désordres fonctionnels et matériels, développés dans les tissus vivans, dont le médecin peut signaler les causes, suivre les effets, décrire les caractères anatomiques. Les symptômes morbides, considérés par Pinel comme tellement inséparables des maladies, qu'ils servaient de base à leur classification, ne furent plus pour Broussais que le cri des organes souffrans, qui varie d'intensité selon l'âge, le sexe, la constitution des sujets, leur état antérieur, non moins que selon le degré de la souffrance. Il s'attacha spécialement à fixer les lois qui président à l'extension successive des états morbides, lorsqu'ils se propagent des organes ou des tissus primitivement affectés à d'autres appareils, ou à l'ensemble de l'économie animale. Enfin, sans se préoccuper de la nature ontologique des maladies, non plus que de leur classification, il voulait que l'on précisât pour chacune d'elles, quel est l'organe affecté, comment il l'est, et par quel moyen on peut le ramener à l'état normal.

Ces grands principes étaient exclusifs de toute hypothèse préconçue, de tout système *à priori*. Si Broussais établit que la très grande majorité des maladies provient de l'irritation des organes vivans, c'est parce qu'il fut conduit à cette vérité par l'observation de l'homme dans ses rapports avec les modificateurs qui l'entourent. Partout il unit plus intimement encore qu'on ne l'avait fait, la physiologie à la pathologie, et éclaira l'histoire de l'homme malade par celle de l'homme sain.

Ainsi constituée, la doctrine physiologique ne prétendit pas être le dernier mot de la médecine ; elle proclama au contraire que son but était de soulever de nouvelles questions, de provoquer des recherches ultérieures, d'admettre tous les faits bien constatés de ses modifications avec eux et par eux, et de se prêter ainsi à tous les progrès de la science. Ses principes généraux seuls devaient rester immuables, et jusqu'à présent rien ne les a sérieusement compromis. Que l'on ait plus minutieusement décrit certaines formes de lésions de nos organes ; que des ulcères intestinaux aient été mieux étudiés ; que l'on se soit exercé à l'analyse

FEUILLETON.

Sur l'appareil amidonné ; par M. le docteur Seutin.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Une série d'articles sur le traitement des fractures, par M. Mayor de Lausanne, a été insérée dernièrement dans votre estimable journal, et a eu pour but de mettre dans un nouveau jour les idées du praticien suisse sur ce point important de thérapeutique. J'ai lu successivement ces différens articles, et j'ai voulu, pour répondre à plusieurs assertions qu'ils contiennent et qui regardent ma méthode, attendre que le dernier fût inséré, afin d'avoir préalablement une idée complète du système de M. Mayor. J'espère qu'aujourd'hui, Monsieur, vous voudrez bien donner accès dans vos colonnes aux réflexions que le travail de ce chirurgien m'a suggérées.

J'ai été grandement surpris de voir de quel moyen M. Mayor s'est servi pour revenir sur la question du traitement des fractures, après la discussion qui a eu lieu entre nous l'année dernière dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales. Dans un voyage qu'il fit à cette époque à Paris, il avait observé que le bandage amidonné tendait à envahir la thérapeutique des ruptures osseuses, et il avait fait au mode de traitement représenté par cet appareil plusieurs objections qui avaient été consignées dans le journal sus-indiqué. Je répondis à toutes les allégations principales de M. Mayor, et je fis voir combien ses argumens étaient peu fondés. Qu'avait à faire le praticien suisse dans une circonstance semblable ? Reconnaître qu'il avait été induit en erreur par une observation inexacte ou par des raisonnemens vicieux, ou bien entrer dans une franche discussion, réfuter les assertions de son adversaire, les prendre une à une, et les pulvériser par l'effet d'une logique serrée et de la démonstration claire et palpable de ce qu'il appelle ses *vérités cliniques*. Mais au lieu de se conduire ainsi, que fait M. Mayor ? il tourne la difficulté, et sans se donner la peine de répondre à ce qu'on lui a répliqué, il s'établit sur un nouveau terrain, il dogmatise tout à son aise sur les principes qui doivent conduire le lecteur à reconnaître la supériorité de ses moyens curatifs, ne s'inquiète nullement de ce qu'on peut lui opposer à chaque pas, en le suivant dans la construction de son échafaudage scientifique, et arrive enfin à proclamer hardiment les mêmes aphorismes et les mêmes préceptes dont on lui a démontré la fausseté. N'est-ce point là une manière bien commode et bien plaisante d'arriver à son but ? et n'est-ce point évidemment manifester l'intention de forcer l'entendement des praticiens à se soumettre à la fascination des répétitions continuelles et des propositions scientifiques énoncées avec une persuasion affectée, plutôt que de leur montrer franchement et consciencieusement la vérité ?

M. Mayor fait considérer la thérapeutique des fractures et les appareils contentifs sous un certain point de vue, et semble croire qu'il est difficile de le réfuter dans la position où il s'est placé. On le réfute, cependant : vite, un autre point de vue et une nouvelle position ; mais de réponse *ad rem*, de polémique nette et sans détours, point. Les argumens opposés directement à l'appareil amidonné ont été démontrés n'être d'aucune valeur et n'avoir aucun fondement ? soit ; ne nous décourageons pas : élançons nous dans des considérations à perte de vue sur l'action de la main, les élémens thérapeutiques de la fracture, l'extension, la contre-extension, la traction et la résistance ; la théorie sublime du point d'appui, et nous parviendrons sans peine à établir de nouveau la prééminence du fil de fer et du coton, sans nous voir obligés de revenir sur tous les raisonnemens et les démonstrations qu'on nous a opposés. Telle est la méthode d'argumentation de M. Mayor. Ne trouvez-vous pas que c'est là de sa part une idée ingénieuse, qui vaut bien l'invention du fil de fer, du coton et du cataplasme inamovible ?

Non seulement M. Mayor élude les discussions franches où on lui propose de s'engager, mais il paraît que plus on lui prouve qu'une chose est bonne et exempte des défauts qu'il lui attribue, et plus il se persuade qu'elle est mauvaise et nuisible. En effet, l'année dernière, il faisait au bandage amidonné plusieurs concessions importantes : il lui attribuait des qualités inférieures, il est vrai, selon lui, à celles de son appareil, mais suffisantes pour lui assigner une place distinguée parmi les moyens thérapeutiques. Depuis qu'on lui a prouvé qu'il n'a point jugé ce bandage aussi favorablement qu'il aurait dû le faire, il en est arrivé à ne plus lui reconnaître le moindre avantage. Ceci est-il le résultat de l'organisation particulière de M. Mayor, de son penchant avéré pour la contradiction et l'originalité ? Nous le pensons fortement, car il dit lui-même : « qu'il faut se défier d'autant plus » d'une assertion quelconque qu'elle est soutenue avec plus de » chaleur et de passion par un plus grand nombre de personnes, » fussent-elles même instruites et désintéressées ; et qu'en re» tournant tout à fait cette même assertion, on sera presque sûr » de se rapprocher toujours de l'exacte vérité. » Mais il faut avouer qu'un homme qui affiche aussi catégoriquement la pensée que l'homme ne peut se *passionner* pour la vérité, est bien près lui-même de se *passionner* pour une opposition aveugle et systématique, et de tomber dans les erreurs qu'il reproche à la généralité des intelligences.

Comparez ce que disait M. Mayor en mai 1839, dans le Journal des Connaissances médico-chirurgicales, avec ce qu'il vient d'exprimer dans les différens nos de la *Gazette des Hôpitaux* où ont été insérés ses nouveaux articles, et vous verrez combien ce praticien sait se contredire et différer de lui même, lorsqu'il s'agit d'émettre à deux époques différentes une opinion sur un moyen curatif.

En 1839, il disait formellement : « L'appareil amylacé atteste un progrès, ou il est le premier pas vers un progrès essentiel : il est assez simple et présente la forme concave, la plus avantageuse de toutes, lorsqu'il s'agit de soutenir et d'emboîter exactement un corps cylindrique ou arrondi, tels que sont en général nos os et nos membres. Il l'emporte donc hautement sur les attelles ordinaires, dont la largeur considérable et la forme aplatie sont de véritables contre-sens en mécanique, chaque fois qu'il est question d'appuyer une surface convexe. — La réduction avec l'appareil amidonné est en général exactement faite et maintenue, ce qui fait disparaître tout d'abord la principale cause des désordres présens et futurs ; l'appareil est léger et facile à supporter ; les parties lésées s'habituent assez vite à une pression uniforme ; la surveillance, dans les hôpitaux, est éclairée et continue ; les secours peuvent donc arriver à temps, et surtout on ne les épargne pas au besoin, car ils sont, par-ci par-là, très nécessaires. — J'accorderais la préférence à l'appareil amylacé sur tous les autres connus, si je ne pouvais avoir recours à un moyen contentif particulier, et qui réunît tous les avantages du susdit appareil, sans avoir aucun de ses inconvéniens ; ce moyen est la gouttière en fil de fer. »

M. Mayor va même jusqu'à recommander l'amidon, et à l'adopter comme auxiliaire de sa gouttière en fil de fer et de son coton.

En 1840, M. Mayor émet les propositions suivantes :

« Sommes-nous donc réduits, en fait d'appareils à fractures, à tendre encore humblement la main aux fidèles continuateurs des Arabes, soit en Espagne, soit en Afrique ? Ces étranges doctrines, qui font fureur de nos jours, à Paris et en Belgique, sont-

chimique et microscopique des humeurs ; que des désordres, autrefois difficiles à distinguer pendant la vie, soient plus sûrement et plus facilement reconnus ; que des contagions admises par nos prédécesseurs ne figurent plus qu'au rang des préjugés nuisibles ; que certains virus, et le virus syphilitique en particulier, soient niés ou maintenus dans les opinions du jour, ces travaux de détails, dont plusieurs constituent des améliorations d'une haute importance, ne sauraient porter la moindre atteinte aux bases de la doctrine physiologique.

Il faut bien le reconnaître, depuis la mort de Broussais. le sceptre de la médecine n'a pas encore été ressaisi. Il ne s'est révélé jusqu'à présent, en Europe, aucune intelligence assez puissante pour dominer le monde médical, et lui imposer de nouvelles lois. La médecine actuelle, ou n'a pas de principes généraux, ou en est restée à ceux formulés par Broussais, et admis par le plus grand nombre des praticiens. Et cependant, on ne saurait le contester, cette médecine a pris des allures nouvelles ; dans son étude et dans plusieurs de ses applications, elle a revêtu des formes, et adopté des pratiques qu'il importe de signaler, à raison de leur importance et de leur utilité.

Devenue de plus en plus positive et sévère, la médecine actuelle s'est appropriée des instrumens et des méthodes qui ont augmenté sa précision, et rendu ses procédés plus exacts.

Il n'est plus permis aujourd'hui de se borner, dans la description des phénomènes morbides, aux termes approximatifs dont se servaient nos prédécesseurs. Il ne suffit pas de dire que la chaleur générale ou partielle est augmentée, que le pouls est fréquent ou ralenti, que la respiration est accélérée ou lente ; le médecin doit appliquer le thermomètre sur les diverses régions du corps, dire le nombre exact des pulsations artérielles et des ampliations de la poitrine dans un temps donné.

Le stéthoscope vient en aide à l'oreille ; la vue s'arme de la loupe et du microscope ; la percussion médiate détermine l'étendue, la nature, le degré de sonoréité ou de matité anormale des diverses cavités du corps. Semblable au navigateur qui n'approche d'une côte inconnue que la sonde à la main, en notant à chaque pas les variétés de profondeur, de composition et de solidité du sol, le médecin ne procède maintenant à l'exploration des maladies qu'armé d'instrumens exacts et de méthodes rigoureuses. Il doit compter, mesurer, peser, soumettre à l'analyse tout ce qu'il observe, tout ce qu'il recueille, et se servir, pour exprimer les résultats obtenus, d'un langage dont la clarté fait chaque jour des progrès.

Le calcul n'a point été appliqué seulement à l'examen des phénomènes morbides : depuis quelques années les médecins lui ont soumis les problèmes les plus généraux et les plus importans de l'observation et de la pratique. Dans quelles proportions existent les maladies diverses chez les hommes et chez les femmes, les vieillards, les adultes et les enfans, les sujets riches ou pauvres ; quelles sont les proportions de la mortalité dans les campagnes et dans les villes, dans les maisons particulières et dans les hôpitaux ou les autres établissemens publics ; une maladie étant donnée, quels sont les résultats des traitemens variés ou même contraires que les différentes écoles lui opposent : telles sont quelques-unes des questions dont la médecine de notre époque a demandé la solution à la statistique.

Les réponses n'ont pas toujours paru satisfaisantes ; leur exactitude a été plus d'une fois contestée par les intéressés. On a sans doute demandé à la statistique plus qu'elle ne pouvait donner : les limites et les conditions de son application à la médecine ne sont point encore parfaitement déterminées ; enfin, l'intérêt particulier et les passions l'ont quelquefois invoquée à leur profit plutôt qu'au profit de la science et de l'humanité. Mais malgré ces imperfections, dont le temps fera disparaître la plus grande partie, elle n'en constitue pas moins un instrument précieux d'examen et de contrôle, destiné à éclairer à la fois l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique. Dans la médecine militaire surtout, elle doit conduire, relativement à l'influence du mode de recrutement, des origines des hommes, de leur régime, de leurs exercices, de leurs vêtemens, de leurs habitations, de leur transport de climats dans d'autres, à des résultats rigoureux qu'il serait impossible de se procurer avec le même degré de certitude par aucune autre voie. Ces chiffres, ainsi qu'on l'a dit souvent, sont impitoyables et ne sauraient mentir ; mais il faut s'exercer à les assembler, à les grouper selon leur analogie, ne leur demander que des conséquences légitimes, et se rappeler que plus ils sont nombreux, et plus les erreurs dépendant de la négligence ou des accidens individuels s'effacent aisément pour laisser prédominer la vérité dans le résultat total.

Unie dans l'antiquité à la médecine, la chirurgie tomba presque tout entière, chez les modernes, entre des mains ignorantes, et fut transmise par les siècles précédens au dix huitième siècle, dans un état d'infériorité injuste et barbare.

Mais dans le cours du dix-huitième siècle, rivale de la médecine, et lui rendant avec usure les dédains qu'elle en recevait, la chirurgie grandit successivement sous le patronage de J.-L. Petit, de Maréchal, de Lapeyronnie, de Louis, et surtout par les travaux de l'Académie royale de chirurgie, s'appuyant sur l'anatomie, qui lui servait de base, et jetait sur elle le reflet de son évidence, elle se plaça, grâce à la certitude de la plupart de ses diagnostics et à la sûreté calculée de sa méthode et de ses procédés, bien au dessus de sa rivale dans l'opinion publique. L'utilité pratique de la médecine, contestée à tort, jusqu'à nos jours, par un certain nombre de personnes, ne pouvait être mise en doute pour la chirurgie. On aurait nié la lumière du soleil plutôt que les bienfaits d'un art qui, l'instrument à la main, et se guidant sur la connaissance exacte de la structure des parties, remplissait aux yeux de tous des médications curatives d'où dépendaient la vie ou la mort des citoyens.

La lutte, amortie par l'urbanité, se continuait entre les deux professions, lorsque l'esprit régénérateur du dix-huitième siècle, après avoir détruit les inégalités et les abus de l'ordre social, étendit son influence aux institutions scientifiques. Sous la direction de Fourcroy, de Thouret, les écoles de santé destinées à former des médecins et des chirurgiens pour les armées de la république, reçurent dans leur sein les représentans les plus élevés de toutes les branches de l'art. Près de Pinel, de Corvisart, de Hallé, de Chaussier, vinrent se placer Dubois, doyen, Sabatier, Percy, Lassus, Petit-Radel, et plus tard toutes les illustrations de la chirurgie.

En échange de connaissances médicales plus étendues, d'une considération plus universelle, la chirurgie introduisit l'anatomie, plus attentivement étudiée, dans la médecine ; elle lui prêta ses observations lui fit toucher du doigt, à l'extérieur, les causes et le mécanisme d'altération des organes intérieurs qu'elle ne comprenait pas bien, parce que ces altérations s'opèrent dans la profondeur des tissus, loin des yeux de l'observateur. Bichat était le disciple et le collaborateur chéri de Desault, et Broussais débuta par l'étude et la pratique de la chirurgie.

A cette époque de fusion, où la science devint unie dans l'enseignement et dans la théorie, quoique l'art demeurât séparé dans son exercice, à raison des besoins de la société, autant que des aptitudes et des intérêts des individus, la chirurgie s'anima d'un esprit de réforme et de simplification qui s'étendit à toutes ses parties. Cet esprit, qui remontait à l'Académie royale de chirurgie et à l'influence de Louis, son organe, je pourrais dire l'âme de ses travaux, s'exerça spécialement sur l'arsenal si compliqué que nous avaient légué les anciens praticiens. Une critique impitoyable frappa le plus grand nombre des instrumens, les rejeta dans le domaine de l'histoire, et présida à la construction mieux combinée de ceux que l'on conserva. La suture resta sous le poids de l'anathème fulminé contre elle par Louis et Pibrac ; Percy refit les ciseaux, les instrumens d'extraction des projectiles de guerre, l'appareil de la cautérisation actuelle ; Boyer et M. Larrey déterminèrent la forme des aiguilles ; aux machines employées pour la réduction des luxations et la contention des fractures, Desault substitua des moyens que l'on pouvait partout se procurer et appliquer facilement. Des professeurs d'une habileté incontestée, établirent et justifièrent par l'expérience, qu'à de rares exceptions près, comme les amputations, la taille, le trépan, l'étui portatif du chirurgien peut suffire à la pratique de toutes les opérations.

La chirurgie actuelle a modifié plusieurs de ces assertions et de ces croyances. Plus médicale que celle de nos anciens maîtres, elle s'est appropriée, pour le traitement des maladies de son ressort, les grands principes de la doctrine physiologique. Dans la pratique de ses opérations, elle s'est inspirée des effets des accidens traumatiques et des altérations spontanées des tissus vivans ; elle a interrogé avec plus de soin la structure des diverses régions du corps ; les connexions des organes ; elle a mis à profit les vivisections exécutées soit pour elles-mêmes, soit dans des vues de physiologie expérimentale, et il est résulté de ces essais ; de ces études variées à l'infini, d'une part, des règles plus certaines pour la pratique des opérations connues ; de l'autre, la découverte d'opérations nouvelles entièrement inconnues autrefois ou jugées impossibles.

L'esprit de calcul est encore venu s'exercer dans cette partie de l'art et lui imprimer le cachet d'une plus grande précision. Les saillies osseuses et musculaires étant données, les points où les instrumens doivent être appliqués, l'étendue et la direction des incisions ont été déterminées avec une exactitude qui ne laisse à l'opérateur exercé presque aucune chance de s'égarer. La statistique a été invoquée pour démontrer les avantages ou les inconvéniens des méthodes et des procédés opératoires ; mais tant de circonstances viennent compliquer les problèmes de ce genre, qu'ils n'ont pu recevoir encore de solution satisfaisante.

Ces perfectionnemens de la médecine opératoire rendirent graduellement indispensables des changemens proportionnés dans les instrumens de la chirurgie. L'arsenal, par suite d'épurations successives, était presque vide, et, lorsqu'il s'agit de le reconstruire, la mécanique perfectionnée vint au secours de l'art. Pourquoi ne le dirais-je pas ici ? un artiste ingénieux, digne successeur de Perel, contribua par sa fécondité et la flexibilité de son talent, à la reconstruction de nos collections instrumentales. Les chirurgiens trouvèrent chez lui des connaissances en mécanique, une activité, une abondance de ressources qui favorisèrent puissamment leurs inventions. De là naquit cette foule d'instrumens, variés à l'infini, tantôt simples, tantôt compliqués à l'excès, dont le plus grand nombre est manifestement destiné à l'oubli, mais dont quelques-uns resteront dans la pratique et constituent de véritables perfectionnemens.

Il serait injuste, dans cette revue rapide de nos acquisitions scientifiques, de négliger la part qu'y ont prise la chimie, l'histoire naturelle des médicamens et la pharmacie. Riches de faits nouveaux, de découvertes successives, ces sciences en soumettant à l'analyse la plupart des substances médicinales, en dégageant leurs principes actifs des matières inertes qui les masquaient souvent, en signalant les décompositions réciproques déterminées par certaines associations, ont servi, de concert avec l'expérience chimique, à simplifier l'art de formuler et à faire rejeter de la matière médicale une foule de substances dépourvues d'action ou décidément insensibles. L'histoire naturelle médicale, la chimie et la physique, font partie intégrante du système général de notre enseignement et de nos études, et, moins que jamais, il n'est permis de méconnaître ou d'ignorer la part qu'elles eurent aux travaux qui ont rendu la thérapeutique plus rationnelle et plus certaine.

Telle est donc, Messieurs, la physionomie générale de la science à l'époque actuelle. Partout un exercice méthodique des sens et du raisonnement, une étude infatigable de l'organisation et de ses phénomènes, tant dans l'état de santé que dans celui de maladie, une recherche minutieuse des lésions cadavériques, une application incessante de la physique, de la chimie, de l'histoire naturelle, de la mécanique aux diverses parties de l'art, une précision rigoureuse dans l'énonciation des faits, dans leurs mesures, dans leurs rapports.

Toutefois, dans ce mouvement progressif des esprits que favorise la paix, qu'excite l'ambition individuelle, que précipite souvent l'impatience de parvenir, vous aurez, Messieurs, à vous prémunir contre plus d'un écueil. En médecine, vous n'adopterez pas pour progrès tout ce qui est nouveau ; vous trouverez souvent le vide sous les apparences de la certitude et le semblant du calcul mathématique ; vous vous défierez surtout de certains retours déguisés à des doctrines surannées que l'on essaie de rajeunir en les habillant à la moderne. En chirurgie, vous devrez vous défendre contre la fureur d'innovations qui s'est emparée de tant de personnes ; la pratique et la réflexion vous convaincront que l'on peut être habile en suivant les traces des maîtres de l'art, et qu'il n'est point indispensable, pour guérir ses mala-

elles du moins utiles ? Sont-elles parfois si indispensables qu'on ne puisse guère faire autrement que de les adopter dans quelques cas rares de la pratique, soit civile, soit militaire ? Se recommandent-elles, par hasard, par un mode précieux de simplicité, de commodité, de rapidité d'exécution, de sûreté, d'économie, qu'on ne retrouverait dans aucun autre procédé connu ? Pas le moins du monde ! car, outre que tous les appareils en usage partout peuvent, lorsqu'ils sont construits et appliqués avec quelqu'intelligence, lutter avantageusement avec tous les inamovibles connus, nous verrons bientôt que l'art possède des procédés qui ne laissent rien à désirer sous tous les rapports imaginables. L'appareil inamovible, tel qu'il est généralement constitué partout, s'offre évidemment comme le moins apte à remplir les indications que présentent les fractures, et il n'a décidément aucun avantage sur tous les autres connus. »

En vérité, si l'on voulait réfuter victorieusement ces singulières opinions sur le bandage amidonné, ou, comme on le dit, *inamovible*, on pourrait aisément se borner à opposer au M. Mayor d'aujourd'hui le M. Mayor de 1839, et le rendre ainsi son propre censeur. Je le demande à tout homme consciencieux, une pareille manière d'agir est-elle bien la conséquence d'une conviction profondément sentie, et ne dénote-t-elle pas au moins une légèreté qui doit rendre très circonspect dans l'appréciation des jugemens que porte M. Mayor sur les appareils à fractures ? Qui pourrait garantir, en voyant les tergiversations que montre ce praticien en discourant sur ce point de thérapeutique, qu'il a exprimé définitivement sa véritable opinion dans les articles insérés dans la *Gazette des Hôpitaux*, et qui nous dit qu'à la première occasion il ne soutiendra point une thèse diamétralement opposée ?

Il est encore une chose qui frappe dans les articles de M. Mayor : c'est l'imperturbale assurance avec laquelle il reproduit des assertions relatives au bandage amidonné, que j'ai maintes fois réfutées, l'obstination avec laquelle il attribue à cet appareil des propriétés que je répudie hautement, et qui le rendraient un moyen curatif vicieux et téméraire, si elles existaient réellement. Est-ce malveillance ? est-ce ignorance de mes procédés ? est-ce obstination ? Je ne déciderai pas cette question. Toujours est-il, qu'après tout ce que j'ai écrit sur le bandage amidonné, il est étonnant que M. Mayor vienne encore nous dire des choses telles que celle-ci :

» Si un projectile a labouré la cuisse d'un individu, et s'il a en outre mis l'os en pièces, alors, nous dit-on cavalièrement (les partisans du bandage inamovible, que M. Mayor assimile constamment au bandage amidonné), il faut s'empresser d'avoir recours à un appareil qui puisse se dessécher au plus tôt et se durcir au plus tôt comme du bois, qui soit capable de comprimer fortement et immédiatement tout le membre, et qui ait mission de l'entourer si étroitement et si bien qu'il ne soit plus possible ou facile, ni de l'examiner ni de savoir au juste dans quel état il se trouvera pendant, Dieu sait combien de semaines. »

Il parle des topiques que peuvent requérir les parties molles qui recouvrent un os fracturé, et dit : « Voilà un des profits dont se privent bien gratuitement et de gaîté de cœur, tous les amateurs de l'inamovibilité...., quand même ! Je suis peiné pour eux et pour les patiens soumis à leurs soins, qu'ils ne veuillent tenir aucun compte de l'action quelconque de certains médicamens externes dans quelques cas de fractures, quoique, très probablement, ils croient devoir prodiguer en toute conscience les mêmes agens pharmaceutiques dans d'autres circonstances beaucoup moins graves, et lorsqu'il n'existe point de solution de continuité osseuse.

» Ce moyen (l'inamovible), appuie-t il, par hasard, les fragmens mieux que tel autre moyen contentif ? Trop bien, sans doute, si le gonflement n'est pas arrêté ; assez mal, si ce même gonflement de considérable qu'il était au moment de l'application vient à s'affaisser de plus en plus, par la chute de l'état inflammatoire et fluxionnaire. »

Quiconque a lu les mémoires qui ont été publiés sur l'appareil amidonné, trouvera bien extraordinaire que l'on exprime encore sérieusement de telles propositions, lorsqu'il a été démontré et prouvé à satiété que ma méthode n'est rien moins que la méthode inamovible, que l'application de mon bandage n'exclut nullement celle des topiques, que cet appareil suit tout aussi bien le mouvement concentrique que le mouvement d'expansion des parties molles, et cela moyennant une attention bien simple de la part du chirurgien, celle de pratiquer convenablement et à temps la section. Aussi ne m'évertuerai je point ici à faire comprendre tout cela à M. Mayor, et je me bornerai à le renvoyer au gros bon sens, dont il parle tant, et au dernier ouvrage qui a paru à Bruxelles sur le bandage amidonné. J'aurais honte de revenir si souvent sur des points éclaircis par de si nombreuses discussions, et je craindrais d'ailleurs de ne pouvoir parvenir à changer sous ce rapport les résolutions de M. Mayor, si, comme on peut le supposer, il a décidé de ne point céder à l'évidence.

Mais M. Mayor a-t-il donc des motifs si majeurs, s'appuie-t-il sur des raisonnemens et des expériences si entraînantes, pour avoir le droit de s'extasier comme il le fait devant son admirable appareil hyponarthrécique, comme il l'appelle lui-même ? Examinons un peu cette question, et sondons les bases sur lesquelles il étaie ses opinions, afin de voir si elles sont bien solides et si elles ne résonnent point creux.

M. Mayor admet comme qualités indispensables à un bon appareil à fractures :

« 1° D'offrir la facilité de placer le membre dans les situations ou flexions articulaires les plus désirables ;

» 2° De maintenir exactement, et à l'aide de procédés simples et de tractions convenables, la bonne position qu'on aura donnée aux fragmens osseux et au membre lui-même ;

» 3° De ne léser, en manière quelconque, les parties molles ;

» 4° De permettre en outre et en même temps que ces parties, si gravement atteintes, puissent recevoir tous les soins convenables. »

La première de ces conditions, qu'il indique comme étant inhérente à tout bon appareil à fractures, est déduite de plusieurs considérations auxquelles il se livre pour prouver qu'il est toujours préférable d'employer la position *fléchie* des membres dans les cas de rupture d'un ou de plusieurs de leurs os. Pour lui, toute position qui se rapproche de l'extension est une position nuisible à la coaptation, et il faut à toute fin placer les parties lésées dans l'attitude contraire, si l'on veut obtenir des succès. Il regarde l'action musculaire comme la cause principale du déplacement des fragmens ; et comme on peut naturellement lui opposer que si la position fléchie diminue l'action des fléchisseurs, elle augmente au contraire celle des extenseurs qui alors peuvent à leur tour occasionner des désordres, il répond à cette allégation d'une manière singulière : prenant pour exemple ce qui se passe dans une fracture de cuisse, où la position fléchie place nécessairement le triceps dans une tension qui sollicite sa contraction, il allègue que dans ce cas cet organe locomoteur, en entrant en action, « forme autour du cylindre brisé un appui et une barre circulaires ayant assez de solidité, et étant par conséquent très propres à presser et à brider les fragmens en tous sens, et à les maintenir dans la bonne position qu'on leur aura donnée. »

(La suite à un prochain numéro.)

des, de refaire chaque jour l'art tout entier.

Ce n'est pas peut être la partie la moins difficile de vos études que celle qui consiste à vous défendre de cette agitation fébrile, de cette anarchie scientifique qui, sous le voile du progrès, remettent tout en question, et sèment dans vos jeunes esprits le doute et l'incertitude. Vous y parviendrez cependant en revenant aux principes fondamentaux, aux règles de l'art sanctionnées par l'expérience. Sachez le bien, ce qui vous livre sans défense aux séductions parfois intéressées qui vous entourent et vous fait adopter au hasard toutes les pratiques, tous les procédés dont vous entendez parler, c'est votre ignorance des faits et des saines doctrines. Puisez votre instruction non pas seulement dans les livres que chaque jour voit publier, mais dans les écrits des bons observateurs, des grands praticiens de tous les temps. Vous aurez foi en la science lorsque vous connaîtrez son histoire, lorsque vous serez pénétré de ses principes. Multipliez vos explorations au lit du malade, les manœuvres et les travaux de l'amphithéâtre; exercez vos sens, votre raisonnement, vos mains; faites servir l'étude de la nature de contrôle et de vérification à l'étude des livres. Vous vous armerez ainsi contre l'erreur en acquérant les moyens de distinguer la vérité. Alors, ce qui sera perfectionnement réel, vous l'adopterez; vous dédaignerez ce qui ne sera que futilité et bizarrerie; vous repousserez ce qui vous semblera dangereux; et encore, après avoir pesé, comparé, expérimenté, il sera prudent de laisser dans votre esprit une place au doute et une voie ouverte à des vérifications ultérieures. *Experientia fallax, judicium difficile*, disait le père de la médecine : que ce soit votre devise.

Ces qualités de l'esprit, également éloignées du dédain systématique pour les travaux récens, et d'une prévention exagérée pour les temps anciens, sont plus indispensables encore à l'officier de santé militaire, qu'au médecin civil. Si celui-ci commet des fautes, elles sont isolées, ne lèsent que des individus, ne se reproduisent souvent qu'à des intervalles éloignés; tandis que le médecin d'hôpital, et surtout le médecin de l'armée, agissant sur des masses, ses erreurs peuvent atteindre à la hauteur des calamités publiques. Le premier, lorsque sa pratique est irrationnelle et trop malheureuse, voit s'éloigner la confiance des cliens, et le mal s'arrête de lui-même; l'autre, pourvu d'un grade militaire, poursuit imperturbablement sa marche, sans que les hommes qui lui sont confiés puissent se soustraire à ses traitemens. Une extrême réserve est donc imposée à l'officier de santé de l'armée; tout en adoptant les progrès de l'art, il ne doit jamais perdre de vue que nos soldats ne peuvent, sans crime, devenir l'objet de téméraires expérimentations.

Dans le mouvement progressif de nos institutions militaires, le service de santé, honoré dans tous les temps par les plus grands capitaines, ne pouvait rester en arrière. La loi sur l'état des officiers assure à chacun de nous, la possession inattaquable de son grade; une juste part est dévolue dans l'avancement, aux services rendus, à la capacité constatée: des inspections médicales instituées récemment, et qui devront se continuer, en mettant tous les officiers de santé en rapport avec leurs chefs, leur permettent d'être appréciés scientifiquement d'après leurs œuvres et leur mérite. Les concours ouverts pour les grades de sous-aides et aide-majors, pour les services de la pharmacie et de la médecine, pour les chaires de nos écoles, assurent à toutes les spécialités des emplois en harmonie avec la direction de leurs études.

Ce que la protection, l'intrigue et le népotisme arrachaient autrefois à l'autorité, chacun pourra désormais l'obtenir de son travail, de son zèle, de sa bonne conduite, de manière à ne pouvoir accuser que lui-même s'il reste dans les derniers rangs.

Ces améliorations, dues à la sollicitude d'une administration éclairée, en excitant notre reconnaissance, nous imposent de nouveaux devoirs. Que l'esprit de travail, de discipline, de dévouement se fortifie parmi les officiers de santé. Nous participons des soldats en restant hommes de science. Aux vertus des premiers, nous devons unir le calme, la réflexion et le sang-froid des seconds. Dans nos admirables institutions, il y a place pour tous les mérites, des récompenses et de l'honneur pour tous les services. Berthollet, Monge et Chaptal, au début de nos grandes guerres, contribuèrent autant, quoique d'une autre façon, à la défense du territoire, que les généraux qui guidaient nos soldats. Depuis Paré, qui releva par sa présence le courage de la garnison de Metz, jusqu'aux Percy, aux Coste, aux Desgenettes, aux Parmentier, aux Lambert, et aux illustrations vivantes, que je nommerais si je ne craignais d'offenser leur modestie, les officiers de santé de l'armée, en conservant la santé des troupes, en cicatrisant leurs blessures, en leur montrant partout des secours assurés autant que salutaires, ont contribué, je ne crains pas de le proclamer ici, aux succès de nos armes. L'art qui conserve, qui répare, qui fortifie, n'est pas moins précieux dans l'organisation militaire, et n'exige pas moins de courage pour être dignement exercé que l'art qui préside à la lutte et dirige la destruction.

Comme mes prédécesseurs, vous comprenez, Messieurs, cet esprit de sacrifice, de dévouement au devoir, qui est le plus noble attribut des officiers de santé.

Dans cette guerre soutenue par la civilisation contre la barbarie sur le sol de l'Afrique, les noms de vos camarades et de plusieurs d'entre vous, cités avec éloge dans les ordres du jour de l'armée, en portait l'éclatant témoignage. Tantôt les officiers de santé de cette armée, bravant des émanations pestilentielles, luttent dans les hôpitaux contre des maladies meurtrières et leur arrachent des victimes; tantôt ils suivent le soldat sous le feu de l'ennemi, le relèvent blessé et le conservent au pays. Partout ils inspirent la confiance et raffermissent le moral. Qu'ils s'attribuent donc une part dans la guerre, qu'ils disent avec un juste orgueil qu'eux aussi ont eu des fatigues à supporter, des dangers à courir, et se sont exposés aux blessures et à la mort pour la gloire de la patrie commune.

Et que serait-ce donc si des prévisions sinistres venaient à se réaliser? Nul doute qu'alors la Faculté de médecine, animée d'un patriotisme si pur, verserait dans l'armée l'élite de la jeunesse studieuse qui suit ses enseignemens. Au cri de la France menacée et de ses défenseurs en péril, vous verriez comme autrefois nos rangs se grossir de nombreux auxiliaires rivalisant avec vous d'ardeur et de zèle. Ils se souviendraient que beaucoup de leurs professeurs les plus distingués ont acquitté ainsi leur dette envers leur pays, et qu'en 1814, Dupuytren conduisit sous les murs de Paris une ambulance qui s'unit à celle de la garde impériale, et partagea noblement ses travaux.

Sans nous préoccuper de ces grandes questions, Messieurs les élèves, dit en terminant M. Bégin, livrez-vous tout entiers à l'étude; préparez-vous au concours prochain; soyez assurés que les professeurs de cette Ecole, animés d'un même esprit, réuniront tous leurs efforts pour hâter vos progrès, et faire de vous des hommes instruits. Il ne tiendra pas à eux que vous ne trouviez ici de bons enseignemens, de bons exemples, de bonnes habitudes de service. Ils ne vous demandent en retour de leur sollicitude et de leurs travaux, que de la docilité, de la confiance et du zèle.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GERDY.

(M. HUGUIER, chargé du service par *interim*.)

Extroversion de la vessie. Vice de conformation des organes génitaux.

Au n° 10 de la salle Sainte-Rose, est un jeune homme âgé de vingt-deux ans, profession de mécanicien, et qui présente le vice de conformation connu sous le nom d'extrophie, ou d'inversion de la vessie. En effet, chez cet homme, la paroi antérieure de la vessie manque totalement, ainsi que la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure, comme cela s'observe dans tous les cas de ce genre.

Il résulte de cet arrêt de développement que le basfond de la vessie a la faculté de faire hernie, et que le trigone vésical occupe l'espace triangulaire qui résulte de l'écartement de la ligne blanche au-dessus des pubis. Cette partie de la vessie a l'apparence d'une tumeur rouge, arrondie, recouverte par la muqueuse, molle au toucher, douloureuse actuellement, car elle est le siége d'une légère inflammation; elle a le volume d'un œuf de poule, et présente, un peu au-dessous de sa partie moyenne, deux mamelons d'un rouge vif, qui correspondent à l'insertion vésicale des uretères. L'urine suinte continuellement à travers les ouvertures qu'on remarque au sommet de chacun de ces mamelons; et même, en exerçant une pression sur les régions lointaines et le long des uretères de chaque côté, on produit des jets assez considérables. La cicatrice ombilicale existe à son état normal, et l'ouraque est oblitéré.

Le pénis de ce sujet présente aussi des vices de conformation. Cet organe a l'aspect d'un tubercule long d'un pouce environ; il est pourvu d'un gland imperforé; le canal de l'urètre manque entièrement. La totalité de ce pénis rudimentaire est formée par les corps caverneux médiocrement développé. Le malade nous a assuré cependant qu'il pouvait accomplir parfaitement l'acte du coït. Il paraît même que depuis l'âge de quinze ans il se livre aux plaisirs de l'amour: « Dans ce moment-là, dit-il, la verge entre en érection et acquiert une longueur de trois pouces environ. Le spasme voluptueux est toujours suivi, au dire du sujet, d'une émission spermatique; le fluide se répand alors autour de la base de la tumeur; il n'est pas lancé, il coule en nappe.

En continuant les recherches, on trouve de chaque côté, sur les parties latérales supérieures de la base du pénis, un petit orifice linéaire, qui, selon toutes les apparences, constitue la terminaison, soit du canal déférent, soit du canal éjaculateur. Nous ne pouvons qu'émettre ces doutes sur la disposition des parties; car, comme on le pense bien, il est impossible, sans examen anatomique, de décider ces questions; il ne nous a même pas été permis d'explorer si les pertuis apparens dont nous parlons sont réellement des orifices des canaux, comme tout porte à le penser. Le scrotum est à peu près normal; les testicules n'offrent rien de particulier.

Il nous reste à ajouter que le sujet est fort bien développé, qu'il a toutes les apparences ordinaires chez un homme de son âge. Jusqu'à présent il s'est contenté de porter des compresses retenues par un bandage serré, mais les travaux de sa profession devenant trop pénibles pour lui, il a remarqué que les viscères de l'abdomen occasionnaient des tumeurs sur les côtés de la surface vésicale à nu, et qu'elles augmentaient par la fatigue. Il a donc renoncé à ses travaux, et s'est présenté à l'hôpital pour se reposer.

— Ce cas nous a paru intéressant en ce qu'il est très rare que l'on puisse observer des vices de conformation de ce genre chez l'adulte, la plupart de ceux qui en sont atteints ne voulant pas entrer à l'hôpital, car ils sont bien persuadés de l'incurabilité de leur mal, et en sont honteux; de sorte qu'on ne l'observe guère à Paris qu'à l'hôpital des Enfans malades. Du reste, l'observation que nous rapportons confirme entièrement les opinions de Chaussier, qui admet, comme règle générale, l'absence de l'urètre et la conformation souvent vicieuse du scrotum, dans le cas d'extroversion de la vessie.

Rapport sur un mémoire de M. Lallemand, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, intitulé : Nouvelle méthode de traiter et de guérir les fistules vésico-vaginales.

Commissaires : MM. Magendie, Double et Breschet, rapporteur.

« M. Lallemand a pris pour sujet du mémoire qu'il a présenté à l'Académie des sciences, une maladie dont la guérison a longtemps été considérée comme impossible, et qui, aujourd'hui encore, malgré les progrès de l'art, est regardée comme très difficile. En effet, les méthodes curatives recommandées jusqu'ici, échouent dans le plus grand nombre de cas.

» Cette maladie consiste dans une ouverture de communication, avec perte de substance, entre la vessie et le vagin. Parmi les obstacles à la guérison, il faut compter au premier rang non-seulement cette perte de substance des parois de la vessie, mais encore le passage continuel d'un liquide par la fistule. Ces écoulement, qui maintient l'ouverture béante, irrite les tissus voisins, les enflamme et fait de cette infirmité un sujet de dégoût et de répulsion pour tout le monde, de chagrin profond et de désespoir pour les malades.

» Le plus souvent les fistules vésico-vaginales reconnaissent pour cause un accouchement laborieux, dans lequel l'enfant reste au passage par l'enclavement du diamètre occipito-frontal de la tête dans le diamètre sacro-pubien du bassin. Dans cette position la tête vient comprimer et contondre la vessie contre la face postérieure du pubis.

» Sans doute des lésions organiques anciennes, telles que des affections cancéreuses, peuvent aussi produire la perforation de la cloison vésico-vaginale; mais ces cas sont rares, et alors l'ouverture de communication entre ces deux cavités ne constitue pas la maladie principale. Les crochets, les branches du forceps, etc., causent parfois aussi le désordre dont nous parlons. Alors des escharres gangréneuses sont produites, les parties frappées de mort se détachent par un travail organique d'élimination, le pertuis fistuleux s'établit et donne continuellement passage à l'urine.

» La simple résistance que les parties opposent à la marche de l'accouchement, est aussi une cause de fistule, depuis long temps indiquée par les accoucheurs; ils ont signalé son action principalement chez les femmes *primipares*, surtout chez celles qui deviennent enceintes un peu tard.

» L'action des causes que nous venons d'indiquer fait comprendre pourquoi presque toutes ces fistules sont sur la ligne médiane, et ouvertes transversalement. M. Lallemand rapporte cependant des cas dans lesquels il y avait une fistule de chaque côté du col de la vessie ou une simple ouverture latérale. Dans ces circonstances, la déchirure de la cloison vésico-vaginale résultait de manœuvres maladroites avec les crochets pour terminer l'accouchement.

» Bien qu'on pense généralement que la gravité de cette maladie augmente en raison de la plus grande profondeur de son siége et de sa proximité de l'utérus, cependant M. Lallemand ne partage pas cette opinion, car il n'admet de différence réelle qu'entre les fistules urétro-vaginales et vésico-vaginales. Dans les premières, l'urine ne sort pas sans cesse et involontairement, car il faut alors pour que ce fluide parvienne dans le vagin, qu'il soit porté dans l'urètre, et alors l'excrétion est volontaire; tandis que, lorsque l'ouverture fistuleuse est au bas fond de la vessie, l'urine sort continuellement et cause à la malade une incommodité de tous les instans. M. Lallemand prétend aussi, et contrairement aux idées reçues, que le manuel opératoire n'offre pas plus de difficulté lorsque la maladie a son siége profondément, que lorsque l'ouverture est située très en avant. Son opinion pourrait n'être pas fondée s'il fallait employer dans le traitement de ces fistules des instrumens tranchans, mais ce n'est pas cette méthode à laquelle il a recours.

» Cependant il est une espèce de fistule profonde dont la cure n'est pas plus difficile, mais dont le traitement n'est pas sans danger pour la vie des malades : c'est la fistule qui touche au col de l'utérus et c'est dans ce cas seulement que M. Lallemand a échoué et qu'il a perdu ses malades. Cette gravité résulte de la part que prennent et le tissu de l'utérus et le péritoine, à l'inflammation provoquée par le procédé opératoire.

» En voyant le col de l'uterus se déchirer si souvent pendant l'accouchement, et sans le moindre inconvénient être cautérisé ou excisé sans accident aucun, etc., on s'est habitué à regarder cet organe comme insensible aux solutions de continuité, aux opérations chirurgicales, etc., et l'on a cessé de redouter les réactions qui peuvent résulter de ces diverses lésions de tissu. Je ne sais, dit M. Lallemand, si des catastrophes ont été dissimulées par certains praticiens avec autant de soins qu'ils en ont mis à publier leurs succès, mais je ne puis partager cette aveugle sécurité et je crois devoir faire connaître les faits sur lesquels se fondent mes appréhensions.

» M. Lallemand nous prouve, dans son important travail, que non-seulement il est un chirurgien habile, un praticien consommé, mais encore qu'il est plein de candeur et de probité. Il rapporte avec détail l'observation dans laquelle sa méthode opératoire a eu des suites funestes, et dans la crainte que nous ne mettions pas suffisamment sous les yeux de l'Académie et sous ceux des praticiens cet exemple d'insuccès, il nous a dernièrement envoyé l'histoire d'un nouveau cas où des accidens inflammatoires intenses et surtout une péritonite ont mis fin à l'existence de sa malade.

» Voici ce que nous a écrit M. Lallemand :

« Vous savez que dans mon Mémoire présenté à l'Académie
» des Sciences, j'ai parlé de deux femmes qui avaient des fistules
» vésico-vaginales situées immédiatement au-devant du col de
» l'utérus ou même à travers ce col lui-même, et que ces deux
» malades ont succombé à la suite d'une péritonite. Je viens d'é-
» prouver la même catastrophe à l'hôpital, dans des circonstances
» exactement semblables. L'instrument était retiré depuis deux
» jours, et rien n'avait passé par la fistule, lorsque des douleurs
» abdominales se sont manifestées, et m'ont forcé à retirer la
» sonde de gomme élastique. Rien n'a pu arrêter la marche de la
» péritonite sur aiguë qui s'est développée. A l'examen du corps,
» nous avons trouvé le péritoine rempli d'un pus épais comme
» celui d'un phlegmon; des adhérences s'étaient établies dans le
» reste de la surface du péritoine, et la cicatrice s'était rompue,
» mais rien de particulier n'avait eu lieu dans l'utérus : seule-
» ment, j'ai constaté que les crochets avaient porté sur l'extré-
» mité du repli péritonéal qui passe de la vessie à l'utérus.

» Je pense que vous ferez bien d'ajouter ce fait aux deux au-
» tres, quoiqu'il soit postérieur au mémoire. Si j'avais réussi, je
» l'aurais joint aux cas de succès; il faut donc le comprendre
» parmi ceux de non-réussite. Il importe surtout aux praticiens
» de le connaître lorsqu'ils auront à traiter des fistules placées
» dans cette région dangereuse. On doit à tous toute la vérité.»

» Vous voyez, Messieurs, quel esprit de loyauté anime M. Lallemand, et avec quel candeur il parle de ses opérations; c'est que chez le médecin bien pénétré de ses devoirs, on trouve une étroite union de l'amour de l'humanité avec celui de la vérité.

» Il est certain que chez les malades qui ont péri par suite de l'opération, les accidens ont été la conséquence du voisinage de l'utérus et du repli péritonéal qui passe de cet organe sur la vessie. La ressemblance des symptômes et des altérations doit faire attribuer le danger de ces opérations à la nature même des parties dans lesquelles ou près desquelles les crochets ont été implantés. En admettant la possibilité, dans ces conjonctures difficiles, d'employer d'autres moyens que l'airigne de M. Lallemand, il est encore à craindre de voir des accidens survenir, si les agens mécaniques exercent leur action sur les parties et altèrent les mêmes tissus. Dans les circonstances où les fistules avoisineraient le col de l'utérus, M. Lallemand préférerait à sa méthode l'emploi de cautérisations faites avec mesure et précaution grande, en les renouvelant souvent, mais à de longs intervalles les unes des autres.

» Si la situation de la fistule peut avoir de l'influence sur la gravité du traitement, l'étendue de cette ouverture doit aussi rendre la cure de cette affection plus ou moins difficile ou même rendre la guérison tout-à-fait impossible. Ainsi une large voie de communication entre le vagin et la vessie avec perte considérable de substance fera que l'art par aucun moyen ne pourra y remédier. M. Lallemand a vu trois cas de cette nature. Dans les deux premiers la cloison avait été presque entièrement détruite, depuis le col de la vessie, jusqu'au voisinage du col de l'utérus. Dans le dernier, la perte de substance était moins étendue, mais il existait en même temps une perforation à la paroi recto-vaginale, de sorte que l'urine et les matières fécales se rendaient continuellement dans ce cloaque. Ici, le médecin ne doit s'occuper que de trouver des moyens palliatifs.

» Entre ces altérations très étendues et de petits pertuis fistuleux, il existe une foule de nuances intermédiaires. A quel degré d'étendue les chances de guérison sont-elles assez nombreuses pour justifier des tentatives de guérison, toujours plus ou moins douloureuses ou pénibles? M. Lallemand dit avec juste raison qu'il est impossible de poser à cet égard aucune limite fixe. On peut admettre comme règle générale la possibilité d'amener les bords de la fistule à un contact exact, au moins dans la plus grande partie de leur surface; car si l'on n'obtenait pas une réunion entière du premier coup, on faciliterait une seconde tentative et l'on augmenterait ainsi les chances d'une guérison complète obtenue par plusieurs opérations successives. La plus grande fistule vésico-vaginale opérée et guérie par M. Lallemand avait dix-huit lignes. Il faut bien distinguer dans l'étendue de ces ouvertures fistuleuses le diamètre transversal du diamètre antéro-postérieur. Le premier a une influence bien minime comparée à celle du second, sur le traitement et sur la guérison de la maladie.

On est tout naturellement porté à penser que les fistules les plus étroites doivent être les plus faciles à fermer, et c'est rigoureusement vrai dans le plus grand nombre des cas. Cette règle souffre pourtant des exceptions, car lorsqu'il existe des brides qui tiennent le pertuis constamment ouvert, lorsque la femme est faible, d'une constitution molle, cacochyme, détériorée, etc., alors la cicatrisation se fait mal et l'oblitération des fistules est difficile à obtenir.

» M. Lallemand fait très judicieusement observer que la cicatrisation est un travail de la vie sur lequel l'opérateur n'a presque aucune influence. Le médecin a des procédés, il met les parties dans la situation désirable pour obtenir une cicatrisation, mais la nature a seule des moyens, et c'est elle qui opère l'oblitération de la fistule en cicatrisant ses bords.

» Cependant les dimensions de la fistule doivent permettre la cicatrisation ou s'y opposer, et d'après ce principe les petites fistules se réunissent parfois très facilement et par les procédés les plus simples. Souvent de légères cautérisations soit avec le fer incandescent, soit avec le nitrate d'argent fondu, ont suffi pour obtenir l'occlusion de pertuis fistuleux d'une étendue de quelques lignes. Votre rapporteur a plusieurs fois vu Dupuytren réussir en pareille occurrence, et lui-même a obtenu de semblables succès. Il a vu dernièrement encore MM Recamier et Amussat produire la guérison de fistules qui existaient depuis plusieurs années, et dont l'étendue était de quatre ou cinq lignes, par de légères cautérisations de la membrane muqueuse du vagin avec le fer rouge. Mais en même temps qu'on touche avec des caustiques les bords de la fistule pour obtenir la tuméfaction des tissus malades, leur inflammation adhésive et la sécrétion d'une matière albumineuse concrescible ou lymphe plastique, il faut s'opposer à ce que l'urine vienne baigner les surfaces traumatiques. Pour atteindre ce but, une sonde doit être introduite et maintenue dans la vessie.

» Une autre condition de réussite, c'est de n'espérer la guérison de ces fistules que lorsque les bords de l'ouverture accidentelle peuvent être mis en contact naturellement, ou qu'on peut les amener à ce contact par le gonflement inflammatoire qui résulte de la cautérisation.

» L'ancienneté de la fistule, sans rendre cette infirmité incurable, ajoute pourtant aux difficultés de la cure. L'irritation habituelle provoquée par le passage de l'urine détermine une légère inflammation qui produit une induration des tissus; dès lors on ne développe que très difficilement une inflammation adhésive et la sécrétion de la matière concrescible. Il importe donc, pour éprouver moins de difficultés, de combattre ces fistules peu de temps après leur formation, et lorsque les escharres viennent de se détacher.

» Certaines circonstances locales doivent être notées et appréciées par l'opérateur indépendamment du siége, de la direction, etc., des fistules. Ainsi, il faut tenir grand compte du degré de vitalité des tissus malades, de l'épaisseur des parois vésico-vaginales qui ne doivent pas être trop minces, surtout vers les bords de la fistule, car alors il serait difficile d'affronter les bords de l'ouverture, de les maintenir dans un contact régulier et d'y développer l'inflammation adhésive. Il est donc avantageux que la paroi vaginale soit épaisse, ainsi que la circonférence de la fistule, que la membrane muqueuse de la vessie ne soit pas malade, et que l'urine ne contienne pas trop de sels ou de mucosités qui seraient continuellement déposés sur les surfaces traumatiques.

» Une dernière circonstance de réussite dépend de la constitution de la malade : si l'on a affaire à une femme d'une constitution forte, vigoureuse, à chair ferme, dont le teint est animé, les muscles développés, on obtiendra bien plus facilement la guérison que si la femme est affaiblie, lymphatique, à chairs molles, au teint blafard, etc. Dans le premier état, M. Lallemand a vu des fistules de six ou dix-huit lignes céder à une ou deux cautérisations, tandis que dans la seconde supposition le traitement était long, difficile, fatigant, et parfois la guérison restait incomplète. Les trois plus grandes fistules qu'il ait guéries, s'ouvraient au bas-fond de la vessie, et ce sont celles dans lesquelles la cicatrisation s'est opérée avec le plus de rapidité, tandis qu'il n'a pu obtenir l'oblitération de plusieurs autres très petites, occupant la partie voisine de l'urètre, parce que la constitution du sujet et sa vitalité n'étaient pas favorables au travail de cicatrisation.

» Nous avons cru devoir signaler ces circonstances favorables ou contraires à la réussite du traitement, parce que le vulgaire des médecins, comme les gens du monde, ne tiennent le plus souvent compte que du résultat, et trop souvent on juge les méthodes curatives d'après le bon ou le mauvais succès de leur emploi. Heureux encore sont les praticiens lorsque de petites passions ou un esprit de dénigrement de la part d'une médiocrité jalouse ne viennent pas se joindre à l'oubli des circonstances que le médecin ne peut pas maîtriser.

» Ainsi, M. Lallemand raconte avoir vu plusieurs fistules à la surface desquelles il n'a jamais pu exciter une inflammation de bonne nature, soit par le fer rouge ou le nitrate d'argent, soit même en y introduisant de l'ammoniaque, des cantharides, etc. Elles sont toujours restées grisâtres, blafardes, sanieuses, peu ou point saignantes, enfin du plus mauvais aspect. Quelques-unes se couvraient continuellement de croûtes fournies par les sels urinaires, et ces croûtes étaient tellement adhérentes qu'on ne pouvait les détacher que par lambeaux; quand elles tombaient spontanément, il en restait toujours la plus grande partie, et elles se reproduisaient avec rapidité.

» M. Lallemand pense, avec juste raison, que toutes les fois qu'on n'obtient pas une inflammation aiguë par la cautérisation; toutes les fois qu'après la chute des escharres la plaie ne présente pas une surface nette et d'un beau rouge, il ne faut pas tenter la réunion, car l'excision elle-même ne donnerait pas aux bords de la plaie la vitalité qui lui manque. Il indique, comme conditions favorables à la guérison, la netteté de la plaie, sa couleur vermeille, la facilité qu'elle a de laisser exsuder du sang de sa surface lorsqu'on la frotte avec un bourdonnet de charpie, pour en détacher les escharres. Alors il faut opérer la coaptation, et ne pas même attendre au lendemain. C'est aussi dans ce cas que l'emploi d'un instrument dont nous allons bientôt parler (la sonde-airigne) sera d'un grand secours, et assurera la guérison.

» D'après notre exposé, on doit reconnaître que le travail de M. Lallemand n'est point une simple description d'une méthode chirurgicale, car il a placé avant l'histoire graphique de sa méthode, de hautes considérations pratiques qui distinguent le médecin du simple opérateur.

» Trois indications principales doivent être remplies pour parvenir à fermer les fistules vésico-vaginales : 1° aviver ou rafraîchir les bords de l'ouverture fistuleuse, pour la mettre dans les conditions nécessaires à la cicatrisation, en y excitant une inflammation modérée; 2° rapprocher les lèvres et les amener au contact, afin que l'agglutination se fasse et que le pertuis soit oblitéré; 3° enfin, s'opposer au passage de l'urine par le trajet fistuleux, pendant le travail de l'oblitération de cette voie insolite.

» Pour arriver à ces importans résultats, on a cherché à rafraîchir les bords de la plaie avec des instrumens tranchans de plus d'un genre; mais le manque de point d'appui ou le petit diamètre de l'ouverture, rendent toujours cette manœuvre très laborieuse, et son effet a parfois été d'aggraver la maladie en rendant l'ouverture plus large, et en ajoutant aux difficultés d'en rapprocher les bords.

(La suite à un prochain numéro.)

Académie des Sciences. — Séance du 28 septembre.

M. Breschet communique à l'Académie, en son nom et en celui de MM. Magendie et Double, un rapport sur un mémoire de M. Lallemand, de Montpellier, sur une nouvelle méthode de traiter et de guérir les fistules vésico-vaginales. (*V.* plus haut.)

— M. le docteur J. Guérin lit la suite du mémoire commencé dans la dernière séance, et intitulé : Essai d'une théorie générale des difformités articulaires du système osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant. (Nous en publierons un extrait.)

— M. le docteur Eusèbe de Sale, ancien membre des bureaux sanitaires de Paris, armé chevalier du Saint Sépulcre à Jérusalem pendant l'épidémie pestilentielle de 1838, lit un mémoire sur la peste et sur son mode de propagation.

— Maladies de l'Afrique française. — M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, adresse plusieurs travaux à l'Académie : 1° un mémoire sur une maladie connue dans les régions tropicales de l'Amérique, sous le nom d'el Bicho; 2° des observations médicales faites à la suite de l'armée qui a traversé les Portes-de-Fer dans le mois d'octobre de l'année dernière; 3° des dessins qui représentent quelques accidens de scorbut, maladie qui règne dans quelques localités de nos possessions d'Afrique, depuis la fin de 1839; 4° d'autres dessins représentant des taches gangréneuses qui accompagnaient parfois certains cas d'affection typhoïde que nous avons observés.

Nous donnerons un extrait de ce mémoire.

— Par ordonnance royale, en date du 31 août, ont été nommés dans le cadre des officiers de santé militaires :

Chirurgien major : M. A. Kieffer, chirurgien aide-major au bataillon de pontonniers;

Chirurgiens sous-aides : MM. Mélignon, chirurgien-élève à l'hôpital d'instruction de Metz; Petin, id.; Godefroi, id.; Jacquot, id. de Strasbourg; Prieur, id.; Tribout, id. de Lille.

— Par ordonnance royale contresignée de M. Cousin, ministre de l'instruction publique, les écoles de pharmacies passent sous le régime de l'université. Nous publierons les motifs et le texte de l'ordonnance, et en examinerons la portée.

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

MARDI 6 OCTOBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 118, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger. 1 an, 45

HOTEL-DIEU. — MM. BRESCHET et ROUX.

(M. MICHON, chargé du service par *intérim.*)

Ablation d'un ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure.

Vous nous avez vu pratiquer avant-hier l'ablation d'un énorme ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure, chez un malade qui est couché dans la salle Sainte-Marthe. Nous insisterons, dans une autre séance, sur l'histoire de ce malade, et nous nous bornerons aujourd'hui à l'examen de la pièce pathologique.

Pour ce qui concerne le malade, nous nous contenterons donc de vous dire qu'aujourd'hui son état est très satisfaisant, qu'il a très peu de fièvre, et que la réunion de la plaie s'est parfaitement effectuée en avant et en arrière; au milieu seulement, la réunion par première intention ne s'est point accomplie dans une certaine étendue.

L'opération que vous nous avez vu pratiquer l'a déjà été par d'autres chirurgiens un si grand nombre de fois, que l'on n'en compte plus les cas. La maladie qui la nécessite, sans être très fréquente, l'est néanmoins assez pour que l'on ait songé à régulariser l'opération qu'il convient de pratiquer pour y remédier. L'ablation de l'os maxillaire se trouve donc décrite dans les traités de médecine opératoire; mais, il faut le dire, il y a loin des préceptes tracés en prenant comme guide les résultats que l'on obtient en opérant sur le cadavre, des difficultés toujours nouvelles qu'oppose chaque cas en particulier. M. Velpeau conseille de pratiquer la section du col de l'os maxillaire. Ici cette pratique ne pouvait être suivie, car le mal envahissait l'apophyse coronoïde: presque tout l'os était pris.

D'ailleurs, un précepte général de médecine opératoire, c'est de désarticuler les os dans les cas d'ostéo-sarcome; car alors l'amputation fournit plus de garantie contre la récidive. Lorsqu'on ampute dans la continuité, au contraire, l'os entier peut être affecté, quoique l'on ait d'abord jugé le contraire; et dans ce cas la récidive ne tarde pas à paraître.

A la vérité, dans l'ostéo-sarcome du maxillaire inférieur occupant un seul des côtés de cet os, on est obligé de scier l'os d'un côté, et en ce sens on n'évite pas les dangers d'une récidive. Toutefois, l'on court une chance de moins que si on le sciait des deux côtés. D'ailleurs, dans le cas qui nous occupe, la tumeur était très étendue, et occupait en totalité la fosse zygomatique.

La maladie de cet homme datait de treize ans, et avait commencé par une alvéole, dont la dent correspondante était devenue vacillante; elle s'est accrue plus rapidement en arrière qu'en avant. Dans la suite, il est survenu des hémorrhagies de plus en plus fréquentes et abondantes.

La tumeur dépassait la symphyse du menton, et pour l'enlever entièrement il a fallu, par conséquent, détruire l'insertion de quelques-uns des muscles de la langue. Le poids de cette tumeur est d'un kilogramme 16 grammes (32 onces et demie).

Les hémorrhagies qui étaient survenues à plusieurs reprises dénotent déjà que la tumeur est de nature carcinomateuse (encéphaloïde, en partie au moins). Vous savez, en effet, que l'une des propriétés de l'affection encéphaloïde est de produire du sang, comme celle du phlegmon est d'engendrer du pus. L'examen direct de la tumeur nous a démontré que nous ne nous étions point trompé dans le diagnostic que nous avions porté.

Vous voyez que la tumeur se compose de plusieurs kystes, dont les parois contiennent dans leur épaisseur des lames osseuses. Les cavités de ces kystes sont remplies d'un sang noirâtre, et dans leur intérieur, on rencontre aussi des lamelles osseuses.

Tumeur blanche du genou. Amputation de la cuisse.

Dans la salle Saint-Côme, service de M. Breschet, est couché un homme qui portait, il y a quelques jours, une tumeur blanche du genou arrivée déjà à une époque très avancée, qui ne permettait plus d'en espérer la guérison. Lorsque nous avons pris la direction du service de M. Breschet, cet homme était dans un très mauvais état; il avait de la fièvre, du dévoiement, et il existait dans le membre des collections purulentes très étendues, qui en bas, s'étendaient jusque vers la partie moyenne de la jambe, et supérieurement s'étaient propagées jusqu'au voisinage des trochanters, en disséquant les muscles de la cuisse.

Les conditions de la santé générale de ce malade étaient alors trop graves, les chances de succès trop incertaines; sa vie, en un mot, trop précaire pour qu'il fût permis de procéder alors à l'amputation; c'eût été le vouer à une mort certaine. Nous avons temporisé, quant à l'opération, et nous nous sommes contenté de diriger notre attention vers les collections purulentes, dont nous avons considérablement diminué l'étendue en pratiquant des ouvertures convenablement situées.

Deux jours à peine s'étaient écoulés depuis le moment où nous avions ouvert ces abcès, que la fièvre était déjà moins intense, le dévoiement diminuait; l'état général, en un mot, s'améliorait sensiblement; et cette amélioration nous fit concevoir l'espoir de pouvoir pratiquer sous peu une opération qui, dans les conditions existantes au moment de notre entrée au service, était impraticable.

L'amputation fut faite, en effet, mais les ravages occasionnés par l'accumulation du pus nous imposèrent la fâcheuse nécessité de faire la section du membre bien haut, et tout près du trochanter. Cette opération n'a pas été facile, à cause de la difficulté que l'aine a éprouvé à exercer la compression de l'artère fémorale; et cette compression n'a pu être aussi bien faite que nous n'ayons été obligé, après la section des chairs, de comprimer avec la main gauche le lambeau qui fournissait un abondant écoulement de sang, pendant qu'avec la main droite nous achevions la section du membre.

Nous devons le dire, cependant, malgré ce contretemps fâcheux, le malade n'a perdu qu'une petite quantité de sang, et le cône charnu a été convenablement pratiqué, de manière à donner un moignon bien fait.

Après l'opération, et pendant tout le reste de la journée, le malade a été en proie à une vive agitation. Le soir, on a pu constater que beaucoup de sang noirâtre avait traversé l'appareil. Au moment où nous faisions la visite, nous avons fait enlever celui-ci, et nous nous sommes assuré qu'une assez grande quantité de sang s'était accumulée entre les lèvres de la plaie. De plus, nous avons vu alors jaillir du sang de l'ouverture d'une des artères coupées qui avait d'abord échappé à nos recherches, et la ligature en a été faite sans difficulté. Ensuite, nous avons de nouveau rapproché les bords de la plaie et fait la réapplication de l'appareil. Une potion calmante a été prescrite, qui n'a peut-être pas été étrangère au calme dont l'opéré a joui pendant toute la nuit.

Le lendemain le malade était presque sans fièvre; mais la sortie d'une certaine quantité de sérosité est venue nous apprendre que nous ne devions pas nous attendre à voir la plaie se réunir par première intention, dans toute son étendue au moins.

Aujourd'hui les conditions du malade sont encore plus favorables. L'état général s'améliore sensiblement; la fièvre est pour ainsi dire nulle; les fonctions s'accomplissent avec régularité, et l'appétit commence à se développer: l'opéré demande à manger.

Avant de terminer ce que nous avons à vous dire aujourd'hui au sujet de ce malade, nous voulons vous rappeler que ce n'est pas sans nécessité que nous avons eu recours à l'opération. Nous devons dès à présent nous justifier des accidens qui pourraient survenir ultérieurement, mais dont rien néanmoins n'annonce, quant à présent, l'imminence. Le membre amputé a été disséqué avec beaucoup de soin par M. de Guise, interne du service. L'articulation renfermait beaucoup de pus. Nous devons vous rappeler que la formation de la tumeur blanche avait été provoquée par une cause traumatique. La contusion du genou qui y avait présidé avait, par conséquent, amené une tumeur blanche aiguë, c'est-à-dire une ostéite aiguë qui avait successivement entraîné la destruction des ligamens circulaires, la résorption des cartilages diarthrodieux, la dégénérescence fongueuse de la membrane synoviale.

FEUILLETON.

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX,

Essai d'une théorie générale des difformités articulaires du systeme osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant; extrait d'un mémoire lu à l'Académie des sciences, le 28 septembre, par le doeteur J. GUÉRIN.

Dès l'année 1836, l'auteur avait été conduit à ramener toutes les difformités articulaires du système osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant, à une origine commune. Les premières bases de cette doctrine avaient été exposées dans le travail présenté par l'Académie, pour le concours du grand prix de chirurgie. De cette époque il en avait fait plusieurs applications aux difformités particulières du squelette, dans une série de mémoires sur le ...is, les déviations de l'épine, les luxations congéniales et les ...bots; le travail qu'il vient de lire devant l'Académie a pour ...de reconstruire sa théorie dans son ensemble et ses proportions définitives, de la formuler dans ses termes les plus généraux, et l'entourer de toutes les preuves qui servent à l'établir.

M. J. Guérin s'est proposé de démontrer:

Que toutes les difformités articulaires du système osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant, sont le produit de la rétraction active des muscles, provoquée par une lésion du système nerveux, soit du cerveau ou de la moelle, soit des nerfs eux-mêmes; et les variétés de ces difformités, le produit de la rétraction différemment combinée et distribuée dans les muscles du tronc et des membres.

L'auteur a recueilli un grand nombre d'observations, offrant toutes les formes imaginables des difformités du système osseux, depuis le degré le plus faible de la difformité isolée, jusqu'à la déformation la plus complète de toutes les articulations du squelette chez le même individu. Il a disposé cette collection de faits suivant une série régulièrement décroissante entre les deux manifestations extrêmes de l'action de leur cause commune, de manière à montrer la liaison intime et dépendance respective de chacun de ses effets intermédiaires, et de manière à nouer par une chaîne non interrompue les résultats de son action la plus profonde et la plus générale, sur la totalité du squelette, avec ceux de son atteinte la plus faible, sur une seule portion de ce système. Cette série, qu'il appelle la *série étiologique*, lui a permis d'abstraire, dans chacun de ses termes, et de composer, d'après l'analyse de chacun d'eux, une formule générale renfermant quatre ordres de caractères propres à établir et à vérifier la communauté d'origine des difformités chez les monstres et le fœtus d'abord, puis chez l'enfant ensuite. Ces quatre ordres de caractères sont: 1° les caractères de la cause éloignée ou de la lésion du système nerveux; 2° les caractères de la cause prochaine, rétraction musculaire; 3° les caracteres de relation de la cause éloignée, lésion nerveuse, avec la cause prochaine, rétraction musculaire; 4° les caractères de relation ou d'harmonie de la cause prochaine, rétraction musculaire, avec ses effets immédiats, les difformités.

1° *Caractères de la cause éloignée de l'affection nerveuse.* — Ce premier ordre de caractères est fourni successivement par les enveloppes osseuses et membraneuses du cerveau et de la moelle, par le cerveau et la moelle, et, en dernier lieu, par les nerfs.

Le crâne est tantôt developpé outre mesure, comme dans l'hydrocéphale générale; tantôt l'une de ses deux moitiés est déprimée, l'autre saillante; tantôt les deux moitiés semblent avoir chevauché suivant un plan vertical, de manière à offrir une double saillie opposée, du frontal d'un côté, et de l'occipital de l'autre. Souvent les os sont disjoints et maintenus en rapports médiats par la dure-mère très dilatée. Dans tous les cas la consistance des os est non seulement diminuée par suite de leur élargissement, mais l'ossification y paraît retardée; on y voit des ilots osseux en grand nombre, comme si les os avaient été le siége de fractures considérables. Dans d'autres circonstances, le crâne est largement ouvert, ses os renversés et à moitié développés ou à moitié détruits; ou bien ils sont affaissés sur la base du crâne; mais quels que soient la forme et le degré de l'anencéphalie, il est presque toujours possible d'en retrouver les rudimens à l'aide d'un examen attentif, ce qui établit bien le fait de la disjonction, de la destruction, et non celui d'une absence complète de développement.

La colonne vertébrale, conserve toujours aussi le nombre de ses élémens au moins à l'état rudimentaire: corps vertébraux, apophyses transverses, apophyses épineuses, peuvent être retrouvées dans les cas de spina-bifida, avec ou sans courbure de la colonne. Les apophyses épineuses, divisées à leur sommet, n'offrent pas, comme on l'a dit, un défaut de soudure, de réunion, par arrêt de développement de leurs parties, mais sont violemment disjointes, renversées, entraînées dans le sens de certains muscles, ou aplaties sur les côtés, et offrent leur entier développement jusqu'à leurs tubercules terminaux; leur écartement même dans les spina-biffidas très complet est presque toujours très considérable, et accuse une force de disjonction active, et non un simple défaut de réunion passive. Somme toute, le caractère général des enveloppes osseuses du système cérébro-spinal, c'est la disjonction, le déplacement, l'altération, la déformation, mais avec persistance, à l'état rudimentaire au moins, et non absence complète de développement.

Les méninges du cerveau et de la moelle offrent des caractères analogues et de même signification. Jamais absence complète de développement, mais traces d'altération ou de destruction. La dure-mère cérébrale sert souvent d'enveloppe au liquide en suspension tenant les résidus du cerveau. Quand il n'y a plus de poche encéphalique, on retrouve sous les os crâniens affaissés tout ou partie de la dure-mère. Il en est de même des autres membranes du cerveau, qui forment, avec le paquet des vaisseaux, un lacis inextricable, frangé, couronnant la base du crâne. La dure mère et les autres méninges rachidiennes se retrouvent aussi, même dans les spina-bifidas complets. Ces membranes sont déchirées, amincies, ouvertes à la partie postérieure, et collées contre la paroi restante du cananal, mais on les retrouve constamment. C'est surtout dans les spina-bifidas incomplets qu'on peut le mieux saisir le caractère essentiel de leurs modifications. A l'extrémité des parties saines qui continuent à envelopper la moelle, d'autres portions amincies, frangées, à moitié détruites, ou quelquefois épaissies, correspondent aux interruptions de la moelle et à ses parties altérées, ramollies. En résumé, les membranes, comme les os du système cérébro spinal, s'offrent avec un seul et même caractère: déplacement, altérations de texture, destruction incomplète, mais toujours persistance partielle ou existence rudimentaire des parties.

Mêmes caractères dans le cerveau et la moelle. Altération de texture sous toutes les formes et à tous les degrés, depuis la simple injection vasculaire jusqu'au ramollissement le plus profond, depuis la destrucsion de quelques points périphériques jusqu'à la disparition presque complète de la matière pulpeuse, réduite pour le cerveau à un liquide gélatiniforme, renfermé dans les membranes, ou à de simples et rares résidus cachés sous les voûtes crâniennes affaissées. Mêmes indices d'altération et de destruction morbides pour la moelle, et d'autant plus sensibles dans cette dernière qu'elles se circonscrivent plus fréquemment sur une portion de sa longueur.

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies ; par M. MALGAIGNE.

(Seizième leçon.)

DES CAUSES DE LA HERNIE CRURALE.

Les causes de la hernie crurale se partagent, comme les autres, en prédisposantes et efficientes.

Des causes prédisposantes appellent d'abord l'attention. Bien certainement les femmes y sont plus prédisposées que les hommes : voilà pour le sexe. Certainement encore, l'enfance et la jeunesse, jusque vers l'âge de vingt ans, en offrent très peu d'exemples, tandis qu'à partir de vingt ans jusqu'à l'extrême vieillesse, la prédisposition est, à peu de chose près, la même. Sur une série de quatorze hernies crurales observées chez l'homme, une seule datait de l'enfance, au dire du malade, et je n'en ai pas encore observé d'autre exemple.

3 de 23 à 28 ans.
3 de 35 à 39
3 de 42 à 48
1 de 50
3 de 60 à 68

Pour les femmes, je me servirai des chiffres de M. Nivat, qui sont plus considérables que les miens, tout en rappelant les réserves déjà faites touchant le diagnostic. Il a donc noté, pour 65 hernies crurales :

1 venue avant 15 ans.
11 de 15 à 30 ans.
18 de 30 à 45
16 de 45 à 60
15 de 60 à 75
4 de 75 à 85

Il ajoute qu'il en a rencontré 5 survenues chez des filles n'ayant jamais eu d'enfans, et âgées de moins de vingt ans. Cette proportion me paraît bien forte, relativement à ce que j'ai eu occasion d'observer ; car depuis cinq années que j'observe les hernies au Bureau central, je n'ai pas encore vu une seule femme atteinte de hernie crurale avant cet âge de vingt ans. Sir A. Cooper en cite un cas chez une jeune fille de sept ans, et un sur une autre fille de dix-neuf ans, et enfin un troisième chez un garçon de onze ans. Tenez donc pour certain que ce sont là des exceptions extrêmement rares.

Les professions ne paraissent pas avoir ici d'influence ; mais il y a chez les femmes une condition qui aide beaucoup au développement de la hernie : je veux parler des grossesses multipliées. M. Nivat a étudié cette cause sur toutes ses malades, qu'elles eussent des hernies crurales, inguinales ou ombilicales, ce qui nous empêche de recourir cette fois à ses tableaux. Mais vous avez vu les hernies crurales affecter principalement des femmes qui avaient eu plusieurs enfans ; et cela aurait pu être prévu d'avance, en considérant qu'avant l'âge de vingt ans ces hernies sont excessivement rares, et que cet âge est celui où les femmes se marient, pour la plupart. Du reste, les grossesses antérieures ne sont pas une condition essentielle ; et, par exemple, sur les huit femmes de mes tableaux de 1835, une avait été atteinte de hernie crurale à l'âge de quarante-sept ans, sans avoir jamais eu d'enfant.

Il faut même ajouter, si l'on compare le petit nombre des hernies crurales au nombre prodigieux de femmes qui font des enfans, que c'est là sans doute une prédisposition réelle, mais qu'elle est bien loin d'avoir l'importance qu'on serait tenté de lui attribuer. Il y a donc chez certains individus des prédispositions spéciales, puisque la grande majorité des sujets qui réunissent les autres prédispositions échappent cependant à ces hernies. Sir A. Cooper a pensé que chez les sujets avancés en âge, à part le relâchement plus considérable des aponévroses, le psoas et l'iliaque diminuant de volume, élargissaient l'anneau crural, et facilitaient ainsi l'issue de la hernie. Mais nous venons de voir que l'âge avancé n'exerce pas même sur la production de ces hernies une influence aussi grande que pour les hernies inguinales ; et on les rencontre aussi bien chez les sujets robustes et riches en embonpoint que sur les autres. Il semblait assez rationnel aussi d'accuser une plus grande largeur de l'arcade crurale, déterminée par une plus grande largeur des hanches ; or, ayant dirigé mon attention sur ce point, ni chez les hommes, ni chez les femmes je n'ai trouvé cette largeur constante, et la hernie crurale se fait très bien sur des sujets à bassins fort étroits.

Jusqu'ici, comme vous voyez, nos recherches n'aboutissent guères qu'à des résultats négatifs ; peut-être aussi cela vient-il de la rareté de la hernie elle-même, qui n'a pas permis aux observateurs de recueillir une série suffisante de faits. Tandis que nous agissions sur des centaines d'observations pour les hernies inguinales, à peine dans le même espace de temps pouvions-nous recueillir quelques dizaines de faits relatifs aux hernies crurales ; encore n'ai-je pas eu le temps de collationner ces observations, et ne puis-je conséquemment faire usage de toutes, du moins pour les ranger en séries statistiques. Voyons si nous serons plus heureux pour les causes occasionnelles.

Ces causes, suivant A. Cooper, sont les mêmes que celles de la hernie inguinale ; toutefois, il n'en a jamais vu survenir par l'effet d'un coup, et pour rappeler ses expressions, il semble que cette hernie *ne puisse être que la conséquence d'une pression et d'une dilatation graduelle.* Nous aurions pu appliquer déjà une conséquence presque semblable à la hernie inguinale, puisque, malgré l'effort brusque auquel la plupart des malades rapportent leur hernie, elle se fraie graduellement un passage en passant par les divers états que nous avons signalés. Au contraire, pour la hernie crurale, si l'on s'en rapporte au dire des malades, on arriverait à une conclusion toute contraire à celle de sir A. Cooper, c'est-à-dire que la plupart rapportent la hernie à un effort, une chute ; et quelques-uns même, contre l'opinion du chirurgien anglais, à un choc reçu sur l'abdomen, et que la tumeur s'est montrée presque immédiatement. Bien plus, et sans que l'on puisse ici accuser un collet du sac comme dans les hernies inguinales de l'enfance, quelques malades racontent que la hernie s'est étranglée à l'instant de son apparition. Pour appuyer ceci sur quelques chiffres, je dirai sur la série de 14 hernieux du sexe masculin, toutes les hernies reconnaissaient une cause brusque et violente ; que sur la série des 8 femmes de 1835, deux seulement disaient que la tumeur avait apparu lentement, sans cause connue ; les 6 autres, une femme, âgée de 48 ans, n'ayant jamais eu d'enfant, avait eu sa hernie en soulevant un malade, et avait été prise immédiatement d'un étranglement tel qu'elle avait dû subir l'opération.

Et cependant, messieurs, je pense que l'étiologie d'A. Cooper est le plus souvent vraie ; je pense que les malades se trompent ici comme dans la hernie inguinale, et plus souvent que pour la hernie inguinale ; et les dissections viennent ici au secours de l'observation sur le vivant, quoiqu'une observation attentive du vivant ne demeure cependant pas muette. Comment expliquer ceci ? Vous allez le concevoir.

Sur un assez bon nombre de cadavres, j'ai trouvé des hernies crurales au premier degré ; et, pour quelques-uns dont j'ai pu savoir l'histoire, jamais aucun n'avait accusé de hernie. Sur le vivant, j'ai fréquemment recherché l'existence de ces *pointes crurales ;* et toutes les fois que je les ai rencontrées, j'ai eu beau interroger les malades, aucun ne se doutait qu'il y eût là seulement une menace de hernie. Donc, tant que la hernie crurale demeure à ce degré, elle reste inconnue aux malades ; bien plus, elle a déjà fait son nid dans le canal que beaucoup l'ignorent encore, comme cela arrive pour les inguinales interstitielles ; et ce n'est donc que quand il y a une tumeur palpable à l'extérieur que pour eux il y a hernie. Or, chez la plupart, la hernie n'arrive au troisième degré que sous l'influence d'un effort violent, attendu que la pression continue et uniforme des viscères n'agit pas aussi directement et efficacement sur le canal crural que sur le canal inguinal ; dès lors, vous comprenez comment ils rapportent l'origine de leur hernie à une cause qui n'a fait qu'en précipiter le progrès ; et c'est ainsi encore que se produisent ces étranglemens subits, qui ne sont point dus au rétrécissement du col du sac herniaire. Cette déclaration étonnera peut-être ceux d'entre vous qui n'ont entendu professer qu'il n'existe pas d'exemple bien authentique d'étranglement par les anneaux inguinaux ou par l'anneau crural ; aussi, Messieurs, n'est-ce pas à l'anneau crural qu'alors est dû l'étranglement. Cet anneau est trop large, trop bien à l'abri de tout resserrement, pour produire un pareil phénomène ; l'étranglement se fait alors par l'orifice, quel qu'il soit, du fascia cribriforme que la hernie vient de traverser, orifice dilaté par la violence, demeurant souvent fort étroit et ayant de la tendance à revenir sur lui-même, parce qu'il n'est pas dans l'ordre physiologique qu'il demeure ouvert. C'est là un des faits les plus importans de l'histoire des étranglemens herniaires ; je n'en parle point par hypothèse. Je l'ai rencontré sous mon bistouri ; et vous comprenez toute sa portée, puisqu'alors le débridement peut se faire largement sans aucune crainte et presque dans tous les sens.

Loin de moi cependant l'idée que les étranglemens brusques se font par ce mécanisme. Fréquemment la petite hernie crurale interstitielle méconnue, existant depuis long-temps, le col sac a pu se rétrécir ; un jour arrive où un violent effort chasse à travers ce col rétréci une portion d'intestin un peu plus grande que de coutume, et l'étranglement a lieu. Vous trouverez souvent de ces faits dans les auteurs, mais mal racontés et restés incompris, parce que l'observateur manquait des données les plus importantes touchant l'histoire des hernies ; et, bien qu'il ne s'agisse pas ici de l'étranglement, notez cependant ces ressources de diagnostic :

« Si un malade qui jusque-là n'avait point accusé de » hernie est brusquement affecté d'étranglement, et que » la hernie soit à l'état d'instertitielle, c'est que la hernie » existait méconnue depuis long-temps, et s'est étranglée » au collet du sac.

» Si l'étranglement survient dans des circonstances sem» blables et que la tumeur fasse saillie à l'extérieur, très » probablement il s'agit d'une hernie intersticielle qui s'est

---

L'état des nerfs complète bien la signification de tous ces caractères : ils sont gros, raccourcis, tendus, principalement dans les cas où les muscles sont rétractés, ou bien ils sont réduits de volume, flétris dans les cas où la rétraction a fait place au relâchement et à l'atrophie paralytique.

Tels sont les caractères de la cause éloignée ou de l'affection nerveuse.

2° *Caractères de la cause immédiate, ou de la rétraction musculaire.* — Les muscles sont raccourcis, tendus. Leur raccourcissement n'a pas lieu seulement dans le sens des mouvemens physiologiques, et comme pour rendre permanente une position normale ; il peut s'effectuer dans toutes les directions à la fois, et être porté à un degré extrême dans le sens opposé aux mouvemens normaux, et déterminer dans ce sens des flexions permanentes ou des déplacemens articulaires et même des fractures des os longs. La trame musculaire commence à passer à l'état fibreux, comme dans tous les cas où les muscles sont soumis à des tractions permanentes exagérées.

3° *Caractères de relation de la cause éloignée avec la cause prochaine.* — Les caractères de la lésion du système nerveux, rapprochés de ceux de la rétraction musculaire, établissent bien la relation essentielle de ces deux ordres de faits, et la subordination des seconds aux premiers. Avec une lésion profonde ou destruction complète des organes centraux de ce système, rétraction générale et énergique de tous les muscles ; avec une lésion profonde ou destruction d'un des côtés du cerveau, rétraction des muscles d'un des côtés du corps ; avec une lésion profonde ou destruction de la partie déclive de la moelle, rétraction d'une partie des muscles du tronc et de ceux des membres inférieurs ; avec altération de la partie inférieure d'un des faisceaux antérieurs de la moelle et des racines nerveuses qui en naissent, rétraction et paralysie des muscles du membre inférieur correspondant. En d'autres termes, relation intime entre l'étendue, le siége, le degré de la lésion du système nerveux, et l'étendue, le siége et le degré de la rétraction musculaire, et relation confirmative, du reste, des rapports établis par la physiologie entre ces deux systèmes.

4° *Caractères de relation ou d'harmonie, entre la cause prochaine, la rétraction musculaire, et des effets immédiats des difformités.* — Il n'y a pas seulement un rapport exact et intime entre la somme des muscles rétractés et le nombre des articulations déplacées, le siége spécial de la rétraction et la direction spéciale des déplacemens ; mais il existe une harmonie parfaite, essentielle, entre l'action spécifique, isolée ou collective des muscles rétractés et la forme spécifique partielle ou totale des difformités : de telle manière que chaque difformité, considérée dans tous les élémens constitutifs de sa forme, c'est-à-dire dans les rapports nouveaux et permanens, imprimés aux différentes surfaces articulaires, aussi bien que dans l'expression d'ensemble résultant de ces divers déplacemens, offre la représentation exagérée, mais exacte, des formes affectées aux mouvemens physiologiques résultant de la contraction normale des mêmes muscles, et du déplacement temporaire des mêmes surfaces, d'où la confirmation de cette loi que l'auteur a formulée depuis long-temps, à savoir : « Que les causes essentielles des difformités possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des déformations auxquelles elles donnent naissance, que chacune de ces causes se traduit à l'extérieur par des caractères qui lui sont propres, et à l'aide desquels on peut en général, par la difformité, diagnostiquer la cause, et par la cause déterminer la difformité. »

Après avoir cherché à démontrer, à l'aide de cette formule établie par l'observation et l'analyse, que les difformités chez les monstres et le fœtus sont dues à la même cause, l'auteur l'applique aux difformités congéniales et consécutives chez l'enfant, et signale chez celui-ci un dernier ordre de caractères *extérieurs*, appréciables pendant la vie, destinés à compléter et à suppléer les premiers ; il termine en présentant une dernière série de preuves tirées d'observations qui se sont offertes à lui avec quelques-uns des caractères de l'expérimentation directe.

Parmi les observations de difformités que M. J. Guérin a vues se développer après la naissance, plusieurs sont survenues à la suite de lésions traumatiques matérielles du cerveau ou de la moelle, produites par des accidens instantanés. Dans un cas c'est une chute d'un lieu lieu élevé sur la tête, qui donne lieu aux symptômes cérébraux les plus intenses, et simultanément à la contracture de presque tous les muscles du corps. Avec la disparition des accidens nerveux, la contracture a cessé dans un certain nombre de muscles, et elle a persisté, au contraire, dans un grand nombre d'autres, et a réalisé une difformité générale de presque toutes les articulations, dont le développement s'est accru et complété par la croissance du sujet. Dans un autre cas, c'est encore une chute d'un lieu élevé, mais sur la partie inférieure de la colonne. Une fracture incomplète des vertèbres a produit immédiatement de la paralysie, laquelle, à mesure que la colonne s'est consolidée dans sa direction normale, s'est graduellement dissipée et a été remplacée par la contracture des muscles des jambes, et finalement par la rétraction réalisant les pieds-bots les mieux caractérisés.

Que manque-t-il à ces faits, choisis exprès aux deux extrêmes de la série étiologique, pour avoir le caractère d'expériences directes ? C'est bien la lésion du système nerveux, provoquée en quelque façon artificiellement, et reproduisant artificiellement, avec les mêmes symptômes, les mêmes caractères, c'est-à-dire avec des résultats semblables, pour ne pas dire identiques, la maladie cérébro-spinale spontanée, qui est produite par cause interne, et révélée seulement par ses effets. Il n'y a d'autre différence entre ces expériences, dues au hasard, et celles qui pourraient être instituées directement, si ce n'est que les premières peuvent être multipliées et reproduites à volonté, et, par conséquent, conduire à une détermination rigoureuse des conditions où la provocation artificielle donnera à coup sûr les mêmes effets. Mais ceci est un autre ordre de faits encore. Ce qu'il importait d'établir expérimentalement, c'est qu'une lésion traumatique du cerveau ou de la moelle peut réellement produire les résultats que l'induction avait permis de conclure de l'analyse des faits spontanés par cause interne ; c'est que la contracture est une phase, un mode particulier de la paralysie ; c'est que les muscles rétractés produisent les difformités ; c'est que la rétraction frappe les muscles d'un arrêt de développement, en vertu duquel ils ne peuvent suivre la croissance du squelette, et complètent progressivement le développement des difformités. Toutes ces conclusions de l'observation ne ressortent-elles pas directement des deux ordres d'expériences que l'auteur vient d'analyser ?

Voilà donc les trois premiers termes de la formule étiologique expérimentalement reproduits avec les caractères formulés par l'observation, à savoir, la lésion nerveuse, ou cause éloignée, la rétraction musculaire, ou cause directe, et la relation essentielle de ces deux faits. Pour compléter cette démonstration expérimentale, il faudrait pouvoir reproduire instantanément les formes spécifiques des difformités dans leurs rapports avec les élémens mécaniques de la cause immédiate, c'est-à-dire avec la rétraction nettement spécifiée, localisée dans certains muscles. Cette dernière expérience, quoique impossible dans la généralité des cas, parce que les difformités reçoivent, pour l'accomplissement successif de leurs formes caractéristiques et définitives, le concours de causes intercurrentes, peut néanmoins être réalisée dans certaines conditions, comme on va le voir.

Il existe un mode particulier de rétraction, que M. Guérin ap-

» fait jour brusquement à travers le fascia-cribriforme et
» c'est celui-ci qui cause l'étranglement.

» Dans le premier cas, il est à craindre que le taxis forcé
» n'opère la réduction en masse ; dans le second, ce danger
» n'existe pas.

» Mais dans les deux cas, la striction est presque toujours excessive, et après des tentatives de taxis très réservées, je vous engag à passer à l'opération. »

Vous voyez que j'ai laissé quelque place pour les exceptions ; on a publié, en effet, un cas de hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat ; mais tout cas rare déroge aux lois générales, et je ne m'occupe ici que de la généralité des cas.

Laissons ce sujet, sur lequel nous reviendrons en temps et lieu, et voyons à quels signes nous reconnaîtrons la hernie crurale.

DES SIGNES DES HERNIES CRURALES.

Dans le premier degré, la hernie ne fait à l'extérieur aucune saillie sensible à l'œil, hormis peut-être chez les sujets excessivement maigres, et je n'en ai point encore rencontré de ce genre. Le malade a beau tousser, faire des efforts, rien n'apparaît ; pour quiconque ne se sert que de ses yeux, il n'y a pas de hernie. Mais appuyez la pulpe de l'index ou du pouce immédiatement au-dessous de l'arcade crurale au côté interne de l'artère et faites tousser le malade ; vous sentirez le doigt repoussé par une impulsion venant du dedans et vous proclamerez la hernie.

Maintenant toutefois, il faut établir que cette sensation indique un état anormal, que cet état anormal est une hernie et ne peut être qu'une hernie.

Quand, pour la première fois, j'essayai de reconnaître ces pointes crurales, je compris qu'il fallait m'assurer avant tout que les viscères, dans l'état naturel, ne donnaient pas d'impulsion au-dessous de l'arcade. Je fis un grand nombre d'expériences sur le vivant, telles que vous les avez répétées vous-même, c'est-à-dire sur des sujets de tout âge, de tout sexe, grands ou petits, fort ou faibles, gras ou maigres, avec de hautes jambes et un petit abdomen, ou un vaste abdomen et des jambes courtes, j'essayai de reconnaître cette impulsion, et je ne pus l'obtenir que dans le plus petit nombre de cas Mais ces cas n'étaient-ils pas eux-mêmes des exemples d'une disposition, normale toujours, bien que différant un peu des autres ? Il arriva que chez le même individu, l'impulsion se sentait d'un côté et point de l'autre. Ce n'était pas encore là une preuve directe ; j'expérimentai sur le cadavre. Or, tout ceci a été répété assez de fois pour que je croie pouvoir ériger en loi la proposition suivante :

Tant que le péritoine ne s'enfonce pas à travers l'anneau crural, on ne sent pas d'impulsion à l'extérieur au-dessous de l'arcade crurale. Mais au contraire, quand je rencontrais sur un cadavre cet enfoncement, qui est le premier degré de la hernie, en plongeant le doigt dans le sac, je sentais à l'extérieur l'impulsion de ce doigt. Sur des sujets sains, après avoir constaté que nulle impulsion de ce genre n'était sentie, j'enfonçai le péritoine dans l'anneau; je créais ainsi un sac herniaire, et tout aussitôt l'impulsion extérieure était manifeste. Enfin, sir A. Cooper a écrit qu'il avait souvent trouvé sur le cadavre des hernies crurales des deux côtés qu'on n'avait pas soupçonnées pendant la vie; plus d'une fois sur le vivant, lorsqu'une hernie crurale très apparente avait existé depuis long-temps d'un côté, j'ai pu retrouver de l'autre la petite pointe commençante.

Notez ici cette différence capitale dans les moyens de reconnaître les pointes de hernies inguinales ou crurales. Pour les premières, je vous défends de vous servir du toucher, l'œil seul est capable de vous donner leur diagnostic ; pour les autres l'œil est impuissant, et c'est le toucher qui devient pathognomonique. C'est que l'issue se fait dans un lieu proportionnellement superficiel, soumis aux regards, mais dans une région tellement soumise aux mouvemens imprimés par les viscères que, sans hernie, vous sentiriez partout contre le doigt une impulsion trompeuse; tandis que l'autre se fait dans une région profonde, inaccessible à la vue, et qui échappe dans l'état sain, à l'impulsion des viscères abdominaux.

A son deuxième degré, la hernie crurale soulève le fascia-cribriforme, elle frappe la vue comme une sorte d'empâtement de l'aine, et, durant la toux, on aperçoit une tumeur assez mal circonscrite, et qui se confond presque par sa circonférence avec les tégumens voisins. Sa forme est très variable ; tantôt elle est arrondie, comme hémisphérique ; quelquefois elle s'allonge de haut en bas dans le canal ; quelquefois enfin elle paraît allongée suivant le pli de l'aine, en sorte qu'on dirait qu'elle a déprimé la gouttière que fait le fascia-iliaca avec le ligament de Fallope en dehors de l'anneau crural et qu'elle passe par dessus les vaisseaux.

J'ai indiqué dans la dernière séance les moyens de distinguer cette hernie de la hernie inguinale interstitielle ; il n'est pas besoin d'y revenir. Vous trouverez dans les auteurs une longue énumération de tumeurs de l'aine avec lesquelles on peut la confondre ; si elle était épiploïque et irréductible, je ne sais pas de moyen de la distinguer d'un bubon profond induré, hors peut-être les commémoratifs qui fourniraient encore peu de ressource. Mais, à l'état réductible et formée par l'intestin, elle est quelquefois exactement imitée par une varice de la veine crurale siégeant au pli de l'aine ; et vous tomberiez dans de graves erreurs, si vous vous en fiez aux moyens de diagnostic qui ont été proposés.

Voici les caractères communs des deux tumeurs. Une proéminence au-dessous de l'arcade crurale, au côté interne de l'artère, recouverte par le fascia cribriforme et conséquemment mal circonscrite.

Si le malade tousse, la tumeur augmente; elle diminue s'il respire lentement.

Le malade couché, la tumeur rentre; elle reparaît lorsqu'il se lève.

Enfin, on fait aisément rentrer l'une et l'autre par une légère pression.

On a fondé le diagnostic différentiel sur deux circonstances.

1° La hernie fait entendre en rentrant un bruit de gargouillement ; il n'y a rien de semblable dans la varice.

Je ne sache rien de plus propre à induire en erreur que ce signe. D'abord, la hernie crurale interstitielle étant très petite, il est rare qu'elle fasse entendre du gargouillement, au contraire, quand on appuie la pulpe du doigt sur la varice, on est fréquemment frappé d'une sensation qui se rapproche beaucoup du gargouillement, et qui semble comme lui produite par le passage de bulles d'air mêlées à du liquide par un orifice très étroit. Ce phénomène dont il faut vous méfier, est très prononcé dans le cas de varices ; mais il existe même chez les individus qui sans aucune varice ont le système veineux un peu développé. Vous appuyez le doigt contre l'anneau crural ; si vous faites tousser le malade, au côté externe vous sentez ce bruissement particulier qui se passe manifestement dans la veine ; car si vous comprimez plus fort, l'artère donne encore ses battemens, mais le bruit disparaît ; et si vous comprimez moins, vous le reproduisez. Je dis *le bruit*, et en effet c'est une sensation difficile à définir autrement ; toutefois, comme en beaucoup de cas le gargouillement des hernies, la crépitation des fractures, il arrive bien plutôt par les doigts que par l'oreille.

2° Si l'on appuie le doigt sur l'anneau crural après avoir réduit la tumeur, et qu'on fasse tousser le malade, ou même qu'on attende simplement quelques instans, la tumeur reparaîtra s'il s'agit d'une varice, et ne reparaîtra pas s'il s'agit d'une hernie.

Cela est rationnel et tout-à-fait séduisant ; c'est le moyen que je vous ai donné pour distinguer souvent la hernie inguinale du varicocèle, et il semble si naturel d'appliquer à la hernie crurale ce qui réussit si bien dans la hernie inguinale, que moi-même, dans les premiers temps, j'avais adopté et préconisé ce moyen : il est d'ailleurs utile dans certains cas. Si la varice est très volumineuse et se prolonge à deux ou trois pouces au-dessous du ligament de Fallope, elle reparaîtra, en effet, sous l'influence de la compression de l'anneau, et vous aurez gain de cause ; mais dans ces cas même, à peine s'il est besoin de recourir à cette épreuve ; mais quand la varice est en entier renfermée dans le canal crural et très rapprochée de l'arcade, vous avez vu vous-mêmes sur un sujet très bien disposé pour cette expérience, ce qui arrive. Le doigt ne peut bien comprimer l'anneau crural qu'en enfonçant la peau qui se trouve ainsi fort tendue, et cette tension empêche invinciblement la varice de se dilater, au moins de manière à faire saillie à l'extérieur. Nous avons essayé de varier le mode de pression de manière à produire à la peau le moins de tension possible, et la varice s'aplatissait toujours. Comment donc sortir d'incertitude ?

(*La suite à un prochain numéro.*)

Epilepsie chez une jeune fille de 22 ans. Applications de sangsues au col de l'utérus. Guerison; par le docteur A. César, à Belan (Côte-d'Or).

Mademoiselle A. R. de B. est âgée de vingt-deux ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, impressionnable à l'excès, réglée à 10 ans. Il y a quelques années, 7 à 8 ans, elle raconte avoir vu une boule de feu sur son lit, et date sa maladie de cette époque. Depuis ce temps, à des intervalles assez éloignés (7 ou 8 mois), elle a eu des vertiges, des soleils qui paraissaient devant ses yeux, mais sans perte de connaissance. L'année dernière, au mois de juillet 1839, sans cause connue, apparurent tout d'un coup tous les effrayans symptômes de l'épilepsie, perte de connaissance subite et entier aspect violacé de la face, écume à la bouche qu'elle distord en tous sens, grande dilatation et fixité des pupilles, convulsions saccadées de tous les membres, qui sont d'une raideur tétanique ; tête renversée en arrière ; mais le tout précédé pendant quelques secondes d'un pressentiment qu'elle ne peut ni définir ni expliquer, quelque chose qui lui annonce qu'elle va avoir un accès (*aura epileptica*) ; lorsque l'accès est passé, mademoiselle A. s'endort d'un sommeil profond, et ignore entièrement à son réveil ce qui vient de lui arriver. Les attaques se sont renouvelées depuis tous les 15 jours, puis tous les 8 jours, puis 2 fois par semaine. Les règles sont venues tous les 3, 4, 8, 15 jours, tous les mois, et très abondamment quelquefois, d'autres avec gêne et en petite quantité.

Appelé pendant un accès, j'eus peu de chose à faire. A la suite, je prescrivis l'usage continu de quelques antispasmodiques, des infusions de feuilles d'oranger. Je fis une saignée, plusieurs fois je lui mis des vésicatoires sur quelques points de la poitrine où elle souffrait (quoique aucun signe ne fût donné ni à l'auscultation ni à la percussion) qui lui emportèrent la douleur; ce moyen plaisait même fort à la malade. Les accès continuaient. M. le docteur Culmet de Châtillon fut appelé en consultation et tourna notre attention vers l'utérus : le col en était boursouflé et rouge, il y avait quelques pertes en blanc. Trois sangsues furent appliquées à même sur le col tous les trois jours pendant quinze jours. Cataplasmes émolliens, injections émollientes et narcotiques, grand air, exercice. Sous l'influence de ce traitement, les accès diminuèrent de fréquence et d'intensité; les règles se régularisèrent; on lui administra des pillules dont la base était le musc à la dose de grammes 0, 025 ; bains froids, douches froides, depuis le 15 août jusqu'à la fin de septembre, où les accès disparurent entièrement.

Rapport sur un mémoire de M. Lallemand, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, intitulé : Nouvelle méthode de traiter et de guérir les fistules vésico-vaginales.

Commissaires : MM. Magendie, Double et Breschet, rapporteur.

(Suite du n° précédent.)

» On a pensé que par les caustiques on atteindrait simultanément un double but : raviver la plaie et provoquer une inflammation. Ainsi les caustiques liquides, tels que les acides concentrés, la solution nitrique de mercure, et mieux encore le cautère actuel ou fer incandescent ont tour à tour été mis en usage. Si la fistule est très petite, on peut espérer quelque succès de l'emploi des caustiques ; si elle est d'une étendue médiocre ou moins que médiocre, c'est-à-dire de six à huit lignes, le fer rouge pourra

---

pelle la *rétraction spasmodique intermittente*, caractérisée par un raccourcissement des muscles, assez facile à vaincre, mais qui se reproduit assez instantanément, en l'absence de la volonté, sous l'influence d'une secousse du membre ou d'une cause morale. Les difformités, les pieds bots, par exemple, produits par ce mode particulier de rétraction chez les jeunes sujets, peuvent, après quelques efforts, être réduits plus ou moins complètement avec la main. Tout-à-coup le spasme musculaire revient, s'accuse par la tension et le soulèvement des muscles, et reproduit exactement, sous les yeux de l'observateur, la difformité avec les caractères spécifiques qu'elle avait avant l'expérience, caracères qui répètent rigoureusement ceux des autres difformités analogues. L'auteur a répété plusieurs fois cette expérience sur certains pieds-bots. Est il possible de méconnaître la rétraction musculaire expérimentant et mettant hors de doute par ses alternatives de relâchement et de retrait, la subordination de la difformité à la rétraction des muscles et le rapport immédiat, l'harmonie profonde entre l'action spécifique de ces muscles et la forme spécifique de la difformité, rapport qui s'observe d'une manière permanente avec la rétraction continue dans les difformités permanentes ? Ne sont ce pas de part et d'autre, les mêmes formes, les mêmes directions ? Les degrés et la durée seuls varient La même expérience, a peu-près, se répète à chaque instant dans les pieds-bots les plus ordinaires chez les enfans, et surtout pendant le traitement de la difformité : tout à-coup la rétraction des muscles dont elle dépend s'exagère sous l'influence des mouvemens volontaires ou pendant les pleurs de l'enfant, et avec elle le pied bot, particiellement réduit par les machines ou diminué par le relâchement du repos, reparaît plus prononcé qu'auparavant et avec tous les caractères de forme, de direction qui dépendent de l'action spéciale et de l'intensité d'action des muscles qui sont le siége de la rétraction.

Aux faits qui précèdent, considérés comme des expériences, l'auteur en ajoute un dernier, qui complète leur signification. « J'eus à traiter, dit-il, deux enfans jumeaux, atteints chacun d'un double pied-bot congénital : je les guéris complètement de leur difformité à l'aide du plâtre coulé et des machines Le traitement était terminé depuis six mois, lorsque l'un des deux fut pris d'une affection cérébrale convulsive, qui reproduisit en trois jours les deux pieds-bots, tels qu'ils avaient été avant le redressement. Je les traitai et les guéris de nouveau, et, comme si la première expérience n'avait pas suffi, un an après le même sujet fut repris de convulsions moins fortes que les précédentes, et l'un des pieds-bots seulement, celui qui avait été le plus prononcé, revint, mais à un degré moindre que la première fois. Dans les trois cas, c'est-à-dire à la naissance, après la première et la seconde attaques de l'affection cérébrale, les pieds-bots s'étaient présentés avec les formes et les élémens anatomiques les plus exactement semblables. Cependant, à la naissance, ces deux jumeaux offraient les apparences de la plus parfaite santé, et leur double difformité était la seule trace qu'ils présentassent de l'affection intra-utérine qui l'avait produite. » Cette dernière expérience, la plus complète et la plus concluante de toutes, n'offre-t-elle pas à elle seule la reproduction des quatre termes de la formule étiologique dans leurs caractères propres, et leurs caractères de connexion et de relation essentielle : n'y lit-on pas en toutes lettres la maladie cérébrale, la contracture musculaire, cette contracture procédant de la lésion nerveuse, et les difformités mécaniquement produites par les muscles rétractés, le tout offrant la répétition matérielle d'un fait qui s'était passé pendant la vie intra-utérine ?

Traitement de la blennorrhagie par l'emploi combiné de l'alun et du poivre cubèbe.

Le docteur Matthieu a publié plusieurs observations qui démontrent l'efficacité de l'alun combiné au poivre cubèbe dans le traitement de la blennorrhagie ; c'est après avoir vu M. Ricord employer cette médication qu'il a eu l'idée de l'essayer. L'un de ses malades a été guéri en trois jours ; la blennorrhagie datait de trois semaines. Le deuxième a été guéri en huit jours ; son mal datait de quinze Enfin, d'autres malades ont vu leur mal disparaître après six et sept jours de traitement.

Formule du docteur Matthieu.

Pr. : Poudre de poivre cubèbe. . . . . . . 64 gram. (2 onces).
Poudre de sulfate d'alumine (alun). . 16 gram. (1/2 once).

Mêlez exactement et divisez en neuf doses ; trois doses par jour. Quand la guérison est complète, il faut prolonger l'emploi de cette poudre, mais à doses moindres ; il ne faut pas négliger l'emploi d'un suspensoir, et insister sur les préceptes hygiéniques.

suffire pour amener la guérison, en ayant soin toutefois de cautériser légèrement la membrane muqueuse, de manière à ne point provoquer une inflammation de la vessie et à ne pas produire d'eschares qui, par leur chute agrandiraient la fistule. Plus d'une fois ces cautérisations ont été efficaces dans les cas de petits pertuis fistuleux ; mais le plus communément ce moyen ne peut servir qu'à aviver les bords de la plaie et à les enflammer plus ou moins.

» Le nombre des procédés chirurgicaux n'a pas été moins grand pour ramener au contact les bords de la fistule et pour les y maintenir. Ici l'on a d'abord proposé la *suture*, que l'on a employée sous presque toutes ses formes. Outre la difficulté de faire passer une aiguille et un fil du vagin dans la vessie et réciproquement, et bien que ces manœuvres aient été simplifiées dans ces derniers temps par l'invention d'instrumens plus ou moins ingénieux, on reproche à la *suture* d'exciter une traction douloureuse sur les tissus malades, et de finir par déchirer les bords de la plaie bien avant l'occlusion de la fistule ; c'est pourquoi presque tous les praticiens renoncent aujourd'hui à ce moyen de traitement.

» En désespoir de cause on a proposé dernièrement de fermer le vagin au devant de la fistule, en faisant adhérer ses parois : mais alors la femme est condamnée à la stérilité et ne peut plus se livrer aux actes qui précèdent la fécondation. Plus nouvellement encore, on a essayé d'oblitérer la fistule ; en portant dans son intérieur un lambeau de la membrane muqueuse du vagin tenant encore par un pédicule, pour former une sorte de bouchon organique. Nous nous abstiendrons de porter un jugement sur ces deux méthodes, parce que l'expérience n'a pas encore suffisamment parlé.

» Ces rapides considérations sur les voies déjà suivies dans la cure des fistules vésico vaginales feront mieux comprendre la méthode proposée par M. Lallemand, et qui remplit dans le plus grand nombre de cas toutes les indications.

Cette méthode consiste à cautériser l'orifice et le trajet de la fistule avec le fer rouge ou avec un crayon de nitrate d'argent, et à rapprocher les lèvres de la plaie avec une sonde érigne. Le fer rouge doit être employé toutes les fois qu'on a besoin de détruire certaines parties, de niveler des inégalités, surtout lorsque l'ouverture est étendue ; ou bien, quoiqu'elle soit petite, lorsqu'elle est masquée, sinueuse, et que son trajet ne peut être parcouru par un cylindre de nitrate d'argent. Les cautères olivaires n'ont pas besoin d'avoir plus d'une ligne de diamètre dans la portion la plus renflée, et la tige doit être beaucoup plus mince, pour qu'elle conserve moins de chaleur. Pour les fistules étroites et sinueuses on doit se servir de stylets variés, contournés suivant les circonstances et la disposition des parties.

» M. Lallemand pense que la *sonde-érigne* mérite de beaucoup la préférence sur la *suture*, dans tous les cas où la fistule est transversale ou qu'elle peut être ramenée à cette forme, et c'est ce qui arrive presque toujours quand l'opération n'est praticable. Sur vingt-un cas de fistule, M. Lallemand n'en a trouvé qu'un seul de fistule oblique et irrégulière, dont la réunion n'aurait pu se faire d'arrière en avant.

» C'est avec cet instrument que les lèvres de la plaie sont rapprochées et maintenues en rapport convenable Par cette *sonde érigne* la pression peut être augmentée ou diminuée à volonté, ce qu'on ne peut produire avec la suture. Un autre avantage de cette sonde, suivant son inventeur, c'est que par son emploi les bords de la plaie ne peuvent se renverser en haut, parce que la sonde, exactement collée sur la vessie par les crochets, ne saurait être soulevée Si les bords se renversaient en bas, le doigt indicateur, placé dans la fistule, pendant l'application de l'instrument, s'en apercevrait aussitôt et s'opposerait à ce déplacement.

» L'emploi d'un instrument dont on peut graduer l'action est d'un grand avantage, parce qu'il permet de modifier la disposition des parties et d'arriver, dans une opération aussi délicate, à une réunion régulière et exacte. Enfin cette sonde-érigne, non seulement réunit les lèvres de la plaie, mais encore elle porte avec elle un conduit pour l'émission de l'urine au dehors, et ce conduit n'est pas vacillant et ne se déplace pas comme le fait une sonde d'argent ou une sonde de gomme élastique.

» On voit que nous parlons d'un instrument sans le décrire ; c'est qu'il est difficile de faire comprendre la construction d'une mécanique et son mode d action par une simple description et sans l'avoir sous les yeux. Je soumets cette sonde-érigne à l'examen de l'Académie, et je me contente de dire qu'elle est composée de deux cylindres creux superposés l'un à l'autre. L'inférieur renferme des crochets ou érignes destinés à pénétrer dans les lèvres de la plaie et qu'un pas de vis fait sortir ou rentrer à volonté. Un ressort à boudin est destiné à faire mouvoir une plaque qui doit fixer l'instrument. Le cylindre supérieur, ouvert à son extrémité vésicale, a pour fonction de donner passage à l'urine et de s'opposer à l'infiltration de ce liquide entre les lèvres de la fistule.

» Nous pourrions décrire ici avec détail le manuel opératoire ; mais nous croyons devoir nous abstenir d'entrer dans des particularités trop techniques et qui appartiennent essentiellement à la pratique de l'art.

» Nous croyons plus convenable de renvoyer au Mémoire lui-même.

» Nous terminerons ce rapport en donnant une sorte de statistique des opérations pratiquées par M. Lallemand, pour la guérison des fistules vésico vaginales, d'après sa méthode. Ces renseignemens nous sont arrivés depuis l'envoi du Mémoire à l'Académie.

» Sur quinze opérations, M. Lallemand compte sept guérisons complètes et constatées long-temps après la fin du traitement. Il avait cru pouvoir en compter neuf ; mais d'après des renseignemens récens qu'il a reçus de deux de ses malades, il résulte qu'elles perdent encore quelques gouttes d'urine quand la vessie est bien distendue, mais il leur suffit d'expulser souvent l'urine pour éviter cet inconvénient. Aussi ces femmes n'ont-elles pas d'abord réclamé les conseils de M. Lallemand, car cet état est tellement différent de celui dans lequel elles se trouvaient avant l'opération, qu'elles se regardent comme guéries. On peut donc ranger ces deux cas, sinon dans les succès complets, du moins parmi les améliorations très voisines de la guérison.

» Dans ces sept cas de guérisons, quatre fistules avaient de 9 à 18 lignes d'étendue transversale. Trois étaient placées au basfond de la vessie, deux étaient accompagnées de brides qui oblitéraient en partie le vagin, et qui ont rendu les manœuvres opératoires très difficiles.

» Après ces sept cas de réussite nous dirons que M. Lallemand a eu six insuccès, dont trois cas de mort. Le dernier cas funeste est postérieur à l'envoi du Mémoire à l'Académie des sciences.

» M. Lallemand ne compte pas deux malades qui ont quitté Montpellier au milieu de leur traitement, l'une par nostalgie, l'autre par défaut d'énergie ou par trop de susceptibilité nerveuse.

» Il a observé de plus quatre fistules vésico-vaginales auxquelles il n'a pas voulu toucher à cause de leur énorme étendue, et une autre parce qu'elle était compliquée de fistule recto-vaginale considérable.

Ce nombre d'insuccès est sans doute bien grand, mais lorsqu'on songera que ce genre de maladie était naguère encore considéré comme une infirmité presque toujours incurable, on reconnaîtra que M. Lallemand a rendu un grand service à l'humanité, et qu'il a fait faire un progrès réel à la science.

» Ces raisons paraissent plus que suffisantes à votre Commission pour proposer à l'Académie de témoigner à M. Lallemand la satisfaction que vos commissaires ont éprouvée par la lecture de ce travail, et ils en demanderaient l'insertion dans le *Recueil des Savans étrangers*, s'ils ne savaient pas que cet opuscule est destiné à une prochaine publication.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Voyage scientifique en Afrique ; par M. le Dr Guyon.

A Philippeville, l'ancienne Rasicada, où l'armée était le 8 et le 9 octobre, une ophthalmie intense sévissait depuis quelque temps sur les troupes et sur la population européenne : cette affection compliquait presque toutes les maladies qui se remarquaient alors dans les hôpitaux de l'armée. Celles-ci, pour la plupart, étaient des fièvres intermittentes propres au pays ; mais qui, cette année, étaient plus graves et plus générales qu'elles n'avaient été durant les années précédentes. Cette différence dans les maladies du pays, observée en même temps sur d'autres points de nos possessions placées dans les mêmes conditions ou à peu près, s'explique autant par les pluies abondantes de l'hiver précédent que par les chaleurs excessives qui leur ont succédé. Les pluies, en inondant une plus grande étendue de terrain, ont fourni plus d'alimens aux miasmes ; les chaleurs, en desséchant des plages plus vastes, ont mis plus de ces miasmes en action. Malgré la position peu salubre de Philippeville, un de ses anciens habitans y poussa pourtant sa carrière jusqu'à l'âge de cent cinq ans, ainsi que le prouve une pierre tumulaire trouvée sur le rivage. Ce centenaire était né dans la Cyrénaïque, et s'appelait Philippe, comme le roi dont le nom a été donné à la ville moderne.

Quelques cas de goître ont été observés à Constantine, chez des individus venant des montagnes voisines ; ce fait a été su par une des sœurs de charité qui habitent Constantine : née dans un pays de montagnes où le goître est commun, elle n'a pu se méprendre sur la nature du mal. On peut supposer que le crétinisme, si souvent compagnon du goître, se rencontre aussi dans les mêmes localités : la possibilité de son existence dans le nord de l'Afrique est, du reste, suffisamment établie par un Kabyle qui en était atteint, et qui s'est présenté à Bougie à la suite de quelques lépreux qui venaient y réclamer les soins de la médecine française. Ce malheureux était né dans les montagnes voisines, comme le lépreux qui l'accompagnait : il y est retourné peu de jours après. Depuis notre passage à Constantine, un cas d'icthyose blanche s'y est présenté chez une femme arabe d'environ cinquante ans.

Un fait qui attira particulièrement notre attention pendant notre nouveau séjour dans l'antique Cirta, ce sont les maladies graves qui, durant la saison des chaleurs, avaient frappé des militaires employés à faire des jardins sur les bords du Bou-Merzoug. Plusieurs, dans le cours de leurs travaux, étaient tombés sans connaissance, saisis comme d'asphyxie ; renouvelés jusqu'à trois fois par suite de maladie, tous, sans exception, avaient partagé le même sort. A quoi attribuer de pareils accidens? aux fortes chaleurs de l'époque.

J'aperçus dans la population de Milah un albinos de quinze à seize ans, comme il allait puiser de l'eau à la fontaine ; il cherchait, chemin faisant, à se garantir avec la main de l'impression trop vive de la lumière, bien que ce jour-là le temps fût assez sombre. Ainsi en usent par instinct tous les albinos lorsqu'ils se hasardent au dehors, ce qu'ils ne font guère l'été qu'avant et après le coucher du soleil. Nous vîmes aussi à Milah une malheureuse fille arabe de seize à dix-huit ans, connue des troupes de la province sous le nom de folle de Milah. Cette femme va absolument nue, et n'a pour habitation que les abattoirs, où elle dispute aux chiens et aux rats les entrailles des bestiaux.

Le sang des bêtes, qu'elle aspire tout fumant sur le sol où il vient d'être répandu, est pour elle chose délicieuse. Elle n'articule aucun son, et n'exprime ses besoins que par des cris. Son origine est inconnue. Elle était fort jeune lorsqu'elle apparut tout à coup parmi la population de laquelle elle ne s'est pas écartée depuis. Pour ses compatriotes d'adoption, c'est une sainte, une maraboute, comme ils le disent, et tous considèrent comme œuvre pie d'aller au-devant de ses désirs et de ses caprices. C'est ainsi que nous avons vu un Arabe s'empresser de lui passer son burnous sur le dos pour y absorber un peu d'eau qu'un militaire venant de la fontaine, lui avait jetée en passant ; elle avait aussitôt poussé un cri en s'approchant de l'Arabe, à qui elle montrait la partie sur laquelle l'eau était tombée. Son corps, constamment sali et par les ordures des lieux où elle se vautre, et par les matières dont elle fait sa nourriture, attire beaucoup de mouches. Ces insectes, qu'elle attrape avec une dextérité étonnante, sont pour elle une bonne fortune : en les écrasant à demi, elle en forme des bols qu'elle avale sans mâcher ; c'est son occupation ordinaire dans ses momens de repos.

(*Académie des Sciences*, 28 septembre.)

Empoisonnement, par le laudanum, d'un enfant âgé d'une semaine. Enquête judiciaire.

« Mercredi dernier a eu lieu à Town-Hall, en présence de M. de Richard Palmer, *Coroner*, et un respectable jury, une enquête judiciaire touchant la mort d'un enfant âgé d'une semaine, nommé Ellen Anderson, qu'on présumait être mort en conséquence d'une dose de laudanum, imprudemment administrée par Richard Worsley, praticien empirique en médecine.

» M. Wm. Howitt, chirurgien, ayant fait l'autopsie, s'est exprimé de la manière suivante :

» J'ai examiné hier l'enfant succombé depuis la veille. La surface du cerveau est considérablement congestionnée de sang. Il y avait un fluide dans les ventricules du cerveau. Les poumons et le cœur étaient naturels. Le sang était partout dans un état de fluidité. Les intestins étaient sains. L'estomac était également sain, excepté à la tunique interne qui était ramollie. Toute la surface du corps était excessivement livide. J'ai analysé les matières contenues dans l'estomac, ainsi que le liquide de la bouteille qu'on m'avait confié. Je n'hésite point à dire que la mort a été causée par l'administration d'une solution d'opium.

Saponification d'un cadavre.

On a trouvé dans le cimetière de Cluny, près de Lyon, un cadavre à l'état bien conservé de saponification. Les parties musculeuses ou charnues étaient blanches, dures et compactes comme du savon, matière dont elles avaient l'aspect et le brillant. Douces au toucher comme du talc ou du blanc de baleine, elles ne présentaient plus de traces de vaisseaux, de nerfs et de tendons ; tout était homogène. Le cœur, parfaitement intact, était à lui seul une masse savoneuse Les viscères non musculeux, au contraire, tels que les poumons et les intestins, étaient rapetissés en feuillets minces et réduits au vingtième de leur volume ordinaire. La tête, qui sans doute n'avait pas autour d'elle, comme les autres parties du cadavre, une couche de terre favorable à sa conservation, était fort maltraitée. Les yeux, le nez, les oreilles, ainsi que le cuir chevelu, étaient tombés en poussière. Des cheveux, dans leur état de fraîcheur, reposaient sur le linceul, qui lui-même était moisi ou décomposé, et ils ont pu être recueillis en faisceaux. (*Journal de Chimie médicale.*)

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22 24.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 8 OCTOBRE 1840. (15e ANNÉE.) N° 119, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

[...] Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
[...]eau, rue Dauphine, 22-24.
[...]onces, 75 cent la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger, 1 an, [...]

AFFAIRE LAFFARGE.

A M. Fabre, rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher docteur,

J'avais promis de ne répondre aux démentis qui pourraient vous survenir, que dans le mémoire que je rédige. Je comptais sur des démentis immédiats, et le temps aurait pu me manquer dans le principe. Il en arrive de bien tardifs, et sur un point qui n'est nullement chimique. Accordez-leur, je vous prie, une place, ainsi qu'à ma réponse.

Ne croyez pas que j'aille répondre à cette réclame anonyme glissée furtivement dans tous les journaux, par laquelle on laissait entendre qu'une plainte en diffamation venait d'être déposée, sans doute au parquet de l'Académie de médecine; et que M. Orfila venait d'adresser, à la même académie, un paquet cacheté renfermant toutes les substances qu'il avait fait venir de Tulle, pour répondre à ma lettre.

Vous avez vu le paquet, qui est grand comme une hostie, et qui ne saurait renfermer un droguet tout entier que par le miracle de la présence réelle; et vous comprenez facilement que, pour que le droguet de Tulle se trouvât le mardi, 29 septembre, sur le bureau de l'Académie, il aurait fallu admettre encore le mystère de l'ubiquité; car la réponse de Tulle à une lettre partie le 26 au soir de Paris, ne saurait arriver à Paris tout au plus que le mercredi matin.

Laissons donc là ces tripotages chimiques, que l'on se réserve plus tard de faire valoir comme une réponse péremptoire. Je ne réponds qu'à ce que l'on signe, et c'est d'après cette méthode que je me suis hasardé à adresser à la *Gazette des Tribunaux*, une réponse à la réclamation de Me Paillet.

Je vous l'adresse aussi, et vous prie de faire précéder ma lettre des trois lettres publiées à la fois par cette feuille.

Vos lecteurs trouveront, sans doute, que tout cela rentre trop dans les formes de la chicane pour être médical; mais ils savent aussi que le cercle des attributions de la médecine est un peu élastique, et que la partie morale de toute espèce d'affaires lui appartient de droit.

Agréez, mon cher docteur, l'assurance de ma considération personnelle,

F.-V. RASPAIL.

6 octobre 1840.

« Nous avons déjà publié, dans notre numéro du 2 octobre, une lettre adressée par Mme Laffarge à Me Paillet, le jour même où la *Gazette des Hôpitaux* faisait connaître la publication de M. Raspail sur le résultat des expertises. Mme Laffarge, après avoir eu connaissance de cette dernière publication, s'est empressée d'écrire à son honorable défenseur pour protester contre les attaques dirigées contre lui. » *(Gaz. des Tribunaux.)*

Me Paillet, qui nous communique cette lettre ainsi que celle de son confrère M. Lachaud, nous adresse en même temps les lignes suivantes :

Laroche, près Arpajon, le 4 octobre 1840.

« Monsieur le rédacteur,

» La *Gazette des Hôpitaux* a publié dans son numéro du 26 septembre, et la plupart des journaux ont reproduit une lettre de M. *Raspail* à M. le docteur *Fabre* « sur les circonstances qui » ont placé un instant son nom au point de vue de la question » chimique, soulevée par l'accusation contre Mme Laffarge. »

» Que M. Raspail, comme savant chimiste, vienne en aide à la cause de mon infortunée cliente; qu'il puise dans les enseignemens de la science et dans son expérience personnelle des argumens favorables, je le désire, je l'espère, et personne ne sera plus heureux que moi de publier partout son loyal et utile concours à cette œuvre sacrée de défense et de réhabilitation.

» Mais comment exprimer ma surprise à la lecture de ce qui me concerne dans la lettre de M. Raspail !

» *Qu'il me suffise d'affirmer sur l'honneur que tous les faits, en cette partie, sont matériellement et radicalement faux !*

» Et, cependant, j'en suis convaincu, M. Raspail est un homme d'honneur, très incapable de les avoir inventés. Il faut donc qu'il ait été trompé tout le premier, et le seul reproche que je me croie en droit de lui adresser, c'est de les avoir trop facilement accueillis, surtout contre un homme absent et qu'il ne pouvait connaître, je pense, que sous des rapports honorables.

» Mais de qui les tient-il? A quelle source les a-t-il puisés? C'est un mystère qu'il ne m'est pas donné de pénétrer; ce sont même là de ces choses qu'un honnête homme est moins curieux d'apprendre qu'il n'est affligé de les avoir apprises.

» Déjà plusieurs journaux, en transcrivant la lettre de M. Raspail, ont bien voulu en retrancher ce qu'ils ont cru injuste et blessant pour moi, ou même prendre d'office ma défense, je leur en exprime toute ma gratitude.

» Déjà même ils ont publié la lettre, si remarquable de nobles sentimens et d'à-propos tout à la fois, que Mme Laffarge m'écrivit de Tulle le 26 septembre, c'est-à-dire le jour même où paraissait ici celle de M. Raspail; je les en remercie encore.

» Permettez-moi, Monsieur le rédacteur, pour terminer cette polémique et ne pas faire plus long-temps une diversion fâcheuse aux intérêts d'une cause qui a rallié autour d'elle tant de généreuses sympathies, permettez-moi de confier aussi à votre journal les deux nouvelles lettres que je viens de recevoir, l'une de M. Lachaud, mon honorable confrère à Tulle; l'autre de Mme Laffarge elle-même, sans que je leur eusse écrit un mot à l'un ni à l'autre qui fît seulement allusion à celle de M. Raspail.

» Veuillez agréer, etc.

» PAILLET, bâtonnier. »

Lettre de M. Lachaud à M. Paillet.

« Tulle, 1er octobre 1840.

» Mon bien cher Monsieur,

» La lettre que vient de publier M. Raspail nous a fait éprouver à tous ici une pénible émotion. Je crois à la science du chimiste, mais je plains le savant qui mêle des haines politiques à une noble et sainte tâche.

» Vous êtes au dessus de ces pauvres récriminations. Votre admirable talent et mieux encore votre généreux caractère vous placent bien loin des passions qui s'agitent là bas.

» Pardonnez une fois de plus à ces mauvaises paroles qui voudraient vous blesser et qui sont impuissantes, et continuez cette grande œuvre de réhabilitation que vous avez si courageusement acceptée.

» Je vous écris, mon bien cher confrère, pour vous porter les douloureuses anxiétés de notre pauvre prisonnière. Elle a le cœur brisé de la fâcheuse page qu'a publiée M. Raspail; elle vous en supplie, croyez qu'elle n'y est pour rien, que sa confiance est entière, qu'elle a toute sa foi en vous, en vous son *noble sauveur*, comme elle vous l'écrivait.

» Je n'ai appris moi même l'arrivée de M. Raspail qu'après le départ du messager qu'on lui avait envoyé. Ne blâmez personne de cette démarche, ni votre malheureuse cliente, ni ses amis les plus dévoués; songez aux horribles angoisses du rapport de M. Orfila, tant d'espérances semblaient s'évanouir alors que les plus raisonnables pouvaient devenir imprudens.

» Mandez nous ce qu'il faut faire maintenant; nous attendons avec impatience votre plaidoyer et nous vous confions le soin de rédiger la requête en cassation. Vos fatigues sont extrêmes, je le sais, mais votre cœur vous donnera des forces. Mme Lafarge s'en remet d'ailleurs tout à fait à vous, et je vous transcris la phrase qu'elle me disait à l'instant comme sa plus intime pensée.

« Si M. Paillet m'abandonnait aujourd'hui, je retirerais mon » pourvoi : j'ai besoin de sa loyauté et de son talent; sans lui je » ne chercherais pas de réparation. »

» Croyez à mes respectueux sentimens,

» LACHAUD.

» Si vous pensez qu'il faille répondre à M. Raspail, faites de ma lettre ce que vous voudrez.

» Mme Lafarge vient d'écrire à M. Raspail pour qu'il ne puisse douter de la confiance entière qu'elle a placée dans votre éloquence et dans votre cœur. »

Lettre de Marie Cappelle à M. Paillet.

« Tulle, 1er octobre 1840.

» Lorsque j'écrivis à M. Raspail, sans me faire forte de votre approbation, je voulais, Monsieur, ne pas mêler votre nom dans une démarche qui pouvait blesser M. Orfila, de votre part; qu'il devait comprendre de la mienne.

» La science m'avait froidement jeté un verdict de mort, la science pouvait me sauver, et le cœur qui avait connu les angoisses de la prison, devait venir en aide à une pauvre opprimée.

» Je vous sais trop noble, Monsieur, pour que vous ayez pu vous croire blessé de quelques mots publiés dans une lettre de M. Raspail.

» En les lisant, j'ai compris que vous lui étiez étranger, qu'il n'avait jamais entendu vos belles et touchantes paroles; mais j'ai souffert que l'on doutât de *ma providence*, je veux vous dire bien haut ma foi et ma gratitude.

» Croyez-le, le succès ne pouvait rien ajouter à tout ce que je vous dois; quand vous avez, à la face du monde, appuyé mon innocence sur votre honneur, j'ai senti que vous m'aviez rendu l'estime des hommes de cœur, et je vous ai béni au nom de mon pauvre père.

» Votre lettre à M. Lachaud m'a remplie de reconnaissance; ce n'est que sous votre égide que j'espère ma réhabilitation, et je mets ma force bien plus en votre conviction que dans mon pouvoir.

» Adieu, Monsieur, soignez bien le mal que j'ai fait à votre pauvre santé, j'en suis responsable près de tous les cœurs calomniés et souffrans.

» Croyez à mon profond respect. » Marie CAPPELLE. »

FEUILLETON.

SUR L'APPAREIL AMIDONNÉ; par M. le docteur SEUTIN.

(Suite du n° 117.)

M. Mayor, après avoir admis que le système musculaire est le principal obstacle à la réduction et la coaptation, trouve que ce même système musculaire produit des résultats opposés, dans les cas où on pourrait le lui représenter comme agissant, d'après ses propres principes, contrairement aux effets qu'il veut produire. [illegible]nement, une manière très commode de faire tour[illegible] à son profit. Mais il est fâcheux pour M. Mayor [illegible] musculaire ne soit pas, dans le fond, disposé à [illegible] tous les rôles que voudrait lui donner ce praticien, [illegible]ré tout le désir qu'il en manifeste, il s'obstine toujours à être partout identique à lui-même dans sa nature et son mode d'action, de manière à produire toujours les mêmes résultats, même lorsque ces résults déplaisent au chirurgien suisse. On a beau mettre en avant des subtilités pour prouver le contraire, il sera éternellement vrai que dans une fracture oblique de la cuisse, la contraction du triceps déterminera le chevauchement, toutes les fois que la disposition des fragmens ne s'y opposera pas. Cette proposition est bien plus claire que celle de M. Mayor, quoique cependant il trouve ses explications si palpables, qu'il veut, comme il le dit, les faire « sauter aux yeux de tout le monde. »

M. Mayor a donc complètement tort, lorsqu'il veut employer la flexion dans tous les cas de fractures; et quoiqu'il critique amèrement M. Bonnet, qui a fait dernièrement plusieurs expériences intéressantes pour prouver que l'extension est souvent préférable, je ne puis m'empêcher de lui dire, au risque de susciter de sa part quelque nouvelle diatribe, que dans beaucoup de circonstances, je pencherais plutôt vers l'opinion du chirurgien de Lyon que vers la sienne. Ce n'est pas cependant que je me déclare le partisan exclusif de l'extension, je reconnais au contraire qu'il y a des cas où la flexion est infiniment préférable; mais je pense que ces cas sont plus rares que ceux où l'attitude opposée est indiquée. Sans parler ici des singulières idées de M. Bonnet sur le bandage amidonné, qu'il rectifiera lui-même, j'en suis persuadé, quand il aura mieux apprécié ce moyen contentif, je me bornerai à dire qu'il a péché, en se montrant le partisan exclusif de l'extension et du déplacement occasionné essentiellement par l'action des fragmens l'un sur l'autre, de même que M. Mayor a créé en adoptant toujours la flexion, et en attribuant toutes les causes de déplacement au système musculaire.

Dans la réalité, il y a combinaison de ces deux élémens de désordres dans la presque totalité des fractures, et, suivant les diverses circonstances, il arrive que l'un ou l'autre d'entre eux prédomine et opère le changement de rapports des fragmens d'une manière qui semble plus ou moins exclusive. D'où suit la nécessité de bien distinguer ces cas pour se décider s'il faudra employer la flexion ou l'extension. Je dirai même plus : Je soutiens qu'il y a des cas où ni le système musculaire, ni l'action des fragmens l'un sur l'autre, ne peuvent être regardés comme ayant produit exclusivement le déplacement. Il y a en effet des fractures où le genre particulier de la cause fracturante, la manière dont sont disposées les extrémités rompues, les chocs accidentels supportés par la partie blessée, placent les fragmens dans une position telle qu'elle persiste avec peu de modifications jusqu'à la réduction, et dans ces occurrences, il serait peu logique de rattacher les changemens de rapports osseux à des influences qui ne deviennent alors que très secondaires.

On peut donc regarder comme une vérité démontrée, que le déplacement des fragmens est dû souvent en même temps à l'action musculaire accusée par M. Mayor, à l'influence des os sur eux-mêmes indiquée par M. Bonnet, et à différentes autres causes encore, parmi lesquelles il faut placer la cause fracturante, la conformation particulière des bouts fracturés et les chocs extérieurs. Et il est une autre proposition non moins incontestable : c'est celle qui énonce que la flexion ni l'extension ne peuvent être adoptées isolément comme méthode exclusive. J'ajouterai même que dans certaines fractures, ce n'est ni l'une ni l'autre de ces positions qu'il faut mettre en usage, mais bien certaines autres attitudes qui réclament la spécialité du cas, comme la pronation, l'adduction, l'abduction, etc. La flexion, l'extension, la pronation, l'abduction, l'adduction peuvent donc être requises, soit d'une manière absolue, soit diversement combinées entre elles, dans les différentes ruptures osseuses.

Maintenant, est-il bien vrai, comme semble l'insinuer M. Mayer, que la flexion, lorsqu'elle est indiquée, n'est exécutée par aucun bandage comme par l'appareil hyponarthrécique, et que le bandage amidonné réclame impérieusement l'extension pour agir avec efficacité? Je ne répondrai point ici à la dernière assertion, car en démontrant que l'appareil amidonné s'accommode également de toutes les positions possibles où l'on jugera convenable de placer le membre, je ne ferai que répéter tout ce que j'ai déjà énoncé à ce sujet dans plusieurs mémoires. Je me bornerai seulement à dire qu'il faut avoir une idée bien incomplète de ma méthode, et avoir bien mal compris tout ce qu'il y a de flexible, d'accommodant, d'applicable aux cas les plus divers, dans les différens élémens qui entrent dans la composition de mon bandage, pour tenir un pareil langage. C'est prouver qu'on ne l'a point compris, et même, j'ose le dire, qu'on ne l'a jamais employé. Quant à l'appareil hyponarthrécique, il sympathise parfaitement, il est vrai, avec la flexion : mais il est évident que s'il n'avait que cet avantage, il n'y aurait pas de quoi le distinguer sous ce rapport de beaucoup d'autres appareils; et pour ce qui regarde l'abduction, l'adduction, la pronation, et autres positions intermédiaires, il ne s'en accommode guère, et il cède tout à fait le pas à mon appareil pour le maintien de ces attitudes variées.

La seconde condition exigée par M. Mayor pour un appareil destiné aux fractures et qui consiste « à maintenir exactement au moyen de procédés simples, de tractions convenables, la bonne position qu'on aura donnée aux fragmens osseux et au membre lui-même, » lui semble parfaitement représentée dans l'action opérée sur les bouts osseux par les deux mains du chirurgien, quand il pratique la réduction. Il regarde la main comme *le type des appareils par excellence*, et dit que l'habileté du chirurgien doit consister essentiellement à indiquer, à faire construire et à mettre en jeu les meilleurs auxiliaires, les substitutions les plus convenables de cet organe. Il est facile de voir pourquoi M. Mayor aime tant à comparer l'action d'un bon bandage à fractures à celles des mains employées pour opérer la coaptation : il doit naturellement aimer à assimiler ses cravates et ses liens opérant des tractions diverses sur certains endroits du membre aux efforts semblables exécutés par le chirurgien. Mais il y a une objection capitale à faire à cette comparaison forcée : c'est que la main, comme le dit fort bien M. Mayor, qui est un instrument sentant et intelligent, emploie la force en raison de la résistance qu'il éprouve, modifie et corrige ses efforts à mesure que les modifications survenues dans la partie blessée en démontrent la nécessité; tandis que ses liens et ses cravates sont des corps inertes et incapables de remplir de nouvelles indications, si elles viennent à se présenter par suite d'un changement de rapports accidentel.

(La suite à un prochain numéro.)

A M. le Rédacteur principal de la Gazette des Tribunaux.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire, sans le moindre étonnement, je vous l'assure, les trois lettres que vous avez insérées dans votre numéro du 6 octobre.

J'attends de votre impartialité, Monsieur, que vous accorderez une égale place à ma réponse.

Lorsque je crois devoir accepter une mission analogue à celle que Mme Laffarge a bien voulu me confier, ce n'est jamais qu'avec la réserve expresse de conserver, par devers moi, la plus complète indépendance, et de ne me départir en rien du caractère d'homme public dont on veut bien me revêtir.

Je me considère dès-lors plutôt comme juge des faits qui doivent être l'objet de mes recherches, que comme un défenseur adjoint, dont le devoir serait de se personnifier avec la défense.

Je tiens beaucoup à ce que les personnes qui dans une nouvelle circonstance croiraient avoir besoin de mon concours, sachent que c'est toujours dans ces limites que je l'accorde. Je dois aide à la défense, mais aussi vérité à la justice, dans le cas où j'arriverais assez tôt pour me faire entendre, et, à son défaut, à l'opinion publique, alors que je n'ai pas été entendu.

C'est là la marche que j'ai suivie, en publiant les renseignemens judiciaires et chimiques auxquels la presse tout entière, même la presse qui m'est hostile, a prêté, dans le principe, un certain intérêt.

Il y avait, dans ce procès, des choses inexplicables; je crois les avoir expliquées. Il y avait un déni de justice; je l'ai signalé.

Pour révéler les faits que renferme ma lettre, je n'ai eu besoin de briser le cachet d'aucune communication confidentielle. Ce que j'ai dit, je ne l'ai tenu que d'une certaine notoriété publique, et je suis encore à me demander ce que Me Paillet prétend nier, en ce qui me concerne, dans ma lettre.

J'ai avancé que j'avais été mandé à l'insu de Me Paillet.

La lettre que lui adresse Mme Laffarge, n'en donne-t-elle pas la preuve? « *Lorsque j'écrivis à M. Raspail*, SANS ME FAIRE FORTE DE VOTRE APPROBATION etc., » dit cette dame dès la première phrase.

Les deux lettres d'invitation qui m'ont été remises à Paris, de qui provenaient elles? de Mme Laffarge et de Me Bac.

Je demandai, à Tulle, l'explication de cette anomalie auprès de plusieurs personnes; elles me répondirent toutes ce que j'ai écrit et ce que Mme Laffarge confirme dans sa lettre.

J'ai fait entendre que la position de Me Paillet, par rapport à M. Orfila, ne lui permettait pas de m'appeler dans cette cause.

Mme Laffarge ne le dit-elle pas dans la lettre que publie Me Paillet? Qu'on en relise la première phrase!

Ai-je déversé du blâme sur la répugnance de Me Paillet? Non; je l'ai excusée, je l'ai comprise; mais j'ai dû la signaler.

Que dit autre chose, certainement avec moins de grâces et de bienveillance, mais avec non moins de vérité que ne l'a fait Mme Laffarge, Me Lachaud, jeune avoué de la Corrèze? « *Je n'ai appris*, dit-il, *l'arrivée de M. Raspail qu'après le départ du messager qu'on lui avait envoyé.* » Ce qui signifie presque: *Conformément à vos intentions, je m'y serais opposé de toutes mes forces.*

Ainsi ce fait, le seul qui concerne Me Paillet, est, d'après les preuves que fournit Me Paillet lui-même, *matériellement et radicalement vrai.*

Du reste les débats, tels que tous les journaux les ont publiés, ne viennent-ils pas à l'appui de cette assertion si inoffensive?

Quand l'accusation, demandant une nouvelle expertise, désigne nominativement M. Orfila, la défense exprime-t-elle le vœu de lui adjoindre une contre expertise? Nullement. Me Paillet, qui avait proclamé, dans une des premières séances, la suprématie de M. Orfila, n'avait pas le droit de le récuser; et il ne l'a pas fait.

Quand le rapport de M. Orfila ruine toutes les espérances de la défense, M. le président s'adresse à Me Paillet, pour savoir s'il a des conclusions à présenter. Les journaux disent: *Me Paillet s'incline et ne répond rien.*

Quand avertie par le télégraphe, dit on, la Cour demande à la défense, si elle avait le projet de faire entendre une contre expertise, c'est Me Bac seul qui prend la parole, et répond que la défense n'avait pas à s'expliquer à cet égard.

Quel était le mot de ces énigmes? Je l'ai dit dans ma lettre, comme je l'aurais dit devant la cour. J'ai fait de l'histoire et non de la complaisance, et je crois, en cela, avoir servi également les intérêts de la justice ainsi que ceux de l'accusée et de tous les accusés à venir.

Les désagrémens qui peuvent me survenir ensuite, je n'en tiens nullement compte, car, dans ces sortes de circonstances, je ne m'occupe pas de moi et je ne cherche pas à en occuper le public.

Ce que j'ai écrit, je dois vous le déclarer, je l'écrirais encore, et peut être avec un peu plus d'assurance, parce que mon assertion aujourd'hui a acquis le cachet d'une vérité démontrée par les aveux des parties.

Cependant, afin de mitiger un peu l'effet des phrases injurieuses de Me Lachaud, que je ne connais pas le moins du monde, phrases que vous avez eu raison de ne point supprimer en ce qui me concerne, et que je pardonne à l'inexpérience de ce jeune avoué, permettez-moi, Monsieur le Rédacteur, de compter sur l'intérêt que vous prenez à cette affaire, pour obtenir à mon tour l'insertion de la lettre que Mme Laffarge m'écrivait le même jour qu'à Me Paillet. Je prends la liberté de la transcrire en entier, crainte d'avoir l'air de supprimer, par des points, quelques unes des phrases qui sont à l'adresse de Me Paillet lui-même.

1er octobre.

J'ai lu avec une grande reconnaissance, Monsieur, les pages éloquentes que vous avez consacrées à la réhabilitation de la pauvre prisonnière; et il m'est bien précieux de joindre à la conviction de votre science, celle si touchante de votre cœur.

Quelques lignes seulement m'ont fait souffrir; je veux vous le dire franchement, afin d'ôter à votre pensée d'injustes préventions.

Vous n'avez pas vu Me Paillet, et j'en suis désolée; car vous auriez compris qu'à côté des opinions qui pouvaient vous faire étrangers l'un à l'autre, il y avait un caractère, une loyauté qui devait vous rendre frères.

Je n'ai pas seulement trouvé en lui une belle éloquence, mais aussi un noble dévouement, et je lui dois de sages conseils pour ma défense, et de tristes larmes pour mon malheur.

Oh! je vous en prie, Monsieur, ne vous séparez pas de ce puissant appui de mon innocence; laissez-moi m'appuyer sur deux vaillans champions, sur deux nobles cœurs. Dieu vous le rendra, et votre jeune fille fera la joie et l'orgueil de votre avenir.

Adieu, Monsieur, j'attends avec bien de l'impatience votre mémoire, et forte de mon innocence et de votre participation, j'ose espérer encore.

Recevez l'assurance de ma profonde considération.

Marie CAPPELLE.

Marie Cappelle, on le voit, a une toute autre idée que son avoué, de la part que j'ai pu faire à mes prétendues haines politiques dans cette affaire; je demande la permission de partager sa bonne opinion envers moi, et de me rendre cette justice qu'en tout temps et en tous lieux mes souvenirs politiques s'effacent devant les intérêts de l'humanité, dans quelques rangs qu'elle gémisse, et devant ceux de la vérité, sur quelque siége que je la rencontre.

J'ai l'honneur, Monsieur, de vous saluer.

F.-V. RASPAIL.

6 octobre 1840.

P. S. Il serait sans doute utile de rétablir dans votre feuille, Monsieur, le passage que vous avez cru devoir supprimer dans la lettre que vous avez empruntée à la *Gazette des Hôpitaux*; vos lecteurs, autrement, se feraient difficilement une idée du point de la question qui est en litige.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT FILS.

Revue de malades opérés.

Opération de deux pieds-bots.

Le malade couché au n° 18 de la salle Saint-Côme, chez lequel nous avons successivement pratiqué la section des tendons d'Achille, pour deux pieds-bots accidentels consécutifs à une brûlure, est aujourd'hui dans un état très satisfaisant. Les deux pieds qui sont ramenés à angle droit, sont emboîtés dans des appareils inamovibles dextrinés.

Taille bi-latérale. Hémorrhagie arrêtée par le tamponnement de la plaie.

Le petit malade couché au n° 22 de la salle Saint-Côme, chez lequel nous avons pratiqué, il y a un mois, la taille bi-latérale pour un calcul urinaire, se trouve aujourd'hui dans les meilleures conditions possibles. Vous vous rappelez que l'opération fut suivie d'une hémorrhagie assez inquiétante pour réclamer l'emploi du tamponnement direct de la plaie, qui fut pratiqué, après la précaution prise au préalable, d'introduire dans la plaie même une sonde destinée à assurer l'écoulement libre de l'urine. L'hémorrhagie, bientôt arrêtée par ce moyen secondé des applications froides, ne s'est pas reproduite depuis.

Aujourd'hui l'urine s'écoule librement par le canal de l'urètre, et il n'en sort plus par la plaie, qui est complément cicatrisée.

Un second accident était survenu chez ce malade, quatre ou cinq jours après l'opération, nous voulons parler d'une légère infiltration, qui a promptement cédé à l'action des applications résolutives.

Calcul vésical. Lithotritie. Fistule consécutive à une boutonnière pratiquée pour extraire un gravier arrêté dans l'urètre.

Nous nous étions trop hâté en vous annonçant la cicatrisation des deux boutonnières pratiquées chez le calculeux couché au n° 27 de la salle Saint-Côme, et chez lequel l'arrêt successif de plusieurs graviers dans le canal de l'urètre nous avait mis deux fois dans la nécessité de pratiquer une incision à ce canal. Nous devons vous rappeler qu'une de ces boutonnières avait été pratiquée à la verge, près de l'arcade pubienne et l'autre derrière le scrotum. Ces deux incisions ont semblé un instant être cicatrisées entièrement; mais ce matin nous avons pu nous assurer que nous nous étions abusé à l'égard de la boutonnière scrotale qui laisse encore à suinter un peu d'urine; la pénienne au contraire est définitivement cicatrisée. Une sonde sera laissée à demeure dans l'urètre jusqu'à ce que la petite fistule qui existe actuellement soit complètement cicatrisée.

Au reste ce malade est aujourd'hui complètement convalescent de sa pleuro-pneumonie, et est tout-à-fait débarrassé de son calcul.

Pour hâter la cicatrisation de la fistule urinaire on touchera celle-ci, selon l'exigence, avec le nitrate d'argent, ainsi que cela se pratique d'ordinaire.

Calcul vésical. Etat typhoïde intercurrent ayant contre-indiqué l'opération de la taille bi-latérale.

C'est aujourd'hui que nous devions pratiquer devant vous la taille bi-latérale chez le petit malade couché au n° 23 de la salle Saint-Côme, qui est affecté d'un calcul vésical. Ce petit malade, qui est à l'hôpital depuis trois semaines, a été pris de symptômes typhoïdes qui nous ont forcé de remettre l'opération à une époque plus favorable. Nous espérons que son état nous permettra de l'opérer jeudi prochain.

Amputation de la cuisse par suite d'une tumeur blanche du genou.

Pour terminer l'histoire du petit malade couché au n° 26 de la salle Saint-Côme, chez lequel vous nous avez vu pratiquer l'amputation de la cuisse droite pour une tumeur blanche du genou, nous devons vous dire qu'il est aujourd'hui en pleine voie de guérison. Sa plaie est entièrement cicatrisée, à l'exception d'un petit point fistuleux au fond duquel on sent, en y engageant un stylet, l'os qui est gonflé. Bref, nous avons tout lieu de craindre l'existence d'une nécrose de l'extrémité de l'os scié, quoique nous ayons employé tout le soin possible pour bien couper le périoste au moment de l'opération, sans en déterminer le décollement.

Deux cataractes congéniales opérées par abaissement.

Le petit malade qui était couché au n° 21 de la salle Saint-Côme, et chez lequel nous avons opéré par abaissement deux cataractes congéniales, quitte l'hôpital aujourd'hui, sans que nous soyons exactement fixé sur le résultat définitif de cette double opération.

Il y a six semaines qu'il a été opéré, et vous savez que depuis il nous a été impossible de l'engager à ouvrir les yeux. Cependant nous sommes en mesure de vous assurer qu'il a acquis la faculté de voir de l'œil gauche; mais étant cataracté de naissance, il ne se rend pas compte de ce qu'il voit, son œil n'ayant point l'habitude des objets. Ainsi, lui ayant demandé s'il apercevait quelque chose au moment où nous lui présentions notre montre, il nous a répondu *qu'il voyait un soleil*, sans doute parce que de tout temps on lui a représenté cet astre sous la forme d'un corps rond et luisant.

Nous avons donc tout lieu d'espérer qu'avec le temps il acquerra la faculté de bien voir de l'œil gauche; mais nous ne partageons pas cet espoir à l'égard de l'œil droit. Ici, en effet, la cornée est nuageuse, et il est impossible de distinguer l'état de la pupille et de l'iris.

Nous aurions pu garder cet enfant pendant encore quelque temps dans le service; mais sa bouche est malade, sa santé s'altère, il maigrit et est dans un état languissant. Si nous le retenions plus long-temps, nous nous exposerions à voir son état s'aggraver, et nous croyons préférable de l'envoyer respirer l'air de la campagne où il vit habituellement. Dans six semaines, un mois, ses parens nous le ramèneront, et alors nous pourrons connaître le résultat définitif de la double opération à laquelle il a été soumis.

Deux opérations de pieds-bots.

Aujourd'hui nous allons pratiquer devant vous la section du tendon d'Achille chez deux petites filles, une âgée de sept et l'autre de huit ans; toutes deux atteintes de pied-bot accidentel.

Chez la première, le pied-bot, qui existe à droite, est arrivé, au dire des parens, à l'âge d'un an, à la suite d'une paralysie survenue subitement: résultat probable d'une apoplexie; affection qui n'est pas si rare chez les enfans qu'on le pense généralement. Quoi qu'il en soit, l'hémiplégie droite est allée progressivement en diminuant, et la petite fille a fini par pouvoir marcher sur la pointe du pied. Nous espérons qu'après la section du tendon d'Achille, nous pourrons ramener le pied par l'application d'un simple bandage, sans le secours de la machine.

Chez la seconde, le pied-bot est arrivé à l'âge de seize mois, à la suite d'un accident que les parens ne savent pas bien expliquer. Ici, nous avons affaire à un pied-équin compliqué de varus. Aussi la section simple du tendon d'Achille ne suffira-t-elle point pour ramener le pied à sa direction naturelle; il nous faudra, de plus, opérer la section de l'aponévrose plantaire, qui est fortement rétractée. De plus, l'extenseur propre du gros orteil présente une rétraction assez prononcée pour que nous ayons à craindre d'être obligé d'en pratiquer la section. Il se pourrait enfin, que la section de l'aponévrose plantaire étant insuffisante, nous fussions obligé de couper également le tendon du jambier postérieur.

Au demeurant, nous commencerons par la section du tendon d'Achille, suivie de celle de l'aponévrose plantaire, qui suffiront apparemment pour faire cesser la difformité. Ce ne serait qu'en cas d'insuffisance que nous procéderions aux autres sections.

Parviendrons-nous, dans ce cas, à ramener le membre par l'application d'un simple bandage, et sans le secours de la machine? Cela est fort douteux; ce moyen ne réussissant d'ordinaire que dans les cas de pied-équin simple, sans complication de varus.

Note du Rédacteur. La section du tendon d'Achille et celle de l'aponévrose seulement, ont donné de suite un résultat capable de faire espérer la cessation de la difformité sans le concours de la section des tendons des muscles extenseurs propres du gros orteil et jambier postérieur.

Hydrocèle de la tunique à deux kystes; ponction.

Nous opérerons également aujourd'hui, un petit enfant qui porte une hydrocèle de la tunique, dont le début remonte à l'âge de dix-huit mois. Cette hydrocèle n'est pas congénitale, et le liquide ne rentre pas dans l'abdomen.

Nous nous proposons d'opérer par ponction et injection avec la teinture d'iode, contrairement à la conduite que nous tenons habituellement en pareil cas, et qui consiste dans la simple ponction. C'était d'ailleurs la conduite suivie par Dubois, qui voyait d'abord à réussir avec la simple ponction. Nous-mêmes nous avons réussi plusieurs fois à Bicêtre et à la ville, chez les enfans et les adultes.

Le liquide iodé sera composé dans les proportions de 16 grammes de teinture d'iode sur 125 grammes d'eau.

Note du Rédacteur. La ponction de cette hydrocèle n'a pas amené l'évacuation totale du liquide, et l'on n'a pas tardé à se convaincre que la tumeur était représ[entée par] deux kystes séparés, dont un seulement était vid[é]

l'autre restait à évacuer. La mobilité du deuxième kyste, occasionnée par la flaccidité de la bourse droite, arrivée consécutivement à l'évacuation du liquide contenu dans le premier kyste, n'a pas permis d'en opérer la ponction avec le troquart, que l'on a vainement tentée ; il a fallu recourir à la ponction avec le bistouri droit, et encore le liquide n'a pu être évacué qu'en exprimant fortement le kyste. Craignant que l'un des deux kystes ne communiquât avec le péritoine, M. Guersant a renoncé à l'injection.

Désarticulation du premier métacarpien.

L'opération d'hydrocèle a été suivie, chez un autre malade, de la désarticulation du premier métacarpien. Présumant n'avoir affaire qu'à une carie de la première phalange du pouce, sans participation de l'articulation métacarpo-phalangienne à la maladie, M. Guersant se proposait d'amputer dans cette articulation. Mais dès que la tête du métacarpien a été mise à nu, on a reconnu que le cartilage en était en partie détruit, et que la carie avait gagné la diaphyse de l'os. Force a été de procéder sur-le-champ à la désarticulation du métacarpien.

Nous reviendrons sur ce malade.

Deux opérations de taille bi-latérale.

Ces deux opérations seront pratiquées par M. Guersant jeudi prochain.

HOPITAUX IRLANDAIS.

Cas d'emphysème universel causé par une fracture des côtes. Mort. Autopsie. Par M. Houston, chirurgien de l'hôpital de la cité de Dublin. (*City of Dublin hospital.*)

Un homme âgé de quarante ans est reçu à l'hôpital le 6 mai dernier. Il venait de tomber d'une échelle, à huit heures du matin. Il présente une large contusion sur les cinquième et sixième côtes du côté gauche, et se plaint de douleurs intenses et de difficulté de respirer. L'accident est arrivé depuis une heure, et déjà toute la région blessée est emphysémateuse. L'emphysème s'étend sur toute la poitrine et l'abdomen, depuis l'aisselle jusqu'à la crête iliaque. A huit heures du soir, la face, les bras, le scrotum sont emphysémateux. Le malade se plaint de douleur intense dans le côté, tousse souvent, et son expectoration est sanguinolente.

On lui pratique une saignée de seize onces ; lavement purgatif ; bandage de corps sur le thorax. Dans le courant de la soirée, on le saigne encore, et le lendemain matin on lui pratique une troisième saignée comme la première. Les trois premiers jours se sont passés sans de nouveaux symptômes ; le malade paraît même aller un peu mieux, l'emphysème ayant diminué beaucoup, la respiration étant devenue plus facile, et le crachement sanguinolant avant complètement cessé. M. Houston fait remarquer que durant les trois premiers jours l'auscultation et la percussion ne donnaient aucun résultat sur l'état des poumons, à cause de l'emphysème. Il s'est assuré qu'aucun épanchement n'existait dans la poitrine. Alors le malade a été saisi de bronchite intense, râle sibilant ; la respiration s'embarrasse de plus en plus ; le malade devient faible, et il succombe presque subitement le sixième jour de son entrée.

Autopsie. On lie la trachée artère afin d'empêcher l'air des poumons de s'échapper. On divise les cartilages des côtes et l'on renverse le sternum avec ménagement, pour ne pas ouvrir la cavité de la plèvre. Il existe une grande quantité d'air dans le médiastin antérieur, et une petite extravasation de sang vis-à-vis le cartilage xyphoïde. Un autre épanchement sanguin se présente dans le tissu cellulaire voisin du péricarde. Le cœur et le péricarde sont bridés par des adhérences anciennes entr'eux, mais sans lymphe plastique récente. D'autres adhérences anciennes se remarquent sur les plèvres. Deux côtes, la cinquième et sixième, sont fracturées à quatre pouces de leurs têtes. La fracture de la sixième est très oblique, dans l'étendue de deux pouces. Le fragment postérieur de cette côte avait blessé le poumon, produit une lacération considérable de sa substance avec épanchement sanguin. Les alentours de la portion blessée du poumon ne sont pas plus enflammées que les autres parties. La substance des deux poumons, surtout du côté droit, est engagée et ramollie ; ce ramollissement est si grand que le poumon se déchire au moindre attouchement. Les bronches sont remplies de mucosité purulente. Deux ou trois dépôts cartilagineux existent dans le péricarde ; l'oreillette droite est remplie d'un caillot qui s'étend dans la veine cave inférieure, dans la cavité auriculo-ventriculaire droite et dans l'artère pulmonaire. Ce caillot présente une consistance extraordinaire, et fait présumer que sa formation a dû précéder la mort de long temps et contribuer en partie à cette fin.

L'auteur se demande de quoi ce malade est mort. Ce n'est certainement pas de l'emphysème ni de l'extravasation de l'air dans le tissu pulmonaire, ce fluide s'étant échappé au dehors avec facilité et infiltré dans le tissu cellulaire sous cutané. D'un autre côté, l'épanchement de sang a été trop faible pour pouvoir rendre raison de la mort. D'ailleurs, l'emphysème avait cessé lorsque la bronchite s'est déclarée. Pas d'emphysème pulmonaire, pas de pneumonie, ni de pleurite, ni de péricardite. Il n'y a donc, selon l'auteur, que la congestion pulmonaire qui mérite l'attention sous le point de vue dont il s'agit.

(*Dublin medical Press*, 29 juillet 1840.)

Fracture de l'avant-bras, non réunie, traitée avec succès à l'aide du séton placé en dehors de la fausse articulation. Par M. Donovan, chirurgien au dispensaire Skibbereen.

Mary Driscoll a été reçue au dispensaire le 1er février 1840, pour être traitée d'une fracture de l'avant-bras, existant depuis trois mois, et arrivée par suite d'une chute sur la main.

A l'examen, on trouve dans le milieu de l'avant-bras une fracture transverse des deux os ; la mobilité sur ce point est très grande ; les fragmens inférieurs peuvent être portés à angle droit avec les supérieurs. Dans la pronation, la main tombe tout à fait en bas, les muscles n'opposant aucune résistance. Dans la supination, l'avant-bras pend en arrière de la même manière. Il s'ensuit une grande difformité par suite de la saillie du fragment inférieur sous la peau ; la main était d'ailleurs dans l'impuissance complète. La femme avait été traitée par une personne étrangère à la médecine, moyennant un appareil qui était resté en place trois semaines. M. Donovan l'a opérée de la manière suivante.

Il a passé à l'aide d'une aiguille un large séton, immédiatement sur le siége de la fracture et transversalement, depuis le bord interne du radius jusqu'au bord externe du cubitus. Il a placé le membre dans des attelles percées sur plusieurs endroits, afin de faciliter l'écoulement du pus.

Le 3 février, on examine le membre : il est très enflammé ; l'endroit du séton est excorié sur plusieurs points par l'action irritante du pus. Dans le trajet du séton les muscles sont gonflés et durs. On replace l'appareil.

Le 15 février, on l'examine de nouveau : il est toujours enflammé ; les plaies suppurent beaucoup ; la mobilité dans la fausse articulation est beaucoup moindre.

Le 22 février, le gonflement et la rougeur sont beaucoup moins prononcés, les tissus dans le trajet du séton sont plus épais, on sent un cal ferme autour de la fracture ; les fragmens n'offrent plus de mobilité.

Le 29 février, l'inflammation est presque dissipée ; peu de pus par les plaies du séton ; immobilité des fragmens de la fracture ; retour rapide des fonctions de la main. Guérison parfaite. (*Ibid.*, 5 août.)

— L'auteur passe en revue les différens procédés conseillés pour la cure des articulations surnuméraires, et trouve pour chacun des inconvéniens ou des dangers plus ou moins grands, sans en exclure le séton passé entre les fragmens. Il n'en est pas de même, dit-il, du séton passé en dehors de la capsule accidentelle de la fausse articulation, qu'il croit innocent et plus efficace que les autres procédés.

Coxarthrocace traité avec succès à l'aide du mercure ; par M. Bellingham, chirurgien à l'hôpital Saint-Vincent.

James Pighe, âgé de dix ans, scrofuleux, cheveux roux, yeux bleus, a été reçu le 19 mars 1840 pour être traité d'une maladie de la hanche gauche existant depuis six ans, et accompagnée de trois pouces de raccourcissement du membre ; la jambe et la cuisse sont ulcérés, le genou est dans la demi flexion forcée. Depuis six semaines, il éprouve de la faiblesse au le membre droit, et, il y a quinze jours, ses béquilles ayant glissé, il était tombé. Dès ce moment, il se plaint de douleur à la hanche droite, plus intense la nuit que le jour ; il ne peut se soutenir sur ce membre. Il a éprouvé un jour seulement des douleurs dans le genou ; il accuse de la souffrance quand on comprime la tête du fémur dans l'articulation, ou si l'on presse vers le grand trochanter ou à l'aine ; il a beaucoup maigri et a perdu l'appétit ; la fesse est aplatie, mais on ne peut faire aucune comparaison avec l'état de l'autre membre. La mère a déclaré que depuis quinze jours il se plaint toute la nuit, et présente exactement les mêmes symptômes qu'il avait offerts de l'autre côté.

M. Bellingham prescrit le repos au lit, et une pilule matin et soir composée de deux grains de calomel et un demi-grain d'opium.

Le 20 mars, il a mieux dormi que dans la dernière quinzaine.

Le 21, garderobe déterminée par les pilules ; pas de souffrances la nuit dernière.

Le 23, il se lève un peu et marche avec des béquilles. La compression avec les doigts ne détermine plus de douleurs ni à l'aine ni dans l'articulation.

Le 25, sa bouche est affectée ; plus de douleurs la nuit ; sommeil réparateur. Gargarismes alumineux ; une seule pilule par jour.

Le 26, la bouche est mieux. Deux pilules par jour.

Le 28, il supporte la douleur occasionnée par la pression de la tête du fémur contre la cavité cotyloïde.

Le 2 avril, l'enfant est beaucoup mieux, mais la bouche est plus affectée. On discontinue l'usage des pilules.

Le 6, il se promène sans béquilles ; plus de douleur dans aucun endroit ; bouche presque guérie ; appétit bon. On lui prescrit encore le repos au lit.

Le 9, pas de douleur dans les mouvemens de l'articulation ; ganglion hypertrophié à l'aine, qui devient douloureux. Deux sangsues sur ce point.

Le 11, érysipèle à l'aine, douloureux au toucher. Potion composée de deux grains de tartre stibié dans quatre onces d'eau distillée, à prendre une petite cueillerée à chaque heure.

Le 14, l'érysipèle disparaît. On suspend le tartre stibié.

Le 18, l'enfant est resté jusqu'à présent dans le lit ; il est tout-à-fait bien et marche fort bien à l'aide de béquilles.

On le congédie en l'engageant à exercer son membre au moins quinze jours. (*Ibid.*, 3 juin.)

— L'auteur rappelle les belles cures obtenues par M. O'Beirne, à l'aide de cette méthode, et celles du docteur Graves, surtout dans des cas désespérés de coxarthrocace scrofuleux. On sait que M. Lisfranc a obtenu aussi d'excellens résultats à l'aide du même moyen ; mais on conçoit que l'usage continué de l'opium pourrait avoir des inconvéniens sérieux sur des enfans surtout prédisposés aux congestions cérébrales. Ce médicament d'ailleurs n'est pas nécessaire, la doctrine des Anglais étant tout-à-fait fausse dans cette union avec le calomel.

Infiltration urinaire par rupture de la paroi antérieure de l'urètre. Par M. Trant.

Un individu d'âge moyen, robuste, a été reçu à l'hôpital pour être traité d'une extravasation urinaire existant depuis quelques jours. Sa physionomie est affaissée ; teint jaune, pouls faible ; langue sèche et noire au centre ; peau couverte de sueur visqueuse, sentant fortement l'urine ; respiration courte et fréquente ; hoquet de temps en temps. La partie inférieure de l'abdomen, depuis les aînes jusqu'à l'ombilic, est de couleur noire, un peu gonflée et œdémateuse, offrant au toucher la crépitation propre aux infiltrations urinaires. Le périnée est gonflé et tendu. Une circonstance insolite cependant a été remarquée, c'est qu'au milieu d'une extravasation aussi considérable le scrotum et le pénis conservaient leur état normal, n'étant pas infiltrés par le liquide ; seulement le scrotum était légèrement excorié en avant. La maladie avait été précédée d'un rétrécissement de l'urètre et de difficulté pour uriner, puis de rétention presque complète pendant quatre jours. Dans des efforts que le malade avait faits pour vider la vessie, l'urètre s'était déchiré, et il avait senti la vessie se vider, sans pourtant rendre d'urine. Peu de temps après, il accuse un sentiment de chaleur douloureux à la partie inférieure de l'abdomen. Le lendemain, la même sensation se manifeste au périnée ; l'épanchement abdominal s'est étendu considérablement de bas en haut.

On pratique une incision au périnée, qui donne issue à un liquide urineux brun, très fétide. On scarifie les parois abdominales où l'on voit manifestement l'urine infiltrée dans le tissu cellulaire. Fomentations vineuses et anodynes. Le malade est allé en empirant et a fini par succomber.

A l'autopsie, on a trouvé que l'urètre était déchiré à sa paroi supérieure au dessous du ligament sous-pubien, circonstance qui a paru expliquer la marche ascendante de l'infiltration et l'intégrité du scrotum et du prépuce. La pièce pathologique a été présentée à la société chirurgicale d'Irlande, et a donné lieu à une discussion.

M. Porter considère la rupture urétrale dans ce cas comme le résultat d'une distension excessive de ce canal. Pour expliquer cependant la circonstance rare de la rupture de la paroi antérieure, il présume l'existence d'un abcès sur ce point, hypothèse qui lui paraît justifiée par une petite fossette qui existe en dehors de la déchirure. M. Trant ne peut adopter cette opinion. Ayant examiné attentivement le canal de l'urètre durant la vie, il n'a découvert aucune grosseur qui ait pu lui faire soupçonner l'existence d'un abcès. L'examen de la pièce pathologique, d'ailleurs, ne lui paraît pas autoriser une pareille présomption.

M. Porter croit voir les traces de l'abcès dans le corps caverneux.

M. Houston examine attentivement la pièce ; il trouve une simple fente longitudinale dans la paroi supérieure de l'urètre, mais pas d'ulcérations ni de trace manifeste d'abcès. Le tissu cellulaire environnant la fente est rugueux et de couleur noire.

M. Hargrave croit, comme M. Porter, à l'existence d'un abcès, d'après une petite cavité remplie de lymphe plastique qu'il croit y voir ; mais la circonstance la plus remarquable du fait lui paraît résulter du siége insolite de la rupture et du mode dont l'infiltration urinaire s'est opérée.

M. Trant pense que la marche ascendante de l'urine a été favorisée par la position couchée du malade. La rupture de l'urètre, au reste, s'est opérée subitement, sans douleur ni gonflement préalable.

M. Adams fait remarquer que les circonstances dignes d'attention dans le fait, sont :

1° L'existence du rétrécissement à la partie antérieure de l'urètre ;

2° La dilatation de la portion postérieure ;

3° La rupture de la portion dilatée ;

4° L'extravasation de l'urine, d'abord dans la paroi abdominale, ensuite dans la paroi périnéale, sans intéresser le scrotum ni le pénis. Il ajoute que dans un cas qu'il a observé, l'extravasation urinaire s'est opérée dans le corps caverneux, et a donné lieu à une érection douloureuse qui s'est continuée jusqu'à la mort.

M. Harrisson rappelle une préparation consignée dans le muséum du collége, et qui est relative à un sujet qui avait essuyé une infiltration dans les corps caverneux. Il en est résulté un priapisme et une violente inflammation du pénis. Les corps caverneux sont tombés en gangrène et se sont séparés complètement. L'urètre et le gland seuls, couverts de la peau, sont restés de tout le pénis. L'individu guérit de cette maladie.

M. Houstan a observé un cas d'infiltration urinaire qui s'est fait jour dans le rectum et à la marge de l'anus ; ces parties sont tombées en gangrène et l'individu est mort.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 6 octobre.

M. le Président annonce que l'Académie possède dans son sein M. le professeur Otto, de Breslau, correspondant de la Compagnie. M Otto est prié de signer la feuille de présence, et de prendre place à côté des membres du bureau.

— *M. Lassaigne*, professeur de chimie à l'Ecole d'Alfort, lit une note sur une modification qu'il vient d'apporter à l'usage de l'appareil de Marsh. Cette modification consiste à faire passer le courant d'hydrogène arsénié dans une solution de nitrate d'argent. Il prévient de la sorte toute déperdition de l'arsenic et peut découvrir des quantités extrêmement minimes de ce métal.

D'après la proposition de M. Pelletier, l'Académie a décidé que le bureau nommerait une commission pour constater l'exactitude du procédé indiqué par M. Lassaigne, avec M. Lassaigne lui-même.

— *M. Orfila* lit un mémoire sur la mort par suspension. Il commence par déclarer qu'il a été conduit à s'occuper de cette question depuis l'affaire jugée dernièrement, concernant un fils et une belle-mère qui avaient assassiné en l'étouffant leur père et mari, puis pendu le cadavre.

M. Orfila ayant été consulté officieusement par M. le procureur du roi, et par M. Rigal de Gaillac, qui avait rédigé un mémoire en faveur des accusés, a déclaré que l'individu avait dû être pendu après la mort, s'appuyant pour ce jugement sur ce que d'une part les pieds du cadavre touchaient le sol, que son corps ne pesait pas perpendiculairement sur la corde, et que la première vertèbre cervicale avait été trouvée luxée sur la seconde.

Selon M Orfila, une pendaison volontaire n'est jamais suivie de luxation vertébrale, surtout lorsque les pieds ne quittent pas le sol.

Après avoir raconté les circonstances de ce fait, déjà connu par les détails publiés dans les journaux, M. Orfila s'appesantit sur les preuves morales de cette affaire, preuves qui ont probablement éclairé son esprit et facilité le jugement qu'il en avait porté, il reproduit les conclusions du docteur Rigal, qu'il regarde bien entendu, comme erronées, et s'applaudit de la justesse de son jugement, qui a été confirmée plus tard par l'aveu même des accusés condamnés à mort.

Dans un second cas analogue que cite M. Orfila, le docteur Rigal a eu aussi le malheur de se trouver en dissidence avec le célèbre chirurgien Orfila, et le triomphe a été pour ce dernier. Vient ensuite M. Devergie, dont les présomptueuses opinions, contraires à celles de M. Orfila, ont été à leur tour justiciées par M. le doyen.

Après ces préliminaires, M. Orfila est entré en matière en se proposant de prouver que dans aucun cas de pendaison volontaire, la luxation, ni la fracture, ni la rupture des ligamens des vertèbres cervicales n'est possible, et qu'en conséquence toutes les fois que sur un cadavre de pendu on rencontrait une ou plusieurs vertèbres cervicales luxées ou fracturées, ou des ligamens de la même région rompus, on pouvait être certain qu'il ne s'agissait pas d'un suicide, mais bien d'un homicide, attendu que, selon la chirurgie de M. Orfila, ces lésions ne peuvent arriver sans que des violences aient été exercées sur l'individu!

Pour décider cette question, M. Orfila a fait pendre un certain nombre de cadavres (18), d'âge et de sexe différens, depuis *quatre heures après la mort* (1), jusqu'à trente-six heures. Les uns ont été pendus simplement, sans subir de flexions sur le tronc et la tête; les autres en subissant des tractions; d'autres enfin, en recevant des flexions violentes au tronc et à la tête. Ces derniers seuls ont présenté des luxations entre la première et la seconde vertèbre, la rupture de l'apophyse odontoïde, la fracture de quelques vertèbres sous-jacentes ou la rupture de plusieurs ligamens. Les autres cadavres n'ont rien présenté de pareil. Quelques épreuves ont été faites aussi par l'auteur sur des cadavres d'enfans et de chiens.

Ces faits exposés, M. Orfila se livre à une discussion anatomique excessivement savante sur les ligamens et capsules de la colonne cervicale, sur la disposition des apophyses des vertèbres, sur la force relative de toutes ces parties suivant les âges, sur la moelle cervicale et autres choses analogues qui ont frappé d'étonnement les chirurgiens et anatomistes présens.

Ces quelques expériences ont paru suffisantes à M. Orfila pour décider la question, et il s'est fait fort d'aplanir toutes les difficultés qui se sont présentées à son esprit. D'abord, il s'est demandé si les choses se passeraient sur le vivant comme sur le cadavre? Si par la pendaison accompagnée de fortes tractions sur le cadavre la luxation, la fracture, la rupture des ligamens sont impossibles, à plus forte raison sur le vivant, a-t-il dit. Mais l'observation de Chaussier, celle de Petit concernant un enfant soulevé par les deux côtés de la tête, celles de plusieurs autres observateurs? Tout *cela n'a pas le sens commun* (expression de M. Orfila). Donc, etc. Suit une série d'une vingtaine de conclusions comme de coutume. Cette lecture a occupé les trois quarts de la séance.

M. Duméril déclare qu'il ne peut approuver la thèse soutenue par M. Orfila. En 1812, lorsque je suis entré, dit-il, au service dans les hôpitaux, je passais un jour, à la Maison de Santé, ma visite avec mon beau-frère et mes internes. Je trouve dans une salle un nouveau malade: je l'examine, je ne lui reconnais aucune maladie; il a parlé avec moi, et rien ne m'a fait soupçonner que sa raison fût dérangée. Je continue ma visite: j'étais à peine passé dans une autre salle que l'interne accourt, m'annonçant que l'individu venait de se pendre à la corde de son lit: j'avais peine à le croire; nous accourons et nous le trouvons effectivement pendu, la tête fléchie en avant et latéralement, le pied touchant complètement le lit. Je me suis hâté de couper la corde. Nous lui avons porté tous les secours possibles; rien n'a pu le rappeler à la vie. A l'autopsie, nous avons trouvé la seconde vertèbre cervicale luxée sur la première; les ligamens odontoïdiens étaient rompus, l'apophyse odontoïde avait glissé par dessous le ligament transverse, et la luxation s'était opérée.

Ce fait, ajoute M. Duméril, prouve précisément le contraire de ce que vient d'établir M. Orfila. Les pieds touchaient le lit, tout le poids du corps n'avait pu agir, et pourtant la luxation s'est opérée, et les ligamens se sont rompus. (Sensation profonde. Hilarité générale.)

M. Orfila répond avec un certain embarras: L'autopsie a-t-elle été faite par vous même?

M. Duméril. Oui, par moi-même! (On rit.)

M. Orfila. Ce fait est unique. (On rit encore.)

Au reste, je n'ai pas dit que la chose était impossible... (Eclats de rire.)

M. Duméril. Je conçois en conséquence que dans le cas du département du Tarn, dont vous avez parlé, l'individu pouvait s'être pendu lui-même, présenter les pieds sur le sol et la première vertèbre luxée.

M. Velpeau. Ce que vient de dire M. Orfila, relativement à la plus grande difficulté de la luxation chez le vivant, n'est pas exact. Déjà M. Duméril vient de citer un fait contraire aux assertions de M. Orfila; il serait facile d'en trouver d'autres. Le contraire de ce que vient d'établir M Orfila est d'ailleurs prouvé pour toutes les luxations. On sait, en effet, qu'elles sont plus faciles sur le vivant que sur le cadavre, par cette raison que l'action musculaire concourt puissamment à favoriser le déplacement commencé par une cause traumatique. La luxation du bras, par exemple, est très facile sur le vivant; de légères violences extérieures la produisent. Sur le cadavre, au contraire, elle est très difficile; c'est qu'il n'y a pas là l'action musculaire qui achève le déplacement commencé. Il en est de même au cou. Par conséquence de ce que vos manœuvres sur le cadavre pendu n'ont pu, par exemple, luxer les vertèbres, il ne s'en suit pas qu'il doit en être de même sur le vivant, et vous n'êtes pas autorisé à tirer la conclusion que vous avez établie.

Un membre, M. Duval, demande tout bas à M. Orfila: Avez vous vu pendre?

M. Orfila. Non.

M. Amussat fait part d'une lésion particulière qu'il a rencontrée chez un pendu. C'est la rupture des tuniques interne et moyenne des artères carotides. Ayant pendu des cadavres, il a retrouvé la même lésion, avec cette différence que dans le premier cas il y avait ecchymose à l'endroit de la rupture, tandis qu'il n'y en avait pas dans le second.

M. Gimelle raconte avoir examiné dernièrement un invalide qui venait de se pendre à la corde de son lit; le cadavre a offert des signes certains d'une spermatisation, mais sans érection ni congestion dans le pénis.

M. Dupuy fait remarquer que, selon lui, l'ecchymose laissée par la corde et à laquelle M. Orfila paraît attacher une grande importance ne prouve pas que la pendaison s'est faite durant la vie, car elle peut avoir lieu, comme effet cadavérique. Il cite quelques expériences en faveur de son opinion.

M. le Président remercie M. Orfila de sa communication. Aucun membre n'a demandé l'insertion du travail chirurgical de M. Orfila dans les fascicules!

M. Orfila quitte de suite la salle en remportant son manuscrit.

— *M. Gimelle* rend compte à l'Académie, au nom d'une commission dont il était membre, de l'examen que cette commission vient de faire du malade de M. Sédillot, amputé dans l'articulation coxo-fémorale et guéri. C'est, dit il, le second cas de guérison obtenue en France de cette terrible opération. Le premier est celui de M. Baudens, dont le sujet, déjà présenté à l'Académie, se trouve aujourd'hui aux Invalides.

Séance levée.

(1) Il est cependant formellement défendu par les règlemens de police, de toucher à un cadavre avant l'expiration de vingt-quatre heures après le décès.

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22 24.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 86.

SAMEDI 10 OCTOBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 120, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5[illegible]

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Bégin.

Extraction d'un corps étranger de l'articulation du genou.

M. Bégin a pratiqué, le lundi 5 octobre, l'extraction d'une concrétion fibro-cartilagineuse, développée dans l'articulation du genou. Voici le commémoratif et l'état actuel du sujet :

Le 13 septembre dernier, est entré à la salle 21, lit 24, le nommé Guigue, sapeur-pompier, âgé de vingt-quatre ans, doué d'une bonne constitution, et jouissant d'une parfaite santé. Cet homme porte un corps étranger dans l'articulation fémoro-tibiale droite, dont l'époque du développement est inconnue, puisque lorsqu'il s'est aperçu de son existence, il y a actuellement six mois, ce corps avait déjà, au dire du malade, le volume d'une petite noisette. Aucune violence extérieure ne peut être invoquée pour expliquer le développement de cette concrétion; car le malade n'a pas fait de chute, n'a pas reçu de coup; son articulation, en un mot, n'a essuyé aucune violence. Le développement progressif de ce corps a commencé à une certaine époque à déterminer de la gêne dans la marche, et quelques douleurs, quelquefois instantanées et violentes, d'autres fois légères mais prolongées, et cela principalement après de longues courses, à la suite desquelles du liquide, au dire du malade, s'accumulait dans l'articulation, et en disparaissait par le repos.

Aujourd'hui, le corps occupe la partie interne de la rotule, et tout autour du bord interne de cet os, parcourt toute la moitié gauche de l'articulation.

Il paraît avoir le volume d'un marron, mais c'est là les dimensions qu'on lui suppute; car, grossi par les tissus qui l'enveloppent, il présente à présent le volume d'un gros œuf de pigeon. Il ne s'engage pas sous le côté de la rotule; mais inférieurement il s'insinue au-dessous du ligament rotulien inférieur et de la partie la plus déclive de cet os. Lorsqu'il occupe ce dernier point, le mouvement de flexion de la jambe est limité à l'angle droit, et ne peut être porté plus loin. Nous devons dire qu'il a une très grande tendance à se porter sur ce point, ce qui se comprend, vu sa déclivité; mais ce qui pourrait également s'expliquer par suite de l'existence d'adhérences qui l'y entraînent lorsque le corps occupe la partie latérale de la rotule, le mouvement de flexion de la jambe est complet.

Voilà en deux mots le commémoratif de ce malade; nous croyons devoir reproduire le résumé des considérations pathogéniques et cliniques dont M. Bégin a fait précéder l'opération.

Les corps étrangers des articulations, dit M. Bégin, sont des productions fort singulières dont l'origine est obscure, la texture variable, et qui paraissent se développer spontanément d'ordinaire, car dans l'histoire des malades qui en sont affectés, on ne rencontre jamais un accident traumatique qui puisse être invoqué comme ayant présidé à leur formation. Quoi qu'il en soit, on n'a pas manqué d'invoquer le concours d'une cause extérieure pour expliquer ce développement, et on a pensé qu'elle consistait tantôt dans un froissement de l'articulation, tantôt dans une contusion suivie d'un épanchement sanguin, dont la partie séreuse simulait d'abord, en se séparant du cruor, une hydartrose, et dont les principes concrescibles, prenant une texture, représentaient primitivement ces corps étrangers.

Après avoir démontré combien cette opinion est peu probante, puisque d'ordinaire le développement de ces corps est spontané, nous devons vous rappeler que Dupuytren les considérait comme des végétations sous-synoviales formées par une portion du tissu cellulaire graisseux sous-synovial qui avoisine en si grande quantité cette articulation; tissu cellulaire qui se durcissant sur un point, formait une tumeur qui d'abord était peu proéminente du côté de l'articulation, mais qui devenait de plus en plus saillante, à cause de la résistance qu'elle rencontrait de la part des tissus extra-articulaires pour se porter au dehors, et qui ensuite s'éloignent de plus en plus de la surface synoviale en s'engageant dans la cavité articulaire, de manière à ne plus adhérer à son ancien siége que par une longue bride, représentée par un pli synovial qui avait fini lui-même par ne plus exister, ainsi que cela s'observe dans les cas où ces corps étrangers sont libres. Ce qui semble confirmer l'explication donnée par Dupuytren relativement au mode de développement de ces corps, c'est que lorsqu'ils sont entièrement libres, sans adhérence aucune, on trouve sur l'un des points de leur surface une cicatrice, sorte d'ombilic, qui paraît témoigner de l'existence passée des brides qui unissaient le corps à la surface de la synoviale.

La texture de ces corps n'est pas toujours identique. Il en est, entre autres, qui sont fibro-cartilagineux, ce qui a fait croire qu'ils tiraient leur origine de la rupture des fibro-cartilages articulaires. Cela n'est pas vraisemblable pour la généralité des cas; cependant, dans quelques cas exceptionnels, les choses paraissent se passer réellement ainsi. A Metz, nous avons donné des soins à un canonnier qui, dans une chute violente, eut une plaie de l'articulation du genou. Il éprouva un léger degré de commotion au moment de l'accident, de manière qu'il ne pouvait en rendre compte, ni dire comment le genou avait été blessé. Au bout de quelques jours, les accidens inflammatoires formidables qui étaient survenus étant calmés et le genou ayant beaucoup perdu de son volume, nous reconnûmes que l'articulation renfermait à sa partie inférieure un corps étranger. Notre pensée première fut que ce corps venait de l'extérieur, et nous nous déterminâmes à en faire l'extraction; ce ne fut pas sans quelque surprise que nous fîmes l'extraction d'une portion d'os recouverte en partie de cartilage.

Les accidens que la présence de ces corps étrangers occasionne, sont variables. Quelquefois il n'y en a pas. Ces cas sont rares. En général, ils occasionnent quelques douleurs et apportent de la gêne dans l'accomplissement des mouvemens de l'articulation. Il est des circonstances où les douleurs deviennent assez violentes pour déterminer quelquefois la syncope; c'est lorsque, comme au genou, par exemple, le corps se glisse entre les surfaces articulaires; hors ce cas, la douleur ne survient d'ordinaire qu'à la suite des marches prolongées, pénibles. D'ailleurs, l'articulation s'enflamme alors plus que d'ordinaire, et il se forme une hydarthrose : c'est ce que présentait le malade au moment de son entrée.

La chirurgie a employé beaucoup de moyens contre les concrétions articulaires. On conseille de les abandonner quand elles ne sont pas douloureuses; mais alors on a cherché à les fixer au moyen de bandages appropriés : il suffit d'avoir assisté à un essai de ce genre pour être convaincu de l'insuffisance d'un tel moyen et de la presque impossibilité d'atteindre le but auquel on vise. La compression n'est pas plus efficace pour en provoquer la résorption. Il y a quelques mois que l'on a conseillé les ponctions sous-cutanées (scarifications), dans le but de provoquer l'adhérence du corps étranger à un point de l'articulation où sa présence est incapable de nuire aux mouvemens de cette articulation. On seconde, bien entendu, cette opération de tous les moyens capables de maintenir le corps sur le point où l'on veut le fixer. Le résultat que l'on peut espérer de cette opération ne vaut pas le danger très grave que l'on fait courir au malade; mieux vaut, selon nous, une plaie articulaire franche, qui dispense de tourmenter l'articulation et qui débarrasse sûrement le malade de son infirmité.

L'opération sanglante est donc la meilleure marche à suivre; mais cette opération n'est ni sans importance, ni sans danger. Pour vous faire comprendre combien les suites de cette opération peuvent devenir graves, nous vous dirons qu'un malade, qui était venu à l'Hôtel-Dieu consulter Dupuytren pour un de ces corps siégeant dans une des articulations du pied, en fut débarrassé en notre présence, séance tenante, et que la plaie ayant été un peu

FEUILLETON.

SUR L'APPAREIL AMIDONNÉ; par M. le docteur SEUTIN.

(Suite du n° précédent.)

[illegible]es mains, bien certainement, mèneraient une fracture à bien, [illegible]les pouvaient exercer leur action sur un membre depuis le [com]mencement jusqu'à la fin du traitement, parce qu'elles seraient [touj]ours prêtes à harmoniser leurs tractions avec la diversité des [circ]onstances qui pourraient se présenter. Mais quelle ridicule [prét]ention que celle de vouloir que des liens placés de distance [en d]istance sur le membre, puissent opérer les mêmes effets ! Il [doit] y avoir ici une immense différence dans les résultats, car les [deux] sont complètement hétérogènes, et possèdent une puissan[ce qu]i est celle de l'*activité* pour le premier, et de simple résis[t]ance pour le second.

Comme les moyens contentifs mécaniques sont nécessairement entachés d'une imperfection inhérente à leur nature, il faut seconder, favoriser les résultats qu'ils sont appelés à réaliser, et renforcer leur action en la répartissant sur un plus grand nombre de points de la surface malade. Ce serait une folie de prétendre que parce que deux mains agissant à distance sur un membre fracturé peuvent restituer les os dans leur état naturel, il ne faut que deux liens appliqués sur les mêmes endroits pour opérer les mêmes effets. Si deux mains suffisent souvent pour produire la coaptation, n'est-il pas vrai que trois mains, quatre mains et plus, appliquées sur une surface plus large et dans le même sens, non-seulement n'empêcheront pas la réduction, mais la favoriseront et la rendront encore plus sûre ? N'y a-t-il pas même des cas où il est impossible de faire avec deux mains ce que l'on fait avec quatre? Pourquoi donc, puisque votre appareil ne peut point vous garantir qu'il remplira l'office de deux mains, ne le disposez-vous pas de manière à ce qu'il puisse imiter du moins l'action de quatre, de six, de dix mains, de manière à ce que la puissance faible et incertaine dont il est doué soit ainsi corrigée par la multiplicité des points ou surfaces qui doivent l'exercer? Pourquoi, en un mot, au lieu de *tirer* sur quelques parties seulement du membre, n'appliquez-vous pas vos moyens contentifs sur toute son étendue, en leur donnant la forme d'une coque circulaire?

Cette supériorité de l'appareil présentant la forme des parties lésées sur ceux qui ne font qu'agir sur quelques points isolés, est tellement palpable, tellement évidente, que M. Mayor lui-même, malgré toutes les idées qu'il émet sur l'identité indispensable des efforts opérés par les appareils avec les tractions exécutées par la main, a été forcé comme malgré lui de modifier insensiblement son hyponarthrécie dans ce sens. Qu'est-ce, en effet, que la gouttière en fil de fer fermée sur le devant par des liens amidonnés, sinon un acheminement évident vers la forme ronde que doit nécessairement affecter un bon appareil à fractures? Il y a loin de ce dernier procédé de M. Mayor à celui que représentaient ses anciennes attelles plates et ses bandes de direction. C'est à tel point, que ce praticien a eu le plus grand tort, selon moi, de parler de l'action de la main à propos de sa gouttière en fil de fer; car, si ses anciennes planchettes accompagnées de leurs moyens de traction pouvaient, jusqu'à un certain point, être assimilées à cet organe, il n'en est plus du tout de même de ses procédés récens qui tendent à se rapprocher de ceux que je préconise depuis plusieurs années.

M. Mayor impose pour troisième condition, à un bon appareil de contention pour les fractures, *de ne léser en aucune manière les parties molles.* Il considère dans les ruptures osseuses deux élémens : l'élément osseux, et l'élément résidant dans les parties molles. Il considère ce dernier élément comme donnant presque constamment à lui seul la mesure de la gravité de l'affection, et il ne regarde sous ce rapport la lésion osseuse que comme étant souvent tout à fait accessoire. Je suis parfaitement de l'avis de M. Mayor pour ce qui regarde ces points de doctrine. J'admets comme lui que les parties molles réclament la plus grande attention de la part du chirurgien; mais comme lui aussi, je pense que les fragmens osseux déplacés peuvent agir d'une manière funeste sur les chairs, et qu'il est important de les replacer immédiatement dans leur position normale. Or, la sûreté de la coaptation dépend de l'efficacité du moyen contentif; d'où il résulte que la question de la lésion des parties molles se rattache à la question de la plus ou moins grande aptitude du bandage à maintenir la réduction d'une manière convenable.

M. Mayor paraît assez convenir de cela; mais, dit-il, il faut toujours subordonner le traitement de la lésion osseuse à celui des parties molles, et à la rigueur même, abandonner le premier pour se livrer au second. Ceci ne me paraît applicable que pour les cas extrêmement graves; car dans tous les autres, il me répugne de considérer les fractures comme des affections dans lesquelles il serait permis de faire, pour ainsi dire, abstraction dans le traitement de la lésion essentielle et principale, de la lésion qui donne son nom à la maladie. Il regarde les ruptures osseuses comme des affections le plus souvent complexes, il est vrai, mais dont tous les désordres ont entre eux les liaisons les plus intimes; de manière qu'une lésion quelconque des parties molles accompagnant une fracture, ne me paraît plus devoir être placée sur la même ligne, ni exiger le même traitement que si elle était exempte de la concomitance de l'altération osseuse. Et c'est en ce point que je diffère d'opinion avec M. Mayor.

Je dis donc, pour mon compte, que dans l'immense majorité des cas de fractures, il faut veiller de bonne heure à obtenir une bonne coaptation, mais qu'il faut chercher à l'opérer tout en mettant en usage le traitement le plus convenable pour les parties molles. J'ajoute qu'il faut alors traiter ces parties molles par les moyens qui s'allient le mieux avec ceux que réclame l'état de l'os.

Ceci étant posé, je nie formellement que la gouttière en fil de fer garnie de son coton puisse opérer une coaptation aussi exacte que celle produite par le bandage amidonné. Jamais cette gouttière ne pourra fournir aux parties molles un soutien aussi parfait, aussi approprié à la conformation du membre, aussi favorablement disposé à résister à toutes les causes de déplacement que la coque bivalve représentée par mon bandage. On a beau dire, mais il est impossible de façonner le fil de fer de manière à le modeler sur toutes les inégalités du membre; pour y parvenir jusqu'à un certain point, il faudrait essayer à diverses reprises le treillis sur les parties, remuer pour cela un grand nombre de fois des organes endoloris, et même après s'être livré à toutes ces manœuvres la rigidité du fil de fer empêcherait de lui communiquer de très petites courbures, surtout lorsqu'on lui a donné la forme d'une espèce de réseau, empêcher toujours que les petites sinuosités du membre soient exactement emboitées par lui; tandis que le carton légèrement mouillé et les bandes amylacées se moulent sur les ondulations les plus minimes de la surface des parties. Le coton qu'on interpose entre le membre et le treillis de fil de fer remédie, dit-on, à ces inconvéniens apportés par le peu de flexibilité de ce moyen de contention, et régularise son action inégale sur les tissus. Cela est vrai jusqu'à un certain point; mais ce qui est faux, c'est que jamais cette rectification soit suffisante pour donner à l'appareil de M. Mayor des propriétés contentives aussi efficaces que celles que possède le mien : car il est impossible au praticien d'apprécier toujours au juste quelle est la quantité de coton qu'il faudra placer sur les différens endroits de la gouttière, pour qu'elle supporte partout avec la même égalité et la même résistance les contours accidentels du membre.

Mais, répliquera M. Mayor, le coton étant élastique, se déprimera dans les endroits de la gouttière sur lesquels appuieront spécialement les saillies des parties molles, pendant que partout

fatiguée parce que la concrétion qui n'avait pas été bien fixée s'était échappée, il survint des accidens arthritiques graves au point d'entraîner la mort. Nous connaissons un cas appartenant à un chirurgien que nous ne voulons pas nommer, dans lequel l'opération a été suivie d'une raideur du membre, sinon d'ankylose, après avoir fait courir à l'opéré les plus grands dangers. Il faut donc hésiter avant de se déterminer à l'opération, et la réserver exclusivement pour les cas où l'on a à craindre le progrès des accidens inflammatoires ou autres actuellement existans, et les effets de la chronicité du mal.

Lorsque l'on procède à l'opération, le premier soin que l'on ait à prendre est de bien fixer le corps afin qu'il ne s'échappe point ; ce qui obligerait de faire des manœuvres qui en retarderaient l'accomplissement, et de tourmenter la plaie, ce qui est fort dangereux. Dans le cas qui nous occupe, le corps étant à la partie interne de l'articulation, nous le fixerons en bas ; ce serait une erreur de le fixer en haut ; car là, outre les tissus articulaires et la peau, on aurait à inciser les fibres du muscle vaste interne. Pour mieux fixer le corps, la peau sera fortement relevée de la partie interne de l'articulation vers sa partie antérieure ; manœuvre utile d'ailleurs, en ce sens qu'après l'opération, la peau reprenant sa position naturelle, fait cesser le parallélisme entre son incision et celle de la membrane synoviale, d'où un obstacle à l'entrée de l'air dans l'articulation. Après l'incision de la peau nous porterons l'instrument tranchant jusque sur le corps étranger ; alors, l'ouverture étant convenablement prolongée, si le corps est libre, il s'échappera au-dehors ; s'il adhère, il faudra détruire les brides qui le retiennent. Quelquefois ces corps sont rugueux, comme recouverts d'aspérités, et pour les extraire il faut les saisir avec des pinces à crochet, ou les faire sortir avec un petit levier.

Quand, après l'opération, l'écoulement du sang est tari, on procède au rapprochement des bords de la plaie et l'on condamne le membre au repos le plus absolu ; de plus, on a soin d'arroser de temps en temps d'eau fraîche les linges de l'appareil, pour prévenir autant que possible le développement des accidens inflammatoires. Si malgré cela ceux-ci arrivaient, il faudrait alors employer avec énergie la série des moyens antiphlogistiques et surtout les irrigations continues.

Nous avons pratiqué cette opération cinq ou six fois, et toujours sans accidens. La dernière de nos opérations a été faite chez un enfant du séminaire de Strasbourg. D'abord tentée par un chirurgien peu exercé de cette ville, le corps n'avait pu être extrait, parce qu'il avait été mal fixé, et qu'en outre l'incision, au lieu d'être pratiquée en bas, avait été faite en haut au point correspondant aux dernières fibres du mucle vaste interne. Ce fut deux mois après cette première opération que nous pratiquâmes la seconde, qui eut un plein succès, malgré les antécédens fâcheux qui avaient laissé dans l'articulation une prédisposition funeste à s'enflammer.

A la suite de cette opération, il importe d'employer un traitement préventif capable d'empêcher, autant que possible l'explosion d'une inflammation. Il est à remarquer que les accidens phlegmasiques ne se développent guère avant six ou sept jours après l'opération, circonstance capable de donner au chirurgien une fausse sécurité ; il doit donc se tenir sur l'éveil ; car cette apparition tardive des phénomènes inflammatoires est le résultat du peu de vascularité et de vitalité dont les tissus articulaires sont doués.

Examen du corps étranger. Au premier aspect, le corps étranger présente la plus grande ressemblance avec un gésier de poulet. Il est jaunâtre dans toute son épaisseur, et paraît consister dans du tissu adipeux dégénéré. Du reste, il est entremêlé de points blanchâtres qui marquent le commencement de la transformation cartilagineuse, dont il existe quelques points non équivoques. Du reste, le corps est aplati et présente un diamètre d'un pouce environ. Il adhérait à la partie inférieure et interne de l'articulation au moyen d'une bride assez large, ce qui explique la grande tendance qu'il avait à se porter sur ce point.

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Tumeur blanche de l'articulation cubito-humérale droite, existant depuis deux ans chez un sujet tuberculeux. Amputation du bras au tiers superieur. Emploi de la suture entortillée et des aiguilles en platine. Bons effets des compresses imbibées d'eau froide. Reunion complète par première intention au bout de dix jours. Guérison sans aucun accident ; par M. Carron du Villards.

Le 4 septembre dernier, est entré à la Maison de Médecine opératoire, un jeune homme de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique.

Antécédens. Ce malade nous assure avoir toujours joui d'une excellente santé. Il est né de parens qui sont tous parvenus à une vieillesse fort avancée ; ses frères et sœurs sont doués d'une vigoureuse constitution. En remontant jusqu'aux bisayeux, et en interrogeant les branches collatérales de la famille, on ne trouve aucun membre qui ait succombé victime de la phthisie ou d'une maladie analogue : il est difficile dans ce cas de recourir à l'hérédité pour se rendre compte de l'étiologie de l'affection qui nous occupe. On sait qu'un homme du plus grand mérite a cherché à démontrer dernièrement que les maladies strumeuses et les tubercules qui n'en sont qu'une dépendance, étaient souvent transmises par la voie de la génération. C'est à l'expérience à venir sanctionner les beaux travaux du médecin de l'hôpital Saint-Louis. En 1838, M. S., après avoir porté un lourd fardeau à bras tendu, ressent une douleur vive dans l'articulation cubito-humérale droite, dont les mouvemens de flexion et d'extension deviennent moins étendus. Malgré cela, M. S. continue à se livrer à ses occupations habituelles, et, quelque temps après il se forme à la partie interne du coude une tumeur dont l'ouverture tardive donne issue à une quantité considérable de pus ; plus tard, une matière noirâtre s'écoule par l'incision ; la peau est bientôt dénudée dans une assez grande étendue, et des trajets fistuleux s'établissent au pourtour de l'articulation à la suite de la ponction de nombreuses collections purulentes. Tous les traitemens possibles sont mis inutilement en usage par des chirurgiens fort distingués qui ont successivement recours aux antiphlogistiques et aux excitans sous toutes les formes, ainsi qu'aux modificateurs généraux, tels que les préparations iodurées à l'intérieur et à l'extérieur.

Le malade, voyant son affection faire de rapides progrès et les douleurs devenir plus intenses que jamais, demande à grands cris qu'on le débarrasse de son membre, mais aucun chirurgien ne veut procéder à une opération dont le résultat est ordinairement funeste dans de pareilles circonstances.

M. Carron du Villards, qui ne partage pas les idées généralement reçues au sujet du point de doctrine en question, conseille l'amputation dont les suites furent si heureuses, comme on le verra dans un instant.

Etat actuel. Constitution détériorée, paleur extrême de la face, amaigrissement considérable, toux assez fréquente, crachats peu abondans, opaques, jaunâtres depuis quelques mois et exhalant une odeur spermatique ; sueurs nocturnes ; état chloro-anémique très évident, caractérisé surtout par un fort bruit de souffle existant dans la carotide droite. La percussion et l'auscultation donnent les résultats suivans :

Matité au-dessous de la clavicule gauche ; craquemens humides dans toute l'étendue du poumon de ce côté ; inspiration moins prolongée ; expiration plus marquée qu'à l'état normal, bronchophonie manifeste ; à droite et en avant, résonnance naturelle ; respiration exagérée, supplémentaire d'Andral. Dans la fosse sus-épineuse gauche, diminution notable de la sonoréité ; l'oreille, appliquée dans cette région, perçoit les mêmes phénomènes qu'en avant. Rien à noter du côté du cœur ; l'appareil digestif remplit bien ses fonctions, à l'exception d'un peu de dévoiement qui nous paraît symptômatique.

Etiologie. Où chercher la cause de la maladie à l'occasion de laquelle nous entrons dans ces détails? M. S. a été soumis à des peines morales qui l'ont vivement impressionné ; il a éprouvé une distinction brusque des ligamens qui concourent à former l'articulation du coude ; il s'est formé à la suite de cet accident une collection purulente qui a été méconnue, et est restée pendant un mois environ en contact avec les tissus. Il est rationnel de penser que les diverses circonstances que nous venons d'énumérer, ont agi puissamment sur un sujet prédisposé, eu égard à sa constitution lymphatique.

Examen du membre affecté. L'articulation cubito-humérale droite est triplée de volume ; les extrémités inférieure du bras et supérieure de l'avant bras sont émaciées ; des trajets fistuleux se font remarquer au pourtour de l'article ; la peau est tendue, luisante, et recouvre des tissus mollasses donnant la sensation confuse d'une fluctuation profonde. L'avant-bras ne peut pas être étendu, il est continuellement dans la demi-flexion ; les doigts sont rétractés depuis fort long temps ; le moindre mouvement est douloureux ; le poids du membre est très incommode pour le malade.

Manuel opératoire. Le 5 septembre, M. Carron du Villards, assisté de MM. les docteurs Letellier et Bertoxj procède à l'opération de la manière suivante :

La compression bien établie dans l'aisselle, à l'aide des principes de M. Lisfranc, il incise la peau circulairement, la fait rétracter par un aide, puis, à l'exemple du chirurgien de la Pitié, après avoir coupé les muscles superficiels au niveau des tégumens rétractés, il porte le tranchant du couteau obliquement en haut sur les muscles profonds, et termine, comme à l'ordinaire, par la section minutieuse du périoste et de l'os ; de cette manière il obtient un cône creux, dont la base répond aux tégumens et le sommet à

---

ailleurs il gardera l'arrangement primitif de ses mailles ; d'où il résultera nécessairement une surface partout adaptée exactement aux tissus contenus. J'admets cela, mais cette surface comprimera-t-elle encore alors également dans tous les points de son étendue ? Et la force expansive des portions de coton condensées ne serait-elle point infiniment supérieure à celles des parties restées libres, et ne réagira t-elle point par conséquent avec bien plus de violence sur les portions du membre qui correspondront à la plus grande compacité du coton ? Il me semble impossible de nier une chose aussi évidente et aussi simple.

Il est donc démontré que la gouttière en fil de fer tapissée de coton ne peut contenir les fragmens avec autant d'efficacité que le bandage amidonné. Et comme nous avons vu que la bonne coaptation influe d'une manière notable sur l'état des parties molles, il devient palpable que l'appareil de M. Mayor pèche déjà par un défaut qui compromet l'intégrité et la sécurité de ces parties, auxquelles le praticien suisse tient avec tant de raison. Cet appareil, par conséquent, s'il permet de remédier par des traitemens locaux aux désordres des tissus qui environnent la fracture, peut fort bien devenir la cause de l'aggravation de ces désordres, par l'inefficacité de la contention qu'il exerce, et la liberté dans laquelle il laisse les fragmens osseux.

Voyons maintenant quelles sont les lésions des parties molles qui peuvent réclamer un mode spécial de traitement, et modifier plus ou moins l'indication principale des fractures.

On peut naturellement diviser ces lésions en deux ordres : celles qui sont primitives, c'est-à-dire celles qui existent lorsque la rupture osseuse vient d'être opérée, et celles qui sont consécutives ou accidentellement développées pendant le cours du traitement. Les lésions primitives consistent ordinairement dans la contusion, la déchirure des tissus, les plaies résultant de l'action de la cause fracturante ou de la sortie de pointes osseuses. Or, toutes ces lésions peuvent facilement, comme le savent tous les praticiens, se guérir sans le secours d'aucun topique, et par le seul bénéfice de la nature.

L'extravasation sanguine qui caractérise spécialement plusieurs de ces lésions, ne doit-elle pas, quoiqu'on fasse, avoir un certain laps de temps pour que la résorption des liquides épanchés s'effectue? Et hâterait-on cette résorption en recouvrant la partie d'un topique quelconque? Les plaies, une fois mises dans des conditions favorables à la cicatrisation, sont-elles de nature à être accélérées dans leur marche par l'application des remèdes dits cicatrisans? Nullement ; et la chirurgie moderne a fait raison des idées bizarres de nos devanciers sur ce point. Pourquoi donc alors faudrait-il risquer de compromettre la coaptation en s'inquiétant à tort sur des affections pour lesquelles le repos seul est le remède souverain, et pourquoi s'obstinerait-on à les traiter d'une manière active, tandis qu'une méthode expectante est celle qui présente le plus de chances pour leur guérison ?

Je sais que lorsque les déchirures ont intéressé des vaisseaux ou des nerfs, ou que des esquilles se présentent, la chirurgie a autre chose à faire que de recourir à la méthode expectante. Mais, dans ces cas, rien n'empêche d'exécuter d'abord les opérations nécessaires, puis de suivre la marche que nous venons d'indiquer pour les plaies simples.

Les lésions consécutives ou secondaires sont spécialement l'inflammation et la suppuration. Ici une question se présente : nous avons vu qu'une bonne réduction est déjà une garantie contre l'apparition de ces accidens ; il s'agirait de savoir si une compression douce, une compression pour ainsi dire passive, si je puis m'exprimer ainsi ; qui s'oppose au mouvement fluxionnaire par la résistance qu'elle oppose aux tissus, sans les déprimer par une action concentrique trop intense, il s'agirait, dis-je, de savoir si une telle compression n'est point un moyen qui prémunit plus sûrement contre l'apparition des accidens consécutifs, que la liberté dans laquelle on veut laisser les organes lésés. Pour juger de cette question par analogie, voyons ce que nous faisons dans une entorse simple, affection caractérisée, comme on le sait, par une rupture de ligaments entraînant si souvent après elle des inflammations terribles, ne recourons-nous pas alors à l'emploi d'une bande compressive qui entrave l'arrivée des fluides qui tendent à s'accumuler pathologiquement dans les parties lésées, et l'expérience ne nous apprend elle pas que c'est là un des moyens les plus puissans que nous offre la thérapeutique pour prévenir les accidens consécutifs ? Or, voyez l'identité parfaite qui existe entre la lésion des tégumens dans une entorse et celle des parties molles dans les fractures, et décidez si la théorie, aussi bien que l'expérience pratique, n'indiquent pas que non seulement une compression légère ne nuit pas, dans ces cas, à l'état des parties molles, mais encore les préserve de l'invasion de symptômes phlegmasiques.

J'admets donc que la compression douce, égale et uniforme du bandage amidonné ne peut que prémunir contre les lésions consécutives des fractures. Mais comme il faut que cette compression soit douée des qualités que je viens d'indiquer pour jouir de cette prérogative, je préviens que l'appareil de M. Mayor, qui est incapable de les posséder, ne peut point par conséquent produire les mêmes résultats. Il est impossible qu'un moyen contentif agisse sur les fragmens sans comprimer préliminairement les parties molles. Or, M. Mayor, admet que son appareil jouit de propriétés contentives efficaces : la compression des parties molles qu'il reproche aux autres bandages existe donc quand on emploie sa méthode comme quand on met la mienne en usage. Mais il y a cette différence que la striction qu'il opère, lui, est inégale, irrégulière, vicieuse, et doit naturellement exposer à des accidens, tandis que j'en exécute une qui est conforme à tous les préceptes de l'art. Choisissez maintenant entre ces deux méthodes compressives.

M. Mayor alléguera sans doute que ses reproches ne s'adressent point tant à la compression légère exécutée par le bandage amidonné qu'à la dureté de la surface qui est destinée à l'effectuer. Voilà encore un de ces raisonnemens dont je ne puis me rendre compte qu'en supposant que M. Mayor n'a qu'une idée imparfaite de mon appareil. S'il le connaissait bien, il saurait parfaitement que les couches extérieures seulement de l'amidonné présentent une dureté capable de résister aux déplacemens osseux, et que sa face interne n'étant point amylacée, présente au membre un contact tout à fait analogue à celui d'une bande roulée ordinaire. Je demande à M. Mayor : a-t-il peur d'envelopper une partie, même enflammée, d'une bande de linge, et craint il l'impression trop rude de cette pièce contentive ? Non certainement. Pourquoi alors ce grief articulé contre l'appareil amylacé qui se trouve dans le même cas ?

En supposant même que le reproche de M. Mayor soit fondé, a-t-il donc oublié, ou plutôt ne sait-il pas que dans mon premier mémoire, publié en 1836, j'ai formellement dit que l'on peut interposer entre la face interne du bandage et la surface du membre un corps moelleux qui, sans empêcher la compression des parties nécessaires à la coaptation remédierait cependant au contact un peu rude dont on se plaint (1) ? Il y aurait du moins cet avantage à placer ainsi le corps moelleux entre les tissus et mon appareil, qu'une couche uniforme de cette substance présenterait toujours beaucoup plus de garantie pour la contraction des fragmens qu'avec la méthode de M. Mayor, attendu que le bandage amidonné offrirait son moule exactement calqué sur les contours du membre, pour servir de tûteur aux parties osseuses.

Lorsque les lésions consécutives aux fractures viennent, malgré toutes les précautions possibles, à se développer, il est évident qu'alors elles exigent un mode de traitement qui ne peut guère s'exécuter que moyennant l'inspection fréquente des parties. Mais malgré l'opiniâtreté avec laquelle M. Mayor semble

---

(1) Voir l'ouvrage intitulé : *Du Bandage amidonné.* Bruxelles, 1840, pag. 82.

l'humérus. En modifiant ainsi la méthode circulaire, on ne s'expose pas à voir survenir les saillies osseuses, la dénudation du périoste, le boursouflement de la moelle, la résorption purulente et la mort. L'écoulement sanguin tout à fait arrêté, M. Carron du Villards procède à la ligature des vaisseaux, et réunit par première intention à l'aide de la suture entortillée et des aiguilles en platine. Des compresses d'eau froide sont appliquées sur le moignon, et le malade regagne son lit.

Anatomie pathologique. L'articulation est remplie de pus, la membrane synoviale et les cartilages en partie détruits; les tissus crient sous le scalpel qui les divise, les os se laissent couper avec une grande facilité: le tout forme un magma où il est impossible de rien reconnaître; en un mot, les différentes lésions qui accompagnent les tumeurs blanches, et qui ont été si bien décrites par M. Lisfranc, se rencontrent ici...

Suites de l'opération. Nous n'avons aucun accident à signaler. A l'aide des compresses d'eau froide que nous avons soin d'imbiber toutes les demi-heures, le moignon ne devient pas le siége de phénomènes inflammatoires insolites; on remarque seulement le degré de phlogose nécessaire à l'adhésion franche des bords de la solution de continuité.

Le cinquième jour, M. Carron du Villards enlève les épingles en platine entourées d'un peu de sérosité purulente: la réunion par première intention a lieu partout. Nous continuons l'eau froide jusqu'au 10 septembre. A cette époque, le malade est pour ainsi dire guéri; il mange et se promène comme à l'ordinaire. Il demeure encore quelque temps à la Maison de Médecine opératoire pour voir la cicatrice de sa plaie se raffermir, et il nous quitte après avoir déjà repris un peu d'embonpoint: son teint est clair et légèrement coloré. Une chose digne de remarque, c'est que le dévoiement, la toux et l'expectoration ont complètement cessé après la disparition du foyer d'infection, preuve évidente que ces différens symptômes n'étaient que secondaires. La percussion et l'auscultation du thorax ne nous ont pas fait constater une diminution bien notable de la matité, ni des bruits de craquemens que nous avons signalés.

Nous dirons, en terminant, que nous regrettons que M. Carron du Villards, qui est très partisan de la torsion et qui l'exécute très bien, n'ait pas eu recours à cet ingénieux moyen hémostatique; car aujourd'hui les ligatures ne sont pas encore tombées, et les fils sont fortement retenus dans l'intérieur des chairs où ils entretiennent un peu d'irritation: on ne saurait par conséquent trop exalter les bienfaits de la torsion, surtout lorsque l'on cherche à obtenir la réunion par première intention. Honneur soit donc rendu à M. Amussat pour sa découverte!!! X...

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies; par M. MALGAIGNE.

(Suite du nº 118.)

Messieurs, par un moyen fort simple, on a jusqu'à présent essayé, avant toute épreuve, de refouler la tumeur dans l'abdomen; comme la varice et la hernie obéissent également à cette impulsion, on n'en pouvait tirer de grandes lumières. Mais veuillez réfléchir qu'il y a une région toute opposée vers laquelle vous pouvez toujours refouler l'une des deux tumeurs, et jamais l'autre; et voilà votre diagnostic tout trouvé. Ainsi, faites tousser le malade de manière que la tumeur équivoque soit bien apparente; puis, sans opérer de taxis, portez la pulpe du pouce ou de l'index sur l'anneau crural, et comprimez fortement; la tension de la peau fera disparaître aux yeux la varice, mais aussi quelquefois la hernie, si elle est petite; ce phénomène est donc insuffisant. Mais que la tumeur persiste ou non pour les yeux, on la retrouvera toujours au toucher, si c'est une hernie, et assez souvent si c'est une varice. Pressez assez fortement sur cette tumeur avec le pouce de l'autre main; si c'est une varice, elle disparaîtra sous la pression de manière à ne laisser aucune trace, le sang refluant dans les veines inférieures; si c'est une hernie, la tumeur résistera à la pression et se montrera d'autant plus dure et rénitente que vous la comprimerez davantage.

Enfin, la hernie sort à l'extérieur tantôt par l'orifice de la saphène, tantôt par une éraillure du fascia cribriforme, ou même par plusieurs à la fois; il est aussi des cas où le fascia a cédé tout entier, comme s'il s'était résolu en tissu cellulaire, et où la hernie en masse, dès qu'elle a franchi le rebord falciforme de la fosse ovale, se déploie librement sous la peau.

Les auteurs disent qu'à ce degré, qui est à peu près le seul que la plupart connaissent, la hernie a plus de tendance à se replier vers l'abdomen qu'à se porter en bas; et quelques-uns ont décrit des attaches de fascias qui expliquent, bien plus, qui nécessitent ce résultat; et je ne sais pas si je n'ai pas dit moi-même quelque chose de semblable. Dans tous les cas, c'est une opinion à réformer.

C'est assurément quand la hernie se fait jour par l'orifice de la saphène que ce phénomène devrait avoir lieu, puisque les attaches des fascias en question se font immédiatement au dessous de cet orifice. Or, précisément dans tous les cas de ce genre que j'ai observés, la tumeur externe paraissait arrondie, quelquefois un peu plus étendue en travers, et jamais n'ayant de tendance à remonter. Il y a dans cette variété de la hernie crurale deux circonstances fort curieuses à considérer: d'une part la hernie semble divisée en deux par un rétrécissement demi-circulaire, comme le bubonocèle est en quelque sorte séparé de l'inguinale interstitielle par le détroit de l'anneau inguinal; on voit donc de même une tumeur vague et mal circonscrite remplissant le canal crural, et une deuxième tumeur placée plus bas, bien circonscrite, à fleur de peau, qui représente exactement le bubonocèle; en un mot, la hernie est en *bissac*. Deuxièmement, comme on pourrait douter si l'issue a bien lieu par l'orifice de la saphène ou par quelque éraillure voisine, j'ai pu reconnaître dans plusieurs cas cet indice qui ne peut guère tromper; la veine tégumenteuse abdominale gonflée parcourait de haut en bas la face antérieure de la tumeur, et disparaissait précisément à sa limite la plus inférieure, là donc où elle se jette dans la saphène.

Quand la hernie se fait à travers une éraillure, en général, elle est plus rapprochée de l'arcade crurale que de l'orifice de la saphène. Quelquefois elle masque tout à fait la tumeur du canal sur laquelle elle repose; quelquefois aussi, quand la marche de la hernie a été rapide, le canal est à peine dilaté et ne fait point saillie. On peut presque toujours s'assurer de l'état de dilatation du canal par le moyen suivant: on fait rentrer la tumeur externe; on applique la pulpe du doigt sur le lieu par lequel elle semble être rentrée (et il n'est pas souvent facile de préciser le point de sortie), et on fait tousser le malade. Si le canal est dilaté, la hernie se montrera à l'état d'interstitielle; s'il ne l'est pas, la hernie interstitielle sera très peu sensible à la vue, ou même point du tout. D'ailleurs, à moins que le sujet ne soit très chargé d'embonpoint, la saillie nette, circonscrite, superficielle de la tumeur suffit très souvent pour distinguer au premier coup d'œil la hernie complète de l'interstitielle.

C'est principalement quand la hernie sort au-dessous du repli falciforme de la fosse ovale qu'elle se reporte en haut comme dans la description des auteurs, et qu'elle peut ainsi remonter à moitié au-dessus du ligament de Fallope. Alors, en général, la hernie est un peu plus volumineuse que de coutume; elle affecte la forme d'un œuf dont le grand diamètre serait parallèle au pli de l'aine. Cependant, même avec toutes ces conditions, la hernie ne remonte pas toujours; tantôt elle reste au lieu par où elle est sortie; d'autres fois même elle se porte en bas; les hernies très volumineuses cèdent généralement à leur propre poids, et j'en ai vu une qui descendait jusqu'à moitié de la cuisse.

Ce que j'avais à dire du diagnostic différentiel de la hernie complète, rentrerait presqu'entièrement dans ce qui vous a été exposé dans la dernière séance. Je noterai ici un cas assez rare que j'ai rencontré, et qui m'a un peu embarrassé. Un individu avait une hernie crurale qui lui causait des coliques; en mettant le pouce sur l'anneau on sentait l'impulsion, et une tumeur superficielle semblait accuser une hernie complète. Mais cette tumeur était flasque, même dans les efforts de toux; elle semblait offrir un ballottement dû à du liquide; elle était irréductible. Par tous ces caractères, joints aux commémoratifs, je conclus que c'était un ancien sac de hernie complète oblitéré dans le point où il avait traversé le fascia cribriforme. Je ne me souviens pas d'avoir vu mentionner nulle part un cas de ce genre.

Je ne dirai rien des hernies complètes multiples: je n'en ai pas vu d'exemples, et je vous renvoie à l'observation d'Esselbach.

Quels sont maintenant les phénomènes produits par les hernies crurales? D'abord tous les symptômes des hernies, en général, et nous les avons exposés assez au long à l'occasion des hernies inguinales, pour n'avoir pas besoin d'y revenir; mais il est quelques phénomènes locaux qu'il importe d'examiner.

Sir A. Cooper avait dit que le premier symptôme qu'éveille la hernie crurale, est une douleur lorsque le sujet veut étendre la cuisse. J'ai interrogé, à cet égard, la plupart des sujets soumis à mon observation, et pas un seul ne m'a accusé cette douleur. Je suis loin de nier un fait allégué par un aussi grand observateur, mais je suis forcé de conclure, au moins, qu'il est fort rare.

Les relations de la hernie crurale passant dans le même anneau que les vaisseaux cruraux, m'avaient fait présumer qu'elle devait réagir sur la circulation du membre inférieur, et principalement sur la circulation veineuse. Vous avez vu, en effet, quelques sujets examinés sous ce point de vue, raconter qu'ils étaient plus faibles de la jambe depuis l'apparition de la hernie, dire que le pied s'enflait le soir, qu'ils ressentaient des douleurs vagues, et plus spécialement des fourmillemens; quelquefois des douleurs vagues qui suivent le trajet de la veine crurale et de la

---

vouloir persister à donner à mon appareil le nom d'inamovible, en lui rattachant ainsi l'idée d'un moyen contentif qui doit rester en place jusqu'à la fin du traitement, il n'empêchera jamais ceux qui ont bien compris ma méthode de savoir parfaitement qu'on peut rendre mon bandage tout aussi amovible qu'aucun autre, et cela au moyen de la simple section ou de la mise en usage des autres procédés que j'ai indiqués; et surtout il ne parviendra jamais à leur faire penser que l'amidonné soit le moins du monde incompatible avec tous les traitemens locaux qu'exigent les parties molles, ni avec l'inspection journalière et même plus fréquente du membre, dans les cas où cette inspection est indiquée.

Il résulte de tout ceci que l'appareil amidonné n'expose point plus les parties molles que l'appareil hyponarthrécique, qu'il prévient plus sûrement que lui les accidens secondaires, et qu'il met tout aussi à même de les combattre lorsqu'une fois ils sont survenus. Par cette dernière propriété, il remplit parfaitement la quatrième condition que M. Mayor exige d'un bon appareil à fractures.

Passerons-nous maintenant en revue d'autres passages des articles de M. Mayor, où il parle du bandage amidonné, et où il lui dénie d'un trait de plume des propriétés qui sont parfaitement avérées par tous les praticiens qui en ont fait usage? Ferons-nous observer, par exemple, que l'on ne prouve absolument rien, lorsque, après s'être demandé si le bandage amidonné se recommande par sa simplicité, sa commodité, la rapidité de son exécution, la sûreté qui accompagne son emploi, l'économie qu'il procure, on se borne à répondre: Pas le moins du monde! Ferons-nous remarquer qu'une dénégation formulée de cette manière démontre tout au plus que l'on n'a guère de bonnes raisons à donner? Nous nous garderons bien de nous étendre sur tout cela; car, encore un fois nous ne ferions que nous répéter inutilement. Nous nous bornerons seulement à faire remarquer que si la simplicité, la commodité, la rapidité d'exécution, l'économie, sont des choses qui méritent la plus grande attention dans la recherche d'un bon appareil à fractures, ce n'est certes pas à la gouttière de M. Mayor que l'on devra s'arrêter pour trouver ces qualités; car pour confectionner artistement un treillis, comme le veut M. Mayor, il faut du temps, assez d'adresse, assez de justesse dans le coup-d'œil, et pour le moins autant d'argent que pour construire un bandage amidonné. Il faut, pour mettre en pratique la méthode suisse, une collection de treillis, des agens suspenseurs convenables, et surtout il faut avoir sous la main du fil de fer, chose que l'on ne rencontre pas toujours partout à la campagne.

En résumé, la manière dont M. Mayor se conduit pour combattre le bandage amidonné, et les moyens qu'il emploie pour défendre l'appareil hyponarthrécique, me font supposer qu'il pourrait se faire qu'il n'ait point lui-même la conviction de tout ce qu'il dit à ce sujet; et comme il n'est point de meilleur juge dans les questions de thérapeutique que l'expérience, je finirai ce petit examen des articles de M. Mayor, en lui faisant, à la face du monde médical, une proposition qu'il peut regarder comme un défi, et qu'il acceptera s'il est réellement convaincu de la supériorité de son appareil.

J'ai appris que M. Mayor a l'intention de faire un voyage à Paris. Je lui propose de le faire vers la fin du mois de septembre ou à une autre époque à convenir, et à laquelle il me sera possible, de mon côté, de me déplacer pour le rejoindre. Nous trouvant là tous les deux sur un théâtre où l'expérimentation nous sera rendue facile par l'urbanité des praticiens français, qui nous procureront volontiers les moyens de mettre notre méthode en usage dans leurs hôpitaux, nous appliquerons, chacun de notre côté nos procédés sur un certain nombre de blessés, et sous les yeux d'un jury composé des notabilités chirurgicales de Paris. Ce jury décidera qui de nous deux aura le mieux prouvé, dans ses expériences, la supériorité de son appareil, et le vainqueur emportera 10,000 fr. que lui comptera son adversaire.

Je m'engage à fournir seul les 10,000 francs, si je suis vaincu, et j'autorise M. Mayor à s'adjoindre tel auteur de traitement de fractures qu'il lui plaira, pour me combattre avec lui et compléter de son côté la somme de 10,000 francs. M. Bonnet, de Lyon, s'il le désire, peut se présenter pour entrer en lice avec nous.

Cette épreuve aura du moins une utilité bien incontestable: c'est celle de donner une dernière fois aux praticiens une idée bien claire des méthodes suisse et belge telles qu'elles doivent être mises en usage, et telles que les conçoivent leurs auteurs. Car tout se dénature en passant par un grand nombre de mains, et tel procédé qui présentait des caractères qui en faisaient toute la bonté et l'excellence, devient méconnaissable quand il a été métamorphosé par les additions et les substitutions des praticiens qui veulent le modifier à leur manière. On m'écrit de Paris que les praticiens étrangers seraient bien induits en erreur s'ils croyaient pouvoir y trouver dans un hôpital quelconque un traitement de fractures qui pût être regardé comme l'expression de mes idées thérapeutiques sur ce point. L'on y méconnaît partout les principes pour ainsi dire essentiels et fondamentaux de ma méthode; et comme il pourrait se faire qu'il en fût de même de celle de M. Mayor, il doit tenir comme moi à rectifier publiquement les erreurs qui auraient pu être commises à cet égard.

Arrivez donc, M. Mayor, et venez nous prouver que vous n'êtes nullement intimidé par une lutte contre un adversaire que vous prétendez armé de si faibles moyens de défense. Venez mesurer dans des expériences pratiques votre procédé avec celui *qui s'offre évidemment comme le moins apte à remplir les indications que présentent les fractures.* Vous avez beaucoup ri de l'inventeur du bandage amidonné dans vos articles; vous l'avez hissé d'une manière burlesque au haut du Capitole, et cette facétieuse opération vous a procuré un accès de bonne gaîté. Je ne vous en veux pas pour cette petite incartade, et je souhaite au contraire qu'elle ait contribué à votre santé si chère à tous les hyponarthrécistes et les bandagistes du monde. Je ne vous demande qu'une chose en compensation: c'est la permission de me désopiler aussi un peu la rate en vous voyant arriver à Paris en tête de vos voitures chargées d'appareils hyponarthréciques de toutes les dimensions, de vos planchettes, de vos cordages, de vos treillis en fil de fer, de vos balles de coton et de vos lits convenablement disposés pour la suspension; car tout cela ne sera point prêt à Paris quand vous y viendrez, et il faudra bien que vous y pourvoyiez; de même qu'il sera bon aussi que vous ameniez avec vous les charpentiers et les mécaniciens nécessaires pour façonner et approprier toutes vos machines aux différens cas qui se présenteront. Moi, comme un homme qui prend gaiement sa revanche, je vous attendrai les mains vides, attendu que je suis bien persuadé de trouver toujours partout ce qu'il me faut pour la construction de mes appareils, et je reporterai un instant sur vous tout le grotesque dont vous m'avez si plaisamment entouré. Il est vrai que c'est de ma part une certaine ténacité de prétendre lutter contre vos formidables instrumens de stratégie chirurgicale; mais je me console assez aisément, et si je suis battu, une idée me rendra ma défaite moins amère, c'est celle de pouvoir revenir à Bruxelles sans être obligé de traîner derrière moi un attirail de guerre semblable à celui que vous remorquerez péniblement en retournant en Suisse.

P. S. Je crois devoir prévenir les lecteurs qu'il n'entre point dans mes habitudes de me défendre avec des armes semblables à celles que je viens d'employer contre M. Mayor. Je sais que la modération et le sang-froid sont le caractère distinctif des discussions consciencieuses; et si j'ai jeté un peu de ridicule dans ma réponse à M. Mayor, ce n'a été que pour lui prouver combien il est plus facile de rire de ce qui nous porte ombrage, que de le combattre de bonne foi, et avec tout le sérieux que réclame tout ce qui touche à la science.

SEUTIN, D.-M.-P.

Bruxelles, 16 août 1840.

saphène, qui est le même que celui des nerfs du même nom, lesquelles douleurs simulent conséquemment la névralgie générale. Enfin, dans un ou deux cas, nous avons vu des varices dont l'apparition avait suivi de fort près celle de la hernie. Je pensais avoir été le premier à signaler de pareils phénomènes; mais on les trouve déjà, en partie du moins, mentionnés dans Richter. Au reste, par une bizarrerie que je ne me charge pas d'expliquer, il y a environ la moitié des sujets atteints de hernie crurale qui n'ont jamais éprouvé rien de semblable. J'avais pensé d'abord que cela serait dû à l'ancienneté de la hernie qui, ayant permis au collet du sac de se rétrécir au niveau de l'anneau, laissait dès-lors la veine à l'abri de toute compression; mais, je le répète, nombre de hernieux affirment que jamais ils n'ont souffert en quoi que ce soit dans le membre correspondant; et c'est là un de ces faits cliniques qui donnent si fréquemment des démentis aux théories qu'on voudrait fonder sur l'anatomie.

Quoi qu'il en soit, l'existence de pareils symptômes doit au moins vous donner l'éveil; il faut, avant d'en déterminer la nature et le traitement, s'assurer qu'ils ne dépendent pas de la compression produite par une hernie crurale, et ne pas vous en rapporter, pour une pareille question, à la négation des malades, qui, fort souvent, ainsi qu'il a été dit, portent de ces hernies sans s'en douter. Une simple réflexion vous convaincra de l'utilité de cette recherche. Que diriez-vous d'un médecin qui s'obstinerait, par tous les moyens connus, à combattre un œdème des pieds ou une douleur névralgique qui seraient dus à la cause que je viens de signaler?

Le pronostic de la hernie crurale est tout différent de celui de la hernie inguinale. La hernie crurale acquiert rarement un grand volume; elle gêne donc beaucoup moins le malade, en sorte que plusieurs ne veulent point porter de bandage; voilà le bon côté. Voici le pire: elle est beaucoup plus sujette à s'étrangler que toute autre espèce de hernie, et l'étranglement est toujours très grave, soit qu'il soit dû au collet du sac, soit qu'il soit déterminé par le trou fibreux du fascia cribriforme. Il semble aussi que cet étranglement soit plus commun chez les femmes que chez les hommes; sur les 14 sujets du sexe masculin dont j'ai parlé, aucun n'avait souffert d'étranglement; sur les 8 femmes, 2 avaient été opérées; du reste, ce n'est là qu'une déduction tirée d'un trop petit nombre de faits pour avoir plus de valeur qu'une vue préparatoire, et qui a besoin d'être vérifiée; mais le fait d'étranglement bien plus fréquent dans cette sorte de hernie est devenu vulgaire; et c'est surtout pour n'avoir presque opéré que des hernies crurales chez les femmes que tous nos chirurgiens les ont regardées comme si nombreuses en comparaison des inguinales.

Mais, du moins, évitera-t-on toujours ce danger à l'aide d'un appareil approprié? C'est plus que je ne voudrais affirmer, et je ne suis content, jusqu'à ce jour, d'aucun des bandages proposés pour la hernie crurale. Ce n'est pas la faute des ressorts: on y applique également les ressorts français et les ressorts anglais; seulement ceux-ci passant toujours du côté de la hernie, et devant abaisser beaucoup leur extrémité antérieure, ils n'offrent plus autant d'avantage que dans les hernies inguinales. Cela dépend beaucoup au reste de la conformation des sujets; il en est où le ressort anglais s'applique très bien encore; il en est où il ne va pas du tout, et il m'a paru sutout que pour les sujets qui veulent garder leur bandage la nuit, le ressort français avait ici des avantages; d'ailleurs, il n'est pas besoin, à beaucoup près, d'autant de force que pour la hernie inguinale, soit à cause de la petitesse de la hernie, soit à cause de l'impulsion moindre des viscères. Mais si l'on refoule bien la hernie complète, à peine agit-on quelque peu sur la hernie interstitielle; et jamais on ne parvient à boucher l'anneau. Voici pourquoi:

L'anneau est formé en avant par l'arcade crurale, très tendue en général, en arrière par le pubis, et il n'y a que deux manières de songer à le fermer: premièrement en comprimant l'arcade jusqu'à la rapprocher du pubis; deuxièmement en portant de bas en haut dans l'anneau une sorte de bouchon comme quand nous y engageons le doigt. Le premier moyen est impraticable: quand même l'arcade serait assez lâche pour pouvoir s'appliquer contre le pubis, les tendons réunis du psoas et de l'iliaque qui la soulèvent en dehors s'opposeraient à cette application; et enfin, celle ci ne pourrait se faire sans comprimer en même temps et la veine et l'artère.

Reste donc le moyen du bouchon; et, en effet, la manière dont nous appliquons le doigt à l'anneau indique d'elle-même que le meilleur bandage devrait agir dans le même sens. Vous comprenez d'abord qu'aucune de nos pelotes bombées ou aplaties ne peut remplir une semblable mission. Il faudrait donc des pelotes digitiformes; et en effet, on en a proposé récemment de cette forme en Amérique; elles étaient même fabriquées en bois, et en conséquence, refoulant la peau dans un anneau dont la partie postérieure est toute osseuse, elles devraient produire très promptement une très vive douleur par la pression; d'ailleurs, le moindre mouvement du corps ou du bandage suffirait pour les déplacer. J'avais songé à me servir de pelotes analogues, mais en caoutchouc, pour diminuer la pression, et séparées du ressort pour échapper aux chances de dérangement. Jusqu'ici mes efforts ont échoué. Vous serez peut-etre plus heureux; je vais cependant vous indiquer les principales difficultés à vaincre.

Prenez un individu atteint d'une hernie crurale, mettez-le debout, placez votre doigt dans l'anneau, la hernie sera exactement contenue; faites-le maintenant asseoir, vous sentirez que l'arcade crurale est rapprochée du plan antérieur de la cuisse, de manière à chasser votre doigt; mettez votre homme à croupion, le doigt n'atteindra plus même à l'arcade crurale. Ainsi dans les positions les plus désastreuses, votre doigt, pelote intelligente, votre doigt, qui demande si peu d'espace, ne peut pas l'obtenir; que sera-ce donc d'une autre pelote? Ajoutez que quand le malade se relève, le doigt, aidé des yeux, retrouvera encore bien l'anneau qu'il bouchera de rechef; mais la pelote, aveugle et insensible, comment retrouvera-t-elle son chemin? Voilà le plus grand de tous les obstacles; le rapprochement du ventre et de la cuisse qui repoussent invinciblement toutes les pelotes; mais après celui-là il en est d'autres.

Vous avez besoin d'assujettir le prolongement digitiforme sur une base assez large pour l'empêcher de basculer. Dès lors cette base appuie en haut sur l'arcade crurale, en dehors sur les tendons du psoas et de l'iliaque, en dedans sur le pectiné. Il ne s'agit pas de position assise ou couchée. Que le malade marche d'un pas ordinaire, le pectiné se gonfle, les tendons du psoas et de l'iliaque se soulèvent, et la base de votre pelote est ainsi soulevée au moins par deux côtés.

Je suppose que vous n'avez point affaire à des ganglions engorgés, à une peau soutendue par la graisse; je vous donne le sujet le plus facile; je ne parle pas de la compression presque inévitable de la vessie; essayez seulement de vaincre le premier et le deuxième obstacle, et vous serez plus heureux que moi.

Que faire donc? Il faut avertir le malade des dangers qu'il court; lui défendre bien plus sévèrement que pour toute autre hernie les violens exercices, et placer le bandage le mieux approprié encore à la forme du triangle de l'aine pour échapper le plus possible à l'action des muscles et des tendons ennemis. On ne fait que pallier; mais dans cette palliation il y a encore des degrés, et méfiez-vous par-dessus tout des larges pelotes qui, en masquant aux yeux la hernie, feraient croire à sa contention, et ne feraient en réalité que cacher le danger sans le combattre.

Vous comprenez bien que si nous n'avons pas les moyens de contenir *exactement* ces hernies, ce serait folie de prétendre les guérir. Vous entendrez cependant par le monde des bandagistes, et même parmi eux quelques médecins, qui ont la prétention d'obtenir des cures radicales, qui disent même en avoir obtenues. Mais je leur dirais volontiers en parodiant un mot fameux: *Qui vous a dit que vous en aviez gueri? Qui vous a dit seulement que vous aviez jamais vu des hernies crurales?* Au total, jamais on n'en a montré un cas authentique, et je défierais bien d'en montrer.

Il y a un procédé opératoire pour guérir les hernies crurales; mais il n'a été appliqué qu'une seule fois, après le débridement, et je ne conseillerais à personne d'y recourir. Je ne connais, dans l'état actuel de la science, qu'un seul moyen capable d'amener cette cure radicale; ce serait le repos prolongé au lit, aidé surtout d'un bandage approprié.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

MARDI 13 OCTOBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 121, TOME 2. — 2e SERIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 5[illegible]

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Service de M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Plaie pénétrante du thorax. Perforation du poumon. Hémorrhagie. Epanchement sanguin entre les plèvres. Saignées coup sur coup. Réfrigerans sur la poitrine. Guérison rapide. Réflexions et considérations sur les plaies d'armes à feu de cette cavité splanchnique.

B..., fourrier au 66e régiment de ligne, âgé de vingt six ans, de bonne constitution, et n'ayant jamais eu de maladie de poitrine, est entré à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, le 16 septembre à midi, pour y être traité d'une plaie pénétrante de poitrine, produite par un fleuret.

Le coup, reçu en duel une heure avant l'entrée à l'hôpital, a porté sur le côté droit du thorax, un peu en dehors et au-dessous du téton. Une quinte de toux suivit immédiatement la blessure, et provoqua l'expuition de fréquens crachats de sang pur et vermeil. A ces symptômes caractéristiques d'une perforation du poumon, se joignirent d'autres phénomènes, tels que dyspnée, pâleur et décoloration générale; anxiété, syncope, pouls misérable, sueurs froides, visqueuses, etc. Notre premier soin fut de masquer le thorax avec des compresses trempées dans de l'eau froide, pour ralentir, sinon supprimer totalement, l'hémorrhagie.

Dès ce moment les syncopes cessèrent, le pouls commença à se relever, les crachats devinrent moins fréquens, quoique toujours sanguinolens, et la réaction s'opérant, nous fîmes pratiquer une première saignée de dix à douze onces, pour modérer cette réaction et enrayer la pneumonie traumatique. La saignée du bras fut renouvelée deux fois dans les premières trente-six heures, du moment que le pouls se développait d'une manière prononcée. On recommanda au blessé un silence absolu, et on continua les compresses froides sur le côté droit du thorax.

Les fomentations froides, dans cette circonstance comme dans une foule d'autres, où j'y ai eu recours, n'ont amené ni rhume, ni bronchite; j'ai toujours vu qu'elles agissent comme sédatifs, et que les blessés, à cause du bien-être qu'ils en éprouvent, en recherchent la continuation avec empressement.

Dès le troisième jour, sous l'empire de cette médication, simple et énergique à la fois, vous avez vu les crachats devenir bien moins abondans, quelques mucosités se mélanger au sang en quantité de plus en plus notable, si bien qu'au bout de cinq à six jours, toutes traces sanguinolentes avaient disparu.

Il s'était formé à droite, en bas et en arrière principalement, un épanchement de sang dans la cavité des plèvres; on reconnaissait cet épanchement à l'écartement des espaces inter-costaux, à l'élévation du téton, à la matité du son et à l'absence du bruit respiratoire, le poumon étant refoulé contre la colonne vertébrale. Les phénomènes commencèrent à décroître d'une manière notable dès le cinquième jour. En effet, la diète, les boissons froides, aqueuses, et en petite quantité, les pertes de sang hémorrhagique et provoquées par la lancette, avaient diminué considérablement les liquides de l'économie, et la nature prévoyante, puisant partout des fluides réparateurs, avait déjà exercé son action d'une manière puissante sur le sang épanché.

La résorption se fit avec tant de rapidité, que chaque jour l'oreille, armée du stéthoscope, pouvait en suivre les progrès sensibles. Chaque jour aussi la zone occupée par l'épanchement se resserrait; on entendait l'air déplisser le tissu du poumon devenu libre, et que cessaient de comprimer les matières épanchées. Au bout de douze jours, la matière était fort restreinte, et dès ce moment les progrès de la résorption devinrent moins prononcés, parce que celle-ci devait désormais s'exercer sur des parties plus réfractaires, sur la fibrine privée de la sérosité du sang.

Toutes les craintes qu'avaient fait naître la perforation pulmonaire et l'épanchement étant bien amoindries, on donna au blessé une légère alimentation que l'on rendit de plus en plus substantielle, et au bout d'un mois il sortit de l'hôpital parfaitement guéri, n'éprouvant aucune gêne dans la respiration, aucune douleur, aucun tiraillement, même dans les grands efforts expiratoires; il ne restait pas de traces d'épanchement, le poumon a partout repris l'entière liberté de ses fonctions.

— Cette observation, esquissée à grands traits par M. Baudens, lui a suggéré les réflexions suivantes, puisées pour la plupart dans son ouvrage clinique des plaies d'armes à feu, et que nous rappelons avec empressement, à cause de leur originalité et de la haute portée pratique dont elles ont l'empreinte.

Dans ce moment, où de sérieuses éventualités de guerre chargent l'horizon politique, dit M. Baudens, et où peut-être vous ne tarderez pas à entrer en campagne, permettez-moi de vous entretenir des plaies d'armes à feu du thorax. Ces lésions sont très fréquentes aux armées, et il importe d'être bien fixé sur le traitement qu'elles réclament. Quand, en 1830, j'ai débarqué avec l'armée d'Afrique sur la plage de Sidi-Ferruch, je ne connaissais, comme vous, des plaies qui nous occupent, que les théories puisées dans les livres. Eh bien! ces théories, formulées la plupart par des hommes théoriciens eux-mêmes, et n'ayant jamais fait la guerre, sont décevantes et entachées d'erreurs grossières. C'est le résultat de huit années d'expérience que nous allons vous soumettre.

Le thorax, vous le savez, a la forme d'un cone creux, dont la charpente osseuse reconnaît pour limites le sternum en avant, en arrière les vertèbres dorsales, et sur les côtes le grillage costal; les clavicules en couronnent le sommet, le diaphragme en forme la base.

Si nous jetons un coup-d'œil d'ensemble sur cette cage osseuse, nous comprendrons tout d'abord que les balles se comporteront souvent d'une manière différente, selon qu'elles porteront sur un os ou sur tel autre. Ainsi, à raison de la surface convexe des côtes, elles pourront être réfléchies, et glisser sans pénétrer, tandis que le sternum, à surface plane, présentera au contraire des conditions opposées, et sera plus souvent brisé par le plomb. Voilà pour la configuration du tissu osseux; mais si nous pénétrons plus avant, pour étudier sa composition, sa texture, d'autres considérations surgiront. Le sternum, dont le tissu est spongieux, présentera le plus souvent une perforation nette, comminutive, tandis que le choc d'une balle tombant d'à plomb sur la partie moyenne d'une côte, tendra d'abord à la redresser, la fracture se fera ensuite des fibres internes vers celles qui sont externes, et les fragmens présenteront de longues pointes aiguës, tranchantes, refoulées vers les organes contenus dans la poitrine; il pourra même s'en détacher des esquilles plus ou moins longues qui, entraînées avec le projectile, agiront dans le poumon comme l'épine de Van-Helmont.

L'angle des côtes aussi mérite de fixer votre attention, à cause de l'influence qu'il peut exercer sur la marche des projectiles venant heurter contre lui. Ces derniers peuvent être brusquement réfléchis au dehors, ou bien ils se brisent et pénètrent de force dans le thorax.

Dans cette hypothèse, si le plomb conserve une grande force d'impulsion, il va s'incruster dans la colonne vertébrale, si non il peut tomber dans la cavité des plèvres, pour aller se fixer dans l'angle costo-diaphragmatique, en arrière non loin de la colonne vertébrale, et dans le point correspondant au onzième intervalle costale. Ces faits, tout pratique, m'ont été révélés plusieurs fois par l'autopsie.

Quand le plomb n'a pas été extrait et que la guérison s'opère, autour de lui s'organise un kyste isolateur pseudo-membraneux. Ce kyste revêt à l'intérieur l'aspect de séreuse, et sécrète un fluide séreux destiné à le protéger contre l'influence de son prisonnier; à l'extérieur, il contracte des adhérences avec les parties voisines dont il reçoit les élémens de sa nutrition. Je connais un blessé qui depuis dix ans offre un cas analogue, et ne ressent de douleurs que dans les changemens de temps; encore sont-elles fort tolérables.

Les cartilages qui entrent dans la composition du thorax ne sont pas moins dignes d'intérêt que le tissu osseux.

Leur élasticité a pour effet d'amortir le coup et de refléter quelquefois au dehors les corps mus par la poudre à canon. Leur solution de continuité, au lieu de présenter

---

FEUILLETON.

Abyssinie-Adoua, janvier 1840.

Note sur quelques mutilations pratiquées comme supplices en Abyssinie, et observées à Adoua, capitale du Tigré, par le Dr Antoine PETIT, voyageur du Muséum d'histoire naturelle.

1839. Adoua, 7 septembre.

J'avais entendu parler déjà plusieurs fois des exécutions sanglantes dont l'Abyssinie est fréquemment le théâtre; mais, jusqu'ici, je n'avais pu m'assurer par moi-même de la vérité des récits qui m'avaient été faits à cet égard. Une circonstance récente vient de me procurer l'occasion de vous transmettre sur ce sujet quelques détails que je crois assez intéressans.

Dans ces exécutions, il faut le noter tout d'abord comme un fait bien extraordinaire, vu le peu de soin avec lequel elles sont pratiquées, vu surtout l'absence de médicamens après l'opération, il est bien rare de compter des décès, et toutes ces malheureuses victimes survivent comme par enchantement à des mutilations qui, chez nous, et avec nos moyens perfectionnés de traitement, entraîneraient si souvent la mort.

La manière dont elles se pratiquent, les suites de l'opération, tout cela m'avait été raconté avec détail; mais tout cela me semblait, à moi chirurgien, tellement extraordinaire, que je regardais tous ces récits comme exagérés et remplis d'erreurs.

Par exemple, on m'avait assuré que toujours on amputait le pied et la main dans l'articulation, qu'il n'y avait pas d'hémorrhagie et que la plaie guérissait rapidement; on m'avait dépeint l'habileté avec laquelle tout se pratiquait, la promptitude même de l'exécution si le patient était assez riche pour stimuler l'activité du bourreau au moyen d'un présent de deux toiles, c'est-à-dire d'environ 11 fr. Mais après avoir vu et constaté si souvent depuis un séjour de deux mois la difficulté avec laquelle les plaies se cicatrisent, et au contraire la facilité avec laquelle la moindre contusion entraîne des maladies des os si longues à guérir, j'avais besoin de quelque chose de plus que tous ces renseignemens imparfaits. Il me restait à connaître la forme de l'instrument, la manière d'opérer, celle employée pour s'opposer à l'hémorrhagie, etc

Le samedi 7 septembre, j'eus malheureusement l'occasion de satisfaire ce qui chez moi n'était pas une curiosité cruelle, mais le désir d'éclaircir bien des points de chirurgie. J'appris, en effet, que ce jour, sur la place du marché d'Adoua, on devait couper le pied et la main à trois malheureux, coupables seulement d'avoir combattu dans les rangs du parti le plus faible, et d'avoir ensuite eu la folie de se livrer au vainqueur, qui les condamna chacun à perdre un pied et une main.

Les exécutions se font ordinairement sur une place, le jour du marché. (Les bourreaux sont des hommes jouissant d'une position élevée, et gardiens des nagarats ou instrumens de musique militaire du Dedjasmatch.)

Dès le matin, les trois malheureux, enchaînés et assis à terre au milieu de leurs exécuteurs, attendaient l'heure à laquelle la perte de leurs membres rendrait désormais leur existence misérable; leur figure, du reste, était calme, malgré l'attente du supplice: la foule formait un vaste cercle autour d'eux, contenue par des hommes armés de bâtons. Je traversai le cercle pour aller du côté des patiens, dont un déjà assis sur l'herbe et s'appuyant sur la seule main qui lui restait, levait vers le ciel ses deux moignons sanglans, tandis que les parties retranchées gisaient à terre sous ses yeux et à peu de distance. L'herbe était teinte d'un ou deux jets de sang peu abondans.

A peine étais je arrivé, que l'on procéda à l'exécution du second. Au lieu des chaînes qui entouraient ses mains et ses pieds, on lui lia le bras et la jambe avec une longue courroie de cuir fortement serrée pour s'opposer à l'écoulement du sang pendant l'opération; puis on l'étendit sur le ventre, cinq à six hommes le continrent, et, saisissant la jambe sur laquelle il devait opérer, le bourreau, qui tenait dans ses dents l'instrument du supplice, prit le pied par sa face dorsale dans la main gauche, tandis que de l'autre, après s'être assuré sur les côtés du tendon d'Achille des extrémités malléolaires, il coupa ce tendon d'un seul coup, découvrant ainsi l'articulation par sa face postérieure; il ouvrit ensuite sans tâtonner l'articulation péronnière; et enfin, retournant la jambe pour désarticuler en avant l'astragale, il finit par le côté interne et l'articulation tibiale. Tout cela se fit sans tâtonnement, sans trembler, et avec une habileté que j'étais loin d'attendre; il ne coula pas une goutte de sang. Le patient, dont on avait enveloppé la tête dans sa tope, poussait des rugissemens sourds.

Immédiatement on procéda à la désarticulation de la main. Tournant en haut la face palmaire, le bourreau fit une incision du bord radial au bord cubital, après avoir avec les doigts limité l'articulation. Arrêté alors par l'apophyse styloïde du radius, il tâtonna un peu avant d'entrer dans l'articulation; mais il fut repris par un aide plus adroit qui lui indiqua, en mettant le doigt sur le membre, la place où devait porter le couteau. L'opération se termina assez promptement et *toujours sans lambeaux*.

On enleva alors les liens qui entouraient les deux moignons, et aussitôt le sang jaillit au loin; mais immédiatement on remplaça cette première ligature circulaire par une autre faite avec des bandes de linge et le cordon de soie de l'opéré. On les serra avec force, et c'est le seul moyen qui s'oppose à l'hémorrhagie jusqu'à la guérison.

La sueur coulait du front du patient; sa respiration saccadée indiquait l'horrible souffrance à laquelle il était en proie. On lui apporta un peu d'eau, on lui en jeta sur la tête; puis ayant placé devant ses yeux les preuves non douteuses de son irréparable mutilation, on le laissa assis sur l'herbe pour passer à la troisième victime, dont l'attente si cruelle de son sort avait été rendue plus atroce par le tableau des souffrances de ses compagnons d'infortune.

Pour moi, épouvanté de ce hideux spectacle où j'avais vu désarticuler un homme bien portant avec autant de sang-froid que si c'eût été un animal égorgé pour servir à la nourriture, révolté de l'indifférence du bourreau et de celle des nombreux spectateurs qui assistaient sans pitié à cette boucherie sans qu'aucune figure exprimât la moindre trace de compassion, je me retirai plus mal à l'aise que si, pour sauver la vie à un malade et soutenu par le but de lui être utile, j'avais dû moi-même remplir le devoir de chirurgien, et je laissai ce peuple farouche assister au troisième acte de cette exécution.

L'instrument dont on se sert est un couteau convexe de 5 à 6 pouces de long sur 1 1/2 de large dans le milieu; il est semblable pour la forme au couteau dont se servent chez nous les gantiers pour amincir la peau, les cordonniers pour leur cuir.

L'opération dura le même temps que si elle était faite par un chirurgien d'Europe obligé en outre de pratiquer des lambeaux et la ligature des artères.

Que deviennent ces tristes victimes? Elles restent sur l'herbe exposées à la curiosité publique jusqu'à ce que, s'il leur en reste, un parent, un ami, les porte dans l'enceinte de quelque église, où du moins elles n'ont pas à craindre que la nuit même les animaux féroces viennent, eux aussi, déchirer pour le dévore

comme celle du corps des côtes de longues pointes anguleuses forgétées dans la cavité thoracique, n'offre au contraire qu'une déchirure inégale sans perte de substance, si bien qu'il suffit d'engager le bout du doigt par la plaie pour en redresser les extrémités; d'où nous devons conclure, somme toute, qu'une perforation de la poitrine avec fracture de côte sera plus grave que si la balle n'avait atteint que le tissu fibro cartilagineux. D'après ce qui précède, vous comprenez encore facilement que dans le cas où le plomb aurait fait deux ouvertures au thorax, en brisant une côte d'une part, et un fibro-cartilage de l'autre, la gravité sera moindre si la côte a été fracturée lors de la sortie du projectile que si elle l'avait été au moment de son immersion, puisque dans la première hypothèse les fragmens sont poussés au dehors, et en dedans dans la deuxième.

Il importe de bien se rappeler que le sommet de la poitrine est flanqué latéralement d'un auvent considérable formé par la région scapulo-claviculaire, que des balles traversent souvent cette région en glissant à la surface des premières côtes pour ressortir dans la région dorsale, et que si l'on n'y apporte une grande attention, on pourrait croire à une perforation du thorax alors qu'il n'en serait rien.

Une autre cause d'erreur de diagnostic consiste à prendre la deuxième côte pour la première; on l'évitera en se rappelant que la première côte présente en avant un bord mince et tranchant, tandis que les autres arceaux offrent dans ce sens leur surface antérieure qui est large et convexe. La première côte est d'ailleurs tellement rapprochée de la clavicule, qu'il est rare que la lésion de ces deux os ne soit pas simultanée, quand le corps vulnérant a agi avec violence.

Si du système osseux nous passons à l'examen du système artériel, d'autres considérations vont s'offrir à nous.

Les artères intercostales et l'artère mammaire interne, méritent une mention spéciale.

Des deux rameaux fournis par l'artère intercostale, le rameau supérieur doit fixer notre attention parce qu'il est beaucoup plus fort que l'autre et que sa lésion peut donner lieu à des hémorrhagies inquiétantes. Ces hémorrhagies sont heureusement assez rares à cause de la protection que le tube artériel reçoit dans la gouttière du bord inférieur des côtes. Cette gouttière est surtout très prononcée vers le tiers moyen du grillage costal, et cette disposition milite en faveur de l'opinion de ceux qui ont choisi cet espace pour pratiquer l'empyème. Nous vous dirons plus tard pourquoi nous ne partageons pas cet avis. Je ne vous rappellerai pas tous les moyens proposés pour combattre l'hémorrhagie fournie par l'artère intercostale. On en a tant propo é que Boyer disait, avec sa causticité de bonhomme, qu'ils dépassaient le nombre des cas bien avérés de lésions de cette artère; toutefois, je ne puis omettre celui que la saine pratique a sanctionné. Il appartient à Desault, et consiste à introduire jusque dans la cavité des plèvres une compresse fine dont le fond doit ensuite être bouché avec de la charpie, plus à faire effort sur les bouts restés libres de la compresse, pour attirer le tampon au dehors et comprimer efficacement l'artère par l'étranglement de ce tampon à son passage entre le grillage des côtes.

Quant à l'artère mammaire interne, on s'en est moins occupé que de la précédente; c'est une raison pour que nous lui consacrions quelques paroles de plus.

Cette artère longe la face postérieure des cartilages sterno-costaux, à trois lignes environ du bord sternal, placée derrière l'extrémité antérieure des muscles intercostaux internes, et au-devant du muscle triangulaire du sternum ainsi que de la plèvre. Sa lésion n'est pas rare aux armées, et comme il est aisé de la lier dans ses quatre premiers espaces inter-costaux, je vais vous tracer la marche que vous devrez suivre.

Faites une incision de 3 à 4 centimètres à partir du sternum, incisez la peau, le tissu cellulaire graisseux, le muscle pectoral, ou tissu aponévrotique faisant suite au muscle inter-costal externe, les fibres charnues et rares du muscle inter-costal interne qu'il vaut mieux érailler avec la sonde cannelée que de diviser avec le bistouri, vous trouverez alors l'artère et la veine satellite accollée à son côté interne, reposant sur le muscle triangulaire du sternum.

De tous les muscles qui entrent dans la composition du thorax, le diaphragme doit spécialement nous occuper. Ce muscle, dont le rôle est si important au point de vue physiologique, présente un intérêt non moins puissant considéré au point de vue de la pathologie externe. Il a été de ma part le sujet de sérieuses méditations, et c'est leur résultat que je vais surtout vous exposer. Commençons par examiner ses points d'insertion, ou ses attaches, puis nous étudierons sa locomotion.

Par ses fibres antérieures, elles se font derrière l'appendice xyphoïde, en laissant entre elles un espace signalé depuis long-temps, lequel permet aux fusées purulentes d'émigrer du thorax dans l'abdomen et *vice versâ*. Ses fibres latérales se portent obliquement en arrière et circonscrivent la base de la poitrine en suivant une ligne oblique qui de cet appendice xyphoïde descendrait sous les fibro-cartilages des trois dernières côtes, et irait aboutir à l'apophyse transverse de la première vertèbre lombaire, où se greffe, par l'intermédiaire du ligament cintré, un trousseau de fibres renforcées.

De cet exposé il appert que le diamètre du thorax est d'autant plus grand qu'on l'examine plus en arrière, et que si on l'a placé jusqu'à nous, à la partie moyenne de la douzième côte, on a commis une grave erreur. Je dis grave, et vous ne tarderez pas à comprendre la valeur de ce mot.

Il appert de plus que les balles ou corps étrangers tombés dans la cavité des plèvres doivent se trouver, et je me suis convaincu de la vérité de mon opinion au niveau du point le plus déclive de cette cloison, dans le sillon costo-diaphragmatique en arrière près de la colonne vertébrale, et que c'est là qu'il faut ouvrir le onzième espace intercostal, quand on veut extraire les corps étrangers, tels que bourre, esquille, balle, etc. Il reste encore démontré que l'opération de l'empyème est praticable dans tous les intervalles des côtes; mais il importe de se bien ressouvenir de la direction oblique parcourue par les attaches du diaphragme, attendu qu'il faut rapprocher de la colonne vertébrale l'incision des parties molles, d'autant plus qu'on veut ouvrir le thorax dans un espace costal plus voisin de la base du thorax.

Que si l'on faisait, dans tous les cas, choix du tiers moyen des côtes pour opérer l'empyème, on s'exposerait à de graves mécomptes, et on tomberait infailliblement dans la cavité abdominale lorsqu'on voudrait, comme cela m'est arrivé plus d'une fois, pénétrer dans la cavité des plèvres, entre la onzième et la douzième côte, pour aller saisir des corps étrangers tombés sur le plancher diaphragmatique.

Sous le point de vue de la locomotion du diaphragme, rappelez-vous que les surfaces diaphragmatiques et pulmonaires des plèvres sont en contact immédiat, et glissent l'une sur l'autre; que le poumon, à cause de sa force élastique, revenant sur lui-même pendant l'expiration, occupe moins de volume et laisse dans la cavité pleurale un vide qui provoque l'ascension du diaphragme, comme on peut s'en convaincre en ouvrant le thorax d'un animal dont la paroi abdominale, préalablement divisée, laisserait voir la voussure des muscles. En effet, dès que l'air pénètre entre les plèvres, le vide cesse, le poumon se rétracte contre la colonne vertébrale, et le diaphragme s'abaisse et ne remonte plus, à moins qu'il ne soit refoulé par les viscères abdominaux. Eh bien! un épanchement morbide liquide ou gazeux n'agit pas autrement. Dans l'inspiration, le diaphragme se contracte, et à son tour opère, par son refoulement en bas, un vide qui invite le poumon à se déplisser et à se laisser pénétrer par l'air inspiré.

Cette ascension du diaphragme peut être portée si loin, que dans l'expiration forcée il peut remonter jusqu'à la cinquième côte sternale; de sorte qu'une balle qui traverserait le thorax à cette hauteur, et dans des circonstances données, pendant la course, par exemple, pourrait traverser le diaphragme et les deux cavités auxquelles il sert de cloison. J'ai été témoin de faits de cette nature.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. Mojon.

Dans les séances des mois d'août et septembre, deux lectures ont eu lieu, l'une par M. Thierry, sur les luxations du coude (nous avons publié ce travail); l'autre par M. Belhomme, concernant les fonctions de l'encéphale sous le point de vue des localisations. Ce travail, basé sur un grand nombre d'expériences, se termine par les conclusions suivantes:

Fonctions cérébrales. Si nous émettons une opinion d'après nos propres expériences, nous dirons: 1° que le cerveau est l'organe de l'intelligence et que sa lésion amène constamment un trouble dans l'expression intellectuelle; 2° qu'une lésion profonde de cet organe amène des convulsions ou la paralysie dans le membre opposé, et quelquefois des convulsions du même côté que la lésion, mais toujours paralysie du côté opposé; 3° que les blessures du cerveau produisent la disposition au sommeil et même la torpeur; 4° que la volonté de l'animal se trouve gravement compromise dans les blessures du cerveau; 5° que ces blessures peuvent se cicatriser assez promptement, et que les animaux rétablis peuvent reprendre leur allure et leur état habituel de santé; 6° que l'ablation des hémisphères amène un désordre dans les mouvemens du côté opposé, et même la paralysie, et que la vue est compromise du côté opposé à l'enlèvement, surtout si l'on a détruit le tubercule quadrijumeau du même côté; 7° que l'ablation des deux hémisphères produit la paralysie des deux membres, et la perte complète de la vue si les tubercules sont détruits.

Nos expériences sur le cervelet nous portent à regarder cet organe comme présidant à la régularité des mouvemens voulus par l'animal, et nous croyons à la vérité des conséquences tirées par MM. Flourens et Bouillaud.

Il ne nous reste plus qu'à vous rappeler les phénomènes de l'asphyxie produite par la lésion de la partie supérieure de la moelle épinière. Ce phénomène est constant toutes les fois qu'on lèse profondément cette partie de l'encéphale, parce qu'on détruit l'origine des nerfs de la respiration. Vous connaissez tous l'expérience de Le Gallois, qui consiste à pratiquer une section de la moelle entre l'occipital et l'atlas; dans ce cas, l'animal s'éteint lentement par asphyxie; si l'on insuffle le poumon et si l'on sai-

---

ensuite ce corps désormais aussi impuissant pour la fuite que pour la résistance.

Voici comment j'eus l'occasion de voir le dénouement de cette épouvantable tragédie.

En quittant la veille, et pour n'y revenir jamais, le théâtre de cette boucherie humaine, j'éprouvais le besoin de venir en aide à tant d'infortune, mais j'ignorais où ces malheureux allaient se retirer: et pourrais-je ensuite accomplir ce que je considérais de ma part comme un devoir, sans être arrêté par l'esprit de vengeance qui avait ordonné ces supplices, et s'opposerait peut-être, même après l'exécution de la sentence, à ce que je vinsse modérer au moins les souffrances qui en sont la suite? Mais l'occasion que je souhaitais, sans savoir comment la faire naître, s'offrit bientôt d'elle même, car j'appris que les trois amputés s'étaient retirés à Madani-Alam, église de notre quartier, voisine de notre maison, et qu'ils me priaient de venir les panser. Je m'empressai de répondre à une demande si conforme à mes désirs, et muni des choses nécessaires, je me rendis auprès d'eux.

Les églises d'Abyssinie, toutes construites sur le même modèle, sont généralement placées au milieu d'une enceinte qui sert de cimetière aux chrétiens. Cette enceinte, entourée de grands arbres au milieu desquels est caché l'édifice, est en outre environnée de murailles.

C'était sous une espèce de vestibule, sous la porte de l'église, qu'étaient couchés les trois amputés au milieu de leurs femmes; et à l'horrible spectacle que présentaient ces trois malheureux qui, couchés sur le dos, levaient vers moi leurs six moignons couverts de sang caillé, et au milieu desquels les os formaient une saillie de 2 à 3 pouces au-delà des chairs, s'en joignit un plus hideux encore dont l'horreur absorba tout entier mon attention.

Près de la porte, et sur une plaque de fer semblable à celle sur laquelle on prépare le pain, on faisait cuire de la viande, et cette viande cuite ainsi sous les yeux des victimes, dont l'odeur frappait leur odorat, et que leurs femmes retournaient avec indifférence, comme si c'eût été une tranche de bœuf ou de mouton, *c'étaient les trois mains et les trois pieds amputés la veille!* On éloigna tranquillement ce plat dégoûtant pour me laisser approcher du feu dont j'avais besoin pour panser les malades, et tout le temps que je restai à couvrir de linge et de charpie ces plaies affreuses laissées à nu depuis la veille, il me fallut respirer l'odeur de cette infernale cuisine.

Comment expliquer le stoïque sang-froid des suppliciés eux-mêmes en voyant griller cette main qui, la veille encore, pouvait serrer celle d'un ami, ce pied qui les porta au lieu de leur torture? Que fera-t-on ensuite de cette chair ainsi desséchée sur le feu? Tout cela tient à l'usage, suite de la superstition, d'après laquelle, en pareil cas, l'amputé, après avoir ainsi fait dessécher le membre dont on l'a privé, le met ensuite dans du beurre pour le conserver jusqu'à la mort et le faire enterrer avec lui, afin de se relever tout entier au jour du jugement universel.

Malgré tout mon désir d'être utile à ces malheureux, j'avais hâte de m'éloigner d'un pareil spectacle, et après avoir couvert ces plaies de charpie enduite d'une pommade opiacée et avoir donné à chacun une forte dose d'opium pour qu'un sommeil léthargique vînt calmer les douleurs atroces auxquelles ils étaient en proie, je me retirai le cœur rempli de tristesse et de dégoût.

Je m'étais borné au pansement simple dont je viens de parler, car je ne pouvais espérer de réunir ces plaies, dont les tissus étaient trop courts pour se prêter à recouvrir les surfaces osseuses mises à nu. Seul et sans aide, par l'absence de mon ami le docteur Dillon, je devais aussi renoncer à lier les artères cachées dans les chairs engorgées et à faire souffrir inutilement les malades en arrachant les bandages qui, en comprimant les moignons, ne me laissaient craindre, au moins pour le moment, aucune hémorrhagie.

J'avais aussi été frappé du calme dans lequel se trouvaient ces trois hommes ainsi mutilés. Tous, quoique leur figure exprimât une vive souffrance, avaient le pouls régulier, l'esprit sain; se prêtaient autant qu'ils le pouvaient aux mouvemens que nécessitait leur pansement, et, soutenant eux-mêmes leurs membres amputés, causaient librement entre eux et se donnaient mutuellement des conseils sur la position qui devait m'être le plus commode.

Le soir je leur fis prendre à chacun deux nouveaux grains d'extrait d'opium.

L'opération avait été faite le 7, et le premier pansement le 8. Le 9 au matin, je les trouvai sans fièvre, sans céphalalgie; le pouls était seulement un peu plus fort qu'à l'état normal; ils avaient dormi, ne souffraient que très peu, et me remercièrent presque en riant des soins que je leur donnais.

Je leur fis prendre deux nouveaux grains d'opium pour entretenir un calme que j'étais si peu en droit d'espérer, car il ne faut pas croire qu'il m'eût été permis de les soumettre à des soins hygiéniques. Couchés à terre sur un cuir, exposés la nuit au vent et à l'humidité, le jour au courant d'air d'une porte souvent ouverte; prenant de la nourriture comme s'ils n'eussent été atteints que de la plus simple blessure, ils m'offraient dans l'état presque parfait de leur santé générale et dans leur peu de sensibilité physique un phénomène bien fait pour bouleverser les théories admises en Europe, et auxquelles des observations nombreuses de cas pareils ne me permettaient pas de croire qu'il pût se présenter d'aussi frappantes exceptions.

On continuait, comme la veille, à sécher les membres coupés, et j'eus la fatale chance d'assister encore les deux jours suivans à ce hideux spectacle.

Le 10, les plaies ayant été dépansées malgré mon ordre, je les trouvai couvertes de vers. La suppuration commençait à s'établir et il n'y avait eu aucune fièvre traumatique. La douleur était assez vive; il y avait des élancemens dans les moignons, mais le pouls et la langue étaient à l'état normal; nulle douleur épigastrique; compresses imbibées dans une solution d'opium et d'extrait de ratanhia; pilules de deux grains d'opium.

Le 11, élancemens très douloureux dans les moignons; un peu de céphalalgie; peau légèrement chaude; pouls un peu élevé. Fonctions de l'appareil digestif toujours normales. Ces deux nuits ont été bonnes. Il n'y a qu'un peu d'agacement général et surtout local; du reste, aucun des accidens traumatiques, même les plus ordinaires dans des cas où il n'y a pas d'aussi vastes plaies.

Le 12, sensibilité et agacement général très grands; absence de céphalalgie, pouls et langue à l'état normal; insomnie; suppuration bonne, engorgement léger des moignons. Pas la moindre hémorrhagie. Même pansement; seulement, pour se conformer à l'usage du pays, les malades arrosent fréquemment l'appareil avec du beurre fondu.

(*La suite à un prochain numéro*)

— Les candidats inscrits pour le concours de médecine opératoire, qui doit s'ouvrir le 9 novembre prochain sont:

MM. Malgaigne.	MM. Lenoir.
Bérard (A).	Sanson (Alph.).
Robert.	Laugier.
Michon.	Sédillot.
Boyer.	Huguier.
Vidal (de Cassis).	Moulinié (de Bordeaux).
Chassaignac.	Monod.
Blandin.	Thierry (Alex.).

que l'animal, il semble renaître.

Nos expériences, faites successivement sur le cerveau, le cervelet et la moelle épinière, ont de nouveau prouvé une distinction formelle des fonctions; l'ablation d'un hémisphère produit la paralysie du côté opposé à l'enlèvement; l'extirpation des deux hémisphères produit sur-le-champ l'affaissement des membres; la lésion du cervelet à la partie centrale un véritable opisthotonos, et la destruction de la moelle cervicale une asphyxie d'autant plus prompte que la lésion est plus profonde.

Nous continuerons, Messieurs, à suivre nos recherches sur les fonctions du système nerveux, non point que nous ayons la prétention de découvrir de nouveaux phénomènes, mais nous voulons combattre par des faits, l'incrédulité de certains sceptiques de nos jours qui ne veulent pas croire que les vivisections puissent être d'un grand secours à la physiologie et à la connaissance des maladies.

Ce travail a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. Adorne, Lacorbière, Giraldès et Belhomme.

Fistule lacrymale. — *M. Bourjot* présente une nouvelle canule pour le traitement de la fistule lacrymale. C'est un tuyau métallique double, savoir, formé de deux canules engaînées l'une dans l'autre, et offrant les dimensions et la forme de la canule de Dupuytren. Le but que l'auteur s'est proposé, c'est de pouvoir, en cas d'obstruction, extraire facilement la canule intérieure et laisser en place l'extérieure. M. Bourjot accompagne sa présentation de plusieurs réflexions qu'il croit propres à faire adopter son instrument.

M. Rognetta reconnaît la logique des idées que vient d'émettre M. Bourjot; mais dans l'état actuel de nos connaissances une question préjudicielle s'élève: c'est de savoir si l'usage de la canule est nécessaire, et si l'on ne peut guérir la maladie par des moyens plus doux. L'expérience m'a convaincu que les guérisons qu'on obtient sans la canule sont plus sûres et plus durables. Voici comment je me règle: si la tumeur n'est pas abcédée extérieurement, je commence par déboucher le syphon lacrymal à l'aide d'injections d'eau tiède avec la seringue d'Anel. J'injecte dans le sac une solution tantôt de nitrate d'argent, tantôt de sulfate de cuivre, que je laisse dans cet organe pour être absorbée petit à petit; je couvre la région externe d'une couche de pommade mercurielle camphrée et d'un cataplasme émollient. J'adjoins l'usage de quelques purgatifs. Ces moyens combattent la phlogose du syphon avec une promptitude remarquable. Aussitôt que les injections passent dans la gorge, je rends la solution de nitrate d'argent assez intense de temps en temps pour cautériser la muqueuse. Les larmes reprennent leur cours avec une rapidité étonnante. J'apprends alors au malade à s'injecter lui-même, et il m'arrive rarement de le tenir en traitement plus de quinze jours. J'ai obtenu de la sorte des guérisons radicales qui, sans contredit, valent celles qu'on obtient avec la canule. Si la tumeur est abcédée au dehors, je commence par combattre l'inflammation, et je me sers d'une seringue à bec courbe que j'insinue dans le foyer de l'abcès, et je fais en sorte que l'injection passe dans le syphon si cela est possible; sinon j'injecte à l'ordinaire par le point lacrymal. Souvent il est indispensable de plonger le bistouri dans l'abcès: cette ouverture me sert à conduire un morceau de bougie urétrale, que j'ôte tous les jours pour injecter le syphon lacrymal, comme dans le cas précédent. Je combats ainsi la phlogose, et lorsque les injections passent librement, je favorise la cicatrisation de la fistule, et je reviens aux injections par le point lacrymal comme dans le cas de tumeur lacrymale simple. Le clou de Scarpa, que je fais faire en argent, est nécessaire dans quelques cas au lieu de la bougie; mais toujours les malades apprennent à se panser eux-mêmes jusqu'à la guérison radicale. Je vise, en d'autres termes, à traiter la maladie comme un rétrécissement urétral accompagné d'écoulement, et je m'attache surtout à combattre la condition pathologique du syphon lacrymal, chose qu'on ne peut jamais obtenir à l'aide de la canule. Celle-ci ne fait que rétablir forcément le cours des larmes, mais laisse persister la maladie des parois du syphon; aussi les guérisons qu'elle procure ne sont que rarement durables. Je pourrais citer un assez grand nombre de cas à l'appui de ce que je viens d'avancer.

M. Thierry regarde comme très difficile de guérir la fistule lacrymale. Pour être sûr du succès, il faut attendre plusieurs années. Il préfère encore aux injections la canule; mais il convient que celle-ci présente beaucoup d'inconvéniens.

— Dans la séance du 6 octobre, M. Thierry donne lecture de la note suivante: *Observations de sarcocèles opérés, suivis de deux observations de sarcocèles traités et guéris par un traitement général.*

Pendant la vie, peut-on reconnaître la nature tuberculeuse, vénérienne, ou cancéreuse du sarcocèle?

L'examen anatomique peut-il nous donner la certitude de la nature différente de ces affections?

On peut constater la forme tuberculeuse enkystée, la forme squirrheuse, celle encéphaloïde; mais entre ces formes tranchées, l'infiltration tuberculeuse, l'infiltration cancéreuse sans destruction du tissu de l'organe, laissent du doute dans mon esprit, et il m'est impossible d'en distinguer et d'en déterminer la nature.

Elève à l'hôpital des Vénériens en 1823, je n'ai pu, par l'examen anatomique, éclairer la nature de ces engorgemens du testicule survenus après des blennorrhagies qui, dans quelques cas, sont le point de départ des sarcocèles. L'anatomie pathologique ne nous donnant pas une réponse satisfaisante, la pratique nous fournissant quelques indications utiles, je vais donner le résultat de mes observations.

J'ai pratiqué trois fois l'ablation du testicule sur trois individus de 45 à 50 ans. Les opérations ont été simples et faciles. Par une incision pratiquée à la partie postérieure du scrotum, j'ai fait saillir le testicule, puis, après avoir dégagé le cordon, je l'ai lié en masse, et j'ai terminé l'opération en détachant l'organe d'un coup de ciseaux.

Prises au point de vue de leur exécution, ces opérations réussirent.

Des tumeurs dures et bosselées se développèrent dans la cavité abdominale chez les deux premiers opérés. Une mort douloureuse fut le résultat de la récidive cancéreuse.

Dans ces deux cas, la peau n'était point ulcérée; aucun ganglion, du moins appréciable, n'était engorgé au moment de l'opération. Ces deux malades étaient, avant l'invasion de la maladie, d'une bonne constitution.

Le troisième malade fut opéré de la même manière; il était robuste; trois jours après, il se promenait dans les cabarets.

La tumeur qu'il portait était presque entièrement semblable à celle des deux premiers. La guérison fut très prompte. Pendant plusieurs années, il vint me remercier; il ne fut point attaqué de récidive.

L'examen anatomique des trois testicules avait fourni du tissu lardacé. Les deux premiers étaient semés de petits foyers de matière encéphaloïde. Avant d'opérer ces trois malades, je les avais soumis à un traitement avec des frictions mercurielles.

Depuis, j'ai eu l'occasion de soigner deux autres malades affectés de sarcocèle. Le premier, âgé de quarante-deux ans, offrait tous les signes de l'affection cancéreuse. Le second avait un double sarcocèle; il était âgé de trente-trois ans. Ces deux malades avaient eu des affections vénériennes; tous deux ils éprouvaient des douleurs lancinantes.

J'étais tellement convaincu de la nature cancéreuse du sarcocèle du premier malade, que je lui conseillai l'opération sans le soumettre à un traitement anti-vénérien. La couleur de la peau, la dureté de la tumeur, le caractère de la douleur me faisaient craindre une affection cancéreuse générale. Le malade ne s'en tint pas à mon avis; il consulta M. Cloquet, qui le reçut à l'hôpital de la Clinique, et lui fit faire un traitement anti-vénérien. J'ai vu ce malade depuis; il est parfaitement guéri.

Plusieurs chirurgiens avaient conseillé au second malade de lui enlever les deux testicules. Je l'ai traité par les préparations iodurées, et les deux testicules sont à peu près revenus à leur état naturel; le malade n'éprouve plus de douleurs lancinantes.

Ainsi, les deux premiers malades étaient évidemment cancéreux. On ne peut rien affirmer sur la nature du sarcocèle du troisième. Le quatrième a été le sujet d'un démenti formel donné à mon diagnostic par le traitement de mon honorable confrère, M. Jules Cloquet. Enfin le cinquième, grâce à un traitement général, a gardé ses deux testicules.

D'après ces faits, on doit conclure qu'on a enlevé des sarcocèles qui auraient pu guérir sous l'influence de différens modes de traitement, et l'on est autorisé à soutenir qu'on ne doit jamais avoir recours à l'ablation du testicule sans avoir auparavant soumis le malade à un ou à plusieurs traitemens anti-vénériens et anti-scrofuleux généraux et locaux.

M. Mojon fait remarquer que le mot sarcocèle est trop vague et qu'il serait convenable que M. Thierry en précisât l'acception pour se faire bien comprendre.

M. Thierry répond qu'il a employé le mot sarcocèle dans le sens que lui attachent tous les auteurs, c'est-à-dire indiquant une tumeur plus ou moins dures à surface plus ou moins inégale et qui dégénère quelquefois en cancer.

M. Giraldès croit que dans l'état actuel de la science un pareil langage ne peut être admis. Le diagnostic des maladies du testicule a fait de tels progrès, qu'il n'en est aucune qui ne puisse être en général reconnue avec certitude et précision. Le mot sarcocèle, par conséquent, doit faire place aujourd'hui aux noms que l'anatomie pathologique a consacrés pour désigner les différentes variétés des tumeurs testiculaires, tels que tumeur encéphaloïde, tumeur squirrheuse, tumeur tuberculeuse, etc. Je le répète, ce diagnostic différentiel est en général facile, et si des cas douteux se présentaient, il serait aisé de les éclaircir à l'aide de la ponction exploratrice.

M. Thierry ne partage pas l'assurance de M. Giraldès: il pense que le diagnostic offre souvent beaucoup d'obscurité, et qu'il est prudent en général d'avoir recours à un traitement mercuriel avant d'en venir à l'opération. Il cite plusieurs cas à l'appui de cette manière de voir.

M. Caffe parle dans le sens de M. Thierry; il ne croit pas que le diagnostic soit aussi sûr que le prétend M. Giraldès, et cite à l'appui un cas opéré par M. Sanson, en présence de M. Marjolin, cas qu'on n'avait pas cru de nature cancéreuse et qui pourtant l'était, puisqu'une année après il a récidivé à l'aine. On l'a opéré de nouveau; on est allé jusque dans le péritoine pour en compléter l'extirpation et le malade est mort.

M. Brière de Boismont rappelle que Dupuytren avait établi en principe de ne pas opérer un sarcocèle avant d'avoir fait subir au malade un traitement mercuriel. Il arrivait assez souvent que la tumeur disparaissait par ce seul traitement. On peut voir dans ses leçons orales un intéressant article sur ce sujet.

M. Giraldès soutient que le diagnostic est aujourd'hui très facile, et qu'il n'est pas nécessaire de tâtonner à l'aide d'un traitement médical qui fait perdre du temps inutilement. Si la tumeur est de nature à ne pouvoir être enlevée que par l'opération, il faut y procéder de suite: on aura au contraire recours à un traitement résolutif, si le diagnostic en a fait reconnaître la nécessité. Le diagnostic, ajoute-t-il, est tellement avancé, qu'on a dernièrement reconnu à la Charité, qu'une tumeur du testicule n'était formée que d'un kyste renfermant un fœtus, et l'on ne s'est point trompé.

M. Adorne. Nous sommes loin de partager l'assurance de notre confrère sur le diagnostic des tumeurs testiculaires. Boyer, lui-même, avouait que dans beaucoup de cas le diagnostic était fort douteux, même alors qu'il s'agissait de décider si la tumeur était une hydrocèle ou un sarcocèle, et il prescrit dans ces cas d'opérer comme s'il s'agissait d'une hydrocèle, et de tenir l'appareil prêt pour la castration si l'on reconnaît qu'on s'était trompé. M. Adorne cite un cas d'hydrocèle, tiré de sa pratique, que des praticiens exercés avaient pris pour un sarcocèle.

M. Nonat insiste sur l'utilité du traitement résolutif, conseillé par Dupuytren. Il ne pense pas que le diagnostic puisse aisément reconnaître la nature de beaucoup de tumeurs testiculaires.

M. Lacorbière, qui a suivi la clinique de Dupuytren, s'est convaincu de la bonté du principe établi par ce grand maître à l'égard de la maladie en question. Il cite à l'avantage de la médication mercurielle un cas de double luxation spontanée du fémur chez un sujet autrefois vérolé, et qui l'a guéri à l'aide de ce traitement. Dans un autre cas pareil on s'est opposé à l'emploi du mercure, la maladie de la hanche a fait de tels progrès qu'elle s'est terminée par la mort.

M. Belhomme cite plusieurs cas qu'il a observés durant son internat à l'Hôtel-Dieu, de tumeurs testiculaires dont le diagnostic précis était resté indécis, et dont quelques-unes ont été guéries à l'aide du traitement mercuriel. Il insiste sur l'utilité de ce moyen; et rappelle que Dupuytren l'employait et localement et intérieurement à la fois. Cette médication aurait, selon lui, l'avantage non-seulement de préparer convenablement la constitution à l'opération, mais aussi d'en prévenir peut-être la récidive dans certains cas.

M. Giraldès dit qu'on n'a pas saisi la question qu'il a posée. Son intention était d'établir que le diagnostic différentiel des tumeurs du testicule était en général très facile pour les chirurgiens de profession et au courant de la science, et que dans les cas douteux qui, selon lui, sont rares, la chose était facile à éclaircir moyennant la ponction exploratrice. Il persiste dans son opinion.

M. Rognetta: J'ai vu dans les hôpitaux un assez grand nombre de tumeurs testiculaires; j'en ai vu en ville, et j'ai suivi les travaux qu'on a publié sur cette matière: je dois l'avouer, je suis loin de partager l'assurance que paraît avoir notre confrère sur le diagnostic. Sans doute que, généralement parlant, on distingue assez facilement une tumeur humorale d'une tumeur sarcomateuse; sans doute aussi que souvent, dans ce dernier cas, on peut dire d'avance, s'il s'agit d'une masse encéphaloïde, d'un squirrhe, etc.; mais assez souvent aussi le diagnostic précis reste indécis jusqu'au moment de la dissection. Pour prouver cette assertion, je n'aurai qu'à citer quelques exemples de ce cas, que j'ai vu arriver entre les mains de Boyer, de M. Roux, de Dupuytren lui-même. En 1833, un enfant âgé de huit à dix ans, scrofuleux, est opéré par Dupuytren, de l'ablation d'un testicule du volume d'un citron, ayant toutes les apparences d'une tumeur tuberculeuse: à la dissection on est étonné de trouver une belle tumeur mélanique. M. Brière doit se rappeler ce fait: MM. Marx et Legros étaient présens, je me le rappelle très bien.

A entendre cependant M. Giraldès, on dirait que la science vient de faire de nouveaux progrès, des progrès tout récens que les membres de la société, qui viennent d'exprimer leurs doutes, ignoreraient peut être. Je désirerais sincèrement que cela fût; je suis le premier à avouer mon ignorance, bien que ma position dans la presse aurait dû me mettre à même de connaître les progrès récens, s'il y en avait. En conséquence je prierai M. Giraldès de vouloir bien nous dire, pour notre instruction, à quels signes il peut distinguer, par exemple, une tumeur mélanique du testicule d'une tumeur encéphaloïde, à une certaine période?

M. Giraldès trouve que cette question est ridicule; il dit que c'est tant pis pour les membres de la société qui ne se tiennent pas au courant de la science, etc.; mais ne répond pas à la question.

M. Nonat fait observer à M. Giraldès qu'il n'a pas répondu à la question.

M. Giraldès déclare que puisqu'on a formulé une question comme on l'a voulu, il est maître de répondre comme il l'entend. Puis il ajoute que le cas posé est une exception.

M. Thierry: Il est sans doute toujours facile de dire sur le cadavre si une tumeur est formée de tel ou tel tissu qu'on est convenu d'appeler de tel ou tel nom; mais il en est autrement sur le vivant. L'anatomie pathologique est sans contredit un flambeau précieux; mais, il faut le dire, elle a aussi beaucoup de jactance, car elle veut aller plus loin qu'elle ne peut, et sa jactance est à chaque instant relevée par l'expérience clinique. On vous a dit qu'à la Charité on a diagnostiqué un kyste du testicule contenant un fœtus; mais on a oublié d'ajouter que la tumeur était ouverte et laissait sortir une mèche de cheveux, ce qui change tout à fait l'état de la question. Du reste, M. Velpeau, qui est présent à la séance, peut dire si je me trompe.

Arsènic, appareil de Marsh. — *M. Adorne* entretient la société d'expériences qu'il a faites concernant le tritoxyde de fer hydraté. Cette préparation lui a offert de l'arsenic à l'appareil de Marsh. M. Adorne se demande si les quantités infinitésimales d'arsenic obtenues du corps de Laffarge ne pourraient pas provenir du tritoxyde de fer dont on l'avait gorgé pendant la vie, dans la présomption d'un empoisonnement. Il ajoute qu'ayant acheté du zinc et de l'acide sulfurique qu'on lui a donnés comme purs, il y a trouvé beaucoup d'arsenic par l'appareil de Marsh.

M. Nonat: L'expérience que vient de faire M. Adorne sur le tritoxide de fer n'est pas concluante, car il ne s'est pas assuré d'avance de la pureté de ses réactifs. Dans des expertises judiciaires, le premier devoir du chimiste est de s'assurer de la pureté des réactifs; or, pour ce qui est de l'appareil de Marsh, la chose est très facile: c'est de le faire marcher pendant quelque temps, et d'éprouver la flamme avant d'y verser la matière qu'on veut analyser. On connaît d'ailleurs les procédés à l'aide desquels on purifie le zinc, l'acide sulfurique, etc.; mais l'épreuve précédente est plus décisive.

M. Rognetta. On se fait de singulières illusions dans le monde, sur la valeur de l'épreuve en question pour décider s'il s'agit ou non d'empoisonnement. Je tiens de plusieurs chimistes très habiles que le procédé indiqué par M. Orfila, pour purifier l'arsenic n'est pas sûr. On a préparé de l'acide sulfurique d'après ce procédé; on a pris toutes les précautions voulues, et pourtant l'acide a présenté ensuite de l'arsenic. L'épreuve que M. Nonat vient d'indiquer, de faire marcher l'appareil pendant quelque temps, n'est pas plus concluante, car on n'a pas encore pu déterminer combien de temps il faut que l'appareil marche pour que l'assenic se dégage. Ce dégagement a lieu tantôt peu de temps, tantôt long-temps après. C'est précisément ce que M. Lasseigne a fait remarquer dans son intéressante lecture à l'Académie de médecine. Vous avez, je suppose, laissé marcher l'appareil pendant un quart d'heure; la flamme est pure; vous croyez par conséquent que vos réactifs sont orthodoxes et vous versez le liquide que vous voulez analyser; eh bien! c'est précisément alors ou quelque temps après que l'arsenic des réactifs va se dégager; vous croyez obtenir de l'arsenic du cadavre, et c'est de l'arsenic que vous y avez mis. Qu'il me suffise de citer un seul exemple: M. Orfila a annoncé, de la tribune de l'Académie de médecine et dans les grands journaux, que le bouillon le plus innocent de nos tables contenait de l'arsenic. Alors, comme à présent, ce chimiste était sûr de la pureté de ses réactifs; alors, comme à présent, il a fait marcher l'appareil pendant quelque temps avant d'y verser le bouillon.

Eh bien, Devergie vient de prouver que l'assertion de M. Orfila est de toute fausseté; le bouillon de bœuf préparé comme le veut M. Orfila, avec addition de carottes, de navets, etc., ne contient pas un seul atome d'arsenic, et l'on s'est convaincu que l'arsenic obtenu par M. Orfila provenait de l'acide sulfurique dont il s'était servi pour l'opération. Ainsi M. Orfila a trouvé de l'arsenic là où il n'y en avait pas!!! Malheureusement cette grave illusion n'est pas la seule qu'on peut imputer à M. Orfila. Je regrette, en vérité, Messieurs, qu'une discussion ait été entamée sur une question aussi délicate: le lieu où la société se réunit, dans le local même de l'Ecole, ne nous permettra pas d'exposer en pleine liberté nos convictions sur ce sujet. Je demande, en conséquence que la discussion soit close. Si cependant on voulait poursuivre, je m'inscrirai contre le système lui même de M. Orfila, système que je regarde comme faux, comme absurde, comme désastreux pour la société, et qui n'en impose qu'aux ignorans et aux hommes qui ne réfléchissent point. Il n'est pas besoin d'être chimiste pour en comprendre la portée.

M. Giraldès fait part à la société d'un nouveau procédé dont il se sert pour injecter les artères par les veines à l'aide d'un mélange de térétenthine de Venise et de vermillon.

M. Mojon présente un nouveau ventousier pour tirer le lait de la mamelle; ce ventousier lui a été adressé de Londres par un médecin anglais.

M. le Président fait part à la société qu'elle possède dans son sein MM. Boeck, docteur-médecin à Kongsberg (Norvège), Berg, médecin à Stockholm, et Rodrigue, agrégé à la Faculté de Montpellier.

Séance levée.

Ordonnance sur l'organisation des Ecoles de pharmacie.

Voici le texte des principaux articles de l'ordonnance royale du 29 septembre, qui relève cette branche de l'enseignement jusqu'ici trop laissée dans l'ombre :

TITRE PREMIER. — *Organisation des Ecoles de pharmacie.*

Art. 1er. Les Ecoles de pharmacie établies par la loi du 11 avril 1803, feront à l'avenir partie de l'Université, et seront soumises au régime du corps enseignant.

(Cette mesure a été proposée par les différentes commissions chargées de l'examen des questions médicales, et sollicitée par les Ecoles de pharmacie elles mêmes. Partout où il y a des cours réguliers pour des élèves prenant des inscriptions et subissant des examens, les règles universitaires doivent être appliquées, un régime universitaire doit être établi. *Extrait du rapport au roi.*)

Leurs recettes et leurs dépenses seront portées au budget de l'état.

Art. 2. L'Ecole de pharmacie de Paris sera composée de cinq professeurs titulaires et de trois professeurs adjoints.

Les autres Ecoles auront trois professeurs titulaires et deux professeurs adjoints.

Art. 3. Il y aura de plus dans chaque école des agrégés nommés pour cinq ans, lesquels remplaceront les professeurs, en cas d'empêchement, participeront aux examens, et pourront être autorisés à ouvrir des cours complémentaires, conformément à ce qui a été établi par nos ordonnances des 22, 24 et 28 mars, et 10 avril 1840.

Il y aura pour l'Ecole de Paris cinq agrégés, trois pour les Ecoles de Montpellier et de Strasbourg.

Art. 4. Les professeurs titulaires et adjoints seront nommés par notre ministre de l'instruction publique, d'après une double liste de présentations, faites, l'une par l'Ecole de pharmacie, l'autre par la Faculté de médecine établie dans la même ville.

Chaque liste de présentations contiendra les noms de deux candidats.

Les mêmes candidats pourront être présentés par l'Ecole de pharmacie et par la Faculté de médecine.

(Il a semblé convenable de rattacher les Ecoles de pharmacie à l'Université par un nouveau lien, et de demander aux Facultés de médecine, qui ont avec elles des relations médiates et nécessaires, la deuxième liste de présentations. *Extrait du rapport au roi.*)

Art. 5. Nul ne pourra être nommé professeur titulaire s'il n'est docteur ès sciences physiques et âgé de 30 ans.

Les professeurs adjoints devront être licenciés ès-sciences physiques et âgés de 25 ans.

Les uns et les autres devront avoir été reçus pharmaciens dans une Ecole de pharmacie.

Art. 6. Les agrégés seront nommés au concours d'après un réglement qui sera ultérieurement arrêté en conseil royal de l'instruction publique.

Il suffira, pour être admis au concours, de produire le diplôme de pharmacien, ainsi que le diplôme de bachelier ès-sciences physiques.

Art. 7. Le directeur de l'Ecole sera choisi par notre ministre de l'instruction publique, parmi les professeurs titulaires.

Il conservera ses fonctions pendant cinq années et pourra être nommé de nouveau.

Art. 8. Il y aura dans chaque Ecole un secrétaire, agent comptable, qui pourra être choisi par notre ministre de l'instruction publique parmi les professeurs titulaires ou adjoints.

Il y aura de plus un ou plusieurs préparateurs, qui devront justifier de grade de bachelier ès-sciences physiques.

Les préparateurs seront nommés par le directeur et d'après l'avis des professeurs.

Le directeur nommera les employés et gens de service.

TITRE II. — *Enseignement.*

Art. 9. On enseignera dans chaque Ecole :

Première année. — La physique et la chimie, l'histoire naturelle médicale.

Deuxième année. — L'histoire naturelle médicale, la matière médicale, la pharmacie proprement dite.

Troisième année — La toxicologie ; et, sous le titre d'*Ecole pratique*, les manipulations chimiques et pharmaceutiques.

Art. 11. Les cours s'ouvriront chaque année au mois de novembre, et seront terminés à la fin de juillet.

Chaque professeur titulaire ou adjoint qui sera nommé à l'avenir, devra faire son cours pendant toute la durée de l'année scolaire.

Art. 12. Le registre des inscriptions pour les élèves sera ouvert, chaque année, dans les quinze premiers jours du mois de novembre.

Art. 13. Nul candidat ne sera admis aux examens pour le titre de pharmacien, s'il ne justifie du grade de bachelier ès-lettres.

Le présent article sera obligatoire à l'égard des aspirans qui postuleront le titre de pharmacien devant les jurys médicaux.

Art. 14. Nulle dispense d'âge pour l'admission aux examens ne pourra plus être accordée qu'aux candidats qui se présenteraient aux épreuves devant une des écoles de pharmacie.

Art. 15. Indépendamment des deux professeurs en médecine qui sont appelés auxdits examens, trois membres de l'école de pharmacie devront y prendre part ; savoir : deux professeurs titulaires ou adjoints, et un agrégé.

Art. 16. Les élèves des Ecoles de pharmacie qui auront mérité des prix dans les concours institués par l'arrêté du 13 août 1803, obtiendront des remises de frais.

Le montant desdites remises sera fixé pour chaque prix par un règlement universitaire. Les noms des élèves lauréats seront proclamés dans la séance annuelle de rentrée.

TITRE III. — *Comptabilité.*

Art. 21. Les professeurs titulaires recevront, à Paris, un traitement fixe annuel de 4,000 fr. ; dans les départemens, un traitement fixe annuel de 3,000 fr.

Le traitement des professeurs adjoints est fixé à 2,400 fr., à Paris, et à 1500 fr. dans les départemens.

Le professeur-directeur recevra, en outre, à titre de préciput, une indemnité annuelle de 1500 fr., à Paris, et de 1000 fr. dans les autres écoles.

Le secrétaire agent comptable recevra, à Paris, un traitement de 3,000 fr., et dans les autres écoles un traitement de 1500 fr.

Le traitement annuel des préparateurs sera de 1200 fr.

Art. 23. Les droits de présence aux examens seront de 10 fr. pour chacun des fonctionnaires appelés à y prendre part. Les mêmes droits seront alloués aux professeurs chargés de l'examen des herboristes.

Art. 24. Le prix de l'inscription annuelle à acquitter par chaque élève est fixé à 36 fr. dans les trois Ecoles.

La répartition des frais d'examen reste fixée ainsi qu'il est prescrit par l'arrêté du 13 août 1803, savoir :

Premier examen, 200 fr. ; deuxième examen, 200 fr. ; troisième examen, 500 fr.

Les frais des opérations et des démonstrations qui doivent avoir lieu dans le dernier examen sont fixés à 200 fr. pour Paris, et à 150 fr. pour les autres écoles.

TITRE IV. — *Dispositions transitoires.*

Art. 25. La condition du diplôme de bachelier ès-lettres ne sera obligatoire qu'à partir du 1er février 1844.

— A la suite d'un rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique par M. Parisot, membre du conseil royal, président du concours d'agrégation pour les sciences mathématiques ;

Sont institués en qualité d'agrégés pour les sciences mathématiques, savoir :

Près la Faculté des sciences de Paris,

M. Veille, docteur ès-sciences mathématiques, chargé comme suppléant du cours de mathématiques appliquées a la Faculté des sciences de Toulouse ;

Près les Facultés des sciences des départemens :

MM. Bertrand, docteur ès-sciences mathématiques, élève de l'école polytechnique ;

Molins, docteur ès-sciences mathématiques, chargé du cours de mathématiques pures à la Faculté des sciences de Toulouse.

— A la suite d'un rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique par M. le baron Thénard, vice-président du conseil royal, président du concours pour les places d'agrégés dans les facultés des sciences,

Sont institués en qualité d'agrégés pour les sciences physiques, savoir :

Près la Faculté des sciences de Paris, M. Masson, docteur ès sciences physiques, chargé d'un cours de physique au collége royal de Saint-Louis ;

Près les Facultés des sciences des départemens, M. de Laprovotaye, docteur ès sciences physiques, chargé d'un cours de physique au collége royal Louis-le-Grand ;

Malagutti, docteur ès-sciences physiques.

— M. Coze, professeur de pharmacie et de matière médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé de nouveau doyen de cette Faculté.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 15 OCTOBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 122, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

NOUVEAU DÉMENTI A M. ORFILA.

A Monsieur Raspail, homme de science.

Monsieur,

Je viens d'envoyer une lettre sur l'arsenic à la *Revue scientifique*, pour qu'elle paraisse dans le numéro d'octobre. J'ai l'honneur de vous en envoyer un double, espérant qu'il pourra vous être agréable, vous intéresser et vous présenter quelques points utiles à la cause de la malheureuse Marie Cappelle.

Cette lettre renferme trois choses : 1° Qu'ayant découvert l'arsenic humain et indiqué son état, il n'est pas honnête de la part de M. Orfila de s'approprier cette découverte et de me donner en échange des paroles injurieuses ; 2° que M. Orfila n'a pas démontré la présence de l'arséniate de chaux dans les os ; et 3° que les tissus mous renferment aussi de l'arséniate de chaux qui devient appréciable par la putréfaction et la destruction des matières animales.

Monsieur, d'après ce que vous connaissez, il est de toute urgence que cette lettre parvienne à la connaissance du public ; si donc M. le directeur de la *Revue scientifique* ne la faisait pas imprimer dans *le National* ou dans la *Gazette des Tribunaux*, comme je le lui recommande, vous me rendrez service si vous voulez bien vous en charger.

J'ai l'honneur de vous saluer avec respect.

COUERBE.

Verteuil (Gironde), le 7 octobre 1840.

A M. le Rédacteur de la Revue scientifique.

Monsieur,

Dans le dernier n° de votre savante Revue, à l'occasion de l'affaire Laffarge, vous dites : « MM. Orfila et Couerbe ont démontré la présence d'un arséniate de chaux dans les différentes pièces du squelette humain. » Vous semblez ainsi, Monsieur, donner la principale part à M. Orfila de la découverte de l'arsenic, à l'état d'arséniate de chaux dans les os. Je suis fâché et bien fâché, je vous le jure, que la vérité me force à vous dire que vous êtes mal renseigné, d'où découle, sans nul doute, l'inexactitude de vos assertions.

M. Orfila n'a point découvert l'arsenic des cadavres. M. Orfila a encore moins démontré la présence de l'arséniate de chaux dans les os ; car il ne s'est servi, dans tous ses essais, que de l'appareil de Marsh pour répéter mes expériences sur l'arsenic métallique normal ; appareil qui est inhabile à indiquer l'état primitif du métal qu'il verse sur les assiettes sous forme de taches brunes à reflet métallique. Quelle est donc la part de M. Orfila dans tout ceci? Je la croyais aujourd'hui bien connue ; elle consiste simplement dans la vérification et la constatation de mes résultats sur l'arsenic normal. Voilà tout le mérite de M. Orfila ; je ne puis lui en reconnaître d'autre.

Je vous le confesse, Monsieur, je tiens beaucoup à ma découverte que je ne veux partager avec personne, et j'y tiens d'autant plus que je l'ai faite ici dans ma tranquille campagne, en 1837, libre et dégagé de toute idée étrangère.

D'ailleurs, Monsieur, pour qu'il ne reste aucun doute en votre esprit, j'ai l'honneur de placer à la suite de mes observations une lettre de M. Orfila, par laquelle ce toxicologiste se plaît à me démontrer que si la rédaction de son mémoire sur l'arsenic normal m'a paru obscure, il n'a point eu la pensée de me dépouiller d'une découverte qu'il reconnaît m'appartenir tout entière. Ce document me paraît indispensable, et à sa place ici, parce qu'il rendra incompréhensibles, ou pour le moins très irréfléchies, les paroles injurieuses que M. Orfila paraît avoir tenues à Tulle sur mon compte ; paroles qui ont été portées à ma connaissance par la lettre de M. Raspail sur la fameuse affaire du Glandier.

Lor que je me livrai pour la première fois à mes recherches sur l'arsenic des matières animales putréfiées, j'opérais avec fort peu de soin sur les os et les chairs à la fois, je ne détruisais même pas complètement la matière organique ; je me bornais à hacher les chairs, à concasser les os avec un marteau, et à les faire bouillir pendant une demi-heure dans de l'eau contenant un ...ème d'acide nitrique dont j'étais sûr ; le décocté acide était ...uit à l'état de cendres, et porté ensuite dans le flacon à gaz ...rogène. Ce ne fut qu'à Paris, en 1838, dans le laboratoire de ...ole de médecine, que j'expérimentai sur les os purs de chairs, ...que je m'assurai que c'était en eux principalement que gisait ...senic ; ce qui était d'accord avec ma théorie, car vous savez, ...nsieur, que je suis parti d'une hypothèse pour arriver au fait remarquable que j'ai découvert (1). Mais je puis certifier maintenant, comme mes premières expériences me l'avaient fait dire, que les tissus mous contiennent aussi de l'arsenic, dans un rapport qui est proportionnel au résidu terreux qu'ils laissent après leur combustion ; que cette quantité d'arsenic, insaisissable dans 5 à 6 livres de chair musculaire, devient sensible aux réactifs à mesure que la putréfaction détruit la matière organique qui la dé...ie. Ce sont là des résultats de plusieurs analyses.

J'aurais vivement désiré que ma santé m'eût permis d'entrer ici dans quelques autres détails d'expériences qui sont en activité depuis plusieurs mois, mais il m'a été impossible de les poursuivre, et mon docteur, M. Puydebat, chirurgien très distingué de Bordeaux, qui vient de m'opérer d'une maladie chirurgicale des plus vive, veut aujourd'hui que ma tête tracassée garde le repos, et que mes forces, affaiblies par un malaise de six mois, se privent d'une trop grande activité ; malgré moi, je sens qu'il me faudra suivre ses conseils, car de vous écrire ces lettres déjà ma tête s'est échauffée et un bandeau douloureux m'étreint le front d'une force qui me porte à l'âme. Je borne donc là ma missive, et renvoie à une autre occasion des détails intéressans sur l'importante matière qu'il serait si utile et si opportun d'approfondir.

Quoi qu'il en soit, et malgré le reproche que je viens de vous adresser, je suis très satisfait que vos intéressantes réflexions m'aient de nouveau conduit sur un sujet qui m'a donné tant d'inquiétude, et que je croyais aujourd'hui, par la polémique qui a existé entre M. Orfila et moi, suffisamment clair pour tout le monde.

Monsieur, dès que mon article aura paru dans la *Revue* que vous rédigez avec tant d'esprit et de goût, je vous serai obligé de le faire insérer dans le *National* ou dans la *Gazette des Tribunaux*, pour que les personnes qui ne lisent pas les journaux scientifiques sachent bien que la découverte de l'arsenic et de l'arséniate de chaux du corps humain, m'appartient, et que je ne mérite pas ce que M. Orfila m'attribue dans ses conversations particulières.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération,

Signé : COUERBE.

Verteuil (Gironde).

Lettre de M. Orfila à M. Couerbe sur l'arsenic.

Monsieur,

Ma lettre d'hier ne contenant pas toutes les explications que réclame celle que vous m'avez écrite le 10, je viens suppléer à quelques lacunes.

Quel est le fait dominant de cette discussion? *la présence de l'arsenic dans le corps de l'homme.* Or, relisez la note, et vous y trouverez non-seulement qu'il en est ainsi, mais encore que vous y discutez l'état où le métal peut se trouver ; les idées sur les sources de ce métal, etc.; à cet égard personne ne peut se méprendre : *un fait capital* et des plus importans consistait dans l'annonce de la présence de l'arsenic normal ; *ce fait vous appartient.*

Je m'occupais, dites vous, de l'empoisonnement par le plomb et par le cuivre, quand vous parlâtes pour la première fois devant moi de vos recherches sur l'arsenic normal. Cela est vrai : je vidais d'abord la question de l'empoisonnement de Schneider, à Dijon ; cette question venait d'être agitée devant le tribunal, je devais en finir avec elle ; mais, je vous le demande, pouvez-vous conclure de là que je n'eusse pas songé à traiter le problème de l'absorption de l'arsenic?

Je maintiens que sans vous je serais arrivé à découvrir l'arsenic normal, et la preuve que j'y étais été conduit à cette découverte, c'est que je l'ai réellement faite en votre présence sur le cadavre d'une femme ; mais, *je le reconnais, vous aviez annoncé le fait* ; honneur vous soit rendu (1)!...

Mais, dites-vous, pourquoi avez-vous publié un mémoire sur l'arsenic normal sans ma participation? Ce reproche paraîtra fondé au premier abord, mais il s'évanouira si vous avez égard au motif suivant : vous deviez revenir en mai, je crois, pour continuer nos travaux ; puis vous m'écrivez que vous renoncez à venir à Paris, que vous êtes poursuivi par l'injustice des hommes, et que vous abandonnez pour jamais la capitale. D'un autre côté, et ceci est fort grave, je fus requis par le tribunal de Dijon pour déterminer si Nicolas Mercier dont on m'envoie une partie du cadavre, est mort empoisonné par l'arsenic. Je conclus à l'empoisonnement, et l'affaire sera jugée à la fin de ce mois. Or, que doit-il arriver? C'est que l'on m'objectera que l'arsenic trouvé dans le foie et dans les membres n'est autre que de l'arsenic normal, « *M. Couerbe, dira t on, n'a-t il pas établi qu'il y a de l'arsenic dans le corps de l'homme?* » Je devais donc préparer une réponse à cette objection capitale ; *il y avait urgence*, et vous êtes trop juste pour ne pas le reconnaître. Or, qu'ai-je fait? j'ai effleuré une des questions posées dans votre note cachetée : et comment l'ai-je effleurée? en me guidant d'après le *principe posé par vous* ; toutes les autres questions, je les ai laissées intactes, et je le dis dans mon mémoire. Vous avez obtenu des torrens d'arsenic du phosphate acide de chaux des os : soit ; mais peut-être penserez vous que même après ces torrens, les expériences que j'ai imprimées ne nuisent pas au *fait capital*, je le répète, que vous avez fait connaître.

S'agit-il de la question des terres? mais vous savez que c'est toujours en vue du procès de Dijon que je l'ai abordée ; obligé de répondre à une question posée par le tribunal, je ne pouvais pas ne pas chercher à la résoudre.

Agréez, etc. ORFILA.

Paris, 16 novembre 1839.

HOTEL-DIEU. — MM. BRESCHET et ROUX.

(M. MICHON, chargé du service par *intérim*.)

Ablation d'un ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure. Mort par suite de l'épuisement de la sensibilité, déterminée par les souffrances prolongées de l'opération. Altération du système circulatoire ne donnant pas, selon M. Michon, la raison suffisante de cette issue funeste. (*V.* le n° du 6 octobre.)

Le malade auquel nous avions fait l'ablation d'un énorme ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure a succombé trois jours après l'opération, qui s'est passée sans accidens dignes d'être notés. La veille encore de sa mort, il était dans un état très satisfaisant. Nous vous avons annoncé que l'on ne trouverait à l'autopsie aucune lésion capable d'expliquer la mort, et vous allez voir que c'est ce que l'autopsie a démontré.

D'autre part, la mort n'a pas été le résultat de l'asphyxie déterminée par la rétraction de la langue en arrière, accident qui paraît être arrivé quelquefois à la suite d'une semblable opération, mais qui doit être bien rare. La langue n'était pas rétractée chez notre malade, et la mort n'a été précédée d'aucun phénomène d'asphyxie. Ajoutons enfin qu'il n'y a pas eu de symptômes de résorption purulente, ni d'inflammation de la plaie.

L'examen cadavérique a démontré qu'il existait dans l'oreillette droite du cœur un caillot ancien adhérent et qui remonte indubitablement à une époque antérieure à l'opération ; ce caillot est jaunâtre et se continue dans l'une des veines caves. Les veines pulmonaires renferment également plusieurs caillots adhérens qui paraissent remonter à la même époque que le précédent. Des caillots semblables existent dans les cavités gauches.

Nous le répétons, ces lésions anatomiques ne suffisent pas selon nous pour expliquer la mort, dont il faut évidemment rechercher ailleurs la raison suffisante. Pour nous, il n'est point douteux que ce malade ne soit mort par le fait même de l'opération ; et sans que celle-ci ait entraîné aucun des accidens graves qui se rattachent aux grandes opérations. Il est mort par le fait même de la douleur vive et prolongée qu'il a eu à endurer pendant l'exécution de l'opération, et qui paraît avoir entraîné un épuisement de la sensibilité, comme les grandes hémorrhagies entraînent l'épuisement du système sanguin. Dupuytren qui avait déjà signalé ce genre de mort à la suite des grandes opérations, pendant lesquelles la douleur se prolonge beaucoup, disait dans ses cours cliniques que la douleur épuise la capacité sensitive, et qu'une profonde atteinte portée à l'appareil d'innervation finit alors par entraîner la mort.

Nul doute que telle n'ait été la cause de la catastrophe arrivée chez notre opéré : car les lésions du système circulatoire étaient tout au plus capables d'entraîner la mort à une époque plus éloignée.

Ce n'est pas toujours la longue durée de l'opération qui est capable de produire ce trouble du système de l'innervation qui fait parfois succomber les malades. Le tempérament des malades, leur idiosyncrasie, l'intensité de la douleur, le plus ou moins de courage avec lequel ils ont supporté l'opération, sont autant de circonstances qui y concourent d'une manière plus ou moins évidente, plus ou moins directe. C'est le concours que peuvent prêter ces conditions diverses dans la production de la mort qui est cause peut être que l'on n'a pas pu encore déterminer jusqu'à quel point l'épuisement de la sensibilité peut être porté pour occasionner la mort, et jusqu'à quel point il est compatible avec la persistance de la vie, comme nous avons pu l'établir approximativement pour les pertes de sang.

Dans le cas qui nous occupe, la chirurgie a fait ce qu'elle a pu, mais il est bien certain qu'elle a échoué ; car la mort qui arrive par suite de l'épuisement de la sensibilité, occasionné par la douleur qu'entraîne une opération, est un accident qui est aussi bien du ressort de la chirurgie, que les hémorrhagies qui arrivent dans de semblables conditions.

Il ne faut cependant pas conclure de cet insuccès, qu'il ne faille jamais désarticuler la mâchoire : ce serait une erreur, car des succès antérieurs ont consacré cette opération. On ne peut conclure qu'une chose de ce fait ; savoir : qu'il faut abréger autant que possible la durée des opérations ; celles de la face surtout, cette partie du corps étant abondamment pourvue de nerfs.

Du reste, les hémorrhagies répétées maintenaient notre malade dans le danger continuel d'une mort imminente ; et il suffit de rappeler cette circonstance, pour prouver que nous n'avons pas fait une opération de complaisance.

Le résultat de l'opération, d'ailleurs, était des plus beaux, et la réparation était on ne peut pas plus satisfaisante. La réunion était faite à la partie supérieure, et le malade serait sorti guéri avec peu de difformité.

PLUSIEURS CAS DE FRACTURES.

Considérations générales sur les appareils inamovibles.

Fracture de la jambe au tiers inférieur ; appareil dextriné.

Au n° 75 de la salle Sainte-Marthe est couché un maçon, qui s'est fracturé les deux os de la jambe vers le tiers inférieur de ce membre, en tombant dans un puits : cette fracture existait avec fort peu de déplacement. Le malade est arrivé à l'hôpital avec un appareil, auquel nous avons substitué l'appareil de Scultet. Il y a cinq ou six jours que vous nous avez vu employer la dextrine chez ce malade pour rendre inamovible cet appareil à bandelettes, qui est

---

(1) *Voyez* mes trois mémoires sur l'intoxication arsenicale (*Gazette des Hopitaux*, décembre 1839, mars et avril 1840).

(1) Ce paragraphe n'est pas logique : il est évident que M. Orfila confond ici deux choses très différentes : découvrir, avec l'action de vérifier, de constater.

celui qu'emploie ordinairement M. Seutin, et auquel on préfère dans un autre hôpital de Paris la bande roulée.

Fracture du péroné sans déplacement.

Au n° 56 de la salle Sainte-Marthe, est couché cet homme qui est entré à la clinique avec une fracture du péroné sans déplacement des fragmens. C'est chez ce malade que nous avons fait l'application d'un appareil en papier rose amidonné. Cet appareil forme à présent une bottine qui enveloppe parfaitement la jambe et le coude-pied, et assure l'immobilité des fragmens. Nous permettrons la déambulation à ce malade.

Fracture de la jambe. Appareil amidonné.

Ce malade est couché au n° 46 de la salle Sainte-Marthe; vous vous rappelez que nous avons appliqué à son membre un appareil amidonné. Nous ne faisons que vous signaler tous ces malades; car nous reviendrons, dans un instant, sur chacun d'eux avec détail.

Fracture de la jambe. Bottine en carton dextriné.

Au n° 19 de la salle Sainte-Marthe, se trouve le malade qui a eu les deux os de la jambe fracturés; le péroné, à son tiers supérieur, et tibia, au tiers inférieur. Nous avons placé le membre de ce malade dans une bottine de carton dextrinée. Nous ne permettrons pas la déambulation à ce fracturé.

— Ainsi, quoique tous les malades que nous venons de passer rapidement en revue soient affectés d'accidens analogues, néanmoins nous les avons placés dans des conditions thérapeutiques différentes. Notre premier but, puisque l'intérêt des malades n'en souffrait pas, a été de faire servir ces cas à votre instruction.

Vous avez pu voir dans les deux services, outre les malades que nous venons d'indiquer, d'autres fracturés dont les membres sont emboîtés dans des appareils anciens. Nous les avons encore appliqués exprès, afin que vous puissiez les comparer aux appareils inamovibles.

Vous savez que l'on a donné le conseil d'employer l'appareil inamovible dès les premiers instans d'une fracture, et l'on a préconisé outre mesure cette conduite. Une telle pratique, nous n'hésitons pas à le dire, est dangereuse; car, en agissant ainsi, l'appareil se trouve appliqué avant que le gonflement qui suit inévitablement toute fracture se soit établi; or, celui ci ne pouvant être prévu dans son étendue, il est manifeste qu'il peut arriver un moment où n'étant plus en rapport avec le degré de développement que la capacité de l'appareil peut permettre au membre d'acquérir, la constriction qui se trouvera exercée sur celui-ci par lui, pourra avoir de funestes résultats capables d'aller jusqu'à la gangrène. Et notez bien, Messieurs, qu'il ne s'agit pas ici de spéculations purement théoriques; le langage des faits parle assez haut, et nous croyons pouvoir établir, sans crainte d'être taxé d'exagération, que cette issue redoutable se présente alors dans la proportion d'un à vingt.

La prudence conseille donc de retarder l'application de l'appareil inamovible, jusqu'à ce que le gonflement inflammatoire ait presque totalement cessé, et de se restreindre en attendant à l'emploi d'un appareil ordinaire.

Quand le gonflement inflammatoire est dissipé et que le danger de voir survenir la gangrène n'est plus à redouter, il y a avantage réel à appliquer l'appareil inamovible: alors le peu de gonflement qui restait encore se dissipe promptement.

Il n'y a d'ailleurs point d'inconvénient à retarder de sept à huit jours l'application de l'appareil inamovible, en ce sens que le but principal de cet appareil étant d'éloigner autant que possible l'un de l'autre les pansemens, il est absolument en désaccord avec la surveillance qu'il faut accorder aux fractures à leur début; et que le but non moins important que l'on en attend, savoir: de garantir l'immobilité des fragmens, ne devenant urgent qu'à l'époque où le cal passe à l'état solide, on peut fort bien se dispenser de son emploi dans les premiers temps qui suivent la fracture, pendant lesquels il ne se fait qu'un travail en quelque sorte préparatoire à la réunion osseuse qui doit plus tard rétablir la continuité de l'os fracturé. On peut évaluer la durée de ce travail préparatoire à huit, dix ou quinze jours et plus encore.

Il n'est pas de notre sujet de vous faire l'histoire de l'appareil inamovible, et il nous suffira de vous rappeler qu'importé en France par M. Larrey, on l'avait ensuite multiplié de différentes manières. M. J. Cloquet avait été jusqu'à en faire en plâtre pour les fractures qui ne voulaient pas se consolider. En effet, on réserva pendant long-temps l'emploi des appareils inamovibles pour des cas particuliers seulement, et l'on n'en fit point une application générale. Ces appareils, d'ailleurs, étaient depuis long-temps usités dans les campagnes chez les animaux ayant des membres fracturés.

Nous vous avons montré deux genres d'appareils inamovibles, l'appareil dextriné et l'appareil amidonné, et des variétés, selon que l'on emploie le bandage roulé ou les bandelettes. Aucun des deux n'a un avantage assez décidé pour l'y substituer forcément dans tous les cas. La dextrine et l'amidon sont également efficaces, et nulle contestation sérieuse ne saurait s'élever en faveur de la première au détriment de l'amidon. Toutefois, la dextrine se dessèche mieux, et donne lieu à des appareils plus solides; en outre, elle permet facilement l'application de l'appareil à bandelettes, et convient également à l'appareil en papier comme à l'appareil en linge.

Les bandelettes en linge, avons-nous dit, sont préférables au bandage roulé. Nous devons dire de plus, qu'aucun avantage ne les rend préférables au papier. Avec celui-ci on fait des appareils d'une simplicité extrême, minces, légers et néanmoins très solides; de plus leur forme, qui est exactement celle du membre sur lequel on les applique, offre ceci d'avantageux, qu'elle permet de saisir tous les changemens qui peuvent survenir dans sa rectitude, les accidens de sa surface; et avertir promptement, par conséquent, du déplacement que peuvent avoir éprouvé les fragmens. A la rigueur, avec du linge fin, on arriverait au même résultat; mais, mis en concurrence avec l'appareil en papier, celui-ci présente encore l'avantage de l'économie.

Donc, l'appareil en papier est préférable, sous tous les rapports, à l'appareil en linge. Nous devons dire cependant, pour ce qui concerne l'exactitude avec laquelle les morceaux de papier se moulent sur tous les points de la surface d'un membre, que l'appareil à bandelettes offre le même avantage lorsqu'on a soin d'employer du linge fin.

L'appareil à bandelettes séparées (appareil de Scultet), et celui en papier, sont donc préférables. Ce qui établit une supériorité décidée de l'appareil de Scultet sur le bandage roulé, c'est qu'avec le premier on est plus sûr de la compression que l'on établit; on peut mieux la graduer et en varier la force suivant les points du membre, tandis que celle qu'exerce le bandage roulé porte inégalement suivant que des saillies vont au-devant de son action, ou que des dépressions y échappent. C'est par suite de cette inégalité de compression que les membres enveloppés dans un bandage roulé perdent leur configuration, qui se trouve ramené à la forme cylindrique. Rien de pareil ne s'observe aux membres fracturés pour lesquels on a fait usage d'un appareil à bandelettes séparées, parce qu'ici c'est plutôt une application simple que l'on fait, qu'une compression que l'on établit.

Ce que nous venons de dire est très important du reste, et vous allez en comprendre les raisons. En effet, avec le progrès du désenflement, un certain jour venant à s'établir entre l'appareil et la surface du membre, celui-ci cessant d'être exactement emprisonné, acquerra la faculté d'exécuter des mouvemens dans l'intérieur de l'appareil même. Cependant l'inconvénient est encore bien plus grand alors si l'appareil est à bande roulée, car celle-ci ayant imprimé au membre, avons-nous dit, une forme cylindrique, forme qui, d'autre part, lui est également propre, il est évident qu'alors le membre pourra exécuter des mouvemens de latéralité, la capacité de l'appareil étant devenu trop grande consécutivement à la cessation du gonflement; mais, en outre, cette forme cylindrique permettra au membre de glisser et d'exécuter des mouvemens selon son axe longitudinal. Inconvénient immense, auquel on s'oppose avec les appareils non inamovibles au moyen des attelles, mais qui est ici sans remède, et qui peut permettre aux fragmens de se déplacer suivant leur longueur.

Or, rien de semblable n'arrive avec les appareils à bandelettes séparées ou en papier; car, ceux-ci s'étant moulés simplement sur les éminences des membres, et enfoncés dans leurs dépressions, sans les faire disparaître, de manière à imprimer aux membres une forme cylindrique, il en résulte que le désenflement venant à s'effectuer, cela n'entraîne pas de mouvemens dans le sens de l'axe longitudinal, quisque la partie renflée d'un membre ne pourra point s'engager dans un point de l'appareil correspondant à une partie naturellement moins volumineuse. Les mouvemens dans le sens longitudinal se trouvent ainsi rendus impossibles, et alors l'appareil inamovible agissant simultanément à l'instar des attelles, s'oppose au déplacement des fragmens suivant leur longueur.

Vous comprenez à présent pourquoi nous rejetons l'emploi de l'appareil inamovible pour les fractures de la cuisse; c'est que ce membre étant naturellement d'une forme cylindrique, l'appareil à bandelettes séparées ou en papier affecterait ici la forme cylindrique que le bandage roulé imprime aux autres membres; d'où résulterait les inconvéniens que l'appareil à bandage roulé entraîne ailleurs. A la cuisse, en effet, l'appareil ne pouvant s'étendre en haut que jusqu'au pli de l'aine, et le fémur remontant plus haut, il ne pourrait être emboîté en entier, ni réuni au bassin, comme la jambe, par exemple, l'est au membre qui lui est supérieur. Il n'en est pas ainsi à la jambe, disons-nous, où l'appareil est retenu supérieurement par le genou, et inférieurement par le pied.

Au bras, les conditions ne sont pas les mêmes qu'à la cuisse; car, quoiqu'à la vérité ce membre soit conique aussi, en prolongeant l'appareil jusqu'au-dessous du coude, celui-ci étant fléchi, la saillie qu'il forme présente une sorte de crochet qui le fixe. De même supérieurement, la saillie de l'épaule présente une condition avantageuse dont la fesse est privée, le grand trochanter ne faisant point de saillie. De plus, les puissances que l'on a à vaincre au bras ne sont pas comparables à celles de la cuisse; en outre, les fragmens se présentent comme deux leviers flottans.

Après avoir examiné dans quelques-uns de ses détails la question qui nous occupe, il faudrait peut-être porter un jugement sur l'efficacité même des appareils inamovibles, sur leur valeur intrinsèque, sur leur supériorité relative. Il est une vérité que nous avons eu occasion de reconnaître à plusieurs reprises, et qui ne leur est pas favorable; c'est que, beaucoup plus fréquemment que les anciens appareils, ils retardent la consolidation des fragmens. Ce grave inconvénient se rattache à l'appareil, et, l'on peut dire pourtant qu'il en est en dehors. Il prend sa source dans l'extrême confiance, dans la grande sécurité qu'il inspire aux chirurgiens, et surtout aux malades; car ils ont vu en lui une garantie quand même contre les déplacemens qui pourraient résulter des mouvemens de la totalité du membre, garantie sur laquelle on s'est basé pour permettre aux malades de marcher, d'où a pris son origine le traitement des fractures par la méthode des appareils inamovibles combinés à la déambulation. Donc, les appareils inamovibles, bons par eux-mêmes, sont devenus dangereux par l'application de principes erronés que l'on en déduit.

La déambulation, Messieurs, c'est du merveilleux, et rien de plus. Que ceci soit dit pour la généralité des cas, car les exceptions ne sauraient infirmer la règle. En effet, si les appareils inamovibles ont une grande puissance pour s'opposer aux déplacemens des fragmens, ils sont néanmoins incapables d'empêcher les mouvemens imperceptibles qui résultent de la flexion du membre en différens sens, et qui, apportant un trouble continuel, quoique léger, au travail du cal, en retardent l'accomplissement.

Jamais nous ne permettons à nos malades de marcher, à moins qu'il ne s'agisse d'une fracture du péroné; car, dans ce cas, ainsi que Boyer l'a dit et que cela avait même été dit avant lui, le tibia agit comme attelle et garantit l'immobilité des fragmens. L'appareil, dans ce cas, n'est employé, à vrai dire, que comme mesure de précaution. Mais encore nous abstiendrions-nous de permettre la déambulation s'il existait un grand déplacement des fragmens, comme dans cette variété de la fracture du péroné que Dupuytren indiquait par la dénomination de *coup de hache*. Dans ce cas, il faudrait même autre chose qu'un appareil inamovible.

L'avant-bras étant beaucoup plus disposé à la gangrène que les autres membres, quand on vient à le comprimer fortement, ses fractures rejettent par conséquent l'emploi de l'appareil inamovible, et cela d'autant plus qu'il importe d'ôter souvent l'appareil pour s'assurer que les fragmens du radius ne sont pas rentrés en dedans, et pour les ramener en dehors au besoin. De plus, l'emploi des compresses graduées inter-osseuses, qui n'est point à négliger dans ces fractures, déforme le membre, puisqu'en effet leur but est de déformer le membre en augmentant son diamètre antéro postérieur, pour que la compression porte plus spécialement sur l'espace inter-osseux dont il convient d'assurer l'intégrité, afin que les mouvemens de pronation et de supination ne soient point abolis. Or, l'emploi de ces compresses graduées tend encore à donner au membre la forme cylindrique qui, comme nous venons de le voir, est défavorable en ce sens qu'elle rend en partie illusoire l'action de l'appareil inamovible.

Un des avantages incontestables de l'appareil inamovible appliqué au membre inférieur, c'est de permettre aux malades de changer de position dans leur lit.

Le temps nous manque pour compléter ce que nous aurions à vous dire sur l'emploi des appareils inamovibles; mais nous nous réservons d'y suppléer à la première occasion.

Nous terminerons en vous disant deux mots du boulanger qui a été renversé par un omnibus, et qui est entré à la clinique avec une fracture compliquée de la jambe droite. La gangrène de la peau, survenue tardivement, a mis les fragmens du tibia à découvert. L'inférieure est frappée de nécrose, et nous sommes disposés à attendre l'élimination du séquestre, car nous ne nous soucions pas de faire une résection.

Nous ne nous dissimulons pas qu'une semblable conduite expose aux eschares du sacrum, à la colliquation, à la résorption purulente; mais la résection est une opération trop grave pour que, dans les circonstances actuelles, nous osions nous résoudre à la pratiquer. Mieux vaudrait, selon nous, recourir à l'amputation; mais il n'est point urgent, quant à présent, d'y procéder, et nous attendrons les événemens.

HOPITAUX ALLEMANDS.

Trois cas remarquables de maladie du pharynx et de l'œsophage; par M. Rokitanski, professeur à Vienne.

1° *Dilatation de l'œsophage.* Un jeune homme, âgé de vingt-quatre ans, domestique, souffrait depuis neuf ans d'un vomissement qui se manifestait surtout lorsqu'il mangeait des alimens difficiles à digérer. Dans l'hiver de 1833, il entra à l'hôpital, après avoir été malade chez lui trois ou quatre jours, pour avoir bu de la bierre. Il se plaignit de nausées, d'envies de vomir, de défaillances, de hoquet, de constipation et de soif; les traits de sa physionomie étaient affaissés, les yeux enoncés, les paupières livides; peau sèche; température au-dessous de la naturelle; pouls très petit et fréquent; langue couverte d'une lame blanche et visqueuse; abdomen développé, plutôt dur et un peu sensible à l'épigastre; respiration courte et fréquente; toux sèche.

On prescrit du tartre stibié. Le soir, le malade a la diarrhée et vomit de l'aliment fétide très pulpeux: soulagement; mais la toux et le hoquet augmentent. Oxyde de bismuth, demi-grain uni à du tartre stibié.

Le lendemain, vomissement abondant d'une matière noire sanguinolente; hoquet; tintement dans les oreilles; toux; pouls presque insensible.

Le jour suivant on continue l'émétique. Le malade vomit, mais moins que la veille.

Le neuvième jour cependant le vomissement s'arrête; mais la diarrhée, le hoquet, le froid aux extrémités con-

tinuent ; la faiblesse générale augmente.

Le dixième jour, la diarrhée disparaît et le corps devient extraordinairement chaud partout ; mais le douzième jour, la diarrhée reparaît avec plus de force ; l'abdomen est douloureux partout et la température générale baisse de nouveau au-dessous du type normal.

Le treizième jour, mort dans un état d'épuisement extrême.

Autopsie. Les viscères thoraciques sont presque sains. Le foie est congestionné, granuleux et noir. Vésicule biliaire distendue, épaissie et remplie de bile noire. Rate dense et d'un rouge pourpre. Pancréas rougeâtre et congestionné. Ganglion solaire rouge ; sa face externe ponctuée de taches sanguines ; les veines environnantes congestionnées et turgescentes ; intestins partiellement contractés. Le jéjunum contient un mucus brunâtre ; la partie inférieure de l'iléum offre sa muqueuse rouge intense. Le gros intestin contient des matières fécales molleset jaunâtres. La membrane muqueuse des intestins généralement gonflée. Reins petits et pleins de sang. L'estomac contient une quantité considérable de liquide noir; sa membrane muqueuse est gonflée.

L'ouverture de l'œsophage est étroite et forme un anneau épais et saillant dans la cavité de l'estomac, comme le vagin dans l'utérus. Au-dessus de cet anneau, l'œsophage, jusqu'au pharynx, est dilaté comme une poche qui aurait reçu à son milieu le bras d'un homme de taille moyenne. Il est rempli d'une matière molle, dont l'ensemble forme un cylindre continu, couvert extérieurement d'une couche de mucus blanc. Les membranes de l'œsophage sont généralement épaissies, surtout la musculeuse, dont les fibres internes offrent presque une ligne d'épaisseur. Les fibres musculaires sont pâles ; la membrane muqueuse est épaissie, et son tissu est traversé d'un grand nombre de vaisseaux sanguins dilatés, mais vides. Depuis un pouce au-dessus du cardia jusqu'au tiers supérieur du canal on voit de nombreuses ulcérations de la largeur d'une lentille et d'une pièce de monnaie (*groschen*) en argent, de forme ronde à bords taillés à pic et aigus, groupées çà et là et couvertes de matière coagulante ; leur base résulte de la destruction d'une portion de la muqueuse ou d'une eschare noire adhérente, et dans le tissu de laquelle on voit de nombreux vaisseaux dont les orifices sont bouchés par du coagulum.

2° *Diverticulum du pharynx.* Un ouvrier âgé de soixante-six ans, robuste, a été reçu à l'hôpital dans le mois d'août 1837. Il a déclaré s'être toujours bien porté jusqu'à l'âge de dix sept ans, à l'exception des maladies ordinaires à l'enfance et de quelques glandes cervicales. A cette époque, il observa une tumeur se formant sur le côté droit du cou, à trois travers de doigt au dessous de l'angle de la mâchoire. Cette tumeur n'était point douloureuse, mais elle acquit par degrés le volume d'un œuf de pigeon, et trois ans plus tard elle s'étendit beaucoup en avant. A cette époque, à la vingtième année de la vie, il éprouva de la difficulté à avaler, et ressentit la sensation constante d'un corps étranger fiché dans la partie supérieure de l'œsophage, et dont il était considérablement soulagé la nuit en se couchant sur le dos, et par le vomissement de quelques alimens. Il se rappelle particulièrement d'avoir souffert cela pendant trois jours, jusqu'à ce que le vomissement soit venu le soulager ; il a rendu un peu de matière tout à fait indigeste qu'il avait mangée trois jours auparavant.

Cet état reste presque stationnaire jusqu'à l'âge de quarante trois ans ; alors la difficulté d'avaler augmenta considérablement ; il pouvait seulement prendre quelques boissons, et enfin celles-ci lui causaient aussi des souffrances atroces ; les vomissemens venaient plus fréquemment et ont été suivis d'une émaciation rapide.

Enfin, il est saisi d'une pneumonie et entre à l'hôpital. A l'examen, on trouve au côté droit du cou une tumeur ferme et élastique, du volume du poing d'un homme adulte, dirigée de la région du larynx obliquement en dedans et en bas, jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire, et passant derrière cette articulation dans la poitrine. Dans cette tumeur est compris le lobe droit de la glande thyroïde, induré comme un kyste fibreux, et auquel le malade rapportait une partie des souffrances.

Au côté gauche, on peut voir l'œsophage se gonfler toutes les fois que le malade boit ; il s'y forme une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, qui disparaît constamment lorsque le malade vomit ce qu'il vient de boire. Le vomissement du liquide était facilement déterminé par la compression de la tumeur ou par la position horizontale sur le dos.

Pendant trois jours il a vomi presque tous les alimens qu'il avait pris. Chaque essai d'introduction d'un instrument dans l'œsophage était inutile ; une constriction violente avait constamment lieu sur le même point et en empêchait le passage.

L'individu vécut quatorze jours à l'aide de lavemens et de bains nourrissans.

Autopsie. Les organes de la poitrine et de l'abdomen n'offrent rien d'anormal. Le lobe gauche de la glande thyroïde était petit et flasque, le droit, enveloppé d'un kyste cartilagineux du volume d'un œuf d'oie, contenant un liquide puriforme, des coagulums fibrineux et des concrétions osseuses. Ce sac descend derrière l'articulation sterno-claviculaire correspondante et se rend dans la poitrine; il est aplati inférieurement pour se conformer aux impressions qu'il recevait de la trachée et des autres corps résistans.

La membrane muqueuse de l'arrière bouche et du pharynx est épaissie ; celle de l'épiglotte et de la glotte est œdémateuse. A la hauteur du constricteur inférieur du pharynx, la membrane muqueuse se prolonge à travers les fibres inférieures et horizontales de ce muscle dans une poche constituant un véritable diverticulum de plus de deux pouces de longueur, et ou moins aussi large que le pharynx, soutenu par l'enveloppe celluleuse de l'œsophage, de manière que le canal pharyngien allait directement dans cette cavité au lieu d'aller dans l'œsophage. Si l'on essaie de passer un doigt ou une sonde dans l'œsophage, on tombe toujours dans la poche. Ses parois présentent en outre quelques trousseaux de fibres musculaires pâles, une couche épaisse de tissu cellulaire et une membrane muqueuse épaissie, polie intérieurement comme une séreuse, et offrant des dépôts inégaux de lymphe plastique comme les vieux sacs herniaires. Immédiatement au-dessous de l'ouverture du diverticulum, l'œsophage est très rétréci, et son canal offre plutôt la forme d'une petite fissure transverse. Il continue de la même manière dans le reste de son étendue ; sa membrane musculeuse est épaissie ; la muqueuse est rétrécie par des plis épais longitudinaux. Les veines qui rampent dans le tissu cellulaire sous-jacent sont variqueuses.

3° *Polype fibreux de l'œsophage.* Homme âgé de quarante-huit ans, hydropique par suite de fièvres intermittentes, est reçu en février 1834. Depuis deux mois il se plaint de douleurs à la gorge, avec difficulté d'avaler. La douleur se propage dans le dos, et est accompagnée de toux et de fièvre. Toux continue et incommode, surtout la nuit. La dysphagie disparaît par la suite, et est remplacée par des symptômes thoraciques. Mort.

Autopsie. Estomac distendu par des gaz et par une mucosité grisâtre. La membrane interne est très épaissie, et couverte d'une couche de mucosité jaune. L'œsophage est distendu par un corps qui existe dans son intérieur. On l'ouvre, et l'on trouve un polype pendant au pharynx et descendant jusqu'à deux pouces et demi au-dessus du cardia. Il émane de la paroi antérieure du pharynx, immédiatement au dessous du bord postérieur de la glotte où la tumeur adhère par un pédicule plat, large et circulaire, ayant quatre lignes d'épaisseur, formé par le tissu cellulaire sous-muqueux, et couvert d'une membrane muqueuse mince ; il offre six pouces et demi de longueur et augmente de volume de haut en bas ; de sorte qu'il est légèrement lobulé inférieurement, où il présente deux pouces et demi de diamètre. L'œsophage est fortement contracté sur la tumeur, etc. Il existe une ulcération près du cardia.

(*Medicinische lahrbucher des K. K. osterreichischen Steates ;* Bd. XXI, St. 2).

— Nous avons dernièrement rapporté une observation de M. Delle-Chiaje de dilatation de l'œsophage, qu'on peut rapprocher de celles du clinicien allemand. M. Delle-Chiaje s'est attaché à prouver que ces poches, ces diverticulums de l'œsophage et du larynx sont ordinairement congénitales et s'agrandissent par la suite. Il serait effectivement difficile de s'en rendre autrement raison ; mais ce qu'on peut regarder comme un fait accidentel, c'est l'hypertrophie énorme de la couche musculaire, et qui explique les phénomènes de dysphagie et de régurgitation.

HOPITAUX ANGLAIS.

Luxation double du poignet sur le radius et du radius sur le cubitus ; par M. HAYDON.

John Davey, âgé de treize ans, est poussé violemment par un cheval et tombe sur les paumes des mains et sur le front. A l'examen on trouve une plaie déchirée à la tête, ayant deux pouces de longueur, dirigée vers le sourcil gauche. Le poignet gauche présente une proéminence considérable à sa face antérieure ; l'apophyse styloïde du radius ne conserve plus ses rapports avec le trapèze ; elle se trouve en avant du carpe, précisément entre le scaphoïde et le trapèze. Le cubitus est luxé d'avec le radius et s'est porté sur l'os crochu. L'avant bras est légèrement fléchi sur le bras. Les doigts sont pareillement fléchis sur la main dans toutes leurs articulations. On procède à la réduction, et le malade n'accuse aucune douleur durant les manœuvres.

Le poignet droit présente une tumeur considérable sur la face dorsale, formée par la présence de l'extrémité carpienne du radius et du cubitus ; en avant, il offre une seconde tumeur très irrégulière, noueuse, se terminant brusquement et formée par les os du carpe déplacés vers ce côté. L'avant-bras est considérablement fléchi sur le bras, et placé entre la pronation et la supination. Le pouce est dans l'abduction forcée. Les premières phalanges sont dans la plus grande extension sur le métacarpe, à l'exception de celles des deux derniers doigts qui sont légèrement fléchies. Le moindre attouchement sur le membre produit des douleurs intenses. Le radius et le cubitus ne paraissent pas luxés entre eux sur ce membre. Il n'existe, au reste, aucun signe de fracture.

Me rappelant, dit l'auteur, les paroles de Dupuytren, qui disait que dans l'état actuel de la science, il n'existe pas un seul cas incontestable de luxation du poignet, et que quelle que soit la forme de la lésion au poignet, elle se réduit en dernière analyse à une fracture de la portion près-articulaire du radius, j'ai examiné l'état des parties avec le plus grand soin. Nous nous sommes d'ailleurs d'autant mieux assuré de la luxation qu'il n'y avait pas la moindre trace de fracture, et que les déplacemens étaient très prononcés, la luxation était univoque ; les deux tumeurs de chaque membre étaient tellement distinctes, la réduction a été si complète, la force des parties si grande après la réduction, la douleur enfin si minime après le replacement, qu'il n'a pu nous rester aucun doute. Une heure après la réduction, le malade a pu exécuter les mouvemens de pronation et de supination, ce qui n'aurait certainement pas eu lieu s'il se fût agi de fracture. Enfin, dans le bras droit le radius a conservé ses rapports normaux avec le cubitus, tandis que dans le membre gauche le cubitus s'est porté un peu en avant et en dedans, et est resté ainsi après la réduction. Nous croyons par conséquent que nous avons eu affaire à une luxation du corps en arrière sur un membre, et du corps en avant sur l'autre membre.

L'auteur, qui paraît bien au courant de l'état de la science relativement à la question des luxations du poignet, rappelle les opinions de Dupuytren, de Boyer et de sir A Cooper à ce sujet.

(*London medical Gazette*, 4 septembre)

— A part la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus qui n'est contestée par personne depuis que Desault en a démontré la réalité, il est impossible d'admettre sans contestation aujourd'hui, une observation quelconque de luxation radio-carpienne sans être accompagnée de la preuve matérielle de la dissection. L'auteur ne paraît pas avoir songé à une rupture de l'extrémité inférieure du radius, lésion assez facile chez un jeune sujet, et dont les symptômes pourraient bien offrir de l'analogie avec ceux du fait ci-dessus ; mais c'est encore là une conjecture. Il est donc permis de conserver quelques doutes sur la nature de la lésion jusqu'à nouvel informé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 13 octobre.

La correspondance présente une lettre de M. Orfila, annonçant un prochain concours à l'Ecole, pour une chaire de chirurgie, il invite l'Académie à élire quatre juges et un suppléant dans les trois sections de pathologie externe, de médecine opératoire et d'obstétrique, conformement aux réglemens et à l'arrêté ministériel du mois de septembre 1839.

M. Lassaigne addresse une seconde note sur l'emploi de l'appareil de Marsh. Cette note est envoyée à la commission nommée précédemment, et qui se compose de MM. Orfila, Lecanu, Bussy et Pelletier (1).

M. Capuron lit un rapport sur un travail de M. Blanchet, concernant une méthode propre à faire connaître chez l'enfant nouveau-né, quels seront, à l'âge de vingt-cinq ans, sa taille, son intelligence, son esprit, son bon sens et ses penchans. Pour cela il suffit de mesurer la longueur totale de l'enfant et les différens diamètres de sa tête, et de rapporter toutes ces mesures aux tables-types dressées par M. Blanchet. L'auteur vous lit de suite l horoscope de votre enfant; il vous fera savoir si dans vingt-cinq ans d'ici votre enfant sera un sot, un homme de beaucoup d'esprit, d'un esprit médiocre, d'un gros bon sens, et quels seront ses penchans. (On rit.)

M. le rapporteur conclut en proposant d'écrire une lettre de remercîmens à l'auteur, de porter son nom sur la liste des candidats pour les nominations des correspondans et déposer son mémoire dans les archives.

M. Rochoux dit quelques mots à l'occasion de ce rapport, pour appuyer le système de la fatalité organique déjà établie par Démocrite.

Lecture du fameux paquet cacheté de M. Orfila.

M. Orfila arrive dans la salle une demi-heure après l'ouverture de la séance.

Quelques instans après, un membre, M. Ch...., s'approche du doyen et lui dit à l'oreille : Avez-vous vu la *Gazette des Hopitaux* d'aujourd'hui ? — Non.

Allez la voir ; il est question de vous !

M. Orfila sort de suite et va dans les bureaux où il reste quelque temps. Puis, il rentre, va vers le président, lui parle à l'oreille et se remet à sa place.

M. le président. M. Orfila a la parole.

M. Orfila met ses lunettes et monte à la tribune.

Messieurs dit il, je viens de lire dans un journal, un fait qui a quelque analogie avec ceux que j'ai consignés dans un paquet cacheté que j'ai déposé à l'Académie, il y a quinze jours. Je demande que ce paquet soit décacheté.

M. le président décachète le paquet, ôte l'enveloppe et en donne les feuillets intérieurs à M. Orfila.

M. Orfila lit : *De l'arsenic contenu dans le peroxyde de fer et le carbonate de fer.* (Tel est le titre de cet ecrit.)

L'auteur commence par dire qu'il a fait un grand nombre d'expériences avec le peroxyde de fer qu'il a fait acheter chez plusieurs marchands de Paris, et qu'il y a reconnu la présence d'une certaine proportion d'arsenic, ainsi que dans le sulfate de fer. Ensuite il dit avoir fait d'autres expériences en donnant quatre onces de peroxyde de fer à des chiens et en leur liant l'œsophage. L'urine rendue par quelques-uns de ces chiens, ayant été analysée, a accusé la présence de l'arsenic ; mais le foie, la rate, le cœur ayant été analysés à l'ordinaire, n'ont pas présenté le moindre indice d'arsenic. D'où venait l'arsenic de l'urine ? Sans doute de celui du peroxyde de fer introduit dans l'estomac ; mais cet arsenic a-t-il dû passer par les organes ? C'est probable, mais je n'en suis pas sûr, dit M. Orfila ! Sans doute que la haute physiologie seule de ce prince est capable de faire naître ! ! Tel est le résumé de cette lecture.

M. Orfila ajoute alors verbalement : On comprend déjà quelle est la portée de ces faits dans ce fameux procès qui occupe en ce moment les esprits et le monde entier, je veux parler du procès Laffarge. Comme on a administré à Laffarge du tritoxyde de fer, on pourrait peut-être dire que l'arsenic que nous avons extrait du cadavre provenait de celui que ce tritoxyde pouvait contenir. Nous démontrerons que cela n'est pas ; aussi persistons-nous dans les conclusions de notre rapport lu devant les assises de Tulle! (Etonnement profond ; marques d'incrédulité ! !)

Il est probable, continue M. Orfila, qu'après la décision de la

(1) Il est étrange que dans une question dont les résultats pourraient infirmer ceux qu'avait présentés M. Orfila, le bureau nomme ce dernier dans cette commission, où il est par conséquent, comme M. Bussy, juge et partie !

Cour de Cassation sur cette affaire, cette question sera portée devant l'Académie de médecine pour être jugée (1).

— *M. Bouvier* lit de la part de M. Goré, chirurgien à Boulogne, une relation sur les blessés de la suite du prince Louis Napoléon. (Commission.)

— *M. Aubert* lit un mémoire sur les médicamens en usage chez les Abyssiniens. (Commission.)

— *M. Rigal*, de Gaillac, a la parole pour faire différentes communications.

Ayant, dit-il, vu dans les journaux, qu'à la dernière séance M. Orfila avait prononcé mon nom à propos de pendaison, j'ai cru devoir m'empresser de communiquer à l'Académie le fruit de mes recherches à ce sujet.

M. Rigal raconte comme quoi il avait été conduit dans l'affaire de Doza (Tarn) à donner des conclusions favorables aux accusés. Les données de la première expertise l'avaient naturellement conduit aux conclusions qu'il avait émises, et qui seraient vraies encore si les premiers procès-verbaux n'eussent été inexacts.

Lorsque M. Orfila se trouvait à Albi, j'ai voulu lui en parler J'ignorais qu'il avait été consulté en même temps par M. Plougoulm; et qu'il lui avait fourni des notes qui ont servi au plaidoyer de l'accusation, bien que M. le procureur-général ait eu soin de ne pas citer une seule fois le nom de M. Orfila. En causant avec M. Orfila sur cette affaire, il m'a paru abonder dans mon sens, et pour me tirer d'embarras relativement à la luxation de la première vertèbre que les premiers experts avaient rencontrée, il m'a conseillé de nier tout bonnement cette lésion! Je me suis dit: non; il répugne à ma conscience de nier une lésion qui a été constatée par des confrères consciencieux, bien qu'à la vérité elle ne fût mentionnée qu'en peu de mots dans leur rapport. Je n'ai donc pas suivi le conseil de M. Orfila, et j'ai cru plus loyal de discuter la valeur de ce fait. Je m'en applaudis aujourd'hui.

Je concluais au reste en disant que la justice devait chercher ailleurs que dans la science la preuve du crime, si crime il y avait, puisque celle-ci n'autorisait le doute que dans l'espèce. Les choses en étaient là lorsque dans le milieu des débats un témoin est venu raconter que la petite fille avait été bandée pendant une demi heure, et qu'aussitôt après le cadavre du malheureux Doza s'est trouvé pendu. Cette seule déclaration a suffi au jury pour condamner les deux accusés. Les aveux de ceux-ci sont venus confirmer long-temps après le jugement. (2)

(1) La lecture de M. Orfila confirme un fait déjà très connu et mentionné dans les journaux politiques, savoir: l'existence de l'arsenic dans plusieurs préparations de fer. Nul doute que cet arsenic ne passe dans le sang par le travail d'assimilation, ne revienne en partie par les urines, et n'en laisse une portion dans les organes, ainsi que cela a lieu pour tous les médicamens métalliques indistinctement; nul doute aussi que cette portion restante ne puisse être sensible à l'appareil de Marsh. Ce qui quelque chose étonne dans tout cela, c'est la fausse logique de M. Orfila, et l'absurde conclusion qu'il en tire!

(2) Dans une lettre adressée à M. Raspail par M. Bonnafous, bâtonnier de l'ordre des avocats d'Albi, nous lisons ce qui suit: « Après l'affaire Rigal, j'avais à défendre un parricide et sa mère, ceux là pour lesquels le docteur Rigal, de Gaillac, avait fait une consultation que vous avez. M. Orfila fut consulté par M. Plougoulm; il voulut voir la procédure pour savoir s'il devait rester à celle-ci comme auxiliaire de l'accusation. Les charges étaient légères; l'on croyait généralement à l'innocence des accusés; j'avais, moi, cette conviction. M. Orfila ne voulut pas déposer: il dit au procureur-général *que le corps du délit n'était pas établi* et il vint me voir en m'assurant que ce *procès était évident pour la défense*. Advinrent des débats écrasans, puis des aveux, et enfin une condamnation suivie d'exécution..... Voilà l'homme! » (Nous retranchons quelques réflexions un peu *vives*.)

C'est là ce qu'on pourrait appeler un *démenti donné d'avance*, car la lettre de M. Bonnafous est du 4 août.

La lecture de M. Orfila à l'Académie et le fait raconté par M. Duméril, contraire aux conclusions de M. le doyen, me confirment davantage dans l'opinion que je me suis formée, qu'en matière de pendaison souvent la science ne peut absolument rien conclure, et qu'il faut se bien garder de se laisser aller à un jugement qui pourrait être démenti par des faits cont aires.

M. Rigal dépose sur le bureau plusieurs mémoires relatifs à des cas curieux d'expertises médico-légales qu'il a faites. La communication de ce praticien a beaucoup intéressé l'Académie.

Séance levée.

Bruit extraordinaire du cœur, non isochrone à la contraction ventriculaire, inexplicable dans l'état actuel de la science, chez un homme d'une forte constitution et qui n'offre aucun symptôme de maladie; observation recueillie par M. le docteur Putégnat, membre de plusieurs sociétés de médecine.

Dina, âgé de quarante-un ans, habitant la commune de Hoëville, est venu, le 11 mai 1840, me consulter pour un bruit du cœur qui se passe en lui depuis un mois environ et qui l'inquiète un peu. Pendant dix années, Dina a servi dans l'infanterie et a fait trois campagnes en Espagne. Il me dit n'avoir jamais eu pe maladie grave, ni d'affection cutanée et syphilitique. Il y a vingt années, il était alors au service, et alité au Val de-Grâce, on lui fit sur le flanc gauche une application de quinze sangsues, qui le guérit d'une douleur aiguë, siégeant en cet endroit depuis quelques jours. Pendant les quatre dernières années, Dina s'est plaint fréquemment d'une céphalalgie qui a fini par disparaître sans aucun traitement et sans cause connue, et cela environ deux mois avant l'apparition du bruit qui le tourmente actuel lement.

Voici comment cet homme me raconta l'arrivée de ce bruit extraordinaire: Il y a un mois, me dit-il, en travaillant dans une vigne, j'ai été surpris et même effrayé d'entendre tout à-coup se passer en moi, et sans cause appréciable, un bruit fort, tout particulier que, tout d'abord, mais seulement un instant, j'ai rapporté à un animal inconnu qui devait se trouver non loin de moi. Les habitans de mon village prétendent que c'est une bête que j'ai avalée en buvant; mais, je vous l'avoue je ne crois pas à cette explication. Depuis le moment de son apparition, ajoute cet homme, ce bruit a toujours été le même, seulement les premiers jours il ne se montrait que par intervalles assez éloignés, tandis que maintenant il est continu.

Aujourd'hui 11 mai 1840, voici quelle est la position de villageois: Dina est un homme robuste, fortement musclé voix est sonore, ses cheveux sont blonds, son teint est brûlé les rayons du soleil auxquels l'expose chaque jour son trav son appétit est bon, sa digestion facile; il n'accuse ni de la t ni de la céphalalgie, ni de l'essoufflement; il peut facilement comme il y a vingt ans, marcher sur un plan droit ou incliné crier à haute voix. Il n'a point de palpitations, ni de dou nu le part; seulement, depuis quelques heures, il ressent q ques picotemens assez légers dans la région précordiale. Il est utile que l'on sache, avant d'aller plus loin, que Dina vient de faire à pied et lestement 13 kilomètres d'un chemin pierreux et montueux pour se rendre de son village chez moi. Son pouls, fort, large, régulier, donne 76 pulsations à la minute.

Mon oreille, armée ou non du cylindre, placée sur sa poitrine, perçoit facilement un bruit inconnu, bien distinct et plus fort que tous les autres bruits normaux ou pathologiques du cœur, et non isochrone à la contraction ventriculaire. Ce bruit s'entend dans tous les points du thorax, mais surtout dans la région précordiale, et dans celle qui correspond à la crosse de l'aorte; il est tellement fort que l'oreille le saisit et le distingue très bien par l'auscultation à une assez longue distance, qu'il empêche Dina de dormir et qu'il réveille sa femme. Ce bruit, par sa force, son timbre, ne peut être comparé à aucun des autres bruits que l'auscultation du thorax ait jamais fait percevoir. Il est non râpeux, sonore, distinct; pour en avoir une idée assez exacte, il faut faire prononcer par un enfant, à voix un peu basse et métallique, 76 fois par minute, et distinctement, l'assemblage suivant de lettres: *grrouou*.

Dina n'offre aucun symptôme qui puisse faire soupçonner une affection quelconque du larynx, de la trachée-artère, des bronches et de leurs glandes, du tissu pulmonaire et de la plèvre. (*Voir* ma Pathologie interne du système respiratoire, 2 v. in 8°.) La purcussion médiate la plus attentive, l'auscultation la plus minutieuse, ne découvrent rien de maladif dans l'appareil respiratoire. Ainsi il est évident que ce bruit ne se passe pas dans un des organes de ce système; d'ailleurs il persiste sans modification aucune dans son timbre et dans son rhythme quand le malade suspend ses mouvemens respiratoires. L'auscultation médiate fait voir que le cœur est assez volumineux; ce qui s'explique facilement si l'on réfléchit que Dina est robuste, qu'il a une poitrine très large, et qu'il est fortement musclé. L'auscultation minutieuse soit immédiate, soit avec le stéthoscope garni ou non de l'obturateur, n'indique que le bruit en question.

Ce bruit me paraissant inexplicable et inconnu jusqu'à ce jour, j'ai envoyé chercher mes confrères Gueury, Castara et Thomassin, non-seulement pour les rendre témoins d'un fait extraordinaire, mais encore pour mettre à profit leurs lumières. Ces trois docteurs, après avoir interrogé et examiné Dina, n'ont pas été plus heureux que moi pour trouver l'explication de ce rare phénomène. En effet, l'estomac n'était point distendu par des gaz, et si cet état stomacal eût subsisté, on aurait entendu, non pas ce bruit extraordinaire, mais le bruit double accompagnant les contractions du cœur. Je n'ai point cru à un pneumo-péricarde, ou épanchement d'air et de liquide dans le péricarde; car alors j'aurais trouvé un bruit plus clair au bas du sternum, et un autre de fluctuation déterminé par les battemens du cœur et par les fortes inspirations (Laennec). Corvisart et Laennec disent avoir vu des individus dont les battemens du cœur étaient entendus à une très grande distance; mais c'étaient les battemens naturels du cœur et non, comme chez Dina, un bruit tout particulier. Existe-t-il chez Dina une ossification dans un point du cœur (autre que les valvules, car l'ossification de ces dernières peut le plus souvent être reconnue avant la mort)? Je sais que Laennec a dit que cette dégénérescence pourrait augmenter les bruits du cœur; il me souvient aussi d'avoir entendu très distinctement un bruit métallique et comme de parchemin chez un homme qui mourut dans la salle de M. Bally à l'Hôtel-Dieu, à l'ouverture duquel on trouva le péricarde en grande partie ossifié comme ces deux cœurs que Broussais compara à des cocos; mais ce bruit, ou craquement, n'est point comparable à celui qu'offre Dina. Je m'arrête, et laisse le soin à d'autres plus dignes que moi de trouver l'explication de ce phénomène si extraordinaire.

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

SAMEDI 17 OCTOBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 123, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

NOTE SUR LA VALEUR DES RÉACTIONS DU NITRATE D'ARGENT DANS LA RECHERCHE DES TRACES ARSENICALES,

PAR M. RASPAIL.

Ainsi que je l'avais prédit, presque tous les réactifs de l'arsenic ont été reconnus malheureusement amphibologiques; tous, jusqu'au courant d'hydrogène sulfuré, que Rose (1) considérait comme le réactif le plus digne de confiance dans cette spécialité d'essais.

Le nitrate d'argent a pris dans l'estime des toxicologues la place du courant de gaz sulfhydrique, et l'indication affirmative de ce réactif suffit à quelques experts pour se prononcer sur la présence de l'arsenic dans la substance qui est soumise à leur examen.

Je viens détruire cette espérance toxicologique, et inviter pour la vingtième fois les chimistes à ne pas généraliser si vite des essais trop restreints et faits sur des substances pures de mélanges, car les exceptions qui surviennent, par suite d'une étude moins hâtive, peuvent être postérieures à un arret de mórt.

Le nitrate d'argent ammoniacal produit, dans une solution aqueuse d'*acide arsénieux*, un précipité jaune, soluble soit dans l'acide nitrique, soit dans l'ammoniaque.

Mais il a fallu ne pas attacher une importance excessive à cette réaction, dès qu'il a été découvert que par le nitrate d'argent ammoniacal les phosphates donnent lieu aux mêmes phénomènes.

Sur l'acide arsenique, le nitrate d'argent paraît donner des indications plus positives. Il se précipite en petits grains sableux, d'un rouge qui donne au précipité l'aspect d'une poudre de brique déposée au fond de l'eau.

Voilà pourquoi on traite les taches arsenicales obtenues de l'appareil de Marsh, par l'acide nitrique, qui, par évaporation, les transforme en acide arsenique. On touche alors le résidu avec une goutte de nitrate d'argent; si le précipité rouge de brique se présente, on prononce que les taches étaient des taches d'arsenic.

Il arrive fréquemment, et j'en possède la preuve, qu'on ait l'œil un peu complaisant et l'appreciation un peu large, pour prononcer alors, que la réaction du nitrate d'argent offre quelque chose de briqueté. On semble voir le *jaune* que laisse l'acide nitrique se transformer *en rougeâtre, rougir un peu sur les bords, se foncer*; les uns voient ou croient voir, les autres nient. Le lendemain le rapport n'en est pas moins affirmatif. Le rapport des experts fait foi au même titre que le procès-verbal des gendarmes, jusqu'à inscription de faux. Mais, qui oserait s'inscrire en faux dans l'état actuel de notre procédure?

Je viens m'inscrire en faux, non pas contre les rapports basés sur de pareils doutes, mais contre la réaction, lorsqu'elle offre les caractères les mieux tranchés, et conseiller aux chimistes de se méfier du nitrate d'argent, comme ils se sont successivement méfiés de tous les réactifs destinés à déceler des traces d'arsenic.

1° Il ne faut pas raisonner d'une tache inconnue, comme on raisonne d'une tache qu'on a préparée d'avance avec des réactifs simples et purs. La tache peut être un mélange de plusieurs choses, et tout mélange dénature les réactions.

Ainsi, un mélange d'acide arsenique et de phosphate ammoniacal produit, par le nitrate d'argent, un précipité blanc ou jaune sali de rouge de sang, et qui n'a plus aucun rapport avec le rouge de brique de l'acide arsenique pur. Si l'acide arsenique est en faible quantité dans le mélange, le blanc jaunâtre n'offre pas même un seul point rosâtre sur sa surface ni dans son intérieur.

Or nul ne niera qu'une tache arsenicale puisse arriver sur la porcelaine, mélangée de phosphates ammoniacaux.

2° Si au lieu de phosphate, c'est un hydrochlorate qui survient au mélange, le magma sera blanc d'argent qui ne tirera au rouge vineux qu'à la lumière; mais le rouge vineux pourra être pris pour le caractère de l'acide arsenic impur. Or, il peut arriver sur la porcelaine, par l'appareil de Marsh, jusqu'à de l'hydrochlorate de fer.

3° Il est inutile de multiplier les exemples des effets de mélanges analogues; il suffit d'en énoncer deux pour faire concevoir la multitude des autres cas possibles.

4° Mais voici des réactions *rouge de brique* produites par le nitrate d'argent sur des substances qui ne renferment pas un atome d'arsenic.

5° En traitant par le nitrate d'argent un mélange liquide d'acétate de fer et de phosphate d'ammoniaque, on obtient un précipité rouge de brique d'autant plus clair que le phosphate y existe en moins d'abondance; car lorsque ce dernier sel est abondant, le rouge de brique est foncé, et il passe du jour au lendemain au vert d'épinard.

6° J'avais précipité par le nitrate d'argent un mélange d'acétate de fer et de sel de phosphore. Il se forma, dans le verre de montre, un précipité d'abord foncé, puis rouge de brique.

Le lendemain, après l'évaporation du liquide, la tache incrustée présentait quatre zones: celle du centre jaune, la deuxième gris d'acier, la troisième d'un gris d'acier par réflexion et piquetée de rouille par réfraction; enfin la quatrième large, rouge brun, piquetée d'un rouge brique très vif sur les bords.

La toxicologie de nos Facultés, non avertie de ce mélange, aurait décidé, j'en suis sûr, que tous les grains rouge de brique signifiaient la présence de l'acide arsenique.

7° Lorsqu'on a l'habitude de ces sortes de mélange, on parvient à obtenir par le nitrate d'argent des précipités rouge de brique, qui offrent la plus grande analogie avec le rouge de brique produit par le même réactif sur l'acide arsenique le plus pur. Or, qui peut avancer que dans les taches obtenues par l'appareil de Marsh, l'acide arsenique se trouve toujours à l'état de pureté que nous l'employons dans nos laboratoires? En conséquence le toxicologue ne tiendra pas au caractère du rouge de brique vif dans tous les cas. Eh bien! tous ces rouges de nuances diverses peuvent être précipités par le nitrate d'argent, d'un simple mélange ferrugineux.

8° Une solution alcoolique d'iode donne par le nitrate d'argent un superbe précipité rouge de brique.

La solution aqueuse ne donne qu'un précipité jaunâtre, que l'acide sulfurique rend rouge de brique.

Or, il peut arriver des cas où un hydrogène carboné, une huile essentielle se dégage de l'appareil de Marsh, saturée de l'iode ingéré par le sel marin gris impur, ou par toute autre substance médicamenteuse; il peut arriver que l'iode se dépose en taches incrustées sur la porcelaine; dès ce moment, le nitrate d'argent fera prendre ces taches pour de l'arsenic.

9° M. Lassaigne vient d'annoncer une modification qu'il a apportée à l'appareil de Marsh, et qui consisterait à faire passer le courant d'hydrogène de l'appareil de Marsh dans le nitrate d'argent, avant toute espèce de combustion. Ce procédé donnerait des indications moins sûres que les taches, car on sent avec quelle facilité le mélange dont je parle arriverait pur, avant la combustion, dans le nitrate d'argent, et y produirait une réaction qui, au premier coup-d'œil, serait caractéristique de la présence de l'arsenic dont le courant n'aurait pourtant pas la moindre trace.

On répondrait que ce mélange arrivant alors dans un liquide aqueux assez abondant, d'après ce que j'ai dit plus haut, le précipité se ferait en jaune; mais remarquons que ce jaune vire au rouge de brique par l'acide sulfurique. Or, l'acide sulfurique passe en abondance avec l'hydrogène dans l'appareil de Marsh. Cette quantité d'acide sulfurique transportée par l'hydrogène suffirait pour rougir le jaune de l'iodure d'argent.

10° La solution alcoolique d'iode produit également, par le nitrate d'argent, un beau précipité rouge de brique, tandis que la solution aqueuse ne produit qu'un précipité jaune.

Supposons donc le cas d'un liquide oléagineux ioduré: il suffira que le nitrate d'argent renferme une certaine quantité de nitrate de plomb, ce qui n'est pas rare, pour que le liquide d'essai soit précipité en rouge de brique durable et d'un ton très vif.

Que sera-ce si l'on emploie un pareil nitrate sur une

(1) *Traité pratique d'analyse chimique*, trad., tom. Ier, p. 280.

FEUILLETON.

Abyssinie-Adoua, janvier 1840.

Note sur quelques mutilations pratiquées comme supplices en Abyssinie, et observées à Adoua, capitale du Tigré, par le Dr Antoine PETIT, voyageur du Muséum d'histoire naturelle.

(Suite du n° 121.)

Forcé d'aller deux jours au camp, je ne revois les malades que le 16. Pendant cette période, des vers se sont de nouveau développés dans les plaies; les douleurs sont vives; il en résulte de l'insomnie, de la céphalalgie, quoique cependant le pouls, la langue et les fonctions digestives soient normales.

Les moignons présentent l'aspect suivant: la peau forme une ligne circulaire au delà de laquelle les chairs sont boursoufflées en forme de champignon, blafardes, un peu sèches. La suppuration est peu abondante, mais bien liée. Au fond, on aperçoit les surfaces articulaires; les unes couvertes de leurs cartilages encore blancs, polis, humides; les autres, surtout aux pieds, dont les os font plus de saillie, noirâtres et dénudées de leurs cartilages.

Continuation des pansemens avec l'opium et le ratanhia. Je laisse aux malades de quoi se panser, et n'y retourne que huit jours après.

Le 25, je trouve, à mon grand étonnement, que, sans que la peau soit venue recouvrir les plaies, ce qui était impossible par l'absence de lambeau, les six moignons sont presqu'entièrement cicatrisés. Il s'est formé une cicatrice de toute pièce. C'est une membrane rougeâtre comme les cicatrices récentes, sans exsudation et peu sensible au toucher. Il n'y a que quelques points où il reste encore une légère suppuration, surtout aux endroits où sont les os que l'on voit au fond de ces espèces de cul-de-sacs. Leurs cartilages sont moins blancs, polis humides. Un seul malade auquel on a laissé l'astragale, dont la saillie, très prononcée au-delà des chairs, n'a pu être recouverte, présente un os noir, sec, nécrosé, et par ce motif sa guérison sera beaucoup plus longue. Tous ces moignons ont la forme d'un champignon à surface arrondie en demi-sphère, polie, luisante, rougeâtre comme la muqueuse des lèvres.

Cette cicatrice, qui s'est formée de toutes pièces en dix-huit jours, est-elle due au pansement par le ratanhia opiacé, qui aurait agi comme les chlorures pour les ulcères? Il n'existe aucune douleur; le sommeil est parfait, toutes les autres fonctions sont normales; le moral est calme. En un mot, en dix-huit jours, six plaies énormes, suite d'amputations sans lambeaux, sans ligatures, n'ont donné aucune hémorrhagie; il n'y a pas eu de fièvre traumatique, pas de complication gastrique ou autre, et la guérison s'est faite dans un temps bien extraordinaire par rapport à ce qui se passe dans des cas analogues dans nos hôpitaux et en ville, malgré les soins pris pendant l'opération, pendant le traitement, etc.

Je les revis le 6 octobre. Il n'y a qu'une très légère insomnie et un peu d'agacement aux moignons. La cicatrice s'est maintenue; il ne reste que quelques petites fistules donnant un peu de suppuration. Les chairs ont recouvert presqu'entièrement les os, dont on voit encore les cartilages blancs, polis et baignés par une bonne suppuration.

Le 24 du même mois je ne retrouve plus que deux des opérés. Le troisième, craignant de nouvelles poursuites, s'est retiré dans un couvent. Chez les deux qui restent, le moignon des pieds est tout à fait guéri; les poignets seuls ne sont pas entièrement cicatrisés; et, selon l'usage du pays, on les a saupoudrés de pierre pilée.

Enfin, le 8 novembre, en allant au camp, éloigné de deux heures d'Adoua, je rencontre sur la route, et à mule, un de mes opérés. Son pied amputé, enveloppé seulement d'un linge fin, appuyait sans douleur sur l'étrier; sa main n'était pas encore entièrement guérie: du reste, il se portait on ne peut mieux deux mois seulement après l'opération. Tandis que le même jour je vis au camp un homme privé aussi d'une main et d'un pied il y a huit mois; il n'était pas plus avancé en guérison que mes malades: ce qui prouve au moins combien le traitement, malgré son imperfection, avait eu de succès, et combien un traitement régulier aurait d'avantages.

Je crois inutile de faire des réflexions sur ces faits. S'il n'y en avait qu'un seul, on pourrait le regarder comme une exception rare à tout ce que nous observons en Europe; mais la réunion de trois cas tout à fait semblables pour la date de l'opération et celle de la guérison, pour la même absence dans tous les cas de symptômes traumatiques les plus légers, rendent, je crois, ces observations dignes de l'intérêt des chirurgiens.

Du reste, cette facilité extrême avec laquelle se guérissent de vastes plaies est générale, et je puis citer d'autres mutilations graves plus fréquentes encore que les précédentes, où, malgré l'absence de soins, on est frappé de la rapidité de la guérison; je veux parler de la castration.

En effet, d'après une habitude du pays, pendant les guerres entre les habitans et surtout avec les Gallas, chez lesquels cet usage est encore plus en vigueur, les vaincus sont inévitablement châtrés. Cette mutilation est aussi complète que possible; car elle ne se borne pas aux testicules ou à la verge, mais elle porte sur tous ces organes à la fois; les saisissant tous d'une main, le vainqueur, avec son sabre, les détache d'un seul coup en rasant le pubis et le périnée. Les Gallas, dans certains cas, mutilent ainsi des enfans pour les vendre aux musulmans comme eunuques; et dans ce cas aussi, ils opèrent de la même manière en se servant d'un mauvais couteau ou d'un mauvais rasoir. La plaie immense qui en résulte n'est soumise à aucun pansement, et cependant il est bien rare que la mort en soit la suite dans l'un ou l'autre cas, soit chez les enfans, soit chez les adultes.

J'ai eu occasion de voir deux cas où la plaie était encore assez récente, et avait été faite, dans l'un, avec le sabre, par des Abyssins; dans l'autre, avec le rasoir, par des Gallas.

La première victime était un soldat qui, après avoir long temps fait la guerre sous un des *ras* précédens, s'était retiré du métier des armes après la mort de son chef, et vivait d'aumônes qu'il récoltait dans les églises. Rencontré, il y a sept à huit mois, par des soldats dans une de ces églises, au moment où il demandait ainsi sa subsistance (c'était l'époque de la guerre entre Oubié et Cassaï), il fut considéré par eux comme un espion, et immédiatement mutilé par l'un d'eux, avec le sabre courbe ou chotcule en usage dans le pays. On lui enleva à la fois la verge et les testicules. Le malheureux, comme c'est l'usage en pareil cas, n'employa d'autre remède que ceux du pays. Il se contenta, pour arrêter le sang, de mettre de la pierre pilée, et guérit parfaitement sans hémorrhagie et sans aucun accident.

Quatre jours avant que je le visse (quatre mois s'étaient écoulés depuis la mutilation), la cicatrice s'étant resserrée, comme cela arrive toujours, le passage au cours de l'urine se trouva fermé, et il en résulta des douleurs atroces, auxquelles le malade, avec un courage effrayant, mit fin lui-même, en rouvrant avec un couteau la cicatrice dans l'étendue de deux grands pouces. C'est dans cet état que je le vis. Les bords de la plaie étaient frangés, l'excision ayant été faite avec un mauvais couteau. Le fond de la plaie était rempli de pus; à la partie moyenne, un peu du côté

seule tache étendue en fraction impondérable sur une surface de porcelaine?

11° Enfin, il est permis de supposer que l'acide nitrique dont on se sert pour dissoudre les taches supposées arsenicales, renferme du nitrate de plomb, comme il en renferme d'ordinaire ; par évaporation, il se fera sur le résidu de la tache un dépôt de nitrate de plomb qui, se redissolvant dans le nitrate d'argent, réagira en rouge de brique sur l'iode, dans le cas où la tache renfermerait quelque combinaison iodurée.

Je m'arrête à ces indications dont chacun concevra la portée en chimie légale; car en publiant ces réactions nouvelles, je n'ai nullement épuisé le sujet ; et j'ai par devers moi l'assurance que ces amphibologies se multiplieront à mesure que l'on poursuivra cette étude, en ayant soin de se tenir constamment au point de vue où je m'étais placé.

Dans un travail prochain, je donnerai une plus grande extension à ces idées ; j'ai cru devoir en distraire cette note, parce qu'elle m'a paru être tout-à-fait de circonstance et d'à-propos.

F.-V. Raspail.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Pleuro-pneumonie avec épanchement dans la moitié inférieure du côté gauche. Quelques doutes sur le véritable siége et le degré de la pneumonie. Etat typhoïde des plus prononcés (casus gravissimus). *Traitement par les émissions sanguines d'après la méthode de M. Bouillaud. Guérison rapide.*

Aux signes fondamentaux et vraiment pathognomoniques de la pneumonie aiguë, vient parfois s'ajouter un cortège de phénomènes généraux qui imprime à la maladie un cachet particulier, lui donne une physionomie nouvelle. C'est l'ensemble de ces phénomènes surajoutés, qui constitue, comme l'on sait, les formes pneumoniques dites bilieuses, adynamiques, putrides, etc. Ces formes variées ont été décrites, il faut le reconnaître, avec une exactitude assez remarquable par les auteurs des siècles derniers ; toutefois, ces derniers ont, suivant nous, fait jouer un rôle beaucoup trop important à ce qu'ils ont appelé *constitution médicale*. Ce mot, trop près de l'abstraction, qui ne précise rien, et dont ne saurait se payer un esprit tant soit peu sévère, n'a pu qu'influer d'une manière fâcheuse sur la thérapeutique des temps passés. Devons-nous, dans l'état actuel de la science, nous conformer aveuglément aux préceptes que nous ont transmis nos devanciers sur le traitement des pneumonies en général, et la médication préconisée par eux dans le cas particulier qui nous occupe, doit-elle encore nous servir de règle de conduite ? ou bien enfin, existe-t-il aujourd'hui une méthode nouvelle de traitement, dont l'efficacité soit telle que, sur un nombre donné de phlegmasies aiguës du parenchyme pulmonaire, quelque soit d'ailleurs la forme de la pneumonie, on puisse déterminer à l'avance le chiffre des guérisons. La science a déjà répondu affirmativement, et désormais la solution du problème ne saurait être douteuse, en présence des nombreux résultats obtenus depuis près de sept ans par M. le professeur Bouillaud.

L'observation qu'on va lire n'est, du reste, qu'une confirmation nouvelle de la loi si bien formulée par ce consciencieux et laborieux observateur.

Observation. Au n° 11 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Dalin (Pierre), âgé de trente-cinq ans, maréchal-ferrant, demeurant à Carnet (Manche), malade depuis douze jours environ ; entré le 8 septembre 1840.

Cet homme, d'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatique, non vacciné et variolé dans son enfance, ne paraît pas avoir fait de maladies bien graves pendant sa vie ; seulement à l'âge de vingt ans, il dit avoir éprouvé une douleur dans le côté droit, avec de la toux. Cette maladie, qui aurait duré près d'un mois, aurait été traitée par l'application d'une quinzaine de sangsues sur le côté malade. Il eut de plus, vers la fin de l'année 1839, une rougeole qui n'a rien offert de particulier.

Il y a quinze jours environ, il fut pris pendant la nuit de frissons, de chaleur, sueur et céphalalgie ; un peu de toux le lendemain ; diminution de l'appétit ; pas de nausées, pas de coliques, pas de diarrhée. Malgré la persistance des symptômes indiqués, il continua à travailler pendant huit jours ; mais depuis quatre à cinq jours, l'épuisement de ses forces, des sueurs générales et souvent froides, des nausées et des vomissemens, une diarrhée assez abondante (quatre à cinq selles par jour) ; la toux plus fréquente, et une douleur plus forte qu'habituellement dans le côté droit de la poitrine, le forcèrent à s'aliter, et il a gardé le lit jusqu'à ce matin.

Traitement. Nul jusqu'ici. Le malade a bu du vin chaud sucré, et pour tisane de l'eau rougie. Il a pris un petit verre d'absynthe avant d'entrer à l'hôpital. Il ignore la cause de sa maladie ; toutefois, il raconte que depuis la fin du mois de juin jusque vers la fin d'août, il a été occupé à faire la moisson ; qu'il a éprouvé beaucoup de fatigue, son travail se prolongeant quelquefois pendant des nuits entières, et qu'enfin il lui est arrivé souvent de s'exposer au frais, étant tout couvert de sueur.

8 septembre. A la visite du soir on note l'état suivant : Visage animé, d'un rouge sombre et foncé qui va se perdre dans une coloration jaunâtre générale, marquée dans l'ovale inférieur. Les yeux sont très injectés ; les lèvres et les dents sèches. La langue, rouge à la pointe, assez sèche aussi. Soif vive ; anorexie ; bouche mauvaise, pâteuse ; pas de mal de gorge ; quelques nausées par intervalle. L'épigastre un peu sensible à la pression ; ventre mou, ballonné, assez souple, mais sensible à la pression dans les deux flancs, et surtout à droite, avec un gargouillement très marqué de ce côté. Pas de selle aujourd'hui ; une assez dure hier matin. Urine rouge, au dire du malade, rendue avec un peu de cuisson. Chaleur vive et sèche de la peau, qui est à 40 degrés sur l'abdomen ; pas de taches typhoïdes ; pouls, 96-100, médiocrement développé, redoublé, rien au cœur. Un peu de toux de temps en temps, suivie d'expectoration séro-albumineuse d'un jaune verdâtre bien caractérisé. 32 inspirations par minute. Décubitus de préférence sur le dos et sur le côté droit ; sentiment d'oppression. La résonnance et la respiration bonnes en avant, des deux côtés de la poitrine ; en arrière, la résonnance est assez faible à droite ; elle est sensiblement plus faible à gauche, surtout à partir de l'angle inférieur de l'omoplate. La respiration est un peu faible généralement à droite, mais sans râle ni souffle bien notables ; elle est assez bonne à gauche au sommet, mais à partir de l'angle inférieur de l'omoplate, elle est remplacée par un souffle très distinct avec retentissement égophonique très prononcé, sans crépitation notable. Céphalalgie assez forte, étourdissemens dans la position assise; éblouissemens tels que le malade dit qu'il n'y voit plus ; bourdonnemens d'oreilles ; un peu de douleur dans les reins et dans tous les membres ; sentiment de faiblesse et de prostration considérable. Le malade est cependant venu à pied depuis le Bureau central, mais très péniblement et soutenu par des camarades. Saignée de 3 palettes.

9 septembre. Pour tout soulagement depuis la saignée, le mal de tête a diminué ; une palette environ de crachats filant comme du sirop, d'une teinte jaune claire, qui, au premier abord, ferait prendre cette masse pour la matière d'un vomissement bilieux. (Le malade n'a pas vomi.) Décubitus à droite ; respiration à 36 ; chaleur moins brûlante que la veille ; pouls 92-96, médiocrement développé pour la force du sujet, non redoublé, assez peu résistant. Rien de notable pour la partie antérieure de la poitrine. En arrière, résonnance mauvaise dans les 4/5ᵉ inférieurs droits, presque mat en bas ; respiration vésiculaire très faible et souffle médiocre en tirant vers la colonne vertébrale. Résonnance faible dans le tiers inférieur du côté gauche, avec un beau souffle qui remonte depuis le bas jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, remplaçant la respiration vésiculaire, sans crépitation ; retentissement égophonique de la voix. Le souffle et le retentissement de la voix diminuent pendant que le malade est couché sur le ventre. A droite, en dehors et en bas, respiration faible avec crépitation sèche et un peu de craquement qui semble se passer plutôt dans la plèvre et par frottement que dans les vésicules pulmonaires ; pas de souffle. Langue molle, rouge sur ses bords, saburrale au milieu ; lèvres desséchées, ainsi que les dents ; soif vive ; haleine fétide, typhoïde ; ventre souple, sans ballonnement notable : pas de taches ; faiblesse et prostration extrêmes ; insomnie ; soupirs et gémissemens ; éblouissemens, tournoiemens de tête ; les veines jugulaires se dilatant et s'effaçant sensiblement pendant les mouvemens respiratoires.

Examen du sang. Le caillot remplit le vase, mou, sans couenne, infiltré de la sérosité qui s'en sépare ordinairement. Saignée, 3 pal. ; ventouses scarifiées à la partie postérieure de la poitrine du côté gauche, 3 pal. ; sol. sir. gom., 4 p., avec addition de 15 gouttes de chlorure de sodium ; sol. sir. gros., 1 p. ; cataplasme chloruré sur l'abdomen ; lavem. émoll. ; julep diacodé ; diète.

10 septembre. Le malade dit se trouver mieux ; il a dormi cette nuit. 24 inspirations par minute ; une palette de crachats jaune-verdâtre, sirupeux ; peau moins chaude ; pouls à 80, non redoublé, développé, régulier. Le souffle et l'égophonie moins marqués en bas, à gauche en arrière ; respiration bien plus forte en arrière à droite ; crépitation humide, sans souffle. Même état de la langue et des voies digestives ; prostration toujours marquée.

Le caillot sans rétraction ; la sérosité restée presque toute entière dans le caillot ; pas de couenne notable ; il se rompt quand on le touche, comme du fromage mou. Les ventouses ont fourni un caillot, de consistance semblable à celle de la saignée. ; un peu de sérosité jaune limpide. Une saignée, 3 pal. ; vésicatoire à la partie postérieure et inférieure gauche de la poitrine. Le reste ut *suprà.* Diète.

17 septembre. Mieux encore que la veille. Il ne se plaint que de la douleur occasionnée par le vésicatoire. Il a transpiré dans la nuit. Pouls à 76, souple, assez développé, non redoublé ; résonnance et respiration bonnes des deux côtés en avant. En arrière à gauche, résonnance meilleure qu'hier ; respiration sensiblement meilleure aussi, remplacée par un peu de souffle dans le tiers inférieur ; un peu

---

droit, existait un petit mamelon, comme gangrené, sec, noir à sa surface, très sensible au toucher, c'était l'urètre ; en haut et en bas, dans les deux angles, on voyait se continuer l'ancienne cicatrice, qui s'étendait depuis l'anus jusqu'au-dessus de la symphyse.

Le deuxième, était un enfant d'une douzaine d'années, mutilé de même par les Gallas ; ils l'avaient ensuite vendu à Gondar, à des musulmans qui le conduisaient à Masaoua, pour le revendre. Les Gallas mutilent ainsi des enfans dans ce but ; ils opèrent, du reste, de la même manière que les Abyssins, saisissant d'une main la verge et les bourses, ils coupent de l'autre toutes ces parties avec un couteau ou un rasoir, et n'emploient aucun traitement. Probablement ici, l'instrument en sciant plutôt qu'en coupant les tissus, suffit pour s'opposer à l'hémorrhagie par la mâchure produite sur les artères, dont l'effet est analogue à celui de la torsion. Nous avons vu du reste plus haut, dans les cas d'amputation, que la simple application des parois de l'artère l'une contre l'autre, par une ligature très serrée autour du membre, produit le même résultat.

L'enfant dont je parle, mutilé ainsi depuis un an, présentait une cicatrice parfaite et sinueuse à la place des bourses, et sur le pubis il restait seulement encore une petite plaie grande comme une pièce de 25 centimes à la place de l'urètre, et le rétrécissement trop grand de cette partie, en gênant l'excrétion de l'urine, qui ne se faisait que goutte à goutte ou par suintement, causait au malade, quand je le vis, d'atroces douleurs. Il était un peu amaigri, mais, à part cela, sa santé générale n'était pas profondément altérée.

J'ai eu aussi, par cela même que l'opération est commune, l'occasion d'en observer les suites chez des sujets mutilés depuis long-temps, et de comparer les changemens opérés dans leur économie avec ce que disent les auteurs, et ce que l'on observe en Europe dans le cas d'ablation des testicules ou d'excision de la verge. Or, sous ce rapport, je n'ai pas tout à fait trouvé les mêmes résultats que ceux indiqués. Il faut d'ailleurs distinguer deux classes de toonaches ou castrats, car les phénomènes sont bien différens dans chacune d'elles : la première comprend ceux chez lesquels la mutilation a été faite avant la puberté et surtout dans l'enfance ; la deuxième ceux qui n'ont été ainsi mutilés qu'après cette époque soit à la guerre, soit par vengeance. Les uns présentent dans leur économie tous les changemens signalés, tels que l'altération de la voix, le développement des mamelles, l'arrondissement des formes, la face efféminée, l'absence de la barbe, etc. Les autres au contraire restent, à de très légères modifications près, ce qu'ils étaient avant : la voix est celle de l'homme, la barbe contiue à pousser, et surtout, ce qui est remarquable, le moral ne souffre aucune altération. Je puis citer plusieurs faits à l'appui, et surtout comme un des plus remarquables, celui du gouverneur même d'Adoua, mutilé ainsi par vengeance il y a huit ans. Il n'en continua pas moins d'être un des plus braves soldats à la guerre, un des plus intelligens et des plus sages au conseil, et de remplir les fonctions de sa place sans faiblesse et sans rien qui indique au physique ou au moral une transformation aussi grave dans son économie. Ajoutons à cela que sur lui l'opération fut faite de nuit, après qu'il eût été roué de coups de bâton, puis jetté dehors sur la route où il resta jusqu'au matin sans aucun secours ; et l'on sera aussi surpris du peu de changement survenu dans son organisation que de la guérison qui eut lieu sans hémorrhagie et sans aucun des accidens si difficiles à éviter même avec toutes les ressources de l'art, et entr'autres la perfection des pansemens.

Enfin, un second fait non moins curieux, surtout parce qu'il sert aussi de preuve de la facilité avec laquelle les plus grandes plaies se guérissent, c'est celui d'un autre guerrier. Dans la même bataille, il reçut deux coups de sabre qui lui fendirent le crâne dans une étendue de 6 à 8 pouces, un coup de lance qui traversa de part en part le moignon de l'épaule ; il fut en outre couvert de contusions ; de plus châtré et abandonné ainsi sur la place. Cet homme n'en a pas mois guéri, et aujourd'hui encore il est fort, vigoureux ; le mouvement de l'épaule n'est presque pas gêné, et il est encore compté parmi les jagouahs, ou guerriers.

Je vous adresserai, dans ma première lettre, la suite des observations chirurgicales que je vous soumets aujourd'hui.

J'y parlerai de quelques autres opérations, comme l'extirpation des amygdales avec les doigts, l'application des ventouses scarifiées par un procédé ingénieux, l'emploi du cautère actuel, dont l'usage est très répandu.

J'y joindrai un aperçu général sur les plaies contuses, sur celles par armes à feu et par armes blanches, dont j'ai eu l'occasion, après une campagne qui avait précédé notre entrée en Abyssinie, de voir et de soigner un grand nombre dans le camp d'Oubié.

Si le temps me le permet, je vous communiquerai aussi le résumé d'un journal médical fait à Adoua pendant quatre mois, embrassant tous les cas de médecine et de chirurgie que j'ai soignés, et donnant ainsi une idée de la constitution médicale du pays, car j'y ferai entrer des notes sur plusieurs épidémies qui, presque chaque année et toujours à la même époque, se montrent dans cette localité.

Je renverrai pour cette première fois ou pour un second envoi, tout ce qui a rapport aux maladies des yeux, et le parallèle de ces maladies avec ce que j'ai observé en Egypte, et surtout au Caire.

P. S. Un des points sur lesquels vous désirez, je pense, avoir des renseignemens précis, est celui du ver solitaire, ou kosso d'Abyssinie, différent, à ce que je crois, du ténia d'Europe, autant, du moins, que mes souvenirs me servent en l'absence de tout ouvrage sur ce point. Je puis, à ce sujet, vous promettre un historique d'autant plus complet, que je l'aurai malheureusement étudié sur moi-même ; car j'ai dû subir, en six mois de séjour, l'influence des causes aux conséquences desquelles aucun habitant, et même les Européens, ne peuvent se soustraire. J'ai déjà, au moyen du remède usité dans le pays, le kosso (1), obtenu une cure palliative pour deux mois, car il faut recommencer périodiquement à cette époque. Conjointement avec mon ami, M. Dillon, chargé des recherches botaniques, nous vous remettrons, avant peu, une note détaillée sous les trois points botanique, médical et thérapeutique.

Académie des Sciences. — Séance du 12 octobre.

Application des ventouses dans les pertes utérines. M. Gondret écrit relativement à un mode de traitement qu'il a proposé pour cette affection, et qui doit être maintenant mis en expérience par les médecins de l'hôpital de Louvain, d'après l'invitation qui leur en a été faite. Cette méthode consiste à appliquer de larges ventouses au dos et aux épaules, au lieu de les appliquer aux mamelles comme le proposait Hippocrate ; l'état de ces organes dans les pertes utérines qui suivent l'accouchement rendant l'application des ventouses peu convenable en ce point, et leur action moins efficace.

— M. Lassaigne dépose une note sur un nouveau mode de l'emploi de l'appareil de Marsh dans les recherches relatives à l'empoisonnement par l'arsenic. (*V.* l'Académie de médecine, n° du 15 octobre.)

(1) Le médicament porte le même nom que le ver contre lequel on l'emploie.

de crépitation à droite. Langue molle, blanche; soif moindre; plus de nausées. Expectoration muqueuse en petite quantité, formée par un liquide séro-albumineux jaunâtre; quelques coliques hier au soir; deux selles après le lavement; ventre affaissé, indolent, sans gargouillement; pas de céphalalgie.

Le caillot de la saignée remplit tout le vase, adhérent, sans couenne, d'assez bonne consistance. Mauve et viol. édulco., avec sir. de gom., 1 p.; sol. sir. gom., 2 p.; sol. sir. gros., 1 p.; julep diacodé; catapl.; lav.; diète.

12 septembre. Il va de mieux en mieux. Le visage est meilleur; chaleur normale de la peau; pouls à 68, souple, non développé, non redoublé. Toux moins fréquente; crachats moins abondans, muqueux, avec une sérosité jaune-verdâtre. En arrière, à droite, un peu de crépitation dans le tiers inférieur; à gauche, en arrière, le souffle a disparu presque complètement; une crépitation très fine commence à s'y faire entendre. Fonctions digestives en très bon état. Traitement : *ut suprà*; un bouillon coupé.

13 septembre. Le bouillon a bien passé; peau de chaleur normale; le pouls à 72; toux moins fréquente; les crachats moins abondans, toujours jaunâtres; pas apparence de souffle à gauche, en arrière; crépitation moins abondante aussi. Même traitement; un bouillon.

14 septembre. Le malade se trouve très bien. Bon sommeil; trois ou quatre crachots verdâtres; résonnance et respiration bonnes partout; quelques bulles de crépitation à droite seulement. Deux bouillons; deux crêmes de riz.

16 septembre. Trois ou quatre crachats d'un jaune-verdâtre; bon sommeil; pouls à 76, langue molle, blanchâtre; fonctions digestives toujours en très bon état. Traitement, *id.*; le huitième.

17, 18, 19 septembre. Le malade continue à très bien aller.

20 septembre. Le malade se plaint d'avoir beaucoup toussé pendant la nuit. M. le docteur Andry, chef de clinique, et chargé pour ce matin de la visite, constate le retour d'un peu de souffle en arrière à gauche. Vésicatoire à la partie postérieure gauche de la poitrine; deux bouillons; une crême de riz.

21 septembre. Respiration bien meilleure à gauche en arrière; encore un peu de souffle en bas de ce même côté; pas de crépitation; pouls, 60 à 64. On entretient le vésicatoire; *id.* pour les boissons; deux bouillons et deux potages.

22 septembre. Le crachoir ne contient que deux crachats, dont l'un offre encore une teinte jaunâtre. Toux moins fréquente; pouls à 68. Le souffle a entièrement disparu, et est remplacé par quelques bulles de crépitation rares, tout à fait en bas. Toutes les autres fonctions sont normales. Le huitième : le reste, *ut suprà*.

23 septembre. L'expectoration, très peu abondante, est devenue tout à fait normale. Il ne reste plus la moindre trace de souffle ni de crépitation. A partir de ce moment, le malade continue à très bien aller, et aujourd'hui 10 octobre, il est entièrement rétabli et sur le point de quitter l'hôpital.

Réflexions. La matité à la partie postérieure du côté gauche de la poitrine, l'absence de respiration vésiculaire, le souffle bronchique ainsi que l'égophonie diminuant dans ce cas ci d'intensité pendant le décubitus abdominal, sont des signes non équivoques d'un épanchement pleurétique; aussi, sous ce dernier rapport, n'a-t-il pu exister un instant la moindre incertitude dans le diagnostic. Le caractère de l'expectoration, le défaut de résonnance à droite, la faiblesse de la respiration et le râle crépitant ne pouvaient point non plus permettre de méconnaître l'existence d'une pneumonie. Mais ici se présentait une difficulté : l'abondance de l'épanchement pleurétique n'était-elle pas capable de dérober à l'exploration la plus attentive les signes caractéristiques d'une pneumonie au premier ou peut-être même au deuxième degré, ayant son siége dans le poumon gauche? La supposition d'une double pneumonie était sans doute permise; toutefois, rien ne pouvait autoriser à en porter le diagnostic. Dès que la résorption de l'épanchement commença à s'opérer, il fut facile de constater une crépitation très fixe, qui vient alors légitimer l'idée de doute émise sur le véritable siége et le degré de la pneumonie.

Quant à l'état typhoïde, il était suffisamment caractérisé, et personne ne sera tenté de le révoquer en doute; mais quelle était la source des phénomènes typhoïdes? c'est une question qu'il serait sans doute fort important, mais beaucoup trop long de discuter ici. Invoquera-t-on comme cause une infiltration purulente du poumon, ou bien une phlébite purulente? Evidemment il n'existait aucun signe de ces deux maladies. Reste donc l'entéro-mésentérite, seule affection à laquelle il soit réellement permis dans ce cas de rattacher l'appareil typhoïde.

La cause de la pneumonie a été chez Dalin ce qu'elle n'a cessé d'être jusqu'à ce jour et ce qu'elle sera éternellement, c'est-à-dire l'action du froid. Il suffit de jeter un coup-d'œil sur les antécédens de la maladie pour arriver à cette conviction.

Mais je me hâte d'arriver au traitement, qui est le point le plus important de cette observation.

Que fallait-il faire, en présence de cette prostration extrême, de cet appareil typhoïde si alarmant? Essayer de relever les forces au moyen de médicamens toniques? Plus d'un praticien, sans doute l'eût tenté; mais une expérience clinique datant de près de huit ans, a substitué à une médication douteuse et si souvent fatale aux malades, une thérapeutique dont personne, aujourd'hui, n'oserait contester les éclatans succès.

Trois saignées et une application de ventouses scarifiées, de 360 grammes chaque, furent donc pratiquées dans les trente-six premières heures; et sous l'influence de ces évacuations sanguines, de deux vésicatoires et des autres moyens adjuvans, la marche de la maladie a été promptement enrayée et la convalescence des plus rapides.

Cette nouvelle formule des émissions sanguines, sagement modifiée, suivant la nature des cas, soustrait à une mort certaine une foule de malades. Son efficacité est constatée, non-seulement dans les inflammations aiguës du poumon, mais encore dans presque tous les cas de phlegmasies aiguës; c'est ce dont on a pu se convaincre en lisant le résumé de la clinique de M. Bouillaud, inséré, il y a un mois, dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Lemaire, d.-m.-p.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Revue clinique du 8 octobre.

Opérations de pied-bots, dont un simple équin et l'autre équin-varus. (*V.* le n° du 8 octobre.)

Les deux petits malades opérés vont bien. Deux jours après les opérations pratiquées, nous avons fait l'application d'appareils inamovibles. Aujourd'hui nous avons enlevé ces appareils pour ramener les pieds à angle aigu. Nous n'avons pas eu d'inflammation ni d'ecchymoses, et nous croyons que cela tient à ce que nous avons opéré d'après le procédé de M. Duval.

Quoique nous ayons pratiqué la section de l'aponévrose plantaire chez celle des deux petites filles qui portait un équin-varus, néanmoins nous n'avons pas eu d'accidens, excepté un peu de douleur, qui avait cessé le lendemain.

Au troisième jour de l'opération, cette petite fille a été prise de la scarlatine; mais cette affection s'est présentée chez elle sous une forme bénigne, et déjà l'éruption commence à s'éteindre. Nous nous sommes abstenu, à son égard, de l'application de l'appareil inamovible, et nous avons cru devoir lui substituer l'appareil à fractures du péroné, de Dupuytren.

Amputation du premier métacarpien. Guérison.

Le petit malade couché au n° 29 de la salle Saint Côme, chez lequel nous avons pratiqué, jeudi dernier, l'amputation du premier métacarpien, n'a pas eu d'accidens. La réunion est entièrement faite, profondément, et aujourd'hui il n'y a plus que les lèvres de la plaie qui soient encore en suppuration.

Calcul vésical.

Nous nous proposions de pratiquer aujourd'hui la taille bi-latérale chez le petit malade couché au n° 23 de la salle Saint-Côme; mais son état ne nous le permet pas encore.

Vous savez que ce malade est à l'hôpital depuis cinq semaines. Quatre ou cinq jours après son entrée, il fut pris de symptômes typhoïdes qui ont persisté pendant huit à dix jours. Ces symptômes, cependant ne sont pas complètement effacés, et aujourd'hui encore cet enfant conserve de la torpeur et de la langueur. Ajoutons que hier encore il a eu quatre selles copieuses. Nous redoutons de pratiquer une grave opération au milieu de semblables circonstances.

Symptômes d'un calcul vésical.

Le petit malade couché au n° 30 de la salle Saint-Côme, présente quelques symptômes d'un calcul vésical, tels que de la douleur en urinant et après avoir uriné, l'interruption fréquente du jet des urines, pendant leur émission; mais à côté de ces symptômes rationnels, le signe sensible, pathognomonique de l'affection qui nous occupe, savoir : la sensation perçue par le contact du cathéter sur le calcul, nous manque. Nous devons vous faire noter un autre caractère négatif qui existe chez cet enfant, nous voulons parler de la petitesse de la verge, que vous avez pu remarquer être développée hors de proportion, chez les petits sujets calculeux qui se succèdent dans le service, et qui sont soumis à la taille. Bref, nous croyons qu'il n'y a pas de calcul, malgré les quelques symptômes que le petit individu en présente.

Ce fait nous rappelle l'autre analogue, que plusieurs d'entre vous ont pu observer ici, et qui se rapporte à un enfant de sept ans, qui était réellement calculeux et que nous avons soumis à la taille bi-latérale, dont il était complètement guéri au douzième jour. Un autre petit calculeux, également opéré par nous, et qui était guéri au bout de quinze jours, est sorti de l'hôpital jeudi dernier.

Pour terminer en quelque sorte la statistique des pierreux qui se sont présentés dans le service depuis quelque temps, nous devons vous rappeler le petit lithotritié qui conserve encore une fistule et qui, soit dit en passant, ayant eu l'imprudence de marcher nu-pieds dans la salle, a encore été pris de frisson.

De plus, il s'est présenté trois autres cas, où nous avons constaté des symptômes d'un calcul vésical, et où cependant il n'en existait pas.

Le premier de ces malades, qui était couché à la salle Saint-Côme, était âgé de sept ans; il souffrait en urinant et trépignait toujours lorsqu'il était obligé d'en venir là. Par le cathétérisme, on ne trouvait chez lui qu'un point rugueux au côté droit de la vessie.

Au moyen de l'introduction du doigt dans le rectum au moment même où nous le sondions, nous avons trouvé sur le lieu correspondant au point rugueux indiqué, une plaque calcaire que nous tenions entre le doigt et la sonde. Un cas analogue s'était présenté quelques années avant chez un adulte qui entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren. Nous avons soumis notre malade à l'usage de l'eau de Vichy, qui a fait disparaître les souffrances qui accompagnaient l'expulsion des urines; mais au moment de sa sortie, le point rugueux persistait encore.

Le second malade, présentant les symptômes d'un calcul vésical, avait été sondé par nous, et il nous avait semblé reconnaître un point rugueux en arrière et à gauche. Le lendemain du jour où nous avions pratiqué le cathétérisme, il présenta des symptômes de péritonite, qui furent promptement combattus par des applications de sangsues, l'onguent mercuriel, les vésicatoires, etc., ce qui ne l'empêcha pas de succomber en vingt-quatre heures. Etait-ce le cathétérisme qui avait entraîné des accidens aussi formidables? L'autopsie nous a démontré l'existence d'un épanchement de matières stercorales dans la fosse iliaque droite; l'appendice cœcale était très allongée, adhérait à la partie postérieure de la vessie, et c'était par une perforation qu'elle présentait que l'épanchement des matières s'était fait. Du pus aussi était épanché dans le péritoine. C'était l'adhérence de l'appendice cœcale à la vessie, qui lors du cathétérisme avait fait croire à l'existence d'un calcul.

Le troisième malade ayant présenté quelques symptômes de calcul est le n° 30 de la salle Saint-Côme. Nous croyons avoir affaire chez lui à une affection nerveuse de la vessie. Ces affections nerveuses de la vessie sont très insidieuses, en ce sens qu'elles simulent parfois assez nettement les symptômes de la pierre pour provoquer l'opération que cette affection réclame. Un chirurgien distingué des hôpitaux de Paris a, de son aveu, pratiqué cinq fois la taille au milieu de semblables circonstances, et sans trouver de calcul, bien entendu. Eh bien! dans ces cas il s'agissait d'affections nerveuses. Nous avons vu un exemple de ce genre chez un médecin qui eut aussi à subir une opération inutile, et qui racontait en notre présence sa mésaventure à Dupuytren. Il se trouva guéri de son infirmité par l'emploi des antispasmodiques.

Chez notre petit malade, nous aurons recours à une médication analogue : dès aujourd'hui il prendra des lavemens avec 15 centigrammes de camphre et 5 gouttes de laudanum. Plus tard, s'il le faut, nous appliquerons un ou plusieurs vésicatoires sur l'hypogastre.

Bec-de-lièvre simple. Opération.

Aujourd'hui, nous allons opérer devant vous une petite fille de huit ans, qui est affectée d'un bec-de-lièvre simple congénital. Ce vice de conformation n'est pas cependant tout à fait simple, c'est-à-dire qu'il ne consiste pas exclusivement dans la séparation de la lèvre : la division s'étend sous la narine : de plus, au niveau de la division une dent incisive qui a subi un mouvement de rotation sur son axe se trouve implanté en avant de la ligne représentée par l'arcade alvéolaire, et est en outre dirigée en dehors; ce qui laisserait persister une nouvelle difformité si on ne l'arrachait point. Enfin, il existe une bride qui unit la lèvre à la gencive.

L'opération comprendra donc trois temps principaux, savoir : 1° l'avulsion de la dent; 2° la section de la bride indiquée; 3° la réunion du bec-de-lièvre.

Cancer de l'œil gauche (récidive). *Opération.*

Après l'opération du bec-de-lièvre, nous ferons l'extirpation d'un cancer de l'orbite chez une petite fille à laquelle M. de Saint-Yves a déjà pratiqué l'extirpation de l'œil pour une semblable maladie.

Le cancer de l'œil est une affreuse maladie qui est presque propre aux enfans seulement. Ce cancer est un de ceux qui récidivent presque nécessairement. Cette malheureuse enfant nous en fournit le témoignage, et une deuxième récidive attend peut-être l'opération que nous allons tenter.

Cependant la science compte quelques exemples de guérison, ce qui nous donne le courage d'entreprendre une opération qui, chez elle, nous le répétons, sera la seconde.

Toutefois, nous ne devons pas vous dissimuler le peu d'espoir que nous conservons à l'égard d'un succès. Le mal marche avec une rapidité effrayante. Il y a à peine trois mois que l'extirpation de l'œil a été faite, et déjà tous les tissus intrà-orbitaires sont transformés en un vaste fongus hématode; les paupières elles-mêmes, qui avaient dû être conservées lors de la première opération, sont actuellement envahies par le cancer : il faudra les sacrifier aussi cette fois; et ce sacrifice puisse-t-il suffire du moins pour obtenir une guérison entière.

Nous avons ici à vider totalement l'orbite, après avoir, à l'extérieur, isolé le mal à sa limite. N'ayant rien à ménager, peut-être parviendrons-nous à tout enlever.

Une circonstance qui ajoute à la gravité de ce cas, et diminue d'autant les chances de succès, c'est la perte complète de la vision à l'œil sain. Pourquoi, en effet, cette amaurose? Le fongus aurait-il envoyé de ses ramifications dans l'intérieur du crâne, et celles-ci, suivant le trajet du nerf optique, seraient-elles arrivées jusqu'à l'entrecroisement des deux nerfs optiques?

L'extirpation de l'œil, ou l'opération analogue que nous allons pratiquer, est une de celles à la suite desquelles on ne peut faire la ligature d'aucune artère; on est obligé de tamponner ou de cautériser.

Le tamponnement est mauvais, en ce sens que la compression porte sur tous les points indistinctement. Quant

à la cautérisation pratiquée aussi près de l'encéphale, elle expose aux méningites. Dans le cas donc où nous aurions une hémorrhagie assez sérieuse, après avoir essayé les boulettes de charpie trempées d'eau froide, si celles-ci ne nous réussissaient pas, nous aurions recours à l'eau hémostatique de M. Brocchierri, qui nous a donné de bons résultats sur les moutons.

REVUE CLINIQUE DU 15 OCTOBRE.

Nouvelle opération de deux pieds-équins varus.

Cette double opération a été pratiquée ce matin par M. Guersant fils, sur une petite fille de dix-huit mois, qui lui a été adressée par M. Bouvier. Nous espérons, dit M. Guersant, de réussir ici avec la simple section du tendon d'Achille, et ce ne serait qu'en cas d'insuccès que nous aurions recours à la section de l'aponévrose plantaire, et, s'il le fallait, à celle aussi du tendon du muscle jambier postérieur. Nous appliquerons ensuite à cette petite fille l'appareil de M. Bouvier, car l'action de notre appareil simple est un peu trop lente.

Pied-équin varus opéré depuis huit jours.

La petite fille couchée salle Sainte-Thérèse, chez laquelle nous avons pratiqué la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire pour un pied-équin compliqué de varus, et chez laquelle il s'était développé une scarlatine bénigne, est tout à fait guérie de cette dernière.

Vers le cinquième jour, nous avons fait l'application du bandage à semelle en bois; nous avons déjà gagné beaucoup, et en un mois de durée totale du traitement, nous espérons avoir entièrement ramené le pied à sa rectitude naturelle.

Pied-équin simple opéré depuis huit jours.

Chez la petite malade couchée au n° 19 de la salle Ste-Thérèse, nous avons pratiqué simplement la section du tendon d'Achille, car le pied-équin existait sans varus. L'appareil dextriné que l'on a appliqué chez elle a provoqué la formation de quelques phlyctènes. Un second appareil dextriné a produit le même effet; ce qui nous a encore obligé d'attendre. Enfin, aujourd'hui on appliquera le même appareil pour la troisième fois, et on le laissera en place pendant quinze jours.

Nous ne pouvons vous laisser ignorer les craintes que nous avons de ne point réussir totalement dans ce cas; mais il n'est pas en notre pouvoir de remédier à ce qui paraît devoir s'opposer au libre exercice du pied. Nous voulons parler de la faiblesse des muscles fléchisseurs du pied, qui est telle, que lorsque le pied est baissé, elle ne peut le relever que difficilement et d'une manière très incomplète.

Hydrocèle opérée par ponction. (*V.* le n° du 8 octobre.)

L'hydrocèle que portait le petit malade couché au n° 10 de la salle Saint-Côme, et qui était séparée en plusieurs kystes par des cloisons, a été opérée, vous vous le rappelez, par simple ponction, sans injection. Aujourd'hui, il existe peut-être une petite quantité de liquide, mais si minime qu'elle pourrait même être révoquée en doute. La guérison radicale pourrait arriver, ce qui d'ailleurs ne serait point sans exemple à la suite de la simple ponction.

Nous avons fait cesser l'usage des compresses vineuses, auxquelles nous avons fait succéder celles imbibées d'eau blanche.

Amputation du premier métacarpien.

Cet enfant est tout à fait guéri, et quitte l'hôpital aujourd'hui. Nous vous en entretenons pour la dernière fois.

Extirpation d'un fungus hématode de l'orbite.

La tumeur de cette petite fille était un fungus hématodes, ainsi que nous l'avions pensé. L'orbite a été vidé; les paupières ont été emportées. Il n'y a point eu d'hémorrhagie, ni d'autres accidens inflammatoires graves. Les bourgeons étaient pâles, et dès le troisième jour nous avons fait faire un pansement avec de la charpie imbibée d'eau chlorurée. Des révulsifs ont été appliqués aux membres inférieurs.

Jusqu'à présent le cancer ne repullule point.

Opération de bec-de-lièvre. Hémorrhagie au cinquième jour. Insuccès.

La petite fille chez laquelle nous avons opéré un bec-de-lièvre simple a été dans un état très satisfaisant jusqu'au cinquième jour. Alors nous avons retiré les aiguilles; la réunion était parfaite. Mais dans la nuit il est survenu une hémorrhagie qui a opéré la déchirure de la cicatrice et l'éloignement des bords de la plaie. Le lendemain, l'écartement était augmenté, et aujourd'hui il augmente encore en dépit des précautions que nous avons prises pour nous y opposer. L'indocilité de la malade n'a été pour rien dans cet accident.

Une hémorrhagie par l'artère coronaire, au cinquième jour de l'opération d'un bec-de-lièvre, est un cas rare qui mérite d'être signalé. Il faudra prochainement pratiquer une seconde opération.

Calcul vésical. Taille bi-latérale.

Depuis quatre jours il nous est arrivé dans le service un petit garçon de dix-huit mois, affecté d'un calcul vésical, que nous allons opérer aujourd'hui; sa verge est volumineuse, et il pisse mal depuis six mois. Le cathétérisme nous a démontré l'existence du calcul.

C'est le plus jeune sujet que nous ayons jamais opéré de la pierre; et, en vertu de son âge, nous nous attendons à quelques difficultés de plus. Il est probable que l'incision de la portion membraneuse de l'urètre et l'introduction du lithotome présenteront plus de difficultés que dans les cas ordinaires. K...

— M. Cornuel, second chirurgien en chef à la Guadeloupe, a été nommé premier médecin en chef, pour servir dans ce grade aux colonies.

— On vient de disposer l'hôpital du Mans de manière à recevoir deux cents soldats malades. Cette mesure acquiert une importance toute particulière dans les circonstances actuelles, et mérite les plus légitimes éloges.

— On mande de Bernay, 2 octobre :

Quand dans presque tous les chefs-lieux des départemens de la France, il existe des pièces d'anatomie artificielle de M. le docteur Auzoux, la ville de Bernay n'a point voulu rester en arrière.

Elle a fait l'acquisition d'une pièce d'anatomie artificielle; cette pièce achetée, il fallait l'utiliser.

M. le docteur Neuville, médecin de l'hospice de Bernay, et médecin-légiste de notre arrondissement, s'est chargé de ce soin, malgré ses nombreuses occupations.

Dans sa première séance, il nous a annoncé un cours élémentaire d'anatomie et de physiologie, en six leçons.

Il nous a dit que ce cours n'était qu'un essai, une introduction à un cours plus complet, qui nous serait fait par des médecins plus habiles.....

Il a fait aujourd'hui sa dernière leçon.

L'empressement de toutes les classes instruites de l'arrondissement, magistrats, jurisconsultes, ecclésiastiques, médecins, professeurs, à suivre son cours, doit convaincre le docteur Neuville du plaisir qu'on a éprouvé à l'entendre.

Au risque de blesser sa modestie, nous ne craignons pas de dire que toutes ses leçons ont été admirables, et que l'on ne peut trop concevoir comment, en si peu de séances, il a pu embrasser, d'une manière aussi lucide, la description de tous les systèmes organiques de l'homme et de la femme et de leurs fonctions.

Le docteur Neuville ne doit rien à l'intrigue, et dans toutes les circonstances il a donné des preuves de connaissances positives et de dévouement. A la fin de la dernière leçon, un tableau représentant les insignes de sa profession et celles de professeur lui a été présenté par M. Dubois, maître de dessin à Bernay.

M. le docteur Neuville a été vivement ému, et son nombreux auditoire a applaudi à l'heureuse idée du dessinateur.

(*Journal de l'Eure.*)

— A la suite d'un rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique par M. Beudan, inspecteur-général des études, président du concours d'agrégation pour les sciences naturelles, sont institués, en qualité d'agrégés pour les sciences naturelles près les Facultés des sciences des départemens :

MM. Joly, docteur ès-sciences naturelles, chargé du cours d'histoire naturelle au collége royal de Montpellier; Payer, docteur ès sciences naturelles.

— Nous avons précédemment annoncé la nomination de M. Dujardin aux fonctions de doyen de la nouvelle Faculté des sciences de Rennes, où il occupe en même temps la chaire de zoologie et botanique. M. le ministre de l'instruction publique vient de compléter l'organisation de cette Faculté par les choix suivans :

M. Vieille est nommé professeur de mathématiques;

M. de Laprovotaye, professeur de physique;

M. Malagutti, professeur de chimie;

M. Payer, professeur adjoint pour la géologie et la minéralogie.

Ces quatre fonctionnaires sont agrégés des Facultés, et leur succès au concours de l'agrégation promet à la ville de Rennes des professeurs véritablement distingués.

Sur la demande du conseil municipal, M. le ministre a conféré l'emploi de préparateur à M. Pontallié, connu avantageusement à Rennes par ses travaux d'histoire naturelle.

— *Le Moniteur* du 15 contient une ordonnance du roi réglant la réorganisation des Écoles secondaires de médecine, qui prendront désormais le titre d'Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Nous publierons le texte de cette ordonnance dans le prochain numéro.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

MARDI 20 OCTOBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 124, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Service de M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Plaies d'armes à feu du thorax. (Suite.)

Lors de notre désastreuse retraite de Médéah, le premier juillet 1831, un soldat du 20e régiment de ligne reçut dans l'Atlas, au col de Mouzaïa, une balle dont l'entrée était en dehors du sternum, vers la sixième côte à droite, et la sortie en arrière près de la neuvième vertèbre dorsale. Je retirai, à l'aide d'un débridement sur la plaie d'immersion, de la bourre et deux fortes esquilles provenant de la fracture de la sixième côte; j'introduisis mon index dans la plaie, et je constatai la lésion simultanée de la base du poumon, du diaphragme et de la surface convexe du foie.

Cinq saignées du bras furent pratiquées dans les 48 heures qui suivirent l'accident; plus tard des ventouses scarifiées furent placées sur l'hypochondre droit, et des compresses trempées dans de l'eau froide furent appliquées pendant plusieurs jours sur le thorax. Un ictère prononcé survint et se dissipa par degrés, et au bout de deux mois la guérison était absolue.

Il est à noter que la suppuration fournie par les plaies était de couleur jaune safranée très prononcée. Les douleurs de l'épaule droite persistèrent long-temps et le membre thoracique correspondant demeura plusieurs mois demi-paralysé.

Ce fait vous démontre combien la conduite du chirurgien doit différer selon qu'il a affaire à une plaie pénétrante du thorax par arme blanche ou par arme à feu.

Dans le premier cas nous avons fermé la plaie immédiatement. Dans celui-ci, au contraire, ayant reconnu une fracture costale, nous avons aggrandi la plaie pour redresser les fragmens forgetés vers les organes pectoraux, extraire de la bourre et des esquilles, en un mot pour enlever à cette grave lésion des complications qui seules étaient de nature à la rendre mortelle.

Disons par anticipation que dans les plaies d'armes à feu il y a d'autant moins de danger à agrandir les perforations, que les hémorrhagies primitives sont moins à redouter que dans les blessures faites par armes blanches.

J'ai divisé dans mon ouvrage clinique des plaies d'armes à feu les plaies du thorax en trois grands groupes: le premier comprend celles qui n'intéressent que la peau et les muscles; le deuxième celles qui pénètrent dans le thorax sans léser les viscères; et le troisième celles qui affectent les poumons, les gros vaisseaux, le cœur, etc., etc.

Premier groupe. *Plaies par armes à feu n'intéressant que la peau et les muscles du thorax.*

Arrivés à la fin de leur course, les projectiles donnent, selon le degré de leur vitesse, des plaies contuses non pénétrantes, ou bien de simples contusions. Les lésions de cette dernière nature, à moins qu'elles ne proviennent du boulet, dont le choc pourrait réduire en bouillie la cage thoracique sans même déchirer le tissu cutané, n'ont en général aucune gravité. La locomotion viscérale devrait seule fixer l'attention du chirurgien. Une ou deux saignées du bras, des fomentations froides sur le thorax en feraient prompte justice.

Une foule de phénomènes bien remarquables en ce qui concerne le trajet parcouru par le plomb, ont lieu selon que ce dernier tombe sous un angle plus ou moins ouvert. Quand en effet une balle agit sous un angle d'ascension de 90°, il est très rare qu'il y ait déviation, et le trajet qu'elle parcourt est ordinairement direct. Toutefois, il ne faut pas toujours s'attendre à retrouver le plomb au fond d'une plaie, par cela même qu'elle n'aurait qu'une seule ouverture. M. le colonel Maret reçut en 1835, près de Blidah, une balle à la hauteur de la clavicule du côté gauche. Les parties molles étaient perforées assez profondément. On crut d'abord que le projectile était au fond de la plaie; mais un examen attentif démontra le contraire; six replis du manteau, l'habit et la chemise du blessé avaient été traversés; mais ensuite le plomb avait poussé devant lui le gilet de flanelle sans le perforer, et sur ce gilet on voyait une dépression très forte qu'il y avait imprimée.

Lorsqu'une balle tombe obliquement sur le thorax, elle glisse assez souvent à la surface des os et se creuse un trajet variable d'étendue. Elle décrit parfois des quarts de cercle, des demi-cercles, et même des cercles presque complets autour du thorax. Ces variétés tiennent à l'élasticité des parois pectorales et à la disposition irrégulièrement arrondie de la poitrine qui présente des plans inclinés dont la disposition est favorable à la déviation des projectiles.

Quand il n'y a pas d'ouverture de sortie, et que la plaie n'est pas pénétrante, il faut, sur le champ, sonder la blessure avec le doigt et recourir à la sonde de femme si le doigt n'est pas assez long pour l'exploration. On a recommandé de couper le pont de parties molles qui sépare les ouvertures d'entrée et de sortie, quand il n'a que trois ou quatre pouces d'étendue; je m'en suis toujours abstenu, et je n'ai pas eu à m'en repentir. Il faut avoir bien soin d'extraire les corps étrangers que pourrait recéler le trajet parcouru par le plomb, sous peine de s'exposer à des suppurations interminables entretenues par les lenteurs d'un travail éliminatoire.

Si une pièce osseuse est dénudée de son périoste, contentez-vous de la soustraire au contact de l'air. C'est une erreur de penser que cette lésion ne pourra pas se guérir sans exfoliation: j'ai été très souvent témoin du contraire. Des bourgeons poussent à sa circonférence, et finissent en conséquence vers le centre à la recouvrir en peu de temps. La cicatrisation s'opère, et je n'ai jamais vu qu'elle se soit rouverte plus tard pour donner issue à une pièce d'os exfolié. Ainsi n'allez pas, suivant des préceptes erronnés, provoquer par des agens extérieurs une exfoliation qui peut-être même résisterait à ces derniers. Cette médication ne saurait être que préjudiciable, à moins que le travail d'élimination ne fût déjà avancé. Ici, comme dans bien des circonstances, il faut se rappeler que le temps et les efforts de la nature ont une puissance plus grande que la nôtre.

Quelquefois, au lieu d'une balle entière, vous n'en trouverez que des fragmens dans les parois du thorax. Ces faits ne sont pas rares aux armées; j'en possède un fort remarquable.

Une balle, après avoir brisé la partie moyenne de l'humérus, se divisa elle-même en trois morceaux. L'un était resté entre les esquilles de l'humérus; je retrouvai le deuxième en dehors de la sixième côte, près du sternum, et le troisième près de l'apophyse épineuse de la vertèbre dorsale correspondante. J'ai réuni les morceaux, je les ai pesé et leur ai trouvé le poids d'une balle ordinaire et entière. Je le répète, il n'est pas rare que des balles se divisent quand sur leur passage elles rencontrent le tissu osseux.

Cette vérité a été niée par un chirurgien distingué que je ne veux pas nommer; et, dans un livre qu'il a publié sur les plaies d'armes à feu, il dit, en parlant des chirurgiens militaires qui comme nous l'ont constatée: *risum teneatis*. Nous pourrions prendre notre revanche; mais nous nous bornerons à cette simple citation, ne voulant pas donner une allure légère et dégagée à une discussion sérieuse et scientifique.

Le deuxième groupe, avons-nous dit, comprend les plaies d'armes à feu pénétrantes du thorax sans lésion des viscères.

Une balle peut rester fixée dans l'épaisseur du sternum, ou être pincée entre deux côtes et ne pénétrer que par un segment dans le thorax, sans perforer les viscères qui y sont logés. Je suis parvenu à extraire les corps étrangers à l'aide de mon tire-fond à canule. On peut aider à l'action de ce tire-fond, si la balle est dans les grillages des côtes, en appuyant sur la côte inférieure lors de l'inspiration, afin d'empêcher qu'elle se lève pendant l'expiration, et d'agrandir ainsi l'espace inter-costal. Quand le plomb est enchatonné dans le sternum, on pourrait aussi seconder la puissance du tire-fond en le rognant avec un canif à sa circonférence. Si l'on avoit acquis la certitude qu'il fût ar-

FEUILLETON.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

Je suis peiné pour M. Seutin, qu'il ait attaqué si rudement dans la *Gazette des Hôpitaux*, dès le 2 octobre dernier, ma manière d'envisager la thérapeutique des fractures; car cet honorable confrère m'a fourni par là une nouvelle preuve de cette triste vérité: que nul ne peut chercher à innover dans une branche quelconque de la science et s'écarter des sentiers battus, sans blesser aussitôt les susceptibilités et les amours propres, et faire dégénérer les discussions en de vaines et puériles personnalités. Je connais si bien cet écueil que, pour l'éviter, je m'abstiens soigneusement de citer des noms propres, et que je ne veux plus attaquer décidément que des principes. Qu'importe, en effet, lorsqu'il est question, par exemple, d'un sujet aussi grave que celui de la *thérapeutique générale des fractures*, que les médicastres indiens combattent ces dernières uniquement avec de la bouse de vache et du bambou? que les Arabes aient rendu cet appareil un peu moins grotesque? que les Espagnols y ajoûtent ou y retranchent? que M. Larrey en fasse autant de son côté? que M. Seutin y retouche également? que MM. Velpeau, Laugier et autres entrent plus ou moins aussi dans la même carrière, en y apportant quelques modifications? Qu'importe, dis-je, et n'est-il pas évident qu'il ne s'agit ici que d'un seul et même principe thérapeutique et nullement de nations et moins encore d'individus? Tâchons donc, s'il est possible, de nous effacer modestement, et attaquons-nous aux choses plutôt qu'aux personnes.

Dès l'année 1827, et dans le Journal des Progrès, j'ai soutenu et je suis prêt à reconnaître encore aujourd'hui: que l'appareil *inamovible*, *amilacé*, *dextriné* (comme vous voudrez l'appeler), a des avantages réels sur ceux *dits ordinaires*, dans tous les cas de fracture simple, ou lorsque des tractions permanentes ne sont point nécessaires pour maintenir le membre cassé au niveau de l'autre. Mais j'ai dû voir aussi le revers de la médaille, et signaler les inconvéniens graves que j'apercevais dans ce mode de faire. Les journaux qui ont rapporté les nombreux cas de gangrène et les catastrophes qui en ont résulté, me dispenseraient de revenir sur ce sujet; mais voici deux cas qui ont été signalés récemment au congrès scientique de Besançon, et que je ne puis m'empêcher de citer:

1° Un jeune militaire se casse la jambe dans cette dernière ville; il ne se présente aucun symptôme fâcheux, et un habile chirurgien de la garnison applique sur-le-champ l'appareil amydonné, qu'il connaît très bien. Au bout de quelques jours, et pour mettre en lumière les grands avantages de ce mode de pansement, on engage le malade à faire quelques pas et à réitérer ces essais les jours suivans. Tout semble, en effet, aller à merveille; cependant il se manifeste une odeur infecte et suspecte, une fièvre intense, etc., qui forcent à enlever le moyen si bien contentif et constrictif auquel on avait eu recours et qu'on avait maintenu sans nul égard pour l'état actuel ou *éventuel* des parties molles sous-jacentes. Hé bien! quelques jours après on a dû amputer..... la CUISSE à ce malheureux!

2° Le président de la cour royale de Besançon se casse la cuisse. L'appareil inamovible est mis en usage, et après des phases aussi longues que douloureuses, ce magistrat finit par *guérir*, si, du moins, on peut appliquer ce mot à une adhérence de fragmens avec *quatre à cinq pouces* de raccourcissement.

J'ai parlé de la *main* comme d'un appareil par excellence et intelligent, comme particulièrement propre à mettre en relief les avantages et les défauts des autres, et comme étant le point de départ de tous. M. Seutin appelle cela des *considérations à perte de vue*, ce qui n'empêche pas que je le remercie de ses réflexions pleines de sens et d'esprit au sujet de ce *type primitif*. J'ai, cependant, quelques scrupules à l'égard des avantages qu'il croit trouver dans l'emploi qu'il croit trouver dans l'emploi de huit ou dix de ces précieux organes. J'en craindrais la confusion et j'aime mieux me rappeler que chacune de mes mains a cinq doigts, et qu'ils peuvent amplement suffire au but que je me propose, quand j'ai recours à cet instrument naturel. Il me suffit, par exemple, pour simuler un appareil pour les fractures de la clavicule et pour déterminer son mode d'agir et sa portée. C'est ainsi qu'une de mes mains, armée de ses cinq doigts saisit le coude et, par lui, repousse *en haut*, *en arrière* et *en dehors* le moignon de l'épaule et, avec lui, le fragment externe, jusqu'à ce qu'il soit au niveau et dans la direction de l'interne. Alors, pour les maintenir dans cette position, deux ou trois doigts de mon autre main viendront s'adapter sur ces mêmes fragmens, les saisir et les fixer mieux. Mais cette action simultanée de mes deux mains fait en quelque sorte *tableau*, et indique sur-le-champ à l'homme de l'art et surtout aux élèves, les deux points culminans de la question, et la nécessité d'imiter cette double contention par un moyen quelconque, en recherchant ou se créant des *points d'appui* spéciaux sur les épaules, derrière le dos et au lieu circulaire.

Dans une fracture de l'avant-bras, une de mes mains tire sur celle du patient et l'*incline* dans tel ou tel sens, pendant que quelques bouts de doigts de l'autre main vont faire la coaptation, la contention et maintiennent en même temps l'intégrité de l'espace interosseux. Ils rappellent, entre autres, que pour produire ce dernier résultat, il n'est nullement nécessaire d'une *longue* compresse graduée, comme on l'enseigne, mais seulement de deux tampons de coton ou de charpie placés précisément vers les fragmens vis-à-vis l'un de l'autre, et à la place qu'occupent les doigts en question. Il en sera de même de la fracture du péronné.

Le double plan incliné est parfaitement rendu aussi, tout comme les tractions sur le pied, la suspension et la mobilisation de l'extrémité abdominale dans les fractures de celle-ci, par la pression d'une main sous le jarrêt, afin de déterminer la flexion du genou, et, par là, celle de la cuisse et de la jambe; tandis que l'autre main tire sur le pied et le tient suspendu et mobile. Un doigt peut figurer l'action du brayer, celle d'une compresse graduée, du garrot, etc., etc., pendant que l'œil cherche et mesure la place où ce point d'appui pourra être placé le plus avantageusement.

M. Seutin, il est vrai, se moque aussi et très spirituellement de ma *théorie* SUBLIME de ce point d'appui. Soit! Il refuse donc à la médecine opératoire, et surtout à la thérapeutique des fractures, leurs relations intimes avec les lois de la mécanique appliquée à l'anatomie, à la physiologie et à chaque cas pathologique donné? C'est en vain qu'il voudrait nous faire croire qu'un savant tel que lui ignore, que le point d'appui est l'AME de toute puissance mécanique! Ou penserait-il, peut être, que, parce qu'il n'est nullement question de ce point, *tout vital* en chirurgie, ni dans les livres, ni dans les chaires, ni dans les cliniques, on ne puisse jamais en parler sans passer pour un *entêté* et un sot, et sans encourir les quolibets et les railleries des habiles et des sommités suprêmes? A la bonne heure et par le temps qui court! mais nous verrons, dans quelques années, ce qu'on en dira et ce qu'on *sera bien obligé* d'en dire.

Mes griefs contre *l'extension* et la *contre-extension*, dans les luxations et les fractures, ne trouvent pas d'avantage grâce aux yeux de M. Seutin. Cependant, ce praticien judicieux pense avec moi, j'en suis certain, qu'avant dix ans on ne comprendra pas

rête dans la duplicature du médiastin antérieur, il faudrait l'extraire en trépanant le sternum, ainsi que Purmann l'a fait deux fois.

Une particularité bien plus remarquable que toutes les autres, se présente quand une balle, qui est arrivée dans la cavité thoracique, contourne le poumon sans l'entamer, en suivant la concavité des arceaux pectoraux. Dupuytren a fait des expériences et donné des explications sur les déviations des projectiles, qui ne peuvent laisser aucun doute sur le fait que je vous mentionne. Pour mon compte, je suis tenté de croire que ces déviations sont assez fréquentes, et que la plupart des coups de feu qui traversent le thorax et guérissent rapidement, sans amener d'autre accident qu'un peu d'épanchement, quelques crachemens de sang et de légers symptômes de pleuro-pneumonie traumatiques faciles à guérir par les réfrigérans et les saignées, sont des cas de cette espèce.

Un soldat ayant reçu un double coup de feu à la poitrine, dont un avait donné la mort en traversant le cœur, j'ai pu me convaincre par l'autopsie que l'autre, entrée au dehors du sternum, avait suivi la courbure des côtes jusqu'à la colonne vertébrale, près de laquelle il était ressorti. Le poumon n'était point entamé; seulement on voyait, à sa circonférence, une légère ecchymose dans le lieu correspondant au trajet parcouru par le plomb.

Guillemeau, l'un des premiers, a fait remarquer que l'appendice xyphoïde pouvait céder devant une balle, ou se fendre pour se redresser après lui avoir livré passage, de manière à dérober la marche de ces derniers. Cette observation est judicieuse, et nous avons eu lieu d'en constater l'exactitude. Pour la compléter, nous ajouterons que le pronostic des plaies du thorax est moins grave dans ce cas que si le projectile était entré dans cette cavité après avoir brisé une côte, parce qu'alors les fragmens même des esquilles pourraient avoir été refoulés dans le tissu pulmonaire.

Nous abondonnons maintenant ces considérations préliminaires, si importantes d'ailleurs, pour vous initier aux complications des plaies pénétrantes du thorax avec lésion des viscères. Ce chapitre, le plus important de tous, va nous entraîner dans de grands développemens, et constituera le troisième groupe des lésions thoraciques, que j'ai ainsi divisées, afin de les bien classer dans votre mémoire et sans confusion.

En première ligne se présentent les lésions du poumon. Ces lésions offrent divers degrés de gravité, depuis la simple commotion jusqu'à la contusion avec perforation, déchirure, perte de substance, etc.

On dit que les plaies du poumon sont simples quand elles ne recèlent pas de corps étrangers; telles sont la plupart des plaies d'armes blanches; par exemple, un coup de fleuret, comme vous venez d'en être témoin. Elles sont, au contraire, compliquées quand des pièces d'os, d'armure, de vêtement, de projectile, ont été entraînées dans le projectile pulmonaire.

Sur cette classification reposent des préceptes de haute pratique.

Etudions d'abord les effets d'une plaie pénétrante du poumon, simple, sans fracture de côte et sans présence de corps étranger.

Qu'une balle traverse le thorax en ne touchant que les parties molles, il pourra arriver qu'elle suive, comme nous l'avons dit, la courbure des côtes, en ne faisant au poumon qu'une simple contusion, ou bien elle pourra perforer le poumon en se creusant un canal analogue à celui qu'elle fait en traversant les parties molles; c'est-à-dire un canal conique, dont le sommet est au point d'immersion, et la base à celui d'émersion. Si le coup a donné la mort, et qu'on examine sur le champ les parties qui ont été lésées, on remarque que ce trajet conique est tapissé d'eschares flétries et recouvertes de caillots sanguins adhérens. Ces eschares et le sang coagulé font bouchon sur la lumière des tubes artériels et bronchiques, et s'opposent à la fois à la production des hémorrhagies et de l'emphysème, à moins que de très gros troncs n'aient été ouverts. Il peut arriver que les bouchons cèdent et ne ferment qu'incomplètement l'ouverture d'une plaie artérielle; alors le sang versé dans le trajet parcouru par le projectile, contraste d'une manière frappante par sa couleur rutilante, avec le fond noirâtre des eschares sur lesquelles il s'écoule.

Cette hémorrhagie joue un rôle ultérieur très variable, sur lequel les adhérences morbides des plèvres exercent une influence fort importante sous plus d'un rapport, et que le premier nous avons signalée dans notre clinique des plaies d'armes à feu.

La perforation du poumon est-elle entourée d'un cercle complet d'adhérences, le sang s'écoulera directement au dehors sans régurgitation et sans former d'épanchement. Vient-on à fermer la plaie extérieure, il s'accumule dans le trajet ouvert par le plomb, et s'y amasse en caillots jusqu'à ce qu'il puisse opposer à la colonne sanguine hémorrhagique une puissance plus forte que celle qui mettait celle-ci en action. Les adhérences sont-elles incomplètes, il y a à la fois hémorrhagie externe et hémorrhagie interne avec épanchement. Le poumon n'a-t-il contracté d'adhérences costales que dans la partie située au dehors de la blessure, le sang ne pourra pas s'accumuler à la base de la poitrine, mais dans un point du thorax plus élevé que le lésion. On pourrait encore multiplier les indications particulières fournies par les adhérences et les modifications que, selon leur siége, elles impriment au liquide épanché. Mais vous voilà suffisamment éclairé pour être sur vos gardes. La percussion et le stéthoscope vous feront reconnaître le siége de l'épanchement; et quand vous ne le trouverez pas dans le lieu le plus déclive du thorax, vous serez fondé à croire à la présence d'adhérences et à la barrière qu'elles devront avoir établie.

Quand il y a absence d'adhérences, le sang arrive jusque sur le diaphragme, principalement en arrière, dans le point le plus declive, refoule le tissu pulmonaire contre la colonne vertébrale, où les bronches et les gros vaisseaux lui forment des adhérences naturelles. Dans ce cas, il y a épanchement diffus, issue de sang par régurgitation, et refoulement du poumon, par conséquent absence du bruit respiratoire. Si la lésion du poumon était entourée d'un cercle d'adhérences incomplet, le sang pourrait filtrer jusqu'au diaphragme pour y former un épanchement diffus avec refoulement du poumon à la base; il pourrait de plus déterminer autour de la blessure un épanchement circonscrit, et s'échapper du thorax à la fois directement et par régurgitation.

Quand une artère d'un gros calibre alimente une hémorrhagie interne, celle-ci ne s'arrête que du moment où l'accumulation du sang dans la cavité des plèvres présente un obstacle qui puisse faire équilibre à la force impulsive de la colonne sanguine. De plus, par le refoulement du parenchyme pulmonaire les vaisseaux plissés en zigzag, brisent la colonne de sang, lui font perdre de sa puissance; des caillots se déposent sur la lumière du tube, et l'hémorrhagie s'arrête.

Valentin, et après lui M. Larrey, avaient donc bien raison de fermer sur-le-champ toute plaie pénétrante du thorax. C'est aussi la conduite que vous devrez tenir en pareille occurrence; toutefois, si par la persistance d'une hémorrhagie interne violente, les poumons se trouvaient tellement comprimés qu'il y eût menace de suffocation, il faudrait, disent ceux qui ont écrit sur ce sujet, nécessairement rouvrir la plaie et laisser s'écouler une certaine quantité de sang.

Je rapporte ce précepte classique sans en prendre la responsabilité. Je n'ai pas encore eu occasion de rouvrir des plaies de poitrine pour prévenir l'asphyxie, et on conçoit que cette indication doive être fort rare, parce qu'en effet, si la poitrine n'est ouverte que d'un côté, la cloison des médiastins, quelque refoulée qu'on la suppose par l'épanchement, permettra toujours au poumon non lésé de fonctionner assez librement pour ne pas faire craindre l'asphyxie; que si les deux côtés du thorax avaient été perforés, alors de deux choses l'une, ou l'hémorrhagie serait promptement mortelle, ou bien les poumons, étant refoulés de deux côtes, par l'épanchement, l'asphyxie aurait lieu immanquablement, surtout si cet épanchement était entretenu par une grosse branche artérielle, et si des adhérences anciennes ne venaient pas s'opposer au refoulement complet des poumons contre la colonne vertébrale.

Dans un cas où la poitrine, perforée d'un seul côté, était le siége d'un épanchement sanguin dont la compression sur le poumon sain semblait menacer la vie du blessé, M. Duret, chirurgien de Brest, a imaginé d'ouvrir largement la poitrine pour donner brusquement entrée à l'air extérieur, obtenir par sa présence un refoulement du poumon contre la colonne vertébrale, et tarir l'hémorrhagie par le reploiement des vaisseaux sur eux-mêmes.

Si cette théorie, qui ne manque pas de séduction au premier coup-d'œil, comptait en sa faveur un assez grand nombre de guérisons pour être érigée en précepte, on pourrait augmenter la puissance compressive de l'air en faisant, à l'aide d'une pompe foulante de gaz, entrer dans la cavité des plèvres une quantité équivalente au poids de deux ou trois atmosphères selon la violence de l'hémorrhagie.

Cette médication, on le conçoit déjà, pour etre efficace, devrait ne pas rencontrer d'adhérences pulmonaires au feuillet costal. Or, nous savons combien les adhérences sont fréquentes chez les personnes même qui jouissent d'une santé parfaite, et n'ont pas souvenance d'avoir jamais fait de maladie de poitrine.

Du reste, je ne suis pas partisan du moyen proposé par M. Duret, parce qu'il me semble que la compression opérée par l'introduction de l'air dans le thorax doit être moins puissante que celle qu'on obtient par la présence du sang accumulé dans cette cavité.

Le sang ne s'échappe pas seulement du thorax quand celui-ci a été perforé en même temps que le poumon, il sort encore par la bouche vermeil et écumeux aussitôt après la blessure, et il s'arrête quand le travail inflammatoire s'empare du trajet parcouru par le plomb.

Deux indications se présentent alors: La première, de combattre par les réfrigérans sur le thorax, et par les saignées coup sur coup la pneumonie traumatique; la deuxième, de donner issue au sang épanché, s'il est trop abondant, pour que l'absorption puisse le reprendre.

Ceci nous mène à vous parler des épanchemens; ce sera le sujet de notre prochaine leçon.

---

comment les chirurgiens ont pu conserver des expressions aussi absurdes; et comment celles de *traction* et de *résistance* ont été si long-temps à surgir et ont pu exciter l'hilarité, à leur apparition dans le monde chirurgical.

J'ai émis une proposition qui peut paraître fort singulière, sans doute, mais que j'appuie sur un très grand nombre de faits M. Seutin pense qu'elle n'est que le produit de mon penchant pour l'originalité et la contradiction, et qu'elle atteste que je suis bien près de me passionner pour l'aveuglement et les erreurs. Je lui demanderai, cependant, sans vouloir qu'il change rien à l'opinion qu'il peut avoir de mon caractère et de mon intelligence, de me citer une *seule* exception à la règle, malheureusement trop vraie, que j'ai signalée *et que je maintiens*.

Mais en voilà assez et trop sans doute, surtout si l'on veut bien réfléchir que le long mémoire que j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, et contre lequel M. Seutin s'escrime aujourd'hui avec tant de verve, s'applique à tout ce qui tient, de près ou de loin, à la thérapeutique générale des fractures, et qu'il n'a nullement été écrit en vue de l'appareil inamovible. Celui-ci y tient même une si petite place, que, sur 80 pages, il y en a quatre seulement qui forment le chapitre dudit appareil; encore y a-t-il deux de ces pages qui sont consacrées à la description d'un de ces appareils de ma façon, et qui est le résultat de la dessiccation d'un *épais cataplasme de graine de lin*, sans une légère gouttière en fil de fer. Il y a plus: le nom d'un seul des chirurgiens qui se posent en amateurs du genre, n'y est prononcé en manière quelconque! — Comment donc M. Seutin a-t-il pu s'imaginer et prétendre! « Que je me servais de ce mémoire uniquement pour *revenir* sur une question controversée avec lui et que j'avais abandonnée? Que j'aurais dû reconnaître bien plutôt et franchement que j'avais été induit en erreur par une observation inexacte ou des raisonnemens vicieux? Qu'au lieu de tourner la difficulté et sans daigner répondre, je construis un échafaudage scientifique dans l'intention de forcer l'entendement des praticiens, de les fasciner contre les appareils inamovibles? Que j'élude les discussions franches? Qu'il suffit qu'on me prouve qu'une chose est bonne et exempte de défauts, pour que je me persuade qu'elle est mauvaise et nuisible? Que je fais preuve d'une légèreté et de tergiversations, qui doivent rendre très circonspect dans l'appréciation des jugemens que je porte? Que je suis trop porté aux diatribes? Que je m'y livre peut-être par malveillance, ignorance, obstination? »

Tout cela peut être très joli sous la plume de mon honorable confrère; mais j'atteste sur l'honneur, que lorsque j'ai mis la main à mon *Essai sur la thérapeutique générale des fractures*, j'avais complètement perdu de vue cette polémique et ces discussions savantes que M. Seutin veut bien nous rappeler, et sur lesquelles il insiste tant. Si donc alors je n'ai pas répliqué à M. Seutin, ainsi qu'il l'aurait desiré, et si je lui ai laissé le dernier mot, c'est que très probablement tout avait été suffisamment débattu entre nous, et qu'il était au moins inutile d'aller plus loin. Toutefois, en rédigeant mon faible essai, je n'ai pas pensé qu'un auteur, qui est fortement préoccupé d'un sujet quelconque, y ramène continuellement ses pensées, et que celles des autres, qui peuvent avoir quelque rapport avec le cercle circonscrit dans lequel il ne cesse de tourner, ne manquent jamais de l'impressionner vivement. Il lui semble, dès lors, que tout ce qui se dit et se fait autour comme à deux cents lieues de lui et dans le sens de ses idées fixes, ne peut guère avoir que sa personne pour objet, et qu'il doit par conséquent être toujours en défiance et sur la défensive. — A Dieu ne plaise que je veuille assimiler M. Seutin à un personnage aussi peu raisonnable; j'ai seulement voulu dire qu'il prend trop chaudement à cœur son appareil et les modifications dont il l'a fait jouir, pour avoir l'impartialité requise de bien juger les autres. J'ajouterai, d'ailleurs, que dans tout ce que j'ai pu dire et écrire sur ou contre l'appareil inamovible, je n'ai jamais eu la plus légère pensée de blesser en rien cet habile opérateur. Mais si, par inadvertance, j'avais eu ce malheur insigne, qu'il se rassure: sa réputation est trop bien établie pour en pâtir le moins du monde. Je fais franchement la guerre aux choses, si je la crois utile; mais je respecterai toujours les hommes qui savent eux-mêmes se respecter. M. Seutin est évidemment du nombre de ces derniers; et je me fais un plaisir de le reconnaître.

L'idée du défi que me porte ce spirituel critique et des 10,000 francs d'enjeu qu'il propose est assurément très ingénieuse et fait honneur à son zèle pour la science. Je crois cependant que nous donnerions trop à rire à nos dépens si nous nous acheminions, l'un des plaines de la Belgique, l'autre des montagnes de la Suisse, pour nous donner en spectacle dans les hôpitaux de Paris. Je pense même, Dieu me pardonne, que nous ne pourrions guères nous empêcher d'éclater de rire tous les deux à notre première entrevue. N'aurions nous pas d'ailleurs la conviction qu'après nous être bien évertués et trémoussés près du lit de quelques malheureux, nous conserverions bravement, et en dépit du verdict d'un savant aréopage, chacun de nous nos croyances, ainsi qu'il arrive ordinairement? Ne nous mettons donc pas dans le cas de maudire pendant vingt-quatre heures des juges qui ... raient nos meilleurs. Et puis, voyez dans quel guêpier j'irais moi-même fourrer, si j'avais le malheur de relever le gant: c'est que vainqueur ou vaincu, et à côté du carton ou du bivalve amidonnés de M. Seutin, il me faudrait très probablement encore soutenir l'assaut de MM. Larrey père et fils pour reconnaître la supériorité des blancs d'œufs, de la liqueur résolutrice, du drap fanon et du fanon lui-même; puis viendrait le tour de MM. Velpeau et Langier, qui me feraient confesser coup sur coup l'un que sa *dextrine*, et l'autre que ses *bandes de papier* l'emportent sur tous les moyens connus.

Jugez enfin ce qui pourrait m'arriver encore s'il prenait fantaisie à quelque amateur de 10,000 francs de me provoquer avec ses innombrables bandes contre mon chétif linge triangulaire et ma frêle cravate; à tel autre avec sa prétentieuse charpie contre mon pauvre coton; à celui-ci avec ses bougies molles et fines, avec ses porte-empreintes et ses porte-caustiques, contre mes grossiers et lourds cathéters; à celui-là avec ses nombreuses poulies moufflées contre mon simple levier. Il y a de quoi frémir des pieds jusqu'à la tête, rien qu'en y pensant. Oh non! non, M. Seutin: Décidément, et dussé je passer pour le plus grand de tous les pleutres, je refuse net votre proposition. Cependant, je brûle d'envie de faire votre connaissance personnelle, et je vous promets que je ne tarderai pas trop d'aller à Paris et de là à Bruxelles. Vous figurez-vous combien nous aurons de plaisir à nous voir: vous pétillerez d'esprit en échange de ma bonne et franche gaîté; et nous ferons loin des malins, seuls entre nous et en bons compagnons, l'essai de nos moyens et de nos forces. Si vous portez la conviction dans mon esprit, cela vaudra plus, pour moi, croyez-le bien, que les 10.000 francs que vous m'auriez donnés si j'avais été proclamé vainqueur à Paris. Et si, par hasard, vous retirez quelque avantage de notre conférence, je suis convaincu également que vous estimerez ce progrès, quelque léger qu'il vous paraisse, bien au dessus d'un vil métal. Peut-être avons-nous de ce dernier plus que nous n'en pourrons employer; tandis que l'on ne saurait jamais assez avoir de science et DE BONS PROCÉDÉS.

Oh! que nous serions heureux si, nous faisant réciproquement quelque honnête concession, nous arrivions enfin à pouvoir déclarer en face du monde médical et dans un *memorandum* plein de bonne foi que nous avons été trop loin dans nos prétentions, et que nos modes de traitement ne sont pas tellement exquis qu'ils ne puissent et ne doivent être remplacés

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

Note sur un cas d'amputation coxo-fémorale; par M. Chaumet, chirurgien en chef.

Le n° du 10 septembre de la *Gazette des Hôpitaux* raconte un fait de désarticulation coxo-fémorale, au vingt-deuxième jour, qui nous autorise à parler d'un cas analogue arrivé sans accidens au trente-cinquième jour, époque à laquelle la guérison est entièrement achevée. Nous croyons cependant devoir exprimer aujourd'hui la nécessité de renoncer à l'habitude de ces publications prématurées, car, prises au point de vue scientifique, elles ont plus d'un côté fâcheux. Evidemment les publications anticipées consacreraient une marche vicieuse et contraire au progrès que l'on veut cependant retrouver partout, puisqu'elles jetteraient dans la science des faits vagues, non accomplis, sans valeur, et qui auraient souvent pour résultat de rendre trop entrepenans, trop téméraires même certains praticiens de province, qui, sur la simple annonce des feuilles périodiques, se décideraient un peu légèrement à recourir à une opération dont les suites, que ces feuilles ne donnent pas toujours, l'auraient certainement fait reculer. Il serait superflu énumérer ici les faits qui justifient la proposition que nous venons d'émettre, tout le monde sait qu'ils sont surabondans, et que la *Gazette des Hôpitaux*, elle-même, en fournit un bon nombre d'exemples.

Quant aux inconvéniens qui en découlent, ils sont assez nombreux. Nous-mêmes avons failli nous laisser prendre plus d'une fois à cette marche insidieuse. A peine, par exemple, les amputations du col utérin furent elles rendues vulgaires, que nous crûmes qu'il suffisait d'y recourir pour guérir les malades. Pleins de confiance aux publications des maîtres, nous aurions même tenté l'extirpation de la matrice si les insuccès, qui finissent enfin par être connus, ne nous eussent appris que ces sortes d'opérations étaient constamment suivies de la mort. A peine les grosses sondes furent-elles préconisées que chacun voulut les avoir dans son arsenal. A peine, enfin, les essais téméraires de M. L.... occupaient-ils l'attention des médecins de la capitale, que, sur les rapports louangeux des journaux, nous allions abandonner la ténotomie, l'extension lente et soutenue que nous employons depuis longues années, pour essayer l'extension brusque, dont on faisait prématurément l'éloge, si un jeune confrère de Paris ne nous avait entièrement fixé sur la valeur de ce nouveau moyen. Même illusion, même engouement, et peut-être même désappointement un jour, lorsque l'expérience aura démontré qu'à côté des yeux que la ténotomie oculaire aura compromis pour toujours, on en sera à se demander si le strabisme de ceux qui ont conservé la faculté de voir, a été bien sûrement et bien réellement guéri.....

Mais les faits pour lesquels il faut encore plus de réserve, plus de circonspection, sont sans contredit les cas des grandes et graves opérations, de celles qui mutilent si profondément un individu que le quart au moins de son être doit lui être soustrait; opération épouvantable, ressource dernière que l'ancienne et savante Académie osait à peine entreprendre, et dont le petit nombre des succès parmi près de cent exemples forme encore une bien minime, mais bien admirable exception. Nous voulons parler de l'amputation coxo-fémorale, dont notre honorable ami, M. Sédillot, vient de publier un exemple au moment où, par l'une de ces heureuses coïncidences, nous préparions dans nos salles un de nos malades à subir la même ablation, et qui a été suivie du même bonheur, du même résultat que chez l'opéré du Val-de-Grâce.

Le cas de notre confrère a été publié le vingt-deuxième jour, tandis que nous avons attendu le trente-cinquième, époque où le succès définitif ne saurait plus être douteux, puisque déjà la plaie linéaire qui résulta du procédé que nous mîmes en usage, procédé que nous décrirons prochainement comme nous appartenant, attendu que nous l'avons formulé en combinant des élémens des méthodes ovalaire et circulaire, est entièrement réunie, solide et régulière dans toute son étendue. Il reste dans l'angle inférieur seulement un léger bourgeonnement dont la cicatrice ne peut se faire long-temps attendre. Quatre points de suture seulement furent appliqués pour réunir immédiatement la plaie, et ont été enlevés successivement à partir du huitième jour. Six ligatures suffirent pour étancher le sang.

Nous ne saurions nous dispenser de dire à cette occasion, que ce procédé, d'une rapidité inouie, puisqu'en moins de quarante secondes l'opération était terminée, laisse tous les tégumens et les muscles convenables pour convertir une surface triangulaire en une plaie longitudinale, dont les chances pour l'adhésion primitive sont d'autant plus certaines qu'elle offre en réalité moins d'étendue qu'on ne l'imagine. On est dès lors vraiment étonné, par la facilité surtout à affronter les bords d'une telle plaie, de voir que des hommes justement célèbres, tels que les Delpech, les Lisfranc, etc., aient adopté pour cette opération, d'une manière exclusive, le procédé à vaste lambeau. Ici, comme pour l'épaule, et parce que l'on n'a à recouvrir que des surfaces en creux, on devra toujours, dans les cas possibles, abandonner ces sortes de lambeaux *monstres*, ces vastes portions de chairs, qui non-seulement deviennent inutiles, mais encore défavorables en nécessitant un très grand nombre de ligatures (M. Sédillot en employa vingt-deux), en perpétuant les grandes opérations et les foyers qui les accompagnent. Nous serions un peu moins exclusifs pour les deux demi-lambeaux de notre ancien maître, le baron Larrey; l'expérience a parlé, du reste, si souvent en leur faveur sous la main habile de l'auteur, et la théorie les conçoit si bien qu'il y aurait mauvaise grâce à ne pas les admettre.

Outre la coïncidence d'époque entre le fait de M. Sédillot et le nôtre (le professeur du Val de-Grâce opérait le 17 août, et nous le 17 septembre), il y a encore cette circonstance remarquable, que lui guérit son malade à Paris, où il constitue, dit-il, un premier succès dans l'espèce; et nous qui nous trouvons être le premier à pratiquer cette grave opération à Bordeaux, et à y guérir aussi notre malade. Enfin, M. Sédillot est ancien élève du Val-de-Grâce où nous fûmes condisciples et couronnés l'un et l'autre en 1827, circonstance qui nous permet de faire remarquer que ces deux faits nouveaux appartiennent encore aux chirurgiens militaires; car si les événemens nous ont fait abandonner ce corps savant pour les hôpitaux civils, nous ne lui restons pas moins complètement dévoué et reconnaissant des services qu'il nous a rendus. On comprendra, après cet aveu, la satisfaction que nous éprouvons en consultant la statistique à ce sujet, car elle montre que les succès après cette opération majeure sont tous en faveur de la chirurgie militaire, ainsi que les résultats de MM. Larrey, Baudens, Guthrie, Sédillot et le nôtre viennent le déposer.

Maintenant, le fait d'anatomie pathologique pour lequel nous opérâmes André Chatrier, ajoutera, nous le croyons, infiniment d'intérêt à notre heureux résultat. La plupart des praticiens instruits de la ville avaient examiné la tumeur que portait le malade, tumeur du volume de la tête d'un enfant, ovoïde, s'étendant du creux poplité à la tubérosité sciatique, et tous pensaient que nous avions affaire à un cancer périostale partant de la ligne âpre; nous-même le présumions, fortifié dans cette idée par l'opinion que M. le professeur Cloquet avait émise à cet égard, dans la bienveillante visite qu'il nous fit dernièrement. M. Capuron, de passage à Bordeaux, partageait aussi cette manière de voir. Cependant l'anatomie de la tumeur, faite avec soin le lendemain de l'opération, a prouvé que nous avions bien agi contre un cancer, cancer essentiellement médullaire, mais qui au lieu d'avoir son point d'oppui à l'os, partait du centre du nerf sciatique. Les particularités qui se rattachent à cette altération remarquable seront publiées en même temps que l'observation.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE.

Observation d'un abcès froid sous-claviculaire. Guérison.

Rayez (Catherine), âgée de trente ans, employée dans une fabrique de chapeaux de paille, née à Arras, de parens sains, bien constituée elle-même, est venue à Paris à 24 ans. Quinze mois plus tard, elle commence à éprouver des douleurs légères qui se portent d'une région à l'autre, et qu'elle attribue à des courans d'air auxquels elle était souvent exposée. Ces douleurs persistent, s'accroissent, et, dans l'hiver de 1838, se portent avec intensité sur la hanche droite, y déterminent une violente coxalgie, pendant laquelle le membre affecté éprouve un allongement d'un pouce, et dont elle n'est guérie qu'au bout d'un an. Elle reste trois mois sans souffrir, puis les mêmes causes amènent de nouvelles douleurs qui parcourent successivement le dos, la tête, l'épaule gauche, et se fixent enfin au-devant de la poitrine, immédiatement au-dessous de la partie moyenne, un peu antérieure de la clavicule gauche; elles y sont suivies de l'apparition d'une tumeur qui augmente peu à peu dans l'espace de quatre mois. A cette époque elle y ressent des battemens et des douleurs plus vives. Après une application de sangsues, les battemens et les douleurs cessent. Sept mois après le développement de la tumeur, on les couvre d'un vésicatoire. Ce moyen, employé pendant un mois, ne la faisant pas disparaître assez vite au gré de la malade, elle se décida à entrer à la Clinique le 12 septembre 1840, dans le service de M. Hyp. Larrey.

Sa tumeur, légèrement élevée au milieu, a une base arrondie, large de deux pouces et demi; la fluctuation est manifeste au centre, moins évidente sur les bords, qui sont fermes et consistans. Au-dessous d'elle les côtes sont tuméfiées et situées sur un plan antérieur à celles du côté opposé. La pression sur la tumeur ne détermine qu'une douleur légère. La peau qui la recouvre n'avait pas changé de couleur avant l'application du vésicatoire. Aujourd'hui elle est en suppuration.

Le 14, on lui donne une bouteille d'eau de Sedlitz pour provoquer des selles, qui n'ont par paru depuis cinq jours.

Le 15, on fait une ponction avec le trois-quart à la partie inférieure de la tumeur; il en sort, avec du sang, une assez grande quantité de sérosité mêlée de grumeaux

---

avantageusement dans maintes circonstances. Je m'imagine, pour mon compte, que nous en viendrons là tôt ou tard, quoique, à dire vrai, ces sortes de conventions soient presque aussi difficiles à mener à bien que tous les traités sur les affaires d'Orient.

N'ayez pas peur, au demeurant, de me voir arriver avec des fourgons. Je puis vous assurer que tous mes moyens étaient pêle-mêle avec mes hardes dans une petite malle, lorsque je me suis rendu dernièrement aux congrès scientifiques de Besançon et de Turin. J'ai démontré cependant dans cette dernière ville, plusieurs fois et à près de 400 auditeurs, tous mes moyens déligatoires, ainsi que mon réducteur mécanique, mes cathéters, etc.

Du reste, Monsieur le rédacteur, pour que tout ce long verbiage ne soit pas tout à fait inutile à la science, j'en prendrai occasion de le faire suivre de l'observation suivante, que mon interne, M. Bogive, a recueillie. Vous verrez qu'elle se rattache du moins à mon sujet.

Observation. Jean Boralay, de la Chiesaz, au dessus de Vevey, beau garçon de vingt-trois ans, eut, le 4 mars dernier, la cuisse droite cassée vers son tiers supérieur. M. le docteur C..., un des plus anciens praticiens de la contrée, en fit la réduction, et la contention eut lieu de la manière suivante. Le membre est placé dans l'extension complète; on l'enveloppe de nombreux mouchoirs sur lesquels on place trois pièces de carton et, pardessus, deux grandes attelles en bois qui s'étendent des malléoles au grand trochanter, d'un côté, et près du scrotum, de l'autre. Elles sont fortement liées par de nombreuses bandes. Cet appareil est laissé en place *pendant sept semaines (appareil inamovible!)*, après lesquelles il est enlevé et remplacé par une espèce de plaque en fer-blanc qui, partant de l'espace poplité, arrive jusqu'au haut de la cuisse. Le malade, malgré les douleurs que lui cause ce nouveau moyen vers le point où l'os était fracturé, l'a gardé encore pendant cinq autres semaines. Mais au bout de ce temps, il s'aperçoit que son membre offre un raccourcissement et une difformité considérables; il consulta M. Mayor qui l'engagea à se rendre à l'hospice où il entra le 21 juin (trois mois et dix neuf jours après l'accident). Il marche avec des béquilles, mais il ne peut pas se soutenir sur le membre malade, et ressent de vives douleurs dans l'articulation du genou, qui est presque ankylosée, grâce à sa longue et permanente immobilité. M. Mayor, après un nouvel examen, constate un raccourcissement d'un pouce et demi: il est dû moins au chevauchement des fragmens qu'à une forte courbure du fémur en dehors et à l'endroit où la fracture a eu lieu. Les inconvéniens pour ce jeune homme étaient trop évidens et trop graves; et en face d'une semblable difformité, M. Mayor n'hésite pas à rompre aussitôt le cal. Il y parvint en plaçant d'abord le malade sur le côté opposé à la fracture, et en faisant tirer fortement sur le pied et le genou, pendant qu'il appuyait de tout le poids de son corps sur le point convexe de l'os, et qu'il cherchait à le faire fléchir et céder sous des saccades réitérées. Un bruit sourd annonça bientôt la rupture du cal, et c'est à peine si le malade en ressentit quelque douleur.

Boralay fut ensuite placé sur l'appareil suspendu de M. Mayor, consistant, comme on sait, en un double plan incliné, fait en fil de fer, et sur lequel les *deux* membres abdominaux furent maintenus l'un à côté de l'autre: le bassin y était d'ailleurs fixé par un bandage de corps. Le membre malade ayant été ensuite frictionné avec un liniment fortement camphré, et enveloppé d'une couche de coton, fut recouvert d'un simple linge triangulaire, mais le pied fut fixé au montant qui termine l'appareil et assez fortement tiré en bas, pour le maintenir au niveau de l'autre. Les deux fragmens semblaient en parfait rapport, et la longueur des deux membres était égale. Cependant une légère tendance de l'os à reprendre sa position vicieuse et à se courber en dehors, comme dans la première consolidation se manifesta au bout de quelques jours. M. Mayor appliqua, sur le point saillant, ce qu'il appelle sa *compresse graduée métallique*, et qui consiste dans une petite gouttière en fil de fer et à forme pyramidale. Placée sur la convexité ci dessus, elle la fit rentrer sur-le-champ, appuyée qu'elle était par une cravate qui avait son point d'appui au bord opposé de l'appareil. Boralay resta six semaines sur ce dernier, se soulevant et se retournant lui-même dans son lit avec facilité et sans éprouver de douleurs. La seule qu'il ait ressentie, mais elle a été vive et prolongée, c'est au genou, après qu'on eut forcé violemment la flexion, afin de pouvoir adapter la cuisse et la jambe sur le double plan incliné. On enleva alors l'appareil et on s'assura encore que le membre fracturé ne présentait plus de raccourcissement, et qu'il était parfaitement droit. Une simple gouttière fut placée ensuite sur les trois quarts antérieurs de la suisse, pour la soutenir par précaution, jusqu'à parfaite consolidation. Sept semaines environ après la rupture du cal, Boralay se levait tout le jour et marchait avec des bequilles, en commençant à se soutenir sur le membre. Il est sorti le 21 juin, deux mois après son entrée. Il est parfaitement rétabli.

On voit ici qu'il a fallu *un point d'appui* pour tirer sur le pied, pendant qu'un second servait à retenir le bassin; un troisième de ces appuis a dû être cherché pour ramener et maintenir le fémur dans sa rectitude naturelle; un quatrième était formulé par une vis au plafond, et tenait suspendu le bassin et les deux membres inférieurs au moyen d'une corde verticale. Celle-ci s'accrochait à deux bouts de corde, formant comme les anses de l'appareil, et qui avaient leur appui aux bords de ce dernier. Ces trois cordes permettaient des mouvemens de facile *va et vient*, dans plus d'un sens. Le bandage de corps, les linges triangulaires, etc., prenaient aussi leur appui sur tel et tel point donné. — Mais qu'on ne s'inquiète pas trop du grand nombre de ceux-ci, et qu'on n'aille pas s'imaginer qu'il faille précisément être un Archimèdes pour les chercher, les déterminer et s'en servir; il suffit, au contraire, d'un peu de bon sens pour qu'ils se présentent tous et toujours à point nommé.

Agréez, etc. — Mathias Mayor.

Lausanne, ce 14 octobre 1840.

Dans la séance du 20 septembre, de l'Association britannique pour l'avancement des sciences, M. Clark a lu un travail qui présente une analogie complète avec les idées émises il y a peu de jours par M. Lassaigne. (Académie des Sciences et de Médecine.)

M. Clark a fait passer également un courant d'hydrogène arsenié à travers une solution de nitrate d'argent, et il a observé que l'antimoine se comportait comme l'arsenic.

— *Errata* de la Note sur le nitrate d'argent. 18 octobre, page 489, 3e colonne, ligne 44, nitrate d'argent, *lisez*: nitrate de plomb.

---

caséeux. Une recherche minutieuse faite avec le stylet ne peut faire constater aucune dénudation des os.

L'ouverture est agrandie le lendemain ; il survient de la céphalalgie, de la chaleur à la peau, de la fièvre. On prescrit la diète et une saignée.

Le troisième jour, un stylet introduit pour faire de nouvelles recherches déchire quelques brides, et aussitôt, par la pression, on fait sortir une assez grande quantité de pus moins liquide, homogène, blanchâtre. On remplace les cataplasmes par un bandage compressif. Les douleurs de tête sont dissipées, mais la fièvre reparaît ; il s'y joint de l'anorexie, de la constipation.

Le 20, on fait prendre une bouteille d'eau de Sedlitz, qui provoque des selles et des vomissemens.

Le lendemain, la fièvre disparaît ; la suppuration, encore abondante, a revêtu les caractères du pus phlegmoneux.

Le 26, la fièvre et l'anorexie reparaissent et cèdent à un laxatif. La suppuration diminue ; la saillie des côtes s'affaisse ; le foyer se rétrécit et se ferme.

La malade sort guérie le 12 actobre, ne conservant qu'un peu de tuméfaction sous-cutanée à la place de la tumeur.

Ce fait, simple en apparence, mérite d'être rapporté à cause de la difficulté du diagnostic. En effet, les douleurs qui ont précédé et même accompagné la tumeur ; celles que plus tard y déterminaient la pression, la saillie des côtes en cet endroit, pouvaient faire croire à une altération du tissu osseux. M. Larrey, se fondant sur la consistance des bords, sur la cause évidemment rhumatismale, et sur ce que le vice rhumatismal ne porte pas ordinairement ses ravages sur les os, a considéré la tumeur comme un abcès froid. Cependant l'ouverture est faite avec ménagement, et après l'application d'un vésicatoire, qui prévient assez bien et diminue toujours les accidens consécutifs à l'ouverture des foyers purulens. Quand avec le stylet on ne découvre aucune dénudation des os, une issue plus large est donnée à la suppuration ; les changemens que celle-ci éprouve, et bientôt la guérison, confirment pleinement le diagnostic.

Si l'on s'en était laissé imposer par les douleurs qui ont précédé, et qu'on eût différé l'ouverture de l'abcès, la tumeur aurait fait des progrès, et avant que l'ulcération de la peau ne fût arrivée, le pus aurait peut-être eu le temps d'altérer les côtes par son contact, qui n'est pas aussi inoffensif qu'on l'a dit. E. G.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 3 septembre 1840,

M. Belhomme communique à la Société un travail intitulé : *Première série d'expériences faites sur les animaux pour se rendre compte des diverses fonctions du système nerveux.* Le but de ce mémoire est de combattre le scepticisme de plusieurs auteurs modernes, qui ne croient pas à la valeur des vivisections, afin de déterminer certains phénomènes physiologiques et pathologiques ; aussi M. Belhomme a-t-il apprécié, dans ses expériences sur les animaux, non-seulement les résultats primitifs, mais encore les phénomènes dûs à l'hémorrhagie et à l'inflammation qui dépendent des lésions organiques. Chaque observation est suivie de l'autopsie faite sur le vivant ou après la mort des animaux. Voici ses conclusions :

1° Le cerveau est l'organe de l'intelligence ; sa lésion amène constamment un trouble dans l'expression intellectuelle.

2° Une lésion superficielle un peu étendue produit un trouble dans les volitions de l'animal ; une lésion profonde, des convulsions et la paralysie du côté opposé à la lésion ; quelquefois des convulsions du même côté.

3° L'ablation d'un hémisphère produit un désordre dans les mouvemens du côté opposé et même la paralysie : la vue est compromise du côté opposé à l'enlèvement, surtout si l'on a détruit le tubercule du même côté.

4° L'ablation des deux hémisphères donne lieu à la paralysie des membres, et à la perte complète de la vue, si les tubercules quadrijumeaux sont détruits.

5° Les blessures du cerveau troublent la volonté de l'animal, produisent la disposition au sommeil et même la torpeur, l'idiotisme.

6° Les blessures du cerveau peuvent se cicatriser assez promptement, et les animaux reprennent, jusqu'à un certain point, leur allure et leur état habituel de santé.

Poursuivant ses expériences sur le cervelet, M. Belhomme arrive aux conséquences suivantes :

1° Le cervelet préside à la régularité des mouvemens voulus par l'animal ; c'est lui qui règle les mouvemens de l'équilibre de la station, de la marche et des diverses évolutions du corps.

2° Sa lésion amène à l'instant un trouble dans la coordination des mouvemens ; l'animal ne peut marcher sans trébucher, et souvent sans tomber en arrière ; et chez les animaux mammifères, sans présenter un défaut d'harmonie des mouvemens et une sorte de paralysie du train de derrière.

3° L'intelligence de l'animal n'est point compromise : l'animal voit, évite autant qu'il peut les obstacles et la main qui veut le saisir.

Les parties centrales du cerveau et les bulbes rachidiens ont aussi été expérimentées par M. Belhomme, qui a obtenu constamment des phénomènes de sensibilité et de contractilité exagérées, et même la cessation de la vie, si on attaquait l'origine des nerfs respirateurs. Les tubercules quadrijumeaux sont sensibles ; leur lésion entraîne la perte de la vue chez l'animal, et le plus souvent un tournoiement en rond, tandis que la lésion de l'un des pédoncules cérébelleux donne lieu au tournoiement en broche (le tournis).

M. Belhomme croit à l'influence du cervelet sur les organes génitaux, mais il attend des expériences nouvelles pour exprimer toute sa pensée à cet égard.

En résumé, le travail de M. Belhomme vient confirmer les opinions de plusieurs physiologistes modernes, et présente l'intérêt que développe l'observation journalière des animaux sur lesquels il expérimentait.

M. Rousseau communique une observation faite en 1810 ou 1811 par M. Larrey, sur deux tambours de la garde impériale qui avaient reçu un coup de sabre sur la bosse occipitale, l'un sur le côté droit, et l'autre sur le côté gauche. Chacun de ces blessés a éprouvé une atrophie du testicule du côté opposé à la lésion du cervelet.

M. Guillon appelé en consultation auprès d'une dame qui présentait une tumeur énorme dans la fosse iliaque gauche, avec symptômes typhoïdes, et pensant qu'il pouvait exister une accumulation de matières fécales, conseilla l'emploi de l'huile de ricin, qui expulsa deux pots de fèces. Il avait vu précédemment un cas semblable chez un élève en médecine. Notre confrère ajoute que la diarrhée peut exister malgré cette accumulation de matières fécales.

M. Rouvin a vu un cas semblable dans lequel l'huile de ricin ne fit effet qu'au bout de quatre jours ; mais alors le malade rendit une quantité énorme de fèces.

A cette occasion, M. Serrurier rappelle qu'il a connu une dame qui n'allait à la garderobe que toutes les six semaines.

Pour extrait conforme : Le secrétaire annuel, Duhamel.

INSTRUCTION PUBLIQUE. — ÉCOLES SECONDAIRES DE MÉDECINE.

L'ordonnance suivante, portant réorganisation des Ecoles secondaires de médecine, vient d'être rendue sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique :

Art. 1er. Les Ecoles actuellement établies sous le titre d'Ecoles secondaires de médecine, et qui seront réorganisées conformément aux dispositions prescrites par la présente ordonnance, prendront le titre d'Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 2. Les objets d'enseignement dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont :

1° Chimie et pharmacie ;
2° Histoire naturelle et matière médicale ;
3° Anatomie et physiologie ;
4° Clinique interne et pathologie interne ;
5° Clinique externe et pathologie externe ;
6° Accouchemens, maladies des femmes et des enfans.

Art. 3. Il y aura dans chaque Ecole six professeurs titulaires et deux professeurs-adjoints.

Art. 4. Les professeurs titulaires et adjoints seront nommés par notre ministre de l'instruction publique, sur une double liste de candidats, présentée l'une par l'Ecole où la place est vacante, l'autre par la Faculté de médecine, dans la circonscription de laquelle ladite Ecole se trouve placée.

Les candidats pour les places de professeurs titulaires ou adjoints doivent être docteurs en médecine ou pharmaciens reçus dans une Ecole de pharmacie, et âgés de trente ans.

Les professeurs de chimie et d'histoire naturelle auront à justifier, en outre, du baccalauréat ès-sciences physiques.

Art. 5. Il sera attaché à chaque Ecole un chef des travaux anatomiques, un prosecteur et un préparateur de chimie et d'histoire naturelle.

Art. 6. Les professeurs recevront un traitement annuel, dont le minimum est fixé à 1500 fr. pour les titulaires, à 1000 fr. pour les adjoints.

Le chef des travaux anatomiques aura un traitement de 500 f.; le prosecteur et le préparateur, un traitement de 250 fr. chacun.

Art. 7. Les professeurs titulaires et adjoints subiront sur leur traitement la retenue du vingtième au profit de la caisse des retraites, auxquelles ils auront droit désormais comme tous les autres fonctionnaires de l'Université, et aux mêmes conditions.

Art. 8. Chaque Ecole aura un ou plusieurs amphithéâtres et sera fournie de collections relatives à l'objet des divers cours.

Art. 9. L'administration des hospices de chaque ville où une Ecole préparatoire sera établie, fournira pour le service de la clinique médicale et chirurgicale de ladite Ecole une salle de cinquante lits au moins.

Art. 10. Les Ecoles préparatoires de médecine et pharmacie sont des établissemens communaux. Les villes où elles sont ouvertes pourvoiront à toutes les dépenses, soit du personnel, soit du matériel.

Les hospices et les conseils généraux des départemens pourront continuer à voter des subventions pour l'entretien des Ecoles préparatoires. Ces subventions viendront en déduction des sommes qui doivent être allouées par les villes.

Le budget annuel de chaque Ecole sera arrêté en conseil royal de l'instruction publique.

Art. 11. Une commission vérifiera chaque année les comptes présentés par le directeur. Cette commission sera composée du maire de la ville, président ; d'un membre désigné par le conseil municipal ; d'un membre désigné par le conseil général ; de deux membres désignés par la commission des hospices.

Art. 12. Les droits d'inscriptions trimestrielles qui doivent être acquittés par chaque élève sont fixés à 35 francs.

Art. 13. Le produit des inscriptions prises dans chaque Ecole sera versé dans la caisse soit de la ville, soit du département, soit des hospices, jusqu'à concurrence des sommes allouées par les conseils municipaux, départementaux ou des hospices, pour l'entretien de l'établissement.

Art. 14. A dater de la présente année scolaire, les élèves des Ecoles préparatoires, dont l'organisation sera conforme aux règles prescrites par cette ordonnance, pourront faire compter les huit inscriptions prises pendant deux années pour toute leur valeur dans une des Facultés de médecine.

Art. 15. Les élèves en pharmacie seront admis à faire compter deux ans d'études dans une note préparatoire pour deux ans de stage dans une officine.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 22 OCTOBRE 1840. (15e ANNÉE.) N° 125, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAUX DE LONDRES.

Fracture de l'apophyse coracoïde et luxation incomplète de l'humérus en avant; par M. South, chirurgien à l'hôpital Saint-Thomas.

Robert Withe, âgé de cinquante-huit ans, peintre, de constitution peu robuste, fait une chute de trente pieds de haut, et est de suite transporté à l'hôpital. A l'examen, on lui trouve le pouls petit, les extrémités froides. On le restaure avec un peu de vin et l'on revient à l'examen. Fracture à l'os frontal avec dépression, paupières gauches gonflées et ecchymosées, écoulement de sang par l'oreille gauche; pas de symptômes de commotion. Plaie au coude gauche, pénétrante dans l'articulation. Le bras du même côté est pendant le long du flanc; l'épaule ne semble pas blessée au premier abord, mais en faisant remuer l'humérus on y sent une crépitation obscure; en regardant attentivement le moignon, on aperçoit une sorte d'enfoncement derrière et sous l'acromion, ce qui fait naître le soupçon d'une luxation de l'humérus ou d'une fracture du col de l'omoplate: l'épaule pourtant conservait sa rondeur naturelle. En empoignant le moignon dans la paume de la main, de manière à embrasser le col scapulaire entre le pouce et l'indicateur, et en imprimant au bras des mouvemens légers, on a senti le col de l'humérus glisser en arrière, et la dépression sus-indiquée a disparu. Un instant, un mouvement imprimé au coude a fait échapper au dehors la tête de l'humérus, et la dépression s'est reproduite. Dans cet état, le devant de l'épaule est plus saillant et plus arrondi que dans l'état normal. Ces symptômes ont fait diagnostiquer une luxation de l'humérus en avant (sous-claviculaire), mais moins prononcée que la luxation qui a lieu sous le muscle pectoral, car la tête de l'os paraissait plutôt placée sous le bord interne du muscle deltoïde. On panse la plaie du coude, on replace la tête humérale dans la cavité glénoïde, et on la retient en place [illegible] douloureux à l'épaule, [illegible], mort.

Autopsie. On dissèque les tégumens de l'épaule; sang épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané. On est étonné de voir la clavicule fracturée dans son tiers externe: les fragmens sont légèrement déplacés. On désarticule la clavicule du sternum, et avec elle l'omoplate, le bras et tous les muscles de l'épaule, afin d'examiner la partie minutieusement. L'acromion offre deux fractures à un pouce de son sommet, lieu ordinaire des fractures de cette apophyse, mais les fragmens n'étaient pas séparés, vu que le périoste était resté intact. Le petit fragment adhérait à la portion courte du muscle biceps, et se déplaçait de haut en bas par l'action de ce muscle. Le muscle coraco-brachial était lacéré dans l'étendue d'un pouce; le gros fragment adhérait au tendon de ce dernier muscle et à celui du petit pectoral. Le ligament triangulaire était déchiré. Au-devant de la capsule articulaire était une fente de la longueur d'un pouce, à travers laquelle on voyait le cartilage de la tête de l'humérus. On dissèque le reste du deltoïde, et l'on découvre toute la tête de l'humérus, qui est à sa place naturelle. On remet alors les parties de l'épaule à leur place naturelle, et l'on reproduit la luxation comme chez le vivant en mouvant l'humérus en différens sens. La rondeur anormale de l'épaule était produite par la tête de l'humérus, qui sortait en avant sous le bord antérieur de la cavité glénoïde, et s'y fixait. L'enfoncement qu'on voyait derrière cette saillie, à la partie inférieure de l'acromion, était produit par la dépression des tendons des muscles sous-épineux et petit-rond dans la cavité glénoïde, et par la position anormale de la tête de l'humérus, laquelle ne sortait pas complètement de la capsule, mais se laissait voir à travers sa déchirure. Aucune autre altération n'existait dans les tendons péri-articulaires, si l'on en excepte un légère dans le tendon du muscle sus-épineux. (*Med. chir. Trans.*, vol. XXIV.)

— La question des luxations incomplètes de l'humérus est loin d'être résolue. Les faits qu'on possède sur ce sujet laissent pour la plupart beaucoup à désirer. Dans celui qui précède, deux circonstances sont surtout remarquables, la fracture de l'acromion et la déchirure partielle de la capsule.

Gangrène sèche chez un enfant de trois ans et sept mois. Par M. Solly, professeur d'anatomie à l'hôpital Saint-Thomas.

Un enfant, fils d'un batelier dans l'aisance et de bonne santé, et d'une femme habituellement bien portante, le troisième de quatre enfans dont l'aîné est âgé de sept ans et bien portant, le second est mort à l'âge de deux mois, le quatrième est également mort, se nourrissait, comme ses parens, de pain et de pommes de terre, et de viande deux ou trois fois par semaine. Il était faible dès sa naissance, sans pourtant être malade; il commença à se développer à l'âge de deux ans environ.

Lorsque M. Solly l'a vu pour la première fois, l'enfant dormait sur une chaise devant le feu; son visage était calme, ses joues bien pleines, quoique pâles. Cette mine était loin de faire soupçonner la maladie dont l'enfant était atteint, et que la mère a mise en évidence en lui relevant les petites jupes. Les membres inférieurs étaient enveloppés de linges. Aussitôt que l'enfant a été réveillé, ses joues devinrent rouges, offrant un point livide qu'on attribuait à une cicatrice ayant succédé à une eschare gangreneuse, et qui paraissait être le prodrome d'une nouvelle tache gangreneuse.

L'avant-bras droit manquait complètement, il était tombé sphacélé; une cicatrice s'était formée sur le moignon au coude, mais une portion du cubitus y adhérait encore.

L'avant bras gauche était en totalité frappé de gangrène sèche; une ligne de démarcation existait sur le bras, séparant les parties mortes des vivantes. Le pied gauche était complètement détaché, précisément dans son articulation avec les os de la jambe, lesquels étaient dénudés et saillans; les parties molles environnantes étaient en partie saines, en partie mortifiées. Le même travail mortificateur avait emporté les phalanges des second et troisième orteils du pied gauche, et dont les plaies s'étaient couvertes de cicatrices. Des taches gangréneuses existaient au mollet et au genou de ce côté. Une planche avec deux figures annexées à cette description, donnent une idée exacte de la maladie.

Le pouls en carotides battait 140, mais était faible et pouvait se suspendre aisément. Les battemens du cœur sont faibles, mais n'offrent rien d'anormal. La mère a rapporté que, dans le silence de la nuit, elle entendait les battemens du cœur de son enfant comme ceux d'une montre. L'intelligence est saine; l'enfant était très calme et ne se plaignait d'autre chose que de froid, si on ne l'approchait pas suffisamment du feu.

La maladie avoit commencé au mois d'août 1838; cet examen de M. Solly a été fait en janvier 1839. Elle s'était déclarée par la coloration pourpre obscur des deux pieds. L'application de flanelles chaudes avait produit du soulagement. Les premières eschares s'étaient déclarées au commencement de septembre, d'abord au calcanéum du côté droit. Ces eschares se détachèrent, les ulcères se cicatrisérent en un mois. D'autres eschares se montrèrent sur la jambe gauche, dont les ulcères ne se sont pas fermées; la mortification gagna le pied, et celui-ci finit par se détacher. Vers le milieu de novembre, la maladie se déclara au extrémités supérieures, d'abord au bas gauche, précis ment à la superficie dorsale de la portion inférieure [illegible] l'avant-bras. Deux semaines plus tard, le mal apparut a[illegible] bras droit, au dessous du coude; le cubitus se sépara le 18 janvier, puis le radius.

Le médecin qui soigna le premier la petite fille n'avait prescrit que des fomentations chaudes, une nourriture substantielle, du vin, de la bierre, du quinquina, etc. Le mal avait toujours continué à faire des progrès.

Après la séparation successive des eschares, les moignons se sont cicatrisés, la santé de l'enfant s'est amélio-

FEUILLETON.

PREMIÈRE ÉPITRE TOXICOLOGIQUE (IIe série).

DU TRAITEMENT DE L'INTOXICATION ARSENICALE.

A Monsieur Giacomini, *professeur de médecine à Padoue.*

Mon cher confrère,

La nouvelle toxicologique que vous apporte la *Gazette des Hôpitaux* d'aujourd'hui vous fera grand plaisir, j'en suis sûr, et c'est avec une vive satisfaction que je vous en écris. M. Orfila était fort mal à son aise, scientifiquement parlant; la rude défaite que je lui avais fait essuyer l'année dernière à l'Académie lui était insupportable, bien que depuis lors sa mauvaise humeur se soit assez souvent remuée, soit à la préfecture de police, soit devant les Cours d'assises de Dijon et de Périgueux, soit à Tulle, soit ailleurs.

M. Orfila a donc rassemblé toutes ses forces, et d'un seul bond est redescendu dans l'arène académique d'une manière presque inattendue; à l'entendre tonner de la tribune on se croyait sous les murs de Beyrouth; la plupart des bombes m'ont été adressées personnellement; vous, mon cher confrère, vous avez eu cependant aussi votre part; nous sommes tous des ignorans, des hommes sans logique aux yeux de ce prince de la science. La commission, qui m'a fait un rapport favorable, aurait été illusionnée par mes expériences, le public et l'Académie trompés, et j'aurais mystifié cette assemblée en faisant nommer une seconde commission sans en rien faire depuis.

Avant d'entrer en matière sur la valeur des faits présentés par M. Orfila je dois m'expliquer sur ce dernier point. Il est impossible d'être plus malhonnête homme que M. Orfila dans ce reproche. On sait que la commission s'est constituée avec moi, qu'elle a tracé son plan de travail et fixé le jour pour commencer les expériences. M. Orfila, s'abandonnant à son ressentiment personnel, et abusant d'une manière étrange des avantages matériels de sa position, nous a coupé les moyens d'agir en nous refusant le seul local dans lequel nous pouvions expérimenter, à l'Ecole pratique. La lettre suivante, de M. Burdin, président de la commission, justifie suffisamment et ma bonne-foi, et l'inaction forcée de la commission.

Lettre de M. Burdin à M. Rognetta.

Monsieur et honoré confrère,

Je vous prie de m'excuser si je ne vous ai pas répondu plus tôt; mais depuis que vous m'avez adressé votre lettre, j'ai été absent et malade. Je vous ai témoigné le regret que j'avais éprouvé en recevant la réponse de M. Orfila, qui me prouvait *qu'il écoutait plus son ressentiment contre vous que l'amour de la science.* Si j'avais un local propre aux expériences que vous devez répéter, je m'empresserais de le mettre à votre disposition; mais cela se trouve difficilement à Paris, et m'explique suffisamment votre retard. Je vous préviens, néanmoins, que lorsque vous serez en mesure, je vous remettrai les vingt paquets d'arsenic que vous m'avez demandés, préparés depuis le jour de notre réunion par M. Caventou.

Votre tout dévoué confrère, Burdin.

3 décembre 1839.

Nos confrères verront, d'après cela, s'il y a loyauté de la part d'un homme qui se dit animé de l'intérêt de la science et de la société, et qui défend à son adversaire de faire des expériences contraires aux siennes; lui en faisant de son côté, par une sorte de monopole inusité dans les sciences.

Si j'ai bien compris M. Orfila, il s'est proposé de démontrer trois choses:

1° Que la meilleure manière de traiter l'empoisonnement par l'arsenic consiste dans l'usage de la saignée et des boissons aqueuses et nitrées, qu'il appelle diurétiques, et cela dans le but de faire sortir le poison par une double voie, par la veine et par les urines.

3° Que les remèdes excitans sont nuisibles.

3° Enfin, que les chiens traités par moi à l'aide de ces derniers moyens ne sont guéris que par le vomissement.

A ces trois chefs, M. Orfila a groupé plusieurs idées, plusieurs applications à sa façon, que nous devons examiner. Des propositions amphibologiques ont été en même temps glissées par l'auteur afin de lui servir probablement de passeport au besoin; car vous savez bien que dans les mémoires de M. Orfila il y a de tout.

Permettez-moi de vous faire part d'abord que je suis enchanté de la nouvelle attaque de M. Orfila. La question étant nettement posée, il ne m'échappera pas, j'espère, cette fois; il ne viendra pas déclarer, comme la première fois, qu'il n'est pas intéressé dans la question, et qu'il n'a pas conseillé la saignée. Ainsi donc, il est bien positif que, selon M. Orfila, la saignée, le nitre et les boissons aqueuses sont les remèdes qui conviennent contre l'empoisonnement par l'arsenic; les excitans sont nuisibles et hâtent la mort!!! Riez, riez, mon cher confrère, et tressaillez de joie; M. Orfila est entré tête baissée dans le filet de l'erreur, j'espère le tenir solidement.

Que signifient les premières expériences que M. Orfila a faites pour démontrer que la ligature de l'œsophage pendant un certain temps n'entraîne pas la mort? M. Orfila veut donc nous apprendre ce qui est connu depuis fort long temps? Il s'imagine donc que sur un animal empoisonné cette opération ne joue aucun rôle important, ne dénature pas les fonctions des organes digestifs, ne réagit pas sur la constitution, ne complique pas fâcheusement et diversement l'affection toxique, de manière à empêcher de bien saisir les résultats de l'expérience? M. Orfila ignore-t-il donc que chez les animaux on arrache les testicules, on crève les yeux, on étrangle une anse d'intestin, on lie plusieurs troncs artériels, etc., sans produire la mort? S'ensuit-il que l'une ou l'autre de ces opérations, dont les résultats peuvent beaucoup varier selon une foule de circonstances, ne complique en rien les effets toxiques de la substance qu'on veut expérimenter?

Qu'un chimiste raisonne, en pareille matière, selon les idées qu'il a puisées dans ses alambics, ses cornues et ses manches d'Hippocrate, cela se conçoit; mais que des médecins éclairés s'en laissent imposer, la chose ne paraît pas présumable. Je ne répondrai pas aux ridicules propos que M. Orfila m'a fait tenir au sujet de mon refus pour cette opération dans les expériences que j'ai faites; je n'ai pas dit qu'on ne pouvait pas lier l'œsophage sans léser les nerfs adjacens, je me crois un peu plus avancé en anatomie que le chimiste doyen; mon refus porte sur des raisons physiologiques que M. Orfila ne comprend point, et je persiste à soutenir qu'une pareille méthode ne conduit qu'à la déception, à l'incertitude, à l'erreur dans une question toute thérapeutique. Il y a une manière de résoudre la question des déperditions causées par le vomissement; cette manière je la ferai voir à la commission devant laquelle je vais bientôt expérimenter. Je ne réponds pas non plus aux paroles grossières et calomnieuses que M. Orfila m'a adressées, relativement à l'exécution de mes expériences; ces paroles s'appliquent plutôt à la commission elle-même qui a suivi et jugé mes travaux: si j'ai eu assez d'habileté pour en imposer aux cinq délégués de l'Académie, surtout à M. Ollivier, dont on connaît le dévouement pour M. Orfila, il faut présumer que je n'ai pas toute la maladresse que M. le doyen se plaît à m'attribuer. Je vais offrir mardi prochain à M. Orfila, d'opérer en sa présence et en présence des deux commissions, à la condition que lui opère aussi de son côté sous mes yeux, et

rée de jour en jour, et elle a fini par guérir tout en conservant quatre moignons difformes. (*Ibid.*)

— La question la plus importante et à la fois la plus obscure que soulève cette observation est relative à la cause de cette rare affection. Incontestablement c'est dans le système artériel qu'il faut la chercher ; mais quelle est-elle ? c'est ce qu'il est impossible de dire d'après l'inspection sur le vivant. Ne pourrait-on pas rapporter à une affection de même espèce les amputations opérées spontanément sur quelques fœtus durant la vie intrà-utérine ?

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies ; par M. MALGAIGNE.

(Dix-septième leçon.)

DE LA HERNIE OMBILICALE.

On donne le nom de hernie ombilicale à celle qui traverse l'anneau du même nom. Cette définition est si connue qu'il semble fort inutile de la rappeler ; mais si, dans tous les cas sur le cadavre, dans certains cas sur le vivant, le diagnostic est à l'abri de toute incertitude, il est des circonstances nombreuses où l'erreur est presque inévitable, et où le chirurgien appelle du nom de hernies ombilicales des hernies qui laissent l'ombilic parfaitement intact.

La première question que j'aborderai ici est celle de la fréquence de ces hernies. Sir A. Cooper les regarde comme les plus communes de toutes après les hernies inguinales ; et cela est tellement en désaccord avec les faits connus, qu'il faut bien s'arrêter à rechercher le fondement d'une assertion aussi hasardée. En effet, si vous interrogez les statistiques connues, vous trouverez dans celle de Monnikoff, par exemple,

Pour les hommes,	45 hern. crural.,	18 ombilic.
Pour les femmes,	121	52

Mathey avait trouvé de son côté :

Hommes,	5 hern. crural.,	10 ombilic.
Femmes,	43	29

La Société des bandages de Londres avait eu des résultats encore plus contraires à l'opinion de sir A. Cooper, bien qu'agissant dans le même pays et dans la même ville ; on trouve en effet dans ses tableaux :

Hommes,	121 hern. crur.,	92 ombilic.
Femmes,	649	387

Enfin, en France, nous avons d'abord les chiffres de M. Jules Cloquet, d'autant plus irréfragables en apparence qu'ils s'appuient sur des autopsies, et qui donnent :

Hommes,	55 hern. crur.,	3 ombilic.
Femmes,	79	21

Et ceux de M. Nivet, portant sur des femmes âgées, et qui laissent en regard :

40 inguinales.
67 crurales.
30 ombilicales.

Qui ne croirait, avec ces résultats unanimes, la question définitivement jugée ? Et cependant, Messieurs, il me reste quelques doutes. D'abord, pour les trois statistiques de Monnikoff, de Mathey et de la Société de Londres, je ne peux accepter comme exacts les chiffres des hernies crurales par les raisons qui ont été déduites dans notre avant-dernière séance. Les chiffres de M. J. Cloquet, tout-puissans en eux-mêmes, ne sont pas exactement applicables à la question, attendu qu'il n'a opéré que sur des vieillards, et que les jeunes sujets apportent un notable contingent d'exomphales congéniales. J'en dirai tout autant de ceux de M. Nivet qui, de plus, n'ayant examiné ces hernies que sur le vivant, est resté fort exposé à des erreurs de diagnostic.

Pour ce qui me concerne, dans mes tableaux d'octobre et novembre 1835, j'avais trouvé des proportions qui s'accordaient davantage avec celles de sir A. Cooper. Ainsi j'avais pour les hommes, 14 crurales, 8 ombilicales.

Pour les femmes,	8	16
Totaux,	22	24

Ajoutez 10 hernies de la ligne blanche, également réparties entre les deux sexes, et vous verrez que la paroi antérieure de l'abdomen avait livré passage à bien plus de hernies que les anneaux cruraux. Je dirai enfin, que, dans ma pratique particulière, j'ai été consulté beaucoup plus souvent pour des hernies ombilicales que pour des crurales.

Mais voici le revers de la médaille : Soit que j'aie eu affaire en 1835 à une série tout-à-fait spéciale, soit qu'il y ait eu quelques erreurs de commises dans le diagnostic des hernies crurales, je n'ai plus retrouvé depuis cette supériorité des exomphales, et les hernies crurales ont toujours été plus fréquentes (1). Ainsi, malgré ma première série contraire, et l'on peut présumer que sir A. Cooper en aurait rencontré une de ce genre ; malgré le très petit nombre de hernies crurales trouvées dans ma pratique particulière, je suis donc entraîné pour le présent à regarder les exomphales comme moins fréquentes que ces dernières hernies, sauf toutes recherches ultérieures.

Vous me trouverez moins décidé dans cette question que dans plusieurs autres, et, par exemple, dans celle de la fréquence relative des hernies inguinales et crurales chez la femme. C'est qu'en effet, dans ce dernier cas, je n'ai jamais vu mes résultats varier que du plus au moins ; tandis que pour l'autre, j'ai trouvé une série tout-à-fait contraire aux suivantes, et c'est assez, ce me semble, pour justifier une certaine réserve. Il faudrait avoir, pour juger la question en dernier ressort, une plus grande masse de faits bien observés, et le temps seul peut en fournir suffisamment. J'avais bien eu l'idée de compulser les registres du Bureau-Central, qui contiennent à présent les noms de plus de *quatre-vingt mille* individus auxquels on a distribué des bandages, mais les registres ne portent que la mention des bandages doubles, simples ou pour exomphales ; la distinction des hernies inguinales ou crurales n'y est donc pas observée. Il restait les immenses liasses des feuilles propres à chaque individu, où le bandagiste est tenu de noter la nature de la hernie, et j'en ai dépouillé deux années, l'une où M. Blin exerçait seul, l'autre où le service était partagé entre lui et M. Lafond. Mais, outre l'incertitude qui s'attachait pour quelques cas au moins à leur diagnostic, je me suis convaincu que fréquemment ils se sont bornés à noter des hernies simples ou doubles, en sorte que les hernies accusées par leur nom y sont excessivement rares, et qu'il n'y a aucune foi à y ajouter.

Mais pour l'histoire des hernies ombilicales, ces feuilles contiennent des renseignemens bien curieux ; qui ne sont pas dus, comme bien vous pensez, aux bandagistes, mais uniquement à l'administration : c'est l'âge et le sexe de chaque individu à l'instant où il se présente pour avoir un bandage, de telle sorte que pour les exomphales, toujours séparés des autres hernies à cause de la forme et du prix différent des bandages, nous avons une répartition toute faite pour les sexes et entre les divers âges de la vie. Il y aura cependant encore quelque confusion, mais de peu d'importance : nos bandagistes confondent assez souvent les hernies de la ligne blanche avec les exomphales, en sorte que le calcul porte à la fois sur les unes et sur les autres (1). J'ajouterai que j'ai scrupuleusement comparé les feuilles pour éviter au moins la confusion des doubles emplois.

Or, dans l'année 1836, sur 2767 hernieux des deux sexes, il s'en est présenté 194 pour des hernies de l'ombilic ou de la ligne blanche. Il y avait 86 hommes et 108 femmes, en sorte que voici enfin une hernie plus commune chez les femmes que chez les hommes. Tous les observateurs sont d'ailleurs, à cet égard, d'une unanimité qui ne laisse pas grande nouveauté à cette conclusion. Mais en voici une autre qui est moins vulgaire ; c'est qu'il n'en est pas ainsi à tous les âges, et que dans les premiers temps de la vie c'est l'inverse qui a lieu. Fixez votre attention sur ce tableau.

Tableau des sujets observés au Bureau central en 1836, portant des hernies de l'ombilic ou de la ligne blanche.

	Hommes,	Femmes.
De la naissance à 6 ans,	22	3
De 6 à 13 ans,	3	5
De 13 à 20 ans,	1	4
De 20 à 30 ans,	5	4
De 30 à 40 ans,	7	21
De 40 à 50 ans,	19	24
De 50 à 60 ans,	13	24
De 60 à 70 ans,	12	12
De 70 à 80 ans,	4	11

Ainsi, si l'on osait s'en fier à des chiffres aussi faibles pour ce qui regarde chaque époque, les nouveau-nés du sexe masculin seraient énormément plus sujets aux exomphales que ceux du sexe féminin ; puis la proportion irait en s'affaiblissant jusque vers l'âge de 30 ans ; et en résultat pour toute cette grande période de la vie, de la naissance à 30 ans, vous auriez 31 exomphales chez les hommes, et seize seulement chez les femmes ; le double pour le sexe masculin.

(1) Dans le dernier cours professé par M. Malgaigne, au Bureau central, en mai et juin 1840, il a relevé exactement toutes les hernies observées chez les femmes durant ces deux mois ; il y avait 25 crurales et seulement 7 ombilicales et 5 de la ligne blanche. Il a compris à ce résultat celui qu'il avait obtenu sur environ 110 hernies examinées à Bicêtre : 14 crurales, 4 exomphales ; et sur 119 hernies de la Salpêtrière, 40 crurales, 33 exomphales, 2 hernies de la ligne blanche.

(1) D'après le nouveau cahier des charges, la nature des hernies doit être notée de la main même du chirurgien du Bureau central ; ce qui nous promet dans l'avenir une source féconde de renseignemens statistiques, si toutefois le règlement est exécuté.

---

qu'il me permette d'apprécier en public la valeur de ses expériences et des miennes. Je suis sûr d'avance qu'il n'acceptera point : cet homme esquive soigneusement les épreuves franches et décisives, et ne se fait fort que derrière sa coterie et ses manéges académiques.

M. Orfila a donné quelques grains d'arsenic en poudre à des chiens, il les a fait vomir avec de l'eau ; et de leur guérison il conclut que les chiens que j'ai traités ne guérissaient que parce qu'ils vomissaient. Etonnante logique ! Il est clair que le peu d'arsenic ingéré en poudre étant vomi, ce qui reste ne suffit pas généralement pour produire la mort ; mais ce n'est pas ainsi qu'on peut démentir mes résultats. Si l'on veut lire de bonne foi les procès-verbaux authentiques que je conserve et que je mets à la disposition de toutes les personnes qui voudraient les consulter, on verra que j'ai administré l'arsenic en solution, à doses constamment mortelles (12 à 18 grains), et que les résultats se sont présentés dans l'ordre suivant : 1° les chiens saignés crevaient les premiers ; 2° les chiens non traités mouraient quelque temps après ; 3° les chiens tonifiés guérissaient, à quelques exceptions près. Tous les chiens cependant se trouvaient dans les mêmes conditions, tous vomissaient indistinctement. La vérité est toute entière dans la loi qui résulte de ces faits simples et naturels, et il ne faut rien moins que la logique bizarre de M. le doyen pour en tirer une autre conclusion.

Des animaux traités par M. Orfila à l'aide de mon bouillon alcoolisé, sont morts ivres. De là il conclut que cette médication est nuisible ; mais il n'est personne qui ne comprenne la maladresse, le peu de discernement une pareille conduite. J'ai signalé le premier, d'après l'expérience, que si on donnait trop d'alcool les chiens tombaient foudroyés d'apoplexie ; car ces animaux sont très sensibles aux spiritueux. J'ai indiqué en même temps les signes qui indiquaient quand il fallait suspendre ou diminuer l'usage de l'alcool. Or, M. Orfila a non-seulement appliqué aux chiens dont l'œsophage était lié, des doses que j'avais prescrites pour les chiens dont l'œsophage était libre, et qui pouvaient, par conséquent, vomir, mais encore il en a injecté jusqu'à douze fois dans les vingt-quatre heures. Assurément on ne pouvait mieux s'y prendre pour mal faire. Un homme cependant qui ne ferait pas d'une question scientifique une affaire d'amour-propre, se conduirait autrement ; il ne dénaturerait pas les choses, et au lieu de se jeter dans un système captieux, il m'aurait invité à me trouver, en présence de témoins, pour constater les choses, ainsi que je me plais à le faire de mon côté en combattant ses idées.

Vous ne vous attendiez pas, mon cher confrère, j'en suis sûr, à voir le doyen de l'Ecole de Paris ouvrir des robinets sur notre pauvre machine pour faire échapper le poison. Naguères c'était le robinet de la veine du bras, aujourd'hui c'est le robinet des reins qu'il conseille d'ouvrir pour guérir les empoisonnés. Le nitre, ce puissant remède hyposthénisant, est aux yeux du Doyen le coadjuteur par excellence de la saignée et des boissons aqueuses pour guérir l'intoxication arsenicale ! Trois agens hyposthénisans pour combattre un poison également hyposthénisant !!! Haussez les épaules, je vous en prie, au lieu de rire ! La chose est trop sérieuse pour croire que M. Orfila ait voulu s'amuser. Il a traité des chiens de cette manière : la plupart sont morts ; quelques-uns ont résisté à la quadruple action hyposthénisante par une raison évidente : c'est que les doses du poison n'étaient pas mortelles. Toutes les fois, en effet, qu'il a employé l'arsenic en solution, par conséquent sous forme très absorbable, ses chiens ont succombé, ainsi que cela devait être. Aussi M. Orfila a-t-il déclaré que la solution arsenicale produit des effets toujours mortels, sans réfléchir que mes expériences lui donnent le démenti le plus formel, puisque je les ai guéris dans la proportion de huit sur dix.

Telle est cependant la logique de cet homme qu'il voit et trouve partout ce que suggère son imagination et ce qui convient à son amour-propre ; son habileté de représentation est prodigieuse : il fait valoir tous les avantages de sa position pour donner à l'erreur une apparence de vérité ; il invite des personnes qui lui conviennent, leur fait voir tel ou tel chien, dans tel ou tel état, qu'on examine un instant comme dans une visite de complaisance, au lieu de les suivre des journées entières ; puis il va faire entonner aux journaux politiques que ses expériences ont été suivies par messieurs tels et tels, tandis que personne n'a pu réellement rien constater. C'est une sorte de parade qui en impose sans doute aux hommes qui n'ont pas étudié la question, ou qui ne réfléchissent point, et dont j'espère obtenir justice pour la seconde fois.

Ma réplique à l'Académie sera brève : je prendrai l'engagement formel de démontrer en présence de deux commissions réunies : 1° que la saignée, les boissons aqueuses et le nitre, proposés par M. Orfila hâtent singulièrement la mort ; 2° que les véritables remèdes sont ceux que j'ai proposés d'après les principes de l'école italienne, les excitans.

Concevez-vous, mon cher confrère, l'absurde prétention de cet homme qu'on appelle prince de la science, de faire expulser le poison par les reins ? Il ne comprend pas que lorsqu'un médicament quelconque revient par les reins, comme la térébenthine, l'asparagine, la cubébine, la cantharide, le quinine, la rhubarbe, le mercure, etc., son effet sur l'économie est déja produit, et que son passage ne s'effectue qu'après l'accomplissement de l'assimilation et de la désassimilation ! Une chose cependant qui doit surtout vous étonner, c'est que, tandis que, d'une part, M. Orfila blâme amèrement l'usage des excitans, il compte au nombre de ses diurétiques *le vin blanc !* Comme si le vin blanc était autre chose que de l'alcool délayé !

Mais ce n'est pas tout : plusieurs chiens traités par le bouillon alcoolisé sont malheureusement guéris ; M. Orfila se hâte d'ajouter qu'ils sont guéris malgré le tonique dangereux ! Y a-t-il moyen de raisonner avec une si bizarre organisation ? M. Orfila fait de la science une sorte d'ordre de la Jarretière qu'il applique *ad libitum*, en tirant un peu plus ou moins les mailles. Lisez la discussion de la séance de l'Académie, et vous verrez comment il s'est contredit grossièrement en un instant : il disait d'abord que tout l'arsenic ingéré sortait de l'économie après un certain temps ; ensuite que l'arsenic normal provenait des végétaux que nous mangeons. Donc tout l'arsenic ingéré n'est pas expulsé ; il en reste une partie dans l'économie, partie qui s'assimile, devient normale et dont les proportions peuvent varier à l'infini.

C'est là une loi que vous avez si bien signalée et développée le premier pour tous les médicamens indistinctement, et que peu de personnes comprennent encore. Une autre circonstance sur laquelle M. Orfila n'a pas la moindre notion, c'est qu'une fois assimilé, un corps métallique quelconque cesse d'être un poison ; de sorte qu'il pourrait faire sortir par tous les robinets enfantés par son imagination des quantités considérables d'arsenic sans diminuer en rien les symptômes de l'empoisonnement, symptômes qui sont l'effet de la réaction vitale des organes sur l'impression déja reçue, et qui se continuent malgré l'expulsion de l'agent malfaiteur. Il en est de même de l'arsenic assimilé petit à petit dans nos tissus : il n'est plus un poison, et ses quantités pourraient devenir considérables sans nuire aux fonctions, ainsi que cela est prouvé par le mercure. On sait que l'action toxique du sublimé corrosif est au moins du double plus énergique que celle de l'arsenic, et pourtant la base de ce sel est assimilé peu à peu comme l'arsenic normal.

J'aurai d'autres réflexions à vous soumettre : j'y reviendrai dans ma prochaine épître.

Agréez, etc. ROGNETTA, D.-M.-P.

Paris, ce 21 octobre 1840.

A partir de 30 ans, au contraire, la scène change; et à travers quelques inégalités dans les rapports des hernies considérées par périodes de dix années, on arrive à ce résultat curieux :

De l'âge de 30 à 80 ans, 55 exomphales chez les hommes.
92 chez les femmes.

C'est-à-dire près du double, cette fois, pour le sexe féminin.

On peut assez bien aussi, d'après des chiffres empruntés à la même source, déterminer le rapport des hernies ombilicales et de la ligne blanche, prises ensemble à toutes les autres hernies, 194 sur 2767, c'est environ 1/14e. Monnikoff en avait trouvé 70 sur 2000, 1/28e environ. Moi, en 1835, 24 sur 435, 1/19e. Enfin, en relevant en masse le nombre des bandages exomphales distribués au Bureau central, depuis 1800 jusqu'à ce jour, on en trouve environ 4000 sur 80000, c'est-à-dire 1/20e. Je pense que la proportion réelle ne doit pas beaucoup s'éloigner de ce dernier chiffre.

De ces premières investigations, il résulte que dans les premières années de la vie, les exomphales sont bien plus fréquens que dans la jeunesse, et plus fréquens surtout chez l'homme; que passé 30 ans, ils redoublent ensuite de fréquence, et frappent spécialement alors sur le sexe féminin. Il faut maintenant rechercher la cause de cette distribution inégale.

Que la hernie ombilicale se produise facilement chez les très jeunes sujets, cela résulte d'un fait anatomique parfaitement connu. A la naissance, l'anneau ombilical n'est point encore fermé; il livre passage aux vaisseaux qui se rendent au cordon, et quand ceux-ci s'affaissent et se cicatrisent, la rétraction des bords de l'anneau ne les suit pas aussi rapidement, et par là des hernies peuvent se faire. Telles sont les hernies du premier âge, qui surviennent après la naissance. Mais il en est d'autres qui sont véritablement congéniales, que le fœtus apporte en naissant, et qui, bien que très difficiles parfois à distinguer des premières, se font par un tout autre mécanisme. Ici il n'y a point d'efforts, et la hernie, à proprement parler, ne mérite pas ce nom; car il ne s'agit plus de viscères sortis d'une cavité, mais de viscères qui n'y sont jamais entrés. Ces hernies congéniales présentent même deux grandes variétés, qui diffèrent non-seulement par leur apparence, par leur gravité, par leur traitement, mais encore par leur origine. Les unes sont le résultat d'un défaut de développement de la paroi abdominale; les autres sont dues en quelque sorte à un excès de développement.

Vous savez que dans l'embryon les viscères abdominaux se développent d'abord dans une poche à part, qui semble faire suite au cordon ombilical; et que peu à peu les parois abdominales, se développant d'arrière en avant et de bas en haut envahissent la circonférence de cette poche provisoire, et dans l'état normal finissent par l'envelopper tout à fait. On pourrait donc dire à juste titre que cette poche est l'abdomen lui-même, réduit en quelque sorte à sa séreuse; mais ce qui laisse quelque difficulté, c'est que chez certains sujets, l'abdomen paraît entièrement formé et clos, à part l'anneau ombilical, et que cependant une notable portion des intestins se trouve encore dehors, dans un renflement du cordon ombilical, et on dirait que c'est le cordon qui, en se rétrécissant, les refoule dans la vraie cavité abdominale. Quoi qu'il en soit, il est certain du moins que le développement de la paroi abdominale peut s'arrêter, laisser vers la région de l'ombilic un large espace qui se trouve dépourvu de peau et de muscles, et ne paraît fermé que par une espèce de séreuse continue à la fois avec la peau et avec les enveloppes du cordon. Alors de plus ou moins grandes portions d'intestins, le foie même en partie, font saillie au dehors; quand la perte de substance des tégumens est trop considérable, il n'y a aucun remède; quand la lacune est peu étendue, on a pu la combler par une suture, ou obtenir une cicatrice solide en pansant à plat, et vous trouverez dans sir A. Cooper de magnifiques exemples de succès en ce genre. C'est là l'exomphale par arrêt de développement; vous comprenez qu'il faut y porter remède immédiatement après la naissance, et conséquemment qu'il doit bien rarement s'en offrir au Bureau central. Pour ma part j'en ai vu quelques cas, mais ailleurs, et jamais dans cet établissement; je n'en dirai donc pas davantage.

Mais on nous apporte ici quelquefois des enfans atteints d'exomphale congénial avec un tout autre caractère. L'ombilic, au lieu de présenter une cicatrice renfoncée, offre une proéminence digitiforme, qui va quelquefois jusqu'à un pouce de longueur; la cicatrice est au bout, et quand l'enfant tousse, cette saillie semble s'ériger en quelque sorte à ceux des viscères qui la remplissent. On dirait que la transformation tégumenteuse des parois séreuses du ventre a été plus loin que dans l'état normal, qu'elle a envahi une partie du cordon, dans lequel s'est prolongé également le péritoine; il y a donc excès de développement. Quelquefois l'ombilic présente cette forme, bien qu'il n'y ait pas encore de hernie; et si la hernie se fait plus tard, elle a tous les caractères de la hernie congéniale; ce qui explique ce que j'ai dit tout à l'heure, qu'il n'est pas toujours facile de les distinguer.

Mais dès lors on peut demander si vraiment la hernie est alors jamais congéniale, et si nous ne sommes pas trompés par son rapide développement, et par des commémoratifs inexacts. Richter et sir A. Cooper, par exemple, n'admettent de congéniales que les hernies par arrêt de développement dont il a été parlé plus haut. Je dois dire que l'opinion contraire n'est fondée pour moi, jusqu'à présent, que sur les commémoratifs qui m'ont été donnés par les sage-femmes, les mères et les nourrices; mais ayant fixé mon attention sur ce point, ayant bien directement posé la question, si l'enfant avait sa petite tumeur en venant au monde, ou si elle n'était pas venue après, j'ai reçu plusieurs fois des réponses tellement catégoriques et décisives, que je ne pouvais même conserver de doute. Cependant, je ne regarde pas la chose comme si bien démontrée qu'elle n'ait besoin d'une vérification plus parfaite; et je me propose de faire à ce sujet des recherches spéciales, soit dans les hôpitaux d'accouchement, soit à l'hôpital des Enfans-Trouvés.

Mais, congéniales ou acquises, est-il possible d'expliquer la plus grande fréquence des exomphales du jeune âge dans le sexe masculin? Jusqu'ici je dois me récuser, et je n'en peux deviner aucune cause, si ce n'est, par hasard, que les garçons s'agitent et crient plus fort que les petites filles. Du reste, à quelle époque se montrent de préférence ces hernies? De quels symptômes s'accompagne leur développement? Tout cela a besoin d'être vu de près et étudié directement par le chirurgien; c'est un travail tout nouveau à faire. Quand on nous amène ici les enfans, les parens ne sont guère frappés que de la saillie ombilicale; ils ne donnent que des renseignemens très vagues sur les autres symptômes, et je dois dire que quant aux enfans que j'ai vus dans ma pratique et suivis pendant assez longtemps, les digestions semblaient se faire aussi bien avant qu'après l'application du bandage.

Il y a certaines races qui semblent plus particulièrement disposées aux exomphales de l'enfance; on a surtout cité les nègres, et je vous ai rapporté dans une de mes premières séances, les opinions de Knox et de Marshall. Cette question assez obscure, a reçu un certain éclaircissement de deux lettres qui m'ont été adressées par deux de vous, M. Lesiner, natif de l'Ile-Bourbon, et l'autre, M. Fortineau, fils d'un médecin de la Louisiane. Autant que peuvent porter des renseignemens fournis par de simples souvenirs, il n'y aurait que certaines tribus de nègres qui seraient prédisposés à l'exomphale; cette tumeur leur viendrait ou de naissance ou dès la plus tendre enfance, et elle serait parmi eux si commune que les acheteurs reconnaissent sur les marchés les esclaves de ces tribus, et qu'eux-mêmes en ont fait entre eux un signe de reconnaissance. Ils se vendent naturellement moins que ceux des autres tribus qui n'ont pas ce caractère distinctif. Il serait à désirer que des médecins ainsi placés, dans les colonies, voulussent bien porter leur attention sur ce sujet, et étudier à fond cette singulière prédisposition dans certaines races.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Académie de Médecine. — Séance du 20 octobre.

Encore M. Orfila et l'acide arsénieux.

La salle de la séance est extraordinairement pleine de monde étranger à l'Académie. Des figures nouvelles, des physionomies inconnues, garnissent de toutes parts les bancs périphériques. Les entrées, les issues, les allées sont encombrées au maximum. On ne savait d'abord à quoi attribuer cette affluence inusitée; on l'a bientôt comprise : M. Orfila devait lancer la foudre du haut de la tribune contre MM. Rognetta et Giacomini. Des claqueurs étaient intervenus, et M. le doyen devait être applaudi.

Avant la séance, M. Orfila avait fait distribuer l'imprimé suivant à des personnes de sa convenance.

« Paris, ce 20 octobre 1840.

» Monsieur,

» Je vous prie de vouloir bien assister aux quatre séances que je me propose de donner dans un des amphithéâtres de la Faculté, le 25 et le 26 de ce mois, et le 1er et le 2 novembre prochain, à 10 heures du matin. Ces séances auront pour objet de vous faire voir la plupart des expériences nouvelles, relatives à l'empoisonnement par l'acide arsénieux, considéré sous les rapports de la médecine légale et de la thérapeutique.

» Agréez, etc. » Orfila. »

M. Orfila a la parole et monte à la tribune avec deux manuscrits à la main; il lit d'une voix très élevée : *Mémoire sur le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux.* (Tel est le titre du manuscrit le moins volumineux.)

L'auteur commence par rappeler la discussion qui s'est élevée l'année dernière à l'Académie entre lui, prince de la science, et un obscur individu Italien qu'il ne daigne même pas nommer, concernant le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux; que cet obscur individu avait osé lui porter un démenti formel par une lettre qu'il adressa à la savante assemblée, dans laquelle il se faisait fort de prouver expérimentalement : 1° que lui, prince, avait commis la plus grossière et dangereuse erreur en prescrivant la saignée dans le traitement de cet empoisonnement; 2° que la saignée hâtait singulièrement la mort; et 3° que c'était au contraire par les excitans tels que le vin, l'alcool, l'opium, la canelle, qu'on pouvait espérer un amendement des symptômes ou la guérison.

L'auteur de la lettre, l'expérimentateur (tels sont les seuls noms que le prince illustre a daigné employer pour désigner son obscur adversaire), obtint un rapport favorable que la commission eut le tort de lui faire sur des faits imposans en apparence, mais complètement faux au fond. Dans ces préliminaires, M. Orfila s'est attaché à établir que les expériences de l'individu en question ne méritaient pas de fixer un seul instant l'attention de l'Académie, qu'elles étaient absurdes de tous points, que l'expérimentateur était un ignorant, un grossier maladroit, puisqu'il ne savait même pas lier l'œsophage à un chien; qu'il ne savait pas un mot d'anatomie, de physiologie, de toxicologie, de matière médicale, de thérapeutique, et qu'il avait trompé le public par les épîtres toxicologiques absurdes et autres articles qu'il avait osé publier sur la matière.

M. Orfila n'a pas manqué d'ajouter que si lui, oracle des poisons, a daigné redescendre aujourd'hui dans l'arène, c'est moins pour répondre à l'insolent Italien qui a osé le contredire, que pour la dignité du corps médical et de l'Académie que l'auteur de la lettre compromettait sans cesse, et pour mettre fin aux graves dangers dont la société est menacée par les sophismes de cet individu. Une seconde commission a été nommée; l'auteur de la lettre avait pris l'engagement de faire d'autres expériences, et de résoudre les objections que j'avais présentées à l'Académie; neuf mois se sont passés, il n'en a rien fait, la commission n'a fait aucun rapport, je devais en finir, dit M. Orfila; j'ai repris la question dans ces fondemens, et je vais prouver par un grand nombre d'expériences : 1° que les excitans tuent les animaux empoisonnés par l'arsenic, et qu'il faut en conséquence en défendre rigoureusement l'usage dans la pratique; 2° que la saignée et les diurétiques aqueux et nitreux sont les remèdes souverains pour chasser le poison par les urines et guérir les malades !!!

Un dernier mot, avant d'entrer en matière, a été réservé à un autre obscur et ignorant Italien, qu'on appelle Giacomini. Cet impertinent dont une commission s'est permis, il y a quelque temps, à l'insu du prince de la science, de faire l'éloge de cette tribune en rendant compte de son ouvrage, a été la source de toutes ces discordes, puisqu'il a osé taxer d'erreur grossière le savant Orfila. Eh bien, l'individu Giacomini n'est qu'un sophiste qui n'a jamais fait d'expériences, qui n'a jamais lié l'œsophage à un seul chien, et qui s'est permis de dire que les lésions qu'on rencontrait chez les chiens empoisonnés avec le tartre stibié dépendaient plutôt de la ligature de l'œsophage que de cette substance. Le tartre stibié et l'acide arsénieux ne sont pas des substances asthénisantes, ainsi que le prétendent les Italiens; ce sont au contraire des excitans, des corps enflammans. M. Giacomini est d'ailleurs un homme sans connaissances et sans logique, quand il a osé écrire que la chimie, soit organique, soit inorganique, n'avait que faire avec les fonctions normales ou pathologiques de l'homme vivant, etc. Plusieurs passages en italien sont cités par M. Orfila, du Traité philosophique et expérimental de thérapeutique de M. Giacomini. Ce long exorde, ou plutôt cette ridicule diatribe étant terminée, M. le doyen s'est reposé quelques instans, a bu de l'eau fraîche, a recomposé son visage, et est entré en matière d'un ton moins amer.

J'ai depuis trois mois, a-t-il dit, travaillé jour et nuit pour achever ce travail basé sur cent et quelques expériences, dont voici les procès verbaux (l'orateur montre en l'air un tas de feuilles in folio). Plusieurs membres de la première commission, dont M. Ollivier fut rapporteur, d'autres de la seconde commission nommée d'après la demande de l'auteur de la lettre, des médecins et d'autres membres de l'Académie, ont vu quelques-uns des animaux sur lesquels nous avions expérimenté.

Les expériences dont M. Orfila rend compte sont divisées en plusieurs catégories.

Dans la première sont trois chiens non empoisonnés auxquels il a fait lier l'œsophage et qui sont restés dans cet état pendant quelque temps; on leur a ensuite délié le cou, et ils se sont rétablis. Donc, dit l'auteur, cette opération n'offre absolument rien de grave et doit être employée dans les expériences toxicologiques, si l'on veut obtenir des résultats précis. En conséquence, l'individu Italien (auteur de la lettre, etc.) qui a déclaré à la commission que ce mode d'expérimentation était défectueux, est un ignorant, etc.

Dans une seconde série, sont des chiens empoisonnés avec quelques grains d'arsenic en poudre, les uns ayant eu l'œsophage lié, les autres pas. Ces derniers ont vomi et sont guéris; les premiers sont morts. Donc les guérisons obtenues par cet insolent Italien sont dues au vomissement et non à son bouillon tonique!

Dans une troisième, viennent des chiens empoisonnés de la même manière. On a injecté du bouillon alcoolisé dans l'estomac et lié l'œsophage, chaque fois ils sont morts ivres. Donc le bouillon tonique de l'individu en question est excessivement dangereux.

Dans une autre série se présentent des chiens empoisonnés pareillement, qu'on a traités avec la saignée seule; ils sont morts presque tous; mais d'autres ayant en même temps reçu des boissons aqueuses et nitrées et du *vin blanc*, comme diurétique, ont uriné beaucoup et ont été en partie sauvés. Donc, le remède souverain de l'empoisonnement par l'acide arsénieux est la saignée, combinée aux diurétiques aqueux et nitrés, qui chassent le poison par les reins ! ! !

Suivent dix-neuf conclusions, comme de coutume.

Cette lecture terminée, l'orateur a repris un instant haleine, a tiré une petite feuille volante et lu d'une voix antique une sorte d'allocution que quelques claqueurs ont applaudie.

Dans cette pièce, M. le doyen a fait appel à la haute science et à la bienveillance de la compagnie, seule compétente, dit-il, dans la matière qu'il vient de lui soumettre, la priant de vouloir bien inviter les deux commissions déjà nommées, d'après la demande de l'auteur de la lettre, etc., afin de constater dans son amphithéâtre à l'Ecole, l'exactitude des faits thérapeutiques qu'il vient de présenter, et de prescrire en même temps aux trois sections de chimie, de pharmacologie et de médecine légale, d'assister aux expériences qu'il se propose de faire dans le but de vérifier l'exactitude des faits de chimie légale qu'il a exposés dans ses précédentes lectures.

Une discussion s'engage à la suite de cette lecture.

M. Gerdy : Avez-vous pesé dans vos expériences chaque chien, et la quantité des matières vomies ou excrétées?

M. Orfila : Non; cela n'est pas d'usage.

M. Londe : La remarque de M. Gerdy est importante : on sait que le mercure sort non-seulement par les urines, mais aussi avec les sueurs.

M. Desportes parle dans le même sens; puis il ajoute : Vous êtes vous assuré, M. le doyen, s'il est vrai ce qu'on vient d'avancer, que la chair musculaire en putréfaction dégage de l'arsenic?

M. Orfila : C'est un fait connu *que j'ai découvert* et imprimé dans mes mémoires il y a vingt mois; mais ces taches arsenicales diffèrent de celles qui proviennent d'un empoisonnement, elles sont mêlées de graisse et ne disparaissent pas par l'acide nitrique. D'ailleurs, c'est si peu que rien. M. Couerbe en avait aussi parlé.

M. Desportes : Mais cette quantité d'arsenic naturelle n'est pas déterminée; elle peut varier chez les différens individus, suivant la nature des alimens dont ils ont fait usage. Comment pouvez-vous donc décider que des quantités minimes que vous auriez obtenues d'un cadavre, je suppose, proviennent plutôt d'un empoisonnement présumé que de l'arsenic naturel des chairs et des viscères? Il me semble que dans une expertise vous ne pourriez pas vous prononcer affirmativement d'après cette seule donnée.

M. Orfila : C'est là votre opinion, je vous l'abandonne.

M. Londe : M. Orfila vient de soutenir que les chiens traités à l'aide du bouillon excitant guérissaient uniquement parce qu'ils vomissaient; cela ne me paraît pas probable. J'ai assisté à des expériences faites par M. Rognetta chez M. Mojon en présence de MM. Chervin, Cornac, Gauthier de Claubry, etc.; le poison était injecté dans le péritoine : les animaux, par conséquent, ne pouvaient le vomir; eh bien, le bouillon alcoolisé a fait vivre long-

temps ceux auxquels on en a administré, tandis que ceux qu'on a traités par la saignée sont morts presque foudroyés, et plus tôt que ceux qui avaient été abandonnés sans traitement.

M. Rochoux : Il paraîtrait qu'il y a de l'arsenic dans tous les tissus à l'état normal chez l'homme, que cet arsenic provient probablement des alimens dont nous nous servons habituellement ; mais on n'a pas encore déterminé quelle est sa quantité absolue, et à quelle dose ce métal peut produire des effets toxiques.

M. Orfila : L'arsenic ingéré est expulsé complètement de l'économie après un certain nombre de jours par les urines et par les sueurs.

M. Pelletier : La source de l'arsenic normal chez l'homme doit être probablement cherchée dans les graines céréales qui contiennent du phosphate de chaux ; l'on sait en effet que partout où il y a des phosphates on trouve des arséniates. Or, on rencontre des phosphates de chaux non-seulement dans les muscles, mais encore dans les viscères, puisque ces parties s'ossifient quelquefois. En conséquence, il y a partout dans l'économie des arséniates. J'ajouterai que les grains reçoivent aussi de l'arsenic par le chaulage.

M. Orfila : J'ai démontré tout cela depuis long-temps dans mes mémoires. C'est par les végétaux que l'arsenic entre dans l'économie et devient normal.

M. Gerdy : Sans nul doute que la source de l'arsenic normal est dans les alimens et les boissons, surtout dans les végétaux qui tirent ce métal du sol et le transmettent dans l'économie. La physiologie en rend parfaitement raison.

M. Chevallier croit que les vases étamés et les blés chaulés à l'arsenic sont les sources principales de l'arsenic normal. A Nancy, on a découvert une eau d'un puits dont on se servait généralement et qui contenait de l'arsenic.

M. Deportes demande quelle est la quantité d'arsenic que la constitution peut tolérer sans en éprouver d'effets toxiques.

M. le président met aux voix la double proposition de M. Orfila et qui consiste à inviter d'une part les deux premières commissions à constater les faits thérapeutiques, d'autre part à inviter les trois sections indiquées à vérifier les faits de chimie légale que l'auteur doit reproduire.

M. Bouillaud déclare illégale une pareille nomination. Les réglemens précisent le maximum des membres dont une commission doit se composer ; vous ne pouvez, par conséquent, nommer en masse trois sections d'une part et les deux commissions anciennes de l'autre, sans violer les réglemens.

M. Orfila : Ce sont deux commissions distinctes que j'ai demandées : l'une doit examiner les faits thérapeutiques, l'autre les faits de médecine légale ; en conséquence, le règlement n'est pas violé.

M. Gerdy (avec chaleur) : L'Académie doit garder sa dignité; elle ne doit pas se livrer aux exigences monstrueuses d'un de ses membres les plus influens. Nous sommes ici tous égaux, et il ne doit y avoir exception pour personne. Votre nomination serait absurde ; jamais on n'a vu dans aucune assemblée nommer deux commissions sur un même sujet : cela pourrait faire naître la guerre dans le sein de l'Académie, si les deux rapports étaient en contradiction. Je demande, en conséquence, qu'on ne nomme qu'une seule commission en se conformant aux règlemens.

Une lutte très violente s'engage à ce sujet entre M. Orfila et M. Gerdy ; la salle se vide peu à peu ; enfin la proposition de M. Orfila a été mise aux voix et adoptée. Un petit nombre de membres (une dizaine) ont levé la main pour l'adoption.

Juges pour le concours à l'Ecole. — *M. le président* déclare que, conformément à l'arrêté ministériel et aux réglemens, trois sections de l'Académie viennent de se réunir et d'élire quatre juges et un suppléant ; mais cette nomination étant illégale attendu que le nombre des votans n'était pas des deux tiers ; il la déclare nulle et invite les sections à se réunir de nouveau et à recommencer leurs élections (1).

Une lutte assez vive s'engage à ce sujet entre M. Moreau, d'une part, secrétaire de la commission, qui veut que l'élection soit légale ; M. Loiseleur de Longchamps, qui parle dans le même sens, et MM. Cornac, Double, Londe, Rochoux, Velpeau, et le président, qui soutiennent la thèse contraire et signalent différentes irrégularités. L'illégalité a été reconnue et la nomination annulée. En conséquence, les opérations doivent recommencer.

M. Cornac profite de cette circonstance pour rappeler à l'Académie que, d'après sa proposition, une commission a été nommée pour statuer sur le nouvel arrêté ministériel concernant les élections des juges de concours, et qu'elle n'en a rien fait, ses membres n'ayant pas répondu à l'appel de convocation en nombre suffisant. En conséquence, il demande que de nouveaux membres soient nommés, afin que la commission puisse faire son rapport.

— *M. James*, interne à la Charité, présente à l'Académie un malade qu'il a guéri en quelques semaines d'une anesthésie complète de tout le côté droit de la face. Cette anesthésie avait succédé à une névralgie de la cinquième paire, et était caractérisée par l'insensibilité de tout le côté droit de la face, y compris les organes des sens, avec perte de la vue, de l'odorat, de l'ouïe et du goût du même côté. La branche motrice de la cinquième paire était paralysée au même degré que la branche sensitive, car les muscles masséters n'avaient aucune force de ce côté. Aujourd'hui le malade est complètement guéri.

Une circonstance importante dans l'histoire du traitement, c'est que la sensibilité spéciale est revenue avant la sensibilité générale ; de sorte que le malade pouvait voir, entendre, sentir, goûter, avant que les organes des sens fussent revenus sensibles à la douleur.

La méthode employée ici par M. James est celle de M. Magendie, méthode qui consiste à piquer l'une après l'autre toutes les branches de la cinquième paire, et à diriger sur chacune l'électricité de la pile, ou mieux de la machine de Clarke.

Séance levée.

(1) M. Lisfranc avait écrit à l'Académie pour déclarer que ses occupations ne lui permettraient pas d'accepter une place de juge dans ce concours.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Paris, le 15 octobre 1840.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le n° 119 de votre journal, vous rapportez que M. Gimelle, en rendant compte à l'Académie de l'examen qu'une commission venait de faire du malade de M. Sédillot, amputé dans l'articulation coxo-fémorale, s'était exprimé : « C'est le second cas de guérison obtenu en France de cette terrible opération. Le premier est celui de M. Baudens, dont le sujet, déjà présenté à l'Académie, se trouve aujourd'hui aux Invalides. »

Je dois, dans l'intérêt de la science et mu par un sentiment de reconnaissance, faire rendre à l'infortuné Delpech l'honneur d'avoir le premier pratiqué cette opération avec le plus grand succès.

En 1824, élève particulier de ce professeur, je lui ai vu faire cette opération le 21 juin de la même année. Le résultat fut tel, que le vingt-huitième jour le moignon était totalement cicatrisé, et le malade commençait à se promener à l'aide de béquilles dans les salles de l'hôpital.

Je crois inutile de vous donner l'observation que j'ai recueillie à cette époque comme chef de clinique ; on la trouve dans la Revue médicale, cahier de septembre 1824.

L'opéré que Delpech a présenté à l'Académie à cette époque, a vécu plusieurs années, et je l'ai vu moi-même, deux ans après, marchant avec la plus grande facilité.

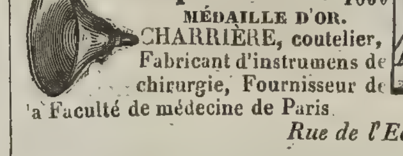
En rapprochant ces deux faits, on peut voir la différence dans la rapidité de la guérison. Le malade de Delpech fut entièrement guéri le vingt-huitième jour, et celui de M. Sédillot est encore étendu dans son lit le cinquante-cinquième jour après l'opération.

Je demande donc justice pour le célèbre chirurgien de Montpellier. Il a publié quelques travaux qui resteront, tels que sa Clinique chirurgicale et son ouvrage sur l'Orthopédie ; mais c'est surtout comme professeur qu'il a laissé un souvenir ineffaçable. On l'appellerait avec juste raison le restaurateur de la chirurgie dans le midi de la France, si l'on savait dans quel état était avant lui cette branche de l'art de guérir dans cette contrée. L'Ecole et la ville de Montpellier l'ont regretté, et ses élèves ne l'oublieront jamais.

J'espère, Monsieur, que vous voudrez bien insérer cette lettre dans votre Journal ; elle est chez moi l'expression de ce noble sentiment qu'un bon et excellent maître fait germer dans le cœur de son élève.

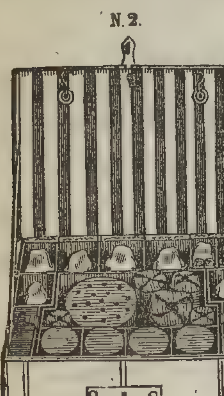
Agréez, etc., GINIEZ, D.-M.-P.











Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

SAMEDI 24 OCTOBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 126, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT FILS.

REVUE CLINIQUE DU 22 OCTOBRE.

Opérations de pieds-bots simples, équins et équin varus. (*V.* le n° du 17 octobre.)

Première observation. *Pied-équin varus.*

La petite fille qui est couchée au n° 5 de la salle Sainte-Thérèse est celle qui a été soumise, il y a aujourd'hui trois semaines, à la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire pour un pied-équin varus accidentel. L'appareil dextriné dont nous avons fait l'application a remédié en grande partie à la déviation latérale du pied; le pied se trouve ramené à angle droit. Jeudi prochain nous ferons la levée de l'appareil pour en appliquer un autre, au moyen duquel nous tâcherons d'augmenter la flexion du pied.

Deuxième observation. *Pied-équin simple.*

Chez la petite fille couchée au n° 17 de la salle Sainte-Thérèse, qui était affectée d'un simple pied-équin accidentel et qui a été soumise à la section du tendon d'Achille simplement, le pied se trouve ramené à angle aigu. L'application du premier appareil a occasionné chez elle une excoriation à la base du gros orteil, qui nous a forcé d'en suspendre l'emploi pendant quelques jours. Mais la cicatrisation de cette excoriation est déjà effectuée, et dès aujourd'hui on fera la réapplication de l'appareil.

Troisième observation. *Double pied-équin varus.*

Nous devons vous entretenir un instant de la petite fille idiote qui est couchée aussi salle Sainte-Thérèse, et que nous avons soumise successivement à la section des deux tendons d'Achille pour deux pieds-équins compliqués de varus.

La première opération fut pratiquée sur le côté gauche, il y a maintenant trois mois. De ce côté le pied a été ramené parfaitement à sa direction naturelle. Six semaines après, l'opération fut faite sur le côté droit; mais ici la bottine et l'appareil simple ont occasionné la formation d'excoriations qui, en nécessitant la suspension de leur emploi, ont de beaucoup prolongé la durée du traitement.

Aujourd'hui, les excoriations sont complètement cicatrisées, et nous allons essayer de nouveau de ramener le pied à sa direction naturelle; mais nous craignons que nos efforts restent sans résultat sans une nouvelle section du tendon d'Achille, dont nous reculerons cependant l'exécution autant que possible.

Quatrième observation. *Double équin varus. Rachitisme.*

La petite fille âgée de dix-huit mois, légèrement rachitique, affectée d'un double équin varus qui a exigé des deux côtés la section du tendon d'Achille, opération que nous avons pratiquée devant vous jeudi dernier, avec facilité, comme vous pouvez vous le rappeler, n'a pas eu d'accidens sérieux.

Cependant le voisinage de la piqûre faite au pied gauche présente une ecchymose assez étendue, circonstance qui ne peut avoir aucune conséquence sérieuse.

Dès le jour même de l'opération, nous avons fait l'application d'une bottine légère, et dans vingt-quatre heures nous avons obtenu une modification favorable assez notable dans la direction du pied. Toutefois, ici encore nous avons vu se former des phlyctènes, petites, à la vérité, mais qui n'ont pas manqué de modifier la marche du traitement. Ce léger accident est presque inévitable; mais dans le cas qui nous occupe, nous espérons ne pas en avoir de nouveau.

Une remarque générale que nous avons faite et que nous devons vous communiquer, c'est que les phlyctènes ne surviennent que rarement chez les enfans âgés de six, sept ou huit ans, et que chez eux, par conséquent, elles n'obligent pas souvent de suspendre le traitement; ou bien cette suspension ne dépasse pas deux ou trois jours. Chez les enfans plus jeunes, au contraire, les phlyctènes arrivent presque toujours, et chez eux le traitement se trouve retardé pendant un temps plus long.

Ne serait-il donc pas utile de s'abstenir de toute sorte d'opération de ce genre chez les très jeunes sujets, et de réserver celles-ci pour un âge plus avancé? On se ménagerait, de la sorte, l'avantage de voir le traitement marcher beaucoup plus vite, et il n'y aurait aucun inconvénient, ce nous semble, d'attendre jusqu'à l'âge indiqué.

Opération de bec-de-lièvre congénital simple. Hémorrhagie au cinquième jour, ayant détruit la réunion par première intention. Réunion par seconde intention.

Cette petite fille, âgée de neuf ans, sage et docile, a été soumise à l'opération il y a quinze jours. Vous vous rappelez qu'il fallut arracher une dent incisive, exciser une partie de l'alvéole et détruire une bride qui unissait la lèvre à la gencive, avant d'aviver les bords de la division anormale.

Au bout de cinq jours les épingles furent ôtées, et alors la réunion par première intention était complète. Le succès de cette opération paraissait assuré, lorsque, dans la nuit, il survint une hémorrhagie.

Au moment de l'opération, les artères coronaires avaient fourni un écoulement abondant de sang, et de plus, dans les jours qui précédèrent l'hémorrhagie, un léger écoulement de sang s'était fait par le nez, circonstance qui pouvait peut-être faire prévoir l'accident qui se préparait.

Au demeurant, nous craignions avec raison de voir nous échapper le fruit de cette opération, mais néanmoins nous ne négligeâmes pas l'emploi des moyens dans lesquels nous placions encore quelque espoir. Nous ne nous sommes pas abusés, en effet, et la réunion par seconde intention, qui est aujourd'hui presque complètement achevée, nous fait croire que bientôt la difformité de cette fille aura disparu.

Fongus hématode de l'œil.

Jusqu'à présent la jeune fille chez laquelle nous avons fait il y a quinze jours l'extirpation d'un fongus hématode de l'œil, est dans un état satisfaisant. Elle a été pendant quelques jours dans un état d'assoupissement alternant, au dire de la religieuse, avec des instans d'agitation; mais depuis deux ou trois jours cet assoupissement a diminué.

Cependant l'appétit a été d'abord peu développé, mais aujourd'hui elle prend, avec goût, du lait et du bouillon. Du reste, pas de diarrhée.

Le fond de l'orbite est tapissé de bourgeons roses, non saignans, et rien ne fait soupçonner, quant à présent, un commencement de récidive. Oserons-nous espérer que cette petite fille échappera à ce funeste et trop fréquent résultat de l'opération que nous avons pratiquée chez elle?

Aussitôt que sa plaie nous le permettra, nous renverrons cette petite fille chez ses parens, car nous n'ignorons pas combien est funeste aux jeunes malades leur séjour à l'hôpital.

Opération de lithotritie et de taille bi-latérale.

Nous pratiquerons jeudi prochain ces deux opérations devant vous, chez le n° 9 et le n° 23 de la salle Saint-Côme.

Le premier est un enfant âgé de onze ans et demi, qui est à la clinique depuis deux jours seulement. Il souffre en urinant depuis cinq ou six mois, et, en le sondant, nous avons rencontré un calcul; peut-être même il y en a deux.

Cet enfant n'avait pas été vacciné, et nous avons jugé indispensable de le soumettre à cette opération avant de passer outre.

Nous devons ajouter qu'au signe pathognomonique sensible de la présence d'un calcul dans la vessie, viennent s'ajouter les signes rationnels ordinaires, tels que de la douleur en urinant, l'interruption fréquente du jet pendant l'expulsion des urines, et les efforts répétés pour satisfaire au besoin d'uriner; enfin le volume hors de proportion avec l'âge, de la verge.

Cet enfant docile, peu sensible, et animé du bon désir d'être promptement débarrassé de son calcul. Plusieurs de ces circonstances nous ont fait concevoir la pensée de

---

FEUILLETON.

DE LA SALIVATION MERCURIELLE ET DE SON TRAITEMENT;

Par le docteur HUBERT RODRIGUES, professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Vers la fin du quinzième siècle, en 1493, après la découverte du Nouveau-Monde, il se déclara en Europe une épidémie grave et rebelle, qui sembla partir de l'Espagne, gagna le royaume de Naples, entra en France avec l'armée de Charles VIII, et se répandit parmi les autres nations. Les malheureux qui en furent les premiers atteints, ne trouvèrent aucun soulagement à leurs maux; les médecins étant dans un grand embarras pour combattre une maladie si désastreuse et qui leur était complètement inconnue. Le mal vénérien prit dans toutes les parties du monde une activité excessive, qui fit craindre, comme l'a dit un excellent écrivain, Paw, que notre espèce succombant sous les maux, et fatiguée de combattre contre sa destinée, ne parvînt à une extinction totale (Grimaud).

Dès l'année 1497, Widmann (1) fut conduit à administrer le mercure par suite de l'analogie de quelques-uns des symptômes syphilitiques avec les affections lépreuses, contre lesquelles les Arabes avaient employé avec succès des onguents dans lesquels entrait ce médicament.

Les premiers essais furent malheureux; administré sans règles et sans méthode, le mercure occasionna de graves accidens et fut regardé comme une invention du charlatanisme. Ulrich de Huttin, qui avait subi onze traitemens avec le mercure, nous a laissé dans son Traité sur l'utilité du gayac contre la Syphilis, 1519, le récit de la manière dont on employait le mercure de son temps, et des funestes effets qu'il peut produire. On faisait avec une pommade mercurielle des frictions sur les jointures, le long du dos, sur le cou et même sur tout le corps, une ou deux fois par jour, ou seulement tous les trois ou quatre jours. On excitait une sueur considérable pendant vingt ou trente jours, et quelquefois davantage, en tenant le malade enfermé dans une étuve très chaude. Après la deuxième friction, Huttin éprouva une si abondante salivation, qu'il craignit de perdre toutes les dents. J'ai vu, ajoute-t-il, des hommes chez lesquels s'écoulait sans relâche de la bouche une bave infecte, qui rendait impur tout ce qu'elle touchait. Ils avaient les gencives enflées, les dents branlantes, le gosier, la langue et le palais ulcérés; ils ne pouvaient plus se servir de leurs dents; leur bouche n'était qu'un vaste ulcère. Plusieurs étaient suffoqués par le gonflement de la gorge. Fernel, dans son indignation, appelle *bourreaux*, ceux qui dirigeaient les traitemens par le mercure.

Les médecins refusèrent pendant quelque temps de se servir des mercuriaux, et les abandonnèrent aux empiriques et aux charlatans. Cependant quelques cures heureuses ayant éveillé leur attention, ils se livrèrent à des expériences suivies pour en régulariser l'emploi. Il parut alors une multitude d'écrits sur cette matière, et le mercure fut administré sous plusieurs formes, mais toujours à l'extérieur.

Mathioli, commentateur de Dioscoride, osa donner le mercure à l'intérieur, quoiqu'il fût regardé comme un poison violent. Paracelse, qui ne s'arrêta jamais pendant sa vie orageuse devant aucune opinion, préconisa l'usage interne de ce médicament, et établit la prééminence de ce moyen sur tous les autres.

Depuis Paracelse, les préparations mercurielles et la manière de les administrer ont variée à l'infini: le mercure a eu de grands combats à soutenir, mais son efficacité a été tellement authentique qu'il a triomphé de tous ses ennemis, et qu'il est regardé comme un remède héroïque, nous ne dirons pas infaillible, dans le traitement de la maladie vénérienne. Les attaques que la doctrine physiologique a dirigées contre l'action curative du mercure ont pu ébranler un instant la confiance des praticiens, mais les suites funestes de la nouvelle méthode ont bientôt rendu à l'ancienne toute sa réputation.

Le mercure est un instrument d'une grande puissance, qui exige dans son emploi des précautions d'un ordre fort élevé, et qu'il ne faut pas confier à des mains inhabiles ou imprudentes. Il peut produire de graves accidens, exaspérer la maladie primitive et donner lieu à des symptômes secondaires formidables. Heureusement que le médecin, qui a approfondi les lois de la science, peut le plus souvent les prévenir, ou les combattre avantageusement aussitôt qu'ils apparaissent.

Il est surtout un phénomène qui, dès le principe, dut frapper l'attention à cause de sa fréquence et de ses effets: c'est la salivation ou le ptyalisme mercuriel. De bonne heure les médecins le regardèrent comme un émonctoire qui devait expulser les humeurs viciées par le virus:

> ... Liquefacta mali excrementa videbis
> Assiduè sputo immundo fluitare per ora,
> Et largum antè pedes tabi mirabere flumen.
> (FRACASTOR.)

Astruc reconnaissait que la vérole peut guérir lors même que l'usage prolongé du mercure n'a pas provoqué la salivation; mais cependant il regardait celle-ci comme pouvant seule donner une presque certitude sur cette guérison; il est certain par l'expérience, dit-il, que le mercure est capable d'extirper la vérole toutes les fois qu'il existe une salivation raisonnable. Astruc la recommande expressément; ainsi on doit travailler à procurer une salivation de cette espèce, c'est-à-dire qui ne soit point subite, tumultueuse, excessive, comme dans les frictions trop fortes où les malades rendent jusqu'à huit, neuf ou dix livres de bave en 24 heures, où il arrive des tumeurs des glandes salivaires, etc., mais qui soit douce, tranquille, modérée, facile à gouverner avec peu ou point d'inflammation dans la bouche, avec des ulcères superficiels et en petit nombre, qui ne fournisse qu'une, deux ou tout au plus trois livres de salive en 24 heures. (*Tr. des Mal. vén.*, t. IV, p. 285.)

Boerhaave voulait dans la vérole constitutionnelle une salivation modérée et continue pendant trente-six jours après la guérison apparente de tous les symptômes syphilitiques. (*Aph.* 1467 et 1477.)

Sydenham ne voyait que la salivation pour guérir une vérole confirmée. Pour l'obtenir, il avait recours aux frictions; et, dans les cas d'insuffisance, il donnait une prise de turbith minéral.

J.-L. Petit pensait que l'efficacité réelle du mercure tenait à l'écoulement de la salive qu'il déterminait.

Benjamin Bell exprime l'opinion que tel temps que l'on continue l'usage du mercure, on ne peut jamais être sûr de la guérison de la syphilis, lorsque la salivation, la vitesse du pouls, et les autres symptômes qui indiquent que ce remède a passé dans le torrent de la circulation, ne se manifestent point. (*Traité de la Gonorrhée virulente et de la Maladie vénérienne*, trad. de Bosquillon.)

Malgré l'impérieuse autorité de l'opinion médicale, quelques auteurs émirent de bonne heure des doutes sur la nécessité du ptyalisme; ils regardèrent la salivation comme tout à fait inutile,

(1) Gmelin, *Apparatus medicaminum*, tom. VIII, pag. 24.

le soumettre à la lithotritie ; et ce matin, en votre présence, nous avons pu introduire dans la vessie l'instrument lithotriteur portant le n° 2, sans être obligé de débrider l'urètre à son méat.

Vous vous souvenez que nous n'avons pas été très heureux chez notre dernier lithotritié, quoiqu'à la vérité il ait fini par quitter le service en bonne santé, et tout à fait débarrassé de son calcul ; mais les conditions n'étaient plus les mêmes, et les accidens que nous avons vu survenir chez lui, excepté la pleuro-pneumonie intercurrente, peuvent être rapportés à l'indocilité du malade, et surtout au volume ainsi qu'à la dureté du calcul.

A moins donc de maladies intercurrentes, et si le calcul n'est pas trop dur, nous avons bon espoir de réussir à débarrasser promptement ce malade de son calcul.

Nous avons cru devoir retarder ici l'opération pour deux raisons ; et d'abord, cet enfant, qui vient d'être vacciné, se trouve encore trop immédiatement sous l'action du vaccin ; en second lieu, il n'est à l'hôpital que depuis deux jours seulement, et avant de le rendre plus malade par l'opération à laquelle nous allons le soumettre, nous comprenons la nécessité de lui donner le temps de s'acclimater et de se faire aux habitudes de l'hôpital.

La taille bi-latérale sera pratiquée chez le malheureux enfant couché au n° 23 de la salle Saint-Côme.

Nous avons été obligé de renvoyer à plusieurs reprises cette opération, par suite de l'affection typhoïde dont cet enfant a été atteint. Maintenant que le voilà convalescent de cette affection, nous croyons ne pas devoir différer plus long-temps cette opération, d'autant plus que cet enfant est faible, s'ennuie et dépérit à l'hôpital.

Ce malade a à peu près le même âge que le précédent ; mais plusieurs considérations nous ont fait préférer, chez lui, la taille à la lithotritie. Premièrement, il est d'une indocilité extrême, et ajoutons à cela qu'il est grêle et d'une sensibilité telle, que ce n'est qu'à grand'peine que nous pouvons parvenir à le sonder.

Opération de taille bi-latérale.

Jeudi dernier nous avons pratiqué la taille bi-latérale chez un enfant âgé de deux ans et demi, lymphatique, qui souffrait depuis cinq à six mois. L'opération, comme vous savez, a été prompte et facile.

L'incision du canal de l'urètre n'a pas présenté de difficulté ni l'introduction du lithotome double ; l'habileté avec laquelle nous avons été secondé dans cette opération, surtout de la part de l'aide qui fixait la sonde, nous ayant été d'une grande utilité. Nous avons donné au lithotome un écartement de douze lignes.

Après l'incision de la peau, le sang a jailli d'une ou deux artérioles qui venaient d'être coupées, circonstance qui nous a donné d'abord quelqu'inquiétude. Nonobstant cela, immédiatement après l'opération, nous avons plongé l'enfant dans un bain, où il est resté pendant un quart d'heure. A la sortie du bain le sang coulait encore ; mais alors il nous a été facile de nous rendre maître de cette légère hémorrhagie au moyen de l'application de compresses imbibées d'eau froide.

Dans la nuit, le petit opéré a été pris de fièvre, mais celle-ci était peu intense. D'autre part, le malade n'a pas eu d'appétit d'abord, mais aussi pas de dévoiement. L'appétit revient actuellement.

La plaie est en bon état, elle est béante et livre passage à l'urine qui, le premier jour de l'opération, s'écoula par l'urètre, à cause du gonflement de la peau même, qui n'a pas tardé à se dissiper.

Cependant aujourd'hui la plaie présente un aspect légèrement grisâtre, ce qui nous a engagé à prescrire quelques pansemens chlorurés.

Affection nerveuse de la vessie simulant un calcul urinaire. Emploi infructueux des anti-spasmodiques.

Au n° 30 de la salle Saint-Côme est couché ce jeune malade qui nous a présenté quelques symptômes d'un calcul vésical.

Cet enfant est à l'hôpital depuis quinze jours. Il souffre en urinant, et ressent surtout des picotemens douloureux à l'extrémité de la verge. Cependant cet organe ne présente pas les proportions exagérées que l'on remarque chez les enfans calculeux. Le cathétérisme a été pratiqué par nous à plusieurs reprises différentes, ainsi que par notre interne, M. Malespine, et nous n'avons pas trouvé de calcul.

Nous avons dû conclure que cet enfant est atteint d'une de ces affections nerveuses de la vessie qui, par l'appareil symptômatique dont elles s'accompagnent, simulent assez exactement la présence d'un calcul dans la vessie pour avoir donné lieu à des opérations inutiles.

Que fallait-il faire dans ce cas ? la thérapeutique a conseillé bien des moyens qui ordinairement sont restés sans efficacité. Il faut dire cependant qu'on a plus souvent réussi avec les excitans qu'avec les antiphlogistiques. Les saignées et les vésicatoires n'ont rien produit d'avantageux.

Chez notre malade, nous avons d'abord employé les lavemens antispasmodiques préparés avec le camphre et le laudanum. Ils sont restés sans succès, et il nous a fallu changer de moyens ; alors nous avons eu recours à l'introduction soir et matin d'une sonde dans l'urètre, laissée pendant un quart d'heure.

Un peu de mieux paraît avoir suivi l'emploi de ce moyen, le lendemain de sa première application ; mais cette amélioration n'est pas encore assez décidée pour mériter notre confiance. Nous attendrons donc avant de porter un jugement définitif.

Spina-bifida de la région lombaire. Ligature et compression de la tumeur à sa base, au moyen de la suture enchevillée. Evacuation par ponction d'une partie du liquide céphalo-rachidien contenu dans la tumeur.

Au n° 20 de la salle Saint-Côme, nous avons un enfant atteint de *spina-bifida*. Je vous rappellerai à peine que cette affection consiste dans la division d'une ou de plusieurs vertèbres, cervicales, dorsales, lombaires ou sacrées, mais le plus souvent lombaires. C'est le cas de notre malade.

Il résulte de cette division vertébrale, que le canal rachidien manquant postérieurement de paroi osseuse, la dure-mère se trouve en contact avec la peau, et que le défaut de résistance au même endroit permet à cette membrane de faire hernie et de donner naissance à une tumeur, ou kyste sous-cutané rempli d'un fluide qui n'est autre chose qu'une collection de liquide céphalo-rachidien.

La forme de la tumeur est ordinairement hémisphérique ; c'est la configuration qu'elle présente chez notre malade ; elle est transparente, et l'on y remarque une fluctuation manifeste. Avec le temps, elle finit assez souvent par s'ulcérer, et au bout de deux ou trois ans, cette affection entraîne la mort des malades. On cite cependant l'exemple d'un individu qui vécut jusqu'à l'âge de vingt-un ans.

On a songé aux moyens capables de guérir une affection aussi redoutable, à laquelle se rattache ordinairement la paraplégie. Notre malade nous en fournit un exemple, quoique la paralysie soit incomplète. Et dans le traitement du spina-bifida, on a principalement pris en considération l'état des membres inférieurs.

Les différens moyens que l'on a conseillés, consistent principalement dans l'incision, la cautérisation, la ponction, etc.

La cautérisation et l'incision, ont souvent provoqué l'inflammation du kyste qui s'est ensuite propagée à la moelle épinière. Ajoutons qu'elles ont de plus entraîné l'evacuation du liquide céphalo-rachidien. Sir A. Cooper conseille la compression. Assurément, elle constitue un des meilleurs moyens à mettre en usage en pareille occurrence, lorsqu'on est appelé à donner des soins à l'enfant pendant les premiers temps de la vie ; car alors elle peut suffire au moins pour arrêter les progrès de la maladie. Sir A. Cooper combine la piqûre avec la compression. Samuel Cooper cite des cas de guérison obtenus à l'aide de ces moyens.

Bell conseille la ligature de la tumeur, pour obtenir l'oblitération du kyste et s'opposer au passage du liquide céphalo-rachidien dans son intérieur. Cette ligature, selon Bell, doit être faite à la base de la tumeur. Mais celle-ci étant ordinairement très large, on conçoit que son application doit être souvent difficile, si non impossible. La base de la tumeur est très large chez le malade de la salle Saint-Côme.

La plupart des opérations que l'on a tentées dans ce genre ont été pratiquées sans succès. Serons-nous plus heureux que nos prédécesseurs ? Rien ne nous autorise à l'espérer.

Quoi qu'il en soit, notre intention est de faire des piqûres pour faire sortir une partie du liquide céphalo-rachidien ; ensuite, au moyen de la suture enchevillée, nous établirons une compression à la base de la tumeur, que nous pourrons maintenir au même degré en serrant les fils, à mesure que le liquide s'écoulera par les piqûres mêmes qui livreront passage aux fils.

Si les piqûres des fils étaient insuffisantes pour procurer l'évacuation du kyste, nous pratiquerions de nouvelles piqûres.

Observation d'exophthalmie, recueillie par le docteur PUTÉGNAT, membre de la Société d'Emulation de Paris, etc.

Il y a 28 mois, Bré, tailleur d'habits ressentit dans l'orbite gauche, et sans cause connue, des douleurs sourdes, continuelles. Pendant les dix premiers mois, la vue s'affaiblit au point que l'œil gauche est perdu entièrement depuis dix-huit mois. Voici quelle était la position de Bré le 21 janvier, jour où je l'ai observé pour la première fois. Taille moyenne, assez d'embonpoint, chair ferme, sommeil et appétit conservés. L'œil droit est bon. Bré accuse dans l'orbite gauche, à des intervalles irréguliers, des douleurs vives, passagères, qu'il compare à des piqûres d'aiguilles. Sa paupière supérieure gauche, lisse, tendue, fortement bombée, recouvre tout le globe oculaire. Elle a perdu le pouvoir de se lever et de s'abaisser seule ; pour

---

et conseillèrent, pour l'éviter, de faire les frictions mercurielles à deux ou trois jours d'intervalle.

F. Chicoyneau, en 1718, fit connaître les inconvéniens de la salivation, et proposa une nouvelle méthode d'administrer le mercure. Cette méthode, connue sous le nom de méthode par extinction, ou de Montpellier, jouit d'une grande vogue et fut généralement adoptée. Henri Haguenot contribua beaucoup à la répandre : il agissait sur la peau par des bains répétés, avait recours à un régime fortifiant, et éloignait les frictions les unes des autres ; il les suspendait même si la bouche entrait en turgescence.

Pierre Desault proposa, dans la même vue, d'allier l'usage des frictions mercurielles avec celui des moyens laxatifs.

De quelque manière que l'on donne les mercuriaux, par la surface externe du corps, par les premières voies, ou par la respiration, on ne peut agir que d'après deux méthodes qui se disputent la préséance dans le traitement de la maladie vénérienne. Dans l'une, on administre le mercure du manière à arriver promptement à la salivation. C'est la plus ancienne, dont Boerrhaave a fait une exacte description dans les aphorismes suivans : lorsque l'infection syphilitique existe, il faut amener la salivation. — Pour l'obtenir, on abreuvera pendant plusieurs jours le malade d'une grande quantité de tisane. — Puis toutes les deux heures, il prendra une petite dose de calomel. — Une salivation de trois ou quatre livres par jour est suffisante. — Moindre, elle doit être excitée par le mercure. — Plus abondante, elle doit être modérée. (*Aphor.* 1467, 1468, 1469, 1471, 1472, 1473.)

La méthode de Boerhaave se trouve jugée très favorablement dans le traité de matière médicale et de thérapeutique de MM. Trousseau et Pidoux. Ils croient utile de laisser long-temps les malades dans un commencement de salivation avec les gencives tuméfiées et échauffées, mais ils sont dans l'erreur de croire que dans les hôpitaux spéciaux on préfère la méthode par salivation, parce qu'il est possible d'y exercer une surveillance active et une discipline sévère.

C'est surtout dans ces établissemens où les malades sont réunis en grand nombre, qu'il faut s'abstenir de provoquer le ptyalisme mercuriel, parce qu'il serait bien difficile de le maîtriser lorsqu'il existerait sur une si grande échelle, malgré les précautions hygiéniques les mieux entendues. Un malade atteint de salivation infecte tout une salle : que serait-ce si tous les malades salivaient ? Comment remédier au milieu de cette atmosphère aux accidens qui accompagnèrent ce mode de traitement ?

D'ailleurs la salivation est inutile ; elle ne fournit même pas la certitude de la destruction d'une maladie vénérienne constitutionnelle. La production des effets que Boerhaave demande ne suffit pas pour mettre l'esprit du médecin à l'abri de toute crainte de récidive. En effet, l'action curative du mercure dans le traitement de la syphilis est indépendante de son action physiologique. Le mercure guérit sans avoir besoin de manifester sa présence par les phénomènes qui indiquent l'infection générale et l'altération de tout le système. Il guérit à la manière des spécifiques, c'est-à-dire qu'il s'attaque à une cause morbifique, la détruit, ou la change tellement de nature qu'elle ne produit plus d'effets délétères. Maintenant peu nous importe que ce soit en agissant par son poids sur les obstacles qu'il rencontre dans le sang, qu'il atténue et chasse au dehors ; en entraînant le virus par une modification dans les humeurs et par une évacuation ; en s'unissant chimiquement au virus et le décomposant, au moyen de quoi il détruise ses propriétés irritables ; en produisant dans la constitution une irritation particulière d'un genre différent à celle du principe morbifique ; en rétablissant les rapports d'activité entre toutes les fonctions, etc. Je le répète, peu nous importe l'explication, le fait de la guérison de la syphilis par le mercure reste ; mais il reste aussi que ce médicament a des inconvéniens qui ne sont pas nécessaires à son action thérapeutique, parmi lesquels la salivation. Il faut donc éviter cette salivation.

La méthode de Montpellier, préconisée dans ce dernier but, a prévalu non-seulement dans le monde, à cause de sa commodité, mais encore dans les hôpitaux, à cause des avantages que les praticiens lui ont reconnu. Cette méthode a subi quelques modifications, mais les principes posés par Chicoyneau et Haguenot sont restés les mêmes : on donne le mercure par petites doses ; on y joint l'usage des bains, des sudorifiques et des dépuratifs ; on laisse de temps en temps reposer l'organisme, et on procure une douce purgation ; on change quelquefois la forme du médicament, et on continue jusqu'au-delà de la disparition totale des symptômes vénériens.

Feu Cullerier, l'oncle, donna toute son attention aux moyens de prévenir la salivation ; il insista surtout sur l'assainissement des salles destinées aux malades affectés de syphilis. Sa pratique a exercé une heureuse influence dans le traitement des maladies vénériennes, et a fait proscrire la salivation mercurielle comme moyen de guérison.

M. Ricord, convaincu de l'utilité, de l'efficacité exclusible dans une foule de cas, des préparations mercurielles, déclare avoir constamment cherché avec soin à éviter cet effet toujours désagréable et si fréquemment fâcheux, la salivation.

La salivation mercurielle est l'ensemble des phénomènes que le mercure, introduit dans l'économie, détermine sur la bouche et ses annexes. Tantôt c'est un symptôme d'imprégnation mercurielle ; tantôt c'est un phénomène secondaire, pour ainsi dire d'élection, qui doit peu inquiéter, parce qu'il n'est pas accompagné de diminution dans la plasticité du sang. Dans la majeure partie des cas, c'est à ce même mode d'action qu'appartiennent l'augmentation de la transpiration cutanée et la diarrhée.

Le malade éprouve au commencement la sensation d'une chaleur incommode qui s'étend dans toute la cavité buccale, avec une gêne insolite dans la déglutition de la salive. La muqueuse du voile du palais et de la face interne des joues est couverte de ramifications capillaires rouges sur un fond grisâtre. Les gencives sont gonflées, ramollies, et d'une couleur foncée autour du collet des dents ; plus tard elles prennent une teinte brune, se détachent des dents et se couvrent de petites ulcérations. La langue devient épaisse, les glandes salivaires sont tuméfiées et douloureuses au-dessous de la mâchoire inférieure et au-devant de l'oreille ; cette douleur augmente dans les mouvemens de la mâchoire. La quantité de salive qui s'écoule de la bouche commence à être considérable ; l'haleine prend une fétidité caractéristique, et les dents deviennent vacillantes, écartées les unes des autres, et comme allongées.

Si la maladie continue à faire des progrès, la tuméfaction des parties augmente rapidement ; la langue ne peut plus être contenue dans la bouche, les parois de cette cavité présentent l'empreinte des arcades dentaires. C'est principalement dans les points en rapport avec des dents rugueuses et inégales que se montrent les ulcérations, d'abord superficielles et de peu d'étendue, couvertes d'une pellicule blanche, ou saignantes, sillonnant ensuite la bouche dans tous les sens, profondes et gangréneuses. On remarque alors un cordon noueux et continu d'une oreille à l'autre, passant derrière les branches de la mâchoire et au-dessous du menton. Les amygdales participent à ce gonflement ; l'isthme du gosier est très rétréci et l'inflammation gagne l'oreille interne par la trompe d'Eustache. Le malade ne peut ni parler, ni manger, il reste penché au-dessus d'un vase où s'écoule une bave infecte et abondante. Il est amaigri, les yeux saillans ; il se plaint d'une violente céphalalgie ; le sommeil est court et pénible ; le cou est tendu et douloureux ; les forces sont diminuées ; le pouls

lui faire exécuter ce mouvement, Bré se sert de ses doigts. La paupière inférieure est cachée par le globe. Si l'on examine ce dernier, après avoir soulevé le voile qui le cache tout à fait, on voit qu'il est presque entièrement sorti de sa cavité ; qu'il est passé de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans ; que la pupille, plus large que celle de l'autre œil, et n'offrant aucune trace de contraction à la lumière, regarde l'aile du nez, et que la conjonctive sclérotidale est légèrement injectée à la partie externe du globe oculaire. Les mouvemens de l'œil sont difficiles et bornés ; sa tête est inclinée à droite. A quoi tient cet exorbitisme ? Est-ce à un kyste, à un fongus, à une exostose, à une dilatation anévrismale, à une tumeur graisseuse ? On est dans le doute. Bré, qui n'accuse aucun symptôme de scrofule, dit n'avoir jamais eu de maladie syphilitique.

Le 22 janvier, l'on pratique dans toute l'étendue transversale de la paupière supérieure une incision concentrique au bord de la voûte orbitaire supérieure et à une ligne au dessous de lui. Ce voile divisé dans toute son épaisseur et séparé du tissu cellulaire, permet au petit doigt de l'opérateur de s'introduire dans l'orbite et de reconnaître une tumeur qui paraît assez bien limitée, quoique s'étendant assez loin en arrière, adhérente en bas au tissu cellulaire, et aux faces osseuses supérieure, interne et externe. Cette tumeur est saisie par une érigne double et séparée des parties environnantes par le manche d'un scalpel. Une portion est déchirée et enlevée. L'opérateur reporte l'érigne sur la partie restante, la tire en avant, la détache dans son pourtour avec le manche du scalpel, et en arrière avec des ciseaux courbes sur leur plat, en épargnant les muscles. Cela fait, on repousse dans l'orbite le globe qui se trouve alors de beaucoup moins saillant qu'avant l'opération ; en même temps l'on remarque que la paupière a recouvré ses plis.

Après avoir fait rentrer le tissu cellulaire sortant par la plaie, on rapproche les bords que l'on maintient avec cinq bandelettes agglutinatives, s'étendant du front au milieu de la joue. On place un peu de charpie molle dans l'angle de l'œil, par-dessus un large plumasseau, puis des compresses, enfin le bandage appelé monocle. Je dois ajouter que le malade a perdu fort peu de sang.

Examen de la tumeur. On reconnaît les débris d'un kyste à parois assez épaisses, résistantes, contenant une masse rougeâtre et fongueuse. Cette tumeur a-t-elle été enlevée entièrement ? On en doute.

Le malade dort peu la nuit suivante. Le matin, il est abattu, il se plaint de la tête ; la peau, chaude, est légèrement enduite d'une sueur visqueuse ; le pouls, large, fréquent, donne 90 pulsations à la minute ; la langue et la bouche n'offrent rien d'anormal. Bré n'ouvre pas l'œil droit, parce que, dit-il, en l'ouvrant il développe de la douleur dans l'autre. Tout l'appareil est teint de sang. Entre le nez et les compresses, on reconnaît une tumeur dont on ignore la cause et la nature ; aussi lève-t-on l'appareil. Cela fait, on voit s'échapper entre les paupières une masse brune, arrondie et convexe de dehors en dedans et un peu aplatie d'avant en arrière, et dont le centre est constitué par un cercle.

Cette tumeur est évidemment le globe oculaire, qui de nouveau est repoussé hors de sa cavité. La paupière inférieure est cachée derrière l'œil ; la supérieure est fortement refoulée en haut ; aussi les bords de la plaie sont-ils en contact. On remarque de la tuméfaction à la tempe et au dessus du sourcil.

Traitement. Diète absolue ; limonade, 4 litres ; on applique sur tout l'œil une compresse fine enduite de cérat, puis de la charpie molle, enfin le monocle.

Le 24, persistance de la douleur de tête, grande soif, peau chaude, le pouls est large, beaucoup moins fréquent que la veille, l'appareil encore teint de sang.

Le 25, pouls large, donnant tantôt 60, tantôt 65 pulsations à la minute ; langue un peu blanche, bouche pâteuse et amère ; quelques nausées ; épigastre sensible à une légère pression ; mal de tête plus violent que la veille ; le malade ne peut en fixer le siége ; il y a eu insomnie. Les bords de la plaie sont renversés en dehors ; un pus fétide, ichoreux s'en écoule, et s'échappe aussi entre le globe et la paupière supérieure ; sur la partie du globe on remarque une plaque gangreneuse. Même traitement.

Le 26, quoique n'ayant point dormi, Bré est moins abattu que la veille. La gangrène a gagné en circonférence. Le pus est devenu plus abondant.

Le 27, langue sèche, soif vive, épigastre douloureux, point de nausées, l'eschare tombe, le pouls donne 80 pulsations.

Le 29, des lambeaux gangrénés tombent ; le malade a eu quatre à cinq selles liquides ; ainsi que la veille, la langue est sèche, noire, fendillée au milieu, rouge et humide sur les bords ; soif vive ; épigastre douloureux ; fosse iliaque droite sensible ; peau chaude et sèche.

Le 31, encore quatre à cinq selles liquides ; persistance de la douleur de tête. Eau de riz gommée.

Le 1er février, le dévoiement a cessé ; épigastre et abdomen douloureux ; même état de la langue ; soif ardente ; persistance de la céphalalgie ; le pus est abondant et très fétide ; le pouls donne 80 pulsations à la minute ; une légère rougeur colore la joue du côté (droit) sur lequel le malade se tient couché.

Le 5, je vois de nombreuses parties de sclérotique, de choroïde et d'iris tomber avec l'appareil du pansement ; la tumeur est diminuée ; la paupière inférieure apparaît tuméfiée et renversée en dehors ; les cils en sont collés sur la joue, où l'on voit ruisseler le pus. Pour la première fois, Bré est couché sur le côté gauche ; il n'accuse plus du dévoiement, mais des ténesmes, et dit mieux se porter. Cependant la peau est brûlante ; la faiblesse est très grande ; la soif est ardente ; la langue, les dents et les lèvres sont fuligineuses. On remarque des tremblemens dans les bras. Bré parle tout seul ; ses réponses sont brèves et se font attendre ; le pouls est souple, peu fréquent et un peu irrégulier. Dans la journée, la faiblesse augmente de plus en plus, et vers trois heures du soir se montrent des convulsions avec de la raideur dans les membres. On pratique une saignée du bras et on applique quarante sangsues derrière les oreilles ; mais c'est en vain, deux heures après Bré n'est plus !

Nécropsie quarante heures après la mort.

Pendant ces 40 heures, le cadavre est resté étendu sur le côté droit, aussi la joue et les paupières du même côté sont-elles injectées. A gauche, la paupière inférieure est renversée en dehors ; un lambeau de sclérotique, noirâtre à son extrémité libre, sort entre elle et la supérieure.

Examen de la tête. Les veines de la dure-mère du côté droit sont remplies de sang ; les membranes qui tapissent la face supérieure du cerveau sont sèches, se laissent enlever avec peine, mais cependant sans entraîner avec elles de la substance cérébrale qui a conservé sa fermeté naturelle. Les ventricules latéraux contiennent environ 60 grammes d'un liquide ressemblant assez bien à du petit-lait mal clarifié. Plexus choroïdien exsangue ; corps strié, couches optiques et voûte à trois piliers ramollis au point que leur tissu ressemble à de la crême liquide. La base du cerveau se trouve tapissée de pus qui existe dans la cavité de l'arachnoïde. Dans la scissure gauche de Sylvius, il y a aussi du pus, mais sous l'arachnoïde, car il ne s'enlève qu'avec la pie-mère ; là, la substance grise n'est point injectée. Dans la scissure de droite, liquide purulent en grande quantité suivant le trajet des vaisseaux hors de la cavité arachnoïdienne. La pie-mère s'y enlève facilement, et la substance grise ne paraît point ramollie. A la surface convexe de la protubérance annulaire on trouve du pus concret dedans et dehors l'arachnoïde. La surface du cervelet, jusqu'à la circonférence de cet organe, laisse voir du pus d'autant plus abondant qu'on s'approche de la ligne médiane. Arachnoïde mince et transparente ; le pus n'est enlevé qu'avec la pie-mère, qui entraîne avec elle la substance grise du cervelet ; le pus ne paraît pas avoir fusé dans le canal rachidien.

Le cervelet, la moelle allongée et les tubercules quadrijumeaux n'offrent rien d'anormal dans leur intérieur. Les deux nerfs optiques sont très mous ; le droit, depuis le chiasma, prend une teinte grisâtre d'autant plus foncée qu'on s'avance vers son épanouissement. La voûte de l'orbite enlevée, l'on trouve une tumeur de la grosseur d'une noix, dont le couleur ressemble assez bien à celle de la substance grise cérébrale, et qui est plus foncée vers le nerf optique. Cette tumeur contient dans son intérieur de nombreux foyers purulens. Les muscles de l'œil sont sains. La glande pituitaire a le volume, la couleur et la consistance habituels ; elle est environnée d'un liquide brunâtre qu'on retrouve dans le sinus caverneux gauche. Les sinus postérieurs, et surtout à droite, sont gorgés de sang ; le longitudinal supérieur n'en contient point.

Examen du thorax. A gauche, plèvre saine ; moitié du lobe inférieur du poumon rouge, brune, remplie d'écume bronchique. A droite, adhérences celluleuses de la plèvre ; lobe inférieur du poumon friable, gorgé de sang et d'écume. Le cœur est de la grosseur du poing du cadavre, et n'offre aucune trace de maladie.

Examen de l'abdomen. La face antérieure de l'estomac est légèrement teinte en jaune ; on y voit vers le pylore plusieurs pointillés rouges. La muqueuse stomacale, qui a conservé son épaisseur naturelle, s'enlève par lambeaux de plusieurs millimètres vers la grande et la petite courbures.

Sur la face postérieure de l'estomac, le pointillé rouge est très fin et très serré : on croirait voir des ecchymoses ; la muqueuse est ramollie vers la grande courbure. Les intestins grêles contiennent une assez grande quantité d'un liquide jaunâtre, et offrent quelques arborisations ; en un point quelconque de leur étendue, la muqueuse s'y enlève par grands lambeaux, même au milieu des arborisations. Les glandes de Brunner, sans point central, du volume d'un grain de millet, sont très nombreuses. Vers la cinquième inférieure, l'on rencontre quelques plaques sensibles au toucher et à la vue, et parsemées de petits points noirs. Dans le gros intestin, on trouve une ascaride et quelques glandes de Brunner, mais moins gauffrées que celles de l'intestin grêle. La muqueuse y est mince, transparente, et donne des lambeaux assez longs ; ses ganglions mésentériques sont volumineux comme des haricots et un peu injectés. La vésicule est pleine de bile, et la vessie

---

est fréquent, la peau ardente. Joignez à cela des phénomènes convulsifs qui ne sont pas rares ; l'inflammation du tube digestif qui est fréquente ; la gangrène et la chute de la portion de la langue qui est hors de la bouche, et vous aurez un tableau complet et pas du tout chargé du ptyalisme mercuriel.

Si l'on voit assez souvent, dit M. Ricord, la salivation diminuer rapidement en quelques jours et guérir d'une manière spontanée, plus souvent encore elle acquiert un degré d'intensité alarmant ; l'inflammation gagne les parties voisines et la maladie allant toujours croissant, la gangrène en est la terminaison funeste. Dans ces circonstances, heureux le malade, si la mortification est superficielle ; car le ptyalisme a pris parfois une telle gravité, que les gencives tombent en putrilage, que les dents ébranlées abandonnent leurs alvéoles, que les joues se gangrènent et qu'une portion du bord alvéolaire est frappée de nécrose.

Le malade peut mourir dans le marasme et l'épuisement par les pertes énormes de salive ou à la suite de la gangrène. S'il résiste à ces accidens, il y a des cicatrices vicieuses qui compromettent la vie en gênant le fonctions des organes buccaux. J'ai vu une fois la surdité complète par l'oblitération des deux trompes d'Eustache.

Les phénomènes de la salivation varient beaucoup dans leur marche et dans l'intensité. Quelquefois ils se succèdent avec beaucoup de lenteur, tandis que, dans d'autres cas, ils mettent dans leur évolution une rapidité surprenante. Quelques malades restent pendant longt-temps dans un état voisin de la salivation, la bouche se couvre d'ulcérations à bords rouges et à fond gris ; il y a un peu de gonflement et de l'empâtement dans les parties ; l'haleine a une odeur métallique, cependant la salivation ne se déclare pas. L'odeur métallique de l'haleine est un caractère distinctif, qui empêche de confondre cet état mercuriel avec les ulcérations syphilitiques qui peuvent se montrer dans cette région.

Les malades qui ont été atteints de stomatite restent sujets à l'inflammation des gencives par la cause la plus légère. Généralement ils perdent les dents de bonne heure.

Quelques auteurs ont vu dans la salivation un effet de l'inflammation des gencives, au même titre que l'inflammation varioleuse de la bouche, le muguet, la diphthérite gingivale, les glossites, le travail de la dentition chez les enfans, et enfin tous les masticatoires divers qui augmentent la sécrétion de la salive. (Trousseau et Pidoux.)

Il y a entre l'emploi du mercure et la super-sécrétion des glandes salivaires, l'inflammation des gencives C'est une erreur évidente sur laquelle il n'est pas besoin d'insister, et que la marche de l'infection mercurielle de la bouche fait très bien comprendre. La salivation a lieu par une action spéciale du mercure sur les glandes salivaires, et elle ne ressemble en aucune manière aux différentes espèces énumérées ci-dessus.

M. le decteur Alyon, présumant que le mercure et ses préparations devaient leurs propriétés médicamenteuses à l'oxygène, employa, avec le plus grand succès, contre les maladies vénériennes, plusieurs combinaisons d'oxygène sans mercure, et il obtint par une pommade oxygénée et par l'usage interne de l'eau oxygénée par l'acide nitrique, la salivation et le gonflement des amygdales. Mais cette salivation n'était pas accompagnée des caractères propres à celle qui est le résultat des mercuriaux ; il n'y avait ni ulcérations, ni fétidité, ni tendance à la gangrène.

Les préparations aurifères, en frictions sur la langue, peuvent produire une augmentation dans le flux de la salive entièrement différente de celle que provoque le mercure, en ce sens qu'elle est précédée d'une irritation de la bouche et du gosier. C'est une hyper-sécrétion purement inflammatoire.

La salivation mercurielle est encore différente de celle qui a été observée après l'usage long-temps continué de l'iode. M. Wallace a vu deux fois cette dernière assez forte pour devoir suspendre l'emploi du médicament. Il survient quelques jours avant, un mal de gorge continu, et un écoulement considérable par les narines.

Le mercure est la cause spéciale du ptyalisme que nous étudions ; mais la forme du médicament et la manière de l'administrer ne sont pas indifférentes pour la production de ce phénomène. Dans le traitement par les frictions il faut craindre la salivation et une salivation terrible, bien au contraire de l'usage de la liqueur de Van-Swiéten qui exerce son action principalement sur la moitié inférieure du tube digestif. Les inspirations de cinabre volatilisé, conseillées par Nicolas Massa et Baier, constituent la méthode la plus active. Van-Swiéten rapporte l'observation d'un ptyalisme intense trois heures après une fumigation de trente grains de cinabre. L'observation démontre que les préparations insolubles ont plus de puissance pour développer la salivation que les autres.

Le mercure volatilisé à la température ordinaire produit, chez les mineurs, de funestes effets signalés par Walter Pope (*Transactions philos.*, 1665), Ramazzini (*Maladies des Artisans*), et M. Colson (*Archives génér. de Méd.*, t. XII). Lagneau rapporte le fait d'un ramoneur affecté d'une salivation épouvantable pour avoir ramoné la cheminée d'un doreur, bien qu'il eut pris la précaution de se couvrir la bouche et le nez d'un linge mouillé. Une famille entière, qui était logée au-dessus de l'atelier d'un doreur, fut prise de salivation et d'ulcérations dans la bouche, quoiqu'il n'existât d'autre communication que par un tuyau de poële qui se rendait dans la même cheminée. On raconte que les forçats employés à l'exploitation des mines de Almeden, en Espagne, y sont quelquefois atteints de salivation, et y trouvent la guérison de leurs maux vénériens. Il est dit dans les *Ephémérides des curieux de la nature*, qu'un homme qui, pour se guérir d'une affection cutanée, porta une ceinture de drap renfermant du mercure, fut pris au bout de deux jours de douleurs, d'aphthes, d'inflammation dans la bouche et d'un flux abondant de salive visqueuse. On lit dans les *Transactions philosophiques* : En 1810, le vaisseau anglais de 74, *le Triomphe*, reçut à son bord une grande quantité de mercure ; le métal s'échappa des vessies et des barils qui le contenaient, et de là se répandit dans tout le navire. Dans l'espace de trois semaines, deux cents hommes furent affectés de salivation, d'ulcérations à la bouche et à la langue, etc. (Trousseau et Pidoux).

La durée de la médication nécessaire pour la production du ptyalisme, est très variable ; il peut survenir le second ou le troisième jour, ou attendre deux ou trois mois. Le mercure a une durée d'action qu'il est très difficile de calculer ; j'ai vu un jeune homme, qui avait subi un traitement mercuriel depuis six mois, pris d'un ptyalisme spontané et excessif, avec des caractères qui ne permettaient pas le moindre doute sur sa nature. Le terme moyen, quand on ne fait rien pour l'éviter, est du sixième au dixième jour.

La quantité du mercure est aussi très variable pour donner lieu à la stomatite. Je l'ai vu survenir après une seule friction. Deux jours après son entrée dans une salle de vénériens, un jeune homme salive sans avoir pris du mercure. Un étudiant en médecine de première année, consulte M. le professeur Serre pour une maladie vénérienne ; il lui conseille des pilules de Sédillot. Croyant qu'il suffisait d'en prendre une certaine quantité pour être guéri, il en avale soixante en deux jours, sans aucun accident. Heureusement pour lui qu'il avertit M. Serre de ce qu'il avait fait, et qu'il se garda bien de continuer.

(*La suite à un prochain numéro.*)

d'urine. Le foie, la rate et les reins sont sains.

— Cette observation est digne, pour plusieurs motifs, de fixer l'attention des praticiens. L'orbitocèle reconnaissait évidemment pour cause une production mélanique siégeant dans l'orbite et s'étendant à la base du cerveau. Les douleurs vives, très aiguës, que Bré comparait, dans le langage de sa profession, à des piqûres d'aiguille, ont fait craindre, même avant l'opération, une tumeur de nature cancéreuse. La perte de la vue a suivi la marche de l'extraction oculaire; l'autopsie a démontré qu'elle devait reconnaître pour cause le ramollissement du nerf optique. L'exophthalmie était convergente. L'examen anatomique de l'œil a donné la raison de ce fait; cependant il ne faut point oublier que dans l'exophthalmie directe, la procidence de l'œil commence à la partie externe de l'orbite, ou du moins est toujours plus apparente dans cette partie, ce qui se comprend facilement quand on réfléchit à la conformation de la face antérieure des parois osseuses de l'orbite. L'on a vu aussi que cette procidence oculaire était descendante parce que la tumeur proéminait vers la paroi supérieure de l'orbite, ce qui a décidé l'opérateur à suivre le procédé des anciens de préférence à celui de M. Velpeau, combattu par M. Gerdy. L'on a vu quelle a été la rapidité de la marche de la maladie immédiatement après l'opération.

Certes, il est de toute évidence que l'opération tua le malade, mais qui aurait pu deviner l'état du nerf optique et l'étendue de la dégénérescence cancéreuse? Il est bien évident que le malade pouvait encore vivre long-temps sans l'opération, et il est bien démontré aussi que tôt ou tard l'œil aurait dégénéré et aurait amené indubitablement la mort. Ainsi l'opération pratiquée était la seule planche de salut offerte à Bré. Je dirai aussi que la méningo-céphalite aiguë et que le ramollissement cérébral ne furent point soupçonnés par l'opérateur qui, par conséquent, ne les combattit point. Cette observation démontre jusqu'à un certain point la justesse de l'opinion de M. Calmeil sur l'encéphalite diffuse.

En terminant cet article, je vais dire un mot sur une sorte d'exorbitisme dont on n'a point encore parlé; je veux parler de l'exophthalmie produite par une maladie du larynx.

Cette sorte d'exophthalmie est directe, et attaque en même temps et également les deux yeux du patient, ce qui lui donne une figure affreuse.

Ce symptôme d'angine laryngée m'est connu depuis quelques années, et j'ai déjà pu l'observer plusieurs fois. Je l'ai signalé dans ma Pathologie interne du système respiratoire. Voici ce que j'ai dit à la page 98 du tome Ier de cet ouvrage: « Dans les angines laryngées, lorsque la respiration est fortement gênée et depuis un temps assez long, les globes oculaires, après avoir écarté peu à peu les paupières, viennent faire une saillie hors des orbites. J'ai maintenant entre les mains une femme de la commune de Chanteheux, atteinte depuis long-temps d'une angine laryngée, dont les yeux font une telle saillie, que continuellement le cercle iridien est tout à fait à découvert, et que l'on croirait avoir affaire à une double exophthalmie qui, au dire de la patiente, date du commencement de la laryngite, et va en croissant avec elle. » Je dois dire que, quand cette malheureuse succomba, depuis quelques jours ses pupilles, insensibles à la lumière, étaient énormément dilatées, et que la vue était abolie.

Depuis cette époque j'ai donné des soins à madame L..., atteinte depuis longues années d'une laryngite chronique, caractérisée par tous les symptômes connus. Cette dame, dont la respiration était horriblement difficile, avait les deux globes oculaires bien saillans, ce qui, au dire de la malade, ne remontait qu'à quelques mois. Un traitement énergique, dirigé contre l'angine (sangsues, silence le plus absolu, séton, etc.), ayant amené une amélioration notable du côté de l'organe vocal, aujourd'hui les globes oculaires sont de beaucoup moins saillans qu'ils ne l'étaient auparavant.

Hystérie chez un garçon. Emploi du sulfate de quinine. Guérison. Par M. Garcin, d.-m.-p., à Vauvillers (Haute-Saône).

François Garret, âgé de quinze ans, fut pris tout à coup, le 8 octobre 1839, à cinq heures du soir, de mouvemens convulsifs violens; il faisait des sauts, des bonds fréquemment répétés; ses membres et sa tête se convulsaient en arrière; d'autres fois ils se raidissaient et s'arc-boutaient contre le mur ou le pied du lit. Le malade se plaignait d'un morceau qui lui serrait la gorge. De temps en temps il pousse des cris et des paroles sans suite; d'autres fois il rit ou pleure. Pendant quelques minutes tous ces phénomènes se suspendent, et le malade semble plongé dans le sommeil, puis les mouvemens recommencent, et ces alternatives de repos et d'agitation se prolongent jusqu'à minuit; alors il revient à lui, ne se souvient de rien, puis bientôt s'endort accablé de fatigue.

Pendant tonte la journée du 9, Garret s'est livré à ses occupations, mais à cinq heures, sans symptômes précurseurs, les mêmes phénomènes se sont renouvelés. Il en a été de même tous les jours suivans jusqu'à 12, époque à laquelle je fus appelé près de lui.

J'arrivai à cinq heures moins quelques minutes; je trouvai le jeune homme dans la rue; je lui fis des questions sur son état, il me répondit n'éprouver absolument rien d'extraordinaire, si ce n'est un point douloureux un peu en dedans de l'épaule droite; mais tout à coup il baissa la tête comme s'il s'endormait, et l'accès commença par une brusque élévation des épaules fréquemment répétée et la perte de connaissance. Je le fis porter sur son lit, où deux personnes avaient peine à le contenir, et j'observai tout ce que j'ai rapporté plus haut.

Ces accidens ne peuvent être rapportés à aucune cause connue; le jeune homme est d'un caractère gai; il ne fut pas effrayé, et le premier accès le prit en causant paisiblement avec ses parens.

Je prescrivis pour le lendemain des bains de pieds, de la décoction de valériane et les pilules suivantes:

Sulfate de quinine,
Ox. de zinc. } de chaque, 10 gr.
Extr. de valériane.

Mucil., q. s. pour 10 pilules.

A peine le malade eut-il les pieds dans l'eau, qu'il se déclara un nouvel accès qui dura une demi-heure; il était alors huit heures du matin; le soir, à trois heures, la même chose eut lieu; on dut donc renoncer aux bains de pieds. L'accès quotidien ne commença qu'à six heures, et finit à onze heures et demie.

Le 14, administration de dix nouvelles pilules. L'accès commença à six heures et demie et finit à dix heures.

Le 15, même traitement. Accès de sept heures à neuf heures et demie. Le malade, pendant cet accès, et plusieurs autres fois, a prédit l'heure fixe à laquelle il cesserait.

Le 16, je fis prendre vingt-quatre pilules au lieu de dix, et le lendemain il n'y eut plus d'accès; seulement, de temps à autre, dans le courant de la journée, lorsqu'on ne parlait pas au malade, il éprouvait de très légers mouvemens convulsifs; quelquefois il chantait ou s'endormait, et prétendait n'avoir fait ni l'un ni l'autre. Je fis continuer l'usage des mêmes moyens à des doses décroissantes, et le 20 septembre, le malade était complètement guéri.

Depuis cette époque, et sous l'influence d'une impression morale très vive, il éprouva encore à quelques reprises des accès semblables, qui revenaient chaque soir sur les cinq heures. Les mêmes moyens que précédemment furent remis en usage, et depuis le mois de janvier de cette année, la guérison, désormais parfaite, ne s'est pas démentie un seul instant.

Académie des Sciences. — Séance du 19 octobre.

M. Despierres adresse la description et la figure de plusieurs appareils au moyen desquels différens phénomènes météorologiques sont enregistrés à mesure qu'ils se produisent.

Le premier a pour objet de faire connaître les variations dans l'état électrique de l'atmosphère pendant l'espace d'une journée, au moyen d'une ligne qui se trace d'un mouvement continu sur un cylindre dont la révolution s'accomplit en vingt-quatre heures.

D'autres dispositions sont relatives à l'indication des variations de l'aiguille de déclinaison, de la quantité de pluie tombant aux différentes heures, des variations hygrométriques, thermométriques et barométriques. Une dernière, enfin, est relative à l'anémomètre.

Maladie des pays tropicaux.— M. Guyon qui, dans la séance du 28 septembre, avait présenté un mémoire sur une maladie des pays chauds, désignée dans quelques localités sous le nom de *bicho*, adresse aujourd'hui les pièces anatomiques destinées à faire voir les altérations qu'offre une partie du canal intestinal chez les individus qui succombent à cette affection. Ces pièces seront renvoyées à l'examen de la commission qui a été chargée de faire un rapport sur le mémoire de M. Guyon.

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 27 OCTOBRE 1840. (15e ANNÉE.) N° 127, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Bégin.

Extraction d'un corps étranger de l'articulation du genou. Accidens inflammatoires. Mort. Autopsie. (*V.* le n° du 10 octobre.)

Le militaire Guigue, couché au n° 24 de la salle 21 des blessés, qui portait un corps étranger développé dans l'articulation du genou droit, et dont nous avions annoncé l'opération, a succombé au dix-septième jour, à la suite des accidens inflammatoires qui ne tardèrent pas à se manifester. L'application la plus énergique et aussi la mieux dirigée, les moyens antiphlogistiques dictés par un chirurgien dont l'habileté ne saurait être un sujet de contestation, et qui a poussé la sollicitude auprès de ce militaire au point de lui faire trois et quatre visites par jour, n'ont pu le soustraire à la mort, qui est arrivée après une série d'accidens qui sont la reproduction de ceux que nous avons observés chez les malades de M. Lisfranc, et dont on trouvera un exemple à la fin de cet article.

A l'autopsie, on a trouvé, comme chez les opérés du chirurgien de la Pitié, des clapiers purulens dans différens points de la cuisse, du genou et de la jambe. L'articulation du genou renfermait une quantité d'un pus noirâtre qui baignait les surfaces articulaires, dont les cartilages étaient presque totalement détruits.

En présence d'un fait aussi grave et aussi profondément utile pour ceux qui pourraient être ultérieurement appelés à répéter l'opération de M. Bégin, qu'il nous soit permis d'insister un instant sur quelques points de l'histoire des concrétions articulaires, et principalement sur l'extrême gravité que présente leur extraction, et les dangers qu'elle fait courir aux malades.

Avant d'aller plus loin, nous dirons que sur quatre opérations de ce genre que nous avons observées, une seule, qui le fut par M. Poirson, au Gros-Caillou, eut un succès heureux. Cette opération, du reste, n'a pas été pratiquée en notre présence, et ce militaire était totalement guéri lorsqu'il nous fut présenté par M. Poirson.

Laissant de côté toutes les conjectures, toutes les hypothèses établies relativement au mode de formation des concrétions articulaires, quelque plausibles qu'elles puissent être, quelque respectables que soient les noms des auteurs qui les ont émises, disons cependant que dans quelques cas au moins, les choses paraissent se passer ainsi que le pensait Dupuytren. Nous disons dans quelques cas; car il en est d'autres où la théorie de Dupuytren n'est point admissible. Ce qui nous fait croire que cette théorie est vraie pour quelques cas, c'est le peu de gravité que présente parfois l'opération que leur extraction nécessite, qui établit un contraste frappant avec les accidens inflammatoires formidables et souvent mortels qui arrivent dans d'autres cas. Lorsque dans deux faits qui sont en apparence identiques, des résultats trop disparates ont lieu, il faut admettre, en bonne logique, que les causes elles-mêmes, ou, si l'on aime mieux, les conditions au milieu desquelles ces faits se sont accomplis, ont aussi varié. Il faut alors rechercher en quoi les causes n'ont pas été les mêmes. Or, pas d'accidens graves d'un côté et la mort de l'autre, est une différence qui mérite, ce nous semble, un sérieuse attention. Quelques divergens que soient cependant ces résultats, ils sont incontestables, nous en avons les preuves, et la théorie de Dupuytren les concilie parfaitement. Des malades sont guéris sans accidens, d'autres sont morts. Il paraît donc que dans les différens cas où l'opération a été faite, les concrétions ont été extraites aux diverses époques de leur migration de l'extérieur de l'articulation vers son intérieur, et conséquemment la cavité articulaire n'a pas été ouverte dans tous les cas. C'est à cela, peut-être, qu'il faut attribuer la grande différence dans les résultats obtenus; car une opération grave est toujours grave, en dépit des conditions favorables qui en allègent le danger dans quelques cas particuliers.

Dupuytren fait l'extraction d'un corps étranger développé dans une des articulations du pied, d'une importance secondaire eu égard à celle du genou, et le malade meurt. En 1835, M. Lisfranc (*v.* l'observation qui suit) extrait un corps étranger de l'articulation du genou, et le malade meurt. En 1838, M. Poirson fait, à l'hôpital du Gros-Caillou, l'extraction d'un corps étranger de l'articulation du genou, et le malade guérit sans le moindre accident. Et notons que ce chirurgien, s'éloignant un peu du manuel opératoire usité en pareille occurrence, se contente de faire une incision avec un rasoir, et extrait ensuite la concrétion. En 1839, M. Lisfranc (*v.* la *Gazette des Hôpitaux* du 31 août), renouvelle l'opération au genou et le malade meurt. En 1839, M. Arnott fait deux fois la même opération à l'hôpital de Middlesex, et les malades guérissent (*v.* la *Gaz. des Hôp.* du 16 avril 1839). Enfin, M. Bégin dit avoir fait cinq ou six fois la même opération avec un succès constant. Voilà des faits, analogues en apparence, qui se sont succédés en peu de temps, et dont les résultats sont bien différens.

Il paraît incontestable cependant que l'articulation a été ouverte dans quelques cas où la guérison a eu lieu; cela est même certain pour les cas de M. Bégin et de M. Arnott, et la chose est d'autant plus croyable que les plaies articulaires pénétrantes peuvent, en définitive, être suivies de guérison. Mais les orages que plusieurs des opérés ont eu à traverser, joints à l'issue fâcheuse des cas indiqués, suffisent pour faire comprendre toute la gravité de l'opération qui nous occupe, et doivent engager les chirurgiens à ne la pratiquer qu'à leur corps défendant.

Nous n'insisterons pas plus long-temps sur ce point, qui était cependant celui sur lequel nous voulions nous arrêter un instant, car la gravité de cette operation n'est pas également comprise de tout le monde.

Disons cependant que M. Lisfranc, dans sa leçon clinique du mois d'août 1839, a cherché à en pénétrer ses élèves; M. Lisfranc dit avoir réussi chez trois ou quatre malades de la ville. On doit encore tenir compte à ce chirurgien d'avoir insisté sur la scrupuleuse attention qu'il faut prêter à la marche des choses, et attaquer sans hésitation, mais avec mesure, les phénomènes inflammatoires dès qu'ils font explosion. Jamais la série des moyens antiphlogistiques ne fut plus habilement employée, que ne le fit M. Lisfranc chez ses deux malades; ce qui ne les empêcha cependant pas de succomber. C'est qu'en vérité ces cas sont difficiles; ce sont d'ailleurs deux cas de plus à ajouter à celui de Hewit, aux deux que cite Samuel Cooper, aux quatre de Richerand. Nous devons ne pas oublier enfin celui de M. Roux, qui offre avec les précédens la plus grande analogie. Le voici.

Un jeune homme est entré cette année à la salle Sainte-Marthe pour une orchite; le jour où il allait sortir, il dit à M. Roux qu'étant, dans son enfance, tombé sur une bouteille avec le genou droit, un morceau de verre était resté logé dans les chairs, et que cela le gênait parfois. M. Roux l'engagea à s'en laisser faire l'extraction, qui fut pratiquée à l'amphithéâtre. Ce chirurgien s'aperçut trop tard que le corps pénétrait en partie dans l'articulation; l'issue de la synovie ne laissait aucun doute à cet égard. Le malade fut de nouveau transporté à la salle Sainte-Marthe, il ne tarda pas à être pris d'accidens inflammatoires qui résistèrent à une application de 60 sangsues; la suppuration devint bientôt tellement abondante qu'au bout de dix jours il fallut se résoudre à pratiquer l'amputation de la cuisse. Le malade ne tarda pas à succomber. Y a-t-il à s'étonner après cela que Bell ait conseillé l'amputation comme étant préférable à l'extirpation de ces corps étrangers? C'est un parti extrême cependant auquel il faudrait bien réfléchir avant de l'adopter; mais nous n'hésitons pas à dire qu'il faudrait se hâter d'y recourir après l'extirpation du corps étranger, si les premiers moyens antiphlogistiques employés n'amenaient pas promptement une amélioration très marquée, si surtout on voit le dévoiement survenir; c'est alors que tout est perdu si l'on diffère trop long-temps. Ainsi ont péri les deux malades que nous avons vu opérer.

En résumé, l'extirpation des corps étrangers articulaires, est une opération excessivement grave: lorsqu'elle n'a pas présenté cette gravité, il est probable que dans quelques cas au moins, les corps étrangers étaient en dehors de la cavité articulaire, et que celle-ci n'a pas été ouverte. Quand l'opération est suivie d'accidens inflammatoires graves, après un premier emploi des antiphlogistiques, si ceux-ci ne produisent pas un mieux très marqué, et surtout si le tube digestif menace de s'affecter, il faut recourir à l'amputation, que Bell recommande même de pratiquer tout d'abord.

Voici, en peu de mots, la première des observations de M. Lisfranc qui présente assez d'intérêt pour trouver sa place ici:

Le malade était un jeune homme très robuste, cocher de fiacre autant que nous pouvons nous en rappeler; il était couché au n° 14 de la salle Saint-Antoine. Le corps étranger qui s'était développé sans cause extérieure bien manifeste, siégeait dans l'articulation du genou; il était très mobile et disparaissait quelquefois sous la rotule. Espérant le faire disparaître par la compression, M. Lisfranc y avait soumis le malade.

L'opération fut pratiquée le 19 novembre 1835. Le corps étranger était comme cartilagineux et offrait le volume de la dernière phalange du petit doigt. L'articulation renfermait une quantité assez notable de sérosité. La plaie fut réunie par première intention. Le membre fut maintenu dans l'extension, position la plus favorable dans le cas où il se serait formé une ankylose.

Immédiatement après l'opération, on fit une saignée de quatre palettes; 40 sangsues furent appliquées autour du genou; cataplasme, repos et diète absolue.

Le 20 novembre. Figure injectée, pouls accéléré. Nouvelle saignée de trois palettes; 100 sangsues au genou, dont 80 seulement ont pris, et que l'on a laissé couler pendant deux heures.

Le 21, le pouls est toujours développé; saignée révulsive au bras, le matin, d'une palette: saignée conditionnelle pour le soir.

22. Le malade a dormi six heures cette nuit; l'articulation est un peu tuméfiée. La saignée conditionnelle du soir a été pratiquée. Dans la nuit, le malade a saigné au nez. Nouvelle saignée d'une palette ce matin.

24. Le genou se détuméfie; la réunion par première intention a manqué; sortie de deux cuillerées à bouche de pus. Nouvelle saignée révulsive d'une palette. Le malade, qui n'a pris, jusqu'à ce jour, que du bouillon de poulet, commence à prendre du bouillon ordinaire.

25. On ne pratiquera plus de saignée, dit M. Lisfranc, quoique le malade conserve de la vigueur, pour ne pas l'exposer à la résorption du pus. Il n'y a que peu d'œdème, et il ne sort plus de pus qu'à la partie postérieure, pus qui ne vient pas de l'articulation. Quelques cuillerées de potage et bouillon de poulet.

28. Le malade est dans un état satisfaisant.

29. Il est parfaitement bien.

1er décembre. Un peu d'œdème autour de l'articulation. il n'y aura pas d'ankylose. Nourriture pour prévenir la résorption en empêchant le malade de vivre de sa propre substance.

2. Le malade va assez bien, mais il est survenu du dévoiement. Potage au riz; lavement laudanisé.

3. Le dévoiement diminue; pas de fièvre. Prescription, *ut suprà.*

5. Le dévoiement reprend son intensité; mais sans coliques. Pas de diète, car on craint la résorption. Même prescription.

6. Deux selles. Cataplasme de riz laudanisé; à l'intérieur, une pinte de décoction de riz avec un gros de cachou.

8. Le dévoiement persiste. Riz-cachou; un gros de thériaque. Pas d'accidens nouveaux du côté du genou.

9. Diminution du dévoiement; deux selles dans les 24 heures. Mêmes prescriptions.

12. Toujours du dévoiement. Riz-cachou; 2 gros de thériaque.

13. Un peu de mieux.

Du 14 au 16. Le dévoiement augmente; les selles vont jusqu'au nombre de douze dans les 24 heures. Depuis hier, cependant, il n'y en a eu que six. Il y a eu de la fièvre, et tout fait craindre un commencement de résorption purulente. Trois grains de sulfate de quinine matin et soir, qui, selon M. Lisfranc, constipe.

19. Ouverture d'un abcès au côté interne et inférieur du genou. Le malade n'a plus que deux selles dans les 24 heures. On continue le sulfate de quinine à la même dose.

22. On ouvre encore un abcès, cette fois à la partie interne de la cuisse. C'est le troisième.

23. Il y a un peu de mieux depuis l'ouverture du dernier abcès; deux selles. Sulfate de quinine.

24, 25 et 26. Même état.

27. Il est sorti ce matin beaucoup de pus qui paraît venir de l'intérieur de l'articulation.

Le malade succombe dans la nuit du 31 décembre au 1er janvier, à deux heures du matin. K...

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies; par M. Malgaigne.

(Suite du n° 125.)

Pour revenir aux individus soumis directement à notre observation, il semble que l'exomphale accuse plus spécialement que les hernies déjà étudiées une faiblesse toute particulière des parois abdominales; soit que cette faiblesse ait précédé et puisse être considérée comme cause, soit qu'elle ait été peut-être déterminée par l'exomphale même. Ainsi, sur les 24 sujets dont j'ai recueilli les observations en 1835, il y avait, pour les 8 exomphales chez les hommes:

3 Exomphales simples.
2 Compliqués d'une inguinale simple.
2 avec inguinale double.
1 Avec une hernie de la ligne blanche.

Pour nos seize femmes, on comptait:

7 Exomphales simples.
3 Avec inguinale simple.
1 Avec inguinale double.
2 Avec des hernies de la ligne blanche.
1 Avec une hernie de la ligne blanche et un cystocèle.
1 Avec un cystocèle.
1 Avec un rectocèle.

Chez les sujets adultes; tantôt l'exomphale précède, et tantôt il suit l'apparition des autres hernies. Pour les très jeunes sujets, l'exomphale précède d'ordinaire, et se mon-

tre dès la naissance, ou quelquefois deux ou trois hernies paraissent dans les premiers jours. Comme exemple du premier cas, je peux citer une petite fille de dix mois, qui avait apporté, en naissant, une exomphale, et qui, à neuf mois et demi, se fit une inguinale gauche. — Un garçon de seize mois vint au monde avec une exomphale et une faiblesse de la ligne blanche, atteint d'une inguinale droite à quinze mois. Comme exemple de l'autre, se présente une petite fille de onze mois, qui portait ensemble une exomphale, une hernie de la ligne blanche et une inguinale gauche, survenues, au dire des parens, peu après la naissance. Il est bien rare alors qu'il n'y ait pas quelque prédisposition héréditaire. Sur ces trois malades, par exemple, deux venaient de parens hernieux, et je ne pus avoir de renseignemens satisfaisans sur le troisième.

Quelle que soit leur origine, les hernies ombilicales peuvent rester très petites ou acquérir un volume énorme. Les plus petites sont, dans l'origine, les congéniales ou celles de l'enfance. Il en est en effet qui ne font pas plus de saillie qu'un pois. La plus volumineuse que j'aie vue jusqu'ici, n'avait pas moins du volume de trois gros poings réunis; et notez bien que je ne compte pas ici ces larges éventrations qui occupent à la fois l'ombilic et la ligne blanche. Entre ces extrêmes, il y a une foule d'intermédiaires, et il y a aussi des formes très diverses. Ainsi, j'ai déjà cité les exomphales *digitiformes*, parmi lesquelles se rangent les hernies inguinales; plus tard, elles changent de forme comme les autres en s'élargissant; et il y a des hernies *sphéroïdes*, *pyriformes*, *coniques*, *trifoliées*. Les unes paraissent au-dessus de l'anneau, à droite ou à gauche, d'autres au-dessous; d'autres en occupent le centre. Vous comprendriez mal ceci si je n'exposais avec quelque détail les signes que fournit le toucher après la réduction de la hernie.

Si vous examinez une hernie ombilicale congéniale, le doigt rencontre partout la circonférence de l'anneau; il n'y a aucun doute sur son siége, et cela peut servir aussi à reconnaître sa nature primitive. Mais quand la hernie est venue plus tard et qu'elle est d'un volume ordinaire, si, après l'avoir réduite vous explorez l'ouverture qui lui livre passage, vous percevez une sensation tout à fait étrange; il vous semble que l'ombilic soit intact, et que la hernie se soit faite par une éraillure voisine de l'anneau, mais non point par l'anneau même. Cette sensation est si trompeuse que, dans l'origine, j'avais été conduit à conclure que jamais l'exomphale des adultes n'a lieu par l'anneau; et j'avais été confirmé dans cette idée par les dissections de Sœmmering qui dit avoir toujours vu ces hernies passer à travers un éraillement de la ligne blanche. Mais un jour que j'agitais cette question avec M. Cruveilhier, il m'apprit que lui aussi avait tiré cette conclusion de l'examen, pendant la vie, des exomphales de vieilles femmes de son service, à la Salpêtrière; mais qu'ayant eu occasion d'en disséquer une douzaine, il avait toujours trouvé la hernie à l'anneau. Sir A. Cooper déclare aussi avoir vu à l'autopsie la plupart des hernies à l'anneau; de telle sorte que la question semble se juger dans un sens contraire aux assertions de Sœmmering. Poussé par ces singulières contradictions des autopsies à instituer un examen plus attentif de ces hernies sur le vivant, je crois avoir trouvé le mot de l'enigme. Déjà sir A. Cooper avait essayé de l'expliquer en disant que la peau adhérant fortement au centre de l'ouverture ombilicale, la cicatrice cède plutôt sur un des côtés, et la tumeur est rarement située au centre. Cela n'est pas suffisamment net. Mais si vous vous rappelez ce que j'ai dit de la formation de l'exomphale de naissance, vous trouverez alors que le sac péritonéal occupe véritablement le centre de l'anneau et des quatre vaisseaux qui s'y rendent, l'ouraque, les veines et les artères ombilicales. La cicatrice se fait au delà de l'anneau, qui en conséquence demeure libre et laisse sentir au doigt toute sa circonférence. Mais quand les bouts des vaisseaux se soudent ensemble et avec la peau au niveau de l'anneau même, la hernie ne peut se faire qu'à côté de la cicatrice, quoique toujours par l'anneau; ce n'est pas à cause de l'adhérence de la peau, mais à raison de la solidité de la cicatrice des quatre vaisseaux convertis en ligamens; et c'est cette cicatrice que nous sentons qui rompt la circonférence de l'anneau, et nous fait croire que nous sommes en dehors de l'ombilic.

Aussi la majeure partie des tumeurs herniaires glissent à côté de la cicatrice extérieure, et comme celle-ci se rattache surtout à celle des artères ombilicales, presque toujours la cicatrice cutanée est au-dessous de la hernie. Dans des cas plus rares, elle se montre au dessus; enfin à mesure que la tumeur prend du volume, la peau est soulevée partout à l'entour, la cicatrice est déplacée et se montre sur un point quelconque de la saillie de la tumeur; et là il y a deux aspects très différens et très dignes d'étude.

Dans quelques-unes de ces grosses hernies, j'ai donc vu la cicatrice cutanée soulevée par la tumeur et en quelque sorte étalée, mais on aurait dit que la peau seule, détachée de la cicatrice des vaisseaux avait quitté l'ombilic, et la tumeur restait uniformément arrondie.

D'autres fois au contraire, il semble que la peau, soulevée par la hernie, ait entraîné avec elle la cicatrice vasculaire et les ligamens qui y aboutissent; alors ceux-ci sont répartis à la surface de la tumeur de manière à y former trois sillons réunis au centre, qui la partagent en trois saillies plus ou moins inégales; c'est ce que j'appelle hernie *trifoliée*. Il me paraît assez certain qu'alors, en effet, les trois ligamens qui représentent la veine et les artères ombilicales, ont été tiraillés, alongés, tirées hors de l'abdomen; mais, dans le premier cas, sont-ils restés soudés à l'anneau? C'est ce que des autopsies seules pourraient dire.

Un autre phénomène assez curieux résulte de la manière dont l'anneau se comporte à la racine de la tumeur. Quelquefois il en forme le point le plus large; la hernie est alors conique, c'est ce qui se présente assez souvent à la suite d'ascites considérables. D'autres fois il est resserré, mais légèrement, et la peau de la tumeur semble continue avec la peau de l'abdomen sans aucune trace d'étranglement. Enfin, j'ai vu la tumeur développée à l'extérieur comme un gros œuf, dont la petite extrémité répondait à l'anneau, et la peau était étranglée en cet endroit presque comme si on l'avait étreint avec une ligature.

Les accidens produits par ces hernies sont les mêmes que pour les autres; et elles offrent aussi la même variété, je dirais volontiers la même bizarrerie. J'ai vu des sujets avec de très petites hernies, éprouver des malaises tels que le bandage leur était indispensable; d'autres avoir des hernies assez grosses dont ils ne se plaignaient nullement. Mais quand la tumeur dépasse un certain volume, généralement elle détermine des tiraillemens, des coliques, des spasmes, en un mot des accidens plus grands et plus fréquens qu'aucune des hernies précédentes.

Les viscères herniés sont plus spécialement l'épiploon et le colon, et le plus ordinairement la présence de l'épiploon y est assez reconnaissable. Mais dans d'autres cas, il semble au toucher qu'il n'y ait que de l'intestin; et d'ailleurs il peut s'y trouver de l'intestin grêle, et même une portion de l'estomac. C'est sans doute à la présence de l'estomac ou au tiraillement que lui fait subir l'épiploon hernié, qu'il faut attribuer les accidens habituels de ces hernies.

Après un certain laps de temps, elles deviennent habituellement irréductibles; ce qui tient à des adhérences contractées entre le sac et les viscères. Ce sont probablement ces adhérences qui avaient fait penser à quelques-uns qu'il n'y avait pas de sac séreux pour ces hernies; autrement, en effet, ce sac existe toujours.

Quel est maintenant l'effet de la hernie sur le sac? Y a-t-il un collet comme aux autres hernies, et ce collet est-il toujours l'agent de l'étranglement? Il est probable que le collet se rétrécit toutes les fois que la hernie est maintenue, et c'est ainsi que quelques guérisons peuvent avoir lieu chez les adultes; mais chez les très jeunes sujets, la cure se fait par un autre mécanisme. C'est l'anneau lui-même qui tend à se resserrer, en vertu des mêmes lois qui le font se resserrer sur les sujets qui n'ont pas de hernie. En conséquence aussi, l'étranglement peut bien ici se faire par l'anneau, et peut-être même doit-il s'y opérer le plus souvent. Mais par une bizarrerie assez difficile à comprendre pour ceux qui admettent les anneaux comme instrumens de l'étranglement, c'est précisément à cet anneau plus étroit, plus solide que les autres, et qui de plus tend à revenir sur lui-même, c'est à cet anneau que les étranglemens sont le moins fréquens.

On peut donc guérir l'exomphale dans certains cas, et surtout chez les jeunes sujets; bien plus, j'ajouterai que quelque fois, quand il est léger, il se guérit de lui-même. Dans tous les cas les bandages suffisent; mais il importe de savoir comment les appliquer.

Il vous vient ici quelques enfans très jeunes auxquels on applique un exomphale pareil à celui des adultes; cela tient très bien sur l'instant, ou paraît tenir. Les parens s'en vont; puis, laissant là le bandage ou le réappliquant avec une négligence toute particulière, ils ne reviennent que de loin en loin, et vous pourriez croire que l'appareil est convenable et bien appliqué. Or, écoutez bien ce que je vais vous dire: il n'y a pas un bandagiste à Paris qui soit capable de maintenir une hernie ombilicale chez un enfant à la mamelle, et dans la deuxième et troisième année de la vie. J'ai vu un certain nombre de leurs appareils: bandages ordinaires, ceintures ordinaires, ceintures spéciales, tout échoue. Je me souviens, entr'autres, d'avoir vu une ceinture assez ingénieuse fabriquée par M. Verdier, qui était percée au centre d'un orifice dont les bords appuyaient sur une pelote indépendate, laquelle reposait sur l'ombilic: elle ne réussit pas mieux que les autres. Vous ne vous attendiez probablement pas à rencontrer ici un de ces obstacles, sinon invincibles, du moins si difficiles à surmonter; et les chirurgiens eux-mêmes ne s'en sont pas suffisamment occupés. Sir A. Cooper dit bien que le bandage ordinaire suffit chez les enfans *lorsqu'ils ne sont pas très jeunes;* il n'explique pas pourquoi, quand ils sont très jeunes, ils ne sauraient convenir. Le voici:

Chez les adultes, le ventre se rapproche de la forme ovoïde, la base répondant à la circonférence supérieure du bassin; en conséquence le ressort du bandage passe dans une gouttière formée par les parties molles entre les dernières côtes et la crète iliaque, et il est soutenu par le renflement de cette crète qui l'empêche de glisser par son propre poids. Chez les très jeunes sujets, le bassin est fort étroit, le ventre fort large, et sa plus grande largeur répond précisément à la région ombilicale, à partir de laquelle il décroît vers le bas en forme de cône. Mettez un bandage quelconque, ressort ou ceinture, sur la base de ce cône, toujours il tendra à glisser vers le sommet, surtout s'il y est encore sollicité par la position déclive de celui-ci.

Plusieurs chirurgiens du dernier siècle ont conseillé d'appliquer sur l'ombilic des enfans soit une boule de cire, soit la moitié d'une noix muscade ou tout autre corps dur de la même forme, maintenu par un emplâtre qui recouvre la région ombilicale, le tout fixé par un bandage roulé. Tel est encore l'appareil dont se sert sir A. Cooper, et il recommande de plus d'y ajouter *deux sous-cuisses* quand l'enfant commence à marcher, de peur que le bandage ne glisse. Je ne sais s'il n'y a pas erreur dans la traduction française, car assurément le bandage a plus besoin d'épaulières que de sous-cuisses. Du reste, cette bande circulaire ne tient pas, et Richter avait déjà noté cet inconvénient en faisant coudre dans la duplicature de la bande qui porte sur l'ombilic un morceau de cuir de grandeur suffisante pour la tenir élargie et la fixer en place.

Or, cette précaution même est vaine; et sans cela, est-ce que les ceintures piquées, lacées, rembourrées de nos bandagistes ne réussiraient pas mille fois mieux? J'ai essayé d'appliquer une bande roulée, et de l'assujettir avec une autre bande de sparadrap passant par-dessus; l'appareil n'a pas tenu vingt-quatre heures. Or, ôtez la compression circulaire de la bande; il est trop évident que l'emplâtre ne suffira pas pour tenir enfermée la noix muscade ou la bille d'ivoire, et la hernie sera masquée, mais non maintenue. Afin que vous puissiez mieux juger de la valeur de cette dernière assertion, écoutez ce qui m'est arrivé à moi-même avec un appareil bien plus puissant que tous les précédens.

Il y a là un trou direct par lequel passe la hernie; si l'on se contente d'appliquer une pelote plate sur le trou, il restera toujours occupé par une portion de la hernie, et ne pourra se refermer: telle est la théorie en vertu de laquelle on a généralement pensé qu'il fallait remplir le trou à l'extérieur à l'aide d'un bouchon véritable, en ayant soin seulement que ce bouchon fut de moindre diamètre que l'anneau pour permettre à celui-ci de se resserrer peu à peu. Pour peu que l'anneau soit large, je suis de cet avis; et afin de pouvoir diminuer la largeur du bouchon tout en augmentant son efficacité, j'ai fait faire de petites plaques d'ivoire, du centre desquelles s'élève une tige de quelques millimètres de hauteur, arrondie à son extrémité. Cette tige doit entrer dans l'anneau, où elle refoule la peau; son col doit même être un peu rétréci au-dessous de l'extrémité arrondie qui la termine pour laisser à l'anneau plus de facilité à revenir sur lui-même. La plaque garnie d'un petit coussin en molleton piqué, est appliquée sur la paroi abdominale; et je la fixe en ce point par une longue bandelette de diachylon gommé qui fait deux fois et demie le tour du corps.

Je craignais d'abord que cet emplâtre n'irritât la peau tendre des jeunes enfans; je suis aujourd'hui parfaitement rassuré à cet égard. Vous comprenez que la bande collée à la peau ne peut glisser ni dans un sens ni dans l'autre; que la tige d'ivoire supportée par la plaque ne peut basculer et sortir de l'ombilic, ainsi qu'on pourrait le craindre d'une moitié de bille. Eh bien! cet appareil a encore besoin d'être exactement surveillé, et chez un enfant où je l'avais laissé cinq à six jours sans y toucher, j'ai trouvé que la plaque d'ivoire avait été dérangée par les mouvemens du ventre, et la tige était sortie de l'anneau ombilical.

Du reste, quand l'anneau s'est rétréci, ou quand il est naturellement étroit chez les sujets que l'on me présente pour la première fois, je me garde bien d'y plonger un corps étranger quelconque, et je regarde comme plus sage de laisser peut-être bomber à l'anneau une portion très minime d'épiploon, qui, après tout, est un corps mou et compressible, que d'y introduire moi-même un corps solide qui, dans la circonstance dite, aurait bien plus de puissance que la hernie pour tenir l'anneau dilaté. Alors je me contente d'une pelote plate, un peu plus rembourrée au centre qu'à la circonférence, et que j'assujétis toujours par ma bande de diachylon.

(La suite à un prochain numéro.)

Monsieur le Rédacteur, (1)

La *Gazette médicale* vient de publier sur les *injections intra-utérines*, une note rédigée avec un sens et un esprit que j'aurais voulu reconnaître et louer chez tous ceux qui ont pris la plume ou la parole à l'occasion de mes recherches sur le traitement des maladies de la matrice.

L'auteur de cette note est M. le docteur Duparque. Je lui dois une réponse qui pourra peut-être profiter à ceux qui s'intéressent à la solution de la question que j'ai agitée, car elle indiquera les progrès qu'elle a faits depuis la publication de ma brochure (2).

M. Duparque commence par une esquisse historique qui ne ressemble pas mal à un reproche à l'adresse de ceux qui, en écrivant sur les *injections intra-utérines*, n'ont pas cité les auteurs qui les avaient devancés. Dans mon opuscule, dans ma communication à l'Académie de médecine, règne, je crois, un désintéressement qui me met au-dessus de ce reproche. L'*avertissement* qui ouvre mon travail, dit très clairement que mon but est de *conserver* et non de *donner* un moyen nouveau à la thérapeutique; j'insiste même pour qu'on sache bien que je ne fais qu'un *essai*. Ce sont, ai-je dit, *des expériences que je publie pour en appeler d'autres.* Voilà mes paroles. Et même, sans un motif impérieux, je me serais renfermé encore long-temps dans le silence d'une observation patiente et laborieuse, car je suis de ceux qui prennent le public au sérieux. Je ne croyais pas d'ailleurs que les *injections intra-utérines* en fussent déjà à leur période de *convoitise*; je les croyais à peine à leur période de *dépréciation*. Il était donc généreux à moi de les soutenir alors. Mais voilà que MM. Mélier, Guillon et Ricord, viennent tous trois en même temps réclamer la priorité; ce qui prouve, et ils me l'ont assuré, qu'ils sont très partisans de ce moyen thérapeutique. Or, on m'avait désigné ces praticiens comme des opposans. Je m'empare donc de leur adhésion, et je laisse à M. Duparque la difficile tâche de décerner à qui de droit l'honneur de la priorité. Elle serait due, selon l'auteur de la note, à M. Mélier, praticien distingué, lequel a présenté, en 1833, un mémoire à l'Académie sur ces injections. Si MM. Guillon et Ricord ont des dates antérieures à celles de M. Mélier, ils les feront valoir. Quant à moi, je déclare que je n'ai inventé ni canule, ni seringue pour injecter la

---

(1) Cette lettre est extraite d'une nouvelle brochure publiée par le docteur Vidal (de Cassis).

(2) *Voyez* Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice.

matrice. Mes prétentions sont d'un autre ordre. Il ne peut en être question ici.

Il y a trois faits qui obscurciront continuellement la question, tant qu'on les acceptera avec la légèreté qui a dirigé leur publication. Un de ces faits est exposé dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* ; il est question d'une injection dans l'utérus faite avec un clyso-pompe ! Je ne suis pas le moins du monde disposé à faire la critique de la manière d'opérer d'un collègue ; je prierai seulement M. Duparque de lire avec soin l'observation que je lui désigne, et je me permettrai de lui demander ensuite si un fait de cette nature pouvait autoriser qui que ce soit, d'intituler un article : *Danger des injections intra-utérines*.

Quand j'ai parlé de mes observations et de mes expériences, il m'a été naïvement répondu que leur nombre, leur valeur ne pouvaient anéantir le seul fait dont il vient d'être question ; quel que fût son isolement, il devait rester dans la science pour protester contre l'innocuité des injections intra-utérines. Comme l'a fait un clinicien habile dans l'*Esculape*, je conteste fort la métro-péritonite qu'on a voulu donner à la femme qui a subi l'expérience ici rapportée, et je répète (ce qui a été si souvent dit) que cette même femme est sortie de l'hôpital *parce qu'elle s'y ennuyait*. D'ailleurs, je considère le procédé employé comme vicieux et dangereux ; ce résultat ne peut donc pas être mis en ligne de compte, quand on juge la question des *injections intra-utérines*. Que diraient les modernes ténotomistes, si dans la question de la ténotomie on leur jetait un fait d'opération pratiquée d'après un procédé dangereux et tout à fait défectueux, par exemple, celui d'Isacius Minius ? que vous répondraient ils si on opposait une section du tendon d'Achille avec dénudation de ce tendon à des centaines d'opérations heureuses par la méthode sous-cutanée ? Les ténotomistes répondraient ceci : Vous en êtes à peine à la fin du dix-septième siècle, quand nous en sommes bientôt au milieu du dix-neuvième, votre procédé est très défectueux et le fait que vous citez ne peut entrer en ligne de compte.

Hé bien ! je fais la même réponse. Si d'ailleurs je voulais profiter de ma position, je m'emparerais de ce fait pour démontrer d'une manière encore plus évidente l'innocuité évidente des *injections intra-utérines*. Car si, après le procédé employé par mon collègue, la malade en a été quitte pour des douleurs abdominales et pour un *ennui* qui lui a fait demander son *exeat*, c'est une preuve qu'il n'y a pas un grand danger à faire une injection même forcée dans la matrice. Mais n'abusons pas des armes que nous donnent nos adversaires, soyons praticiens avant tout, que les erreurs des autres comme les nôtres soient profitables à nos malades. Faisons des *injections modérées à petites doses*, et non *forcées et abondantes*.

Restent maintenant deux faits appartenant à M. Bretonneau et à M. Tonnelé ; on les invoque continuellement, et comme ils viennent de loin et de deux praticiens recommandables, dont l'un même porte un des plus beaux noms de notre époque médicale, on en abuse étrangement. Il serait temps cependant que ces faits fussent connus autrement que par une conversation d'un homme d'esprit dont l'imagination passe pour être d'une remarquable fécondité. Je fais grâce à M. Bretonneau des expériences sur le cadavre, sur les chiennes ; mais il devrait bien nous dire avec son talent et sa bonne foi si bien connus, et cela dans votre journal :

1° Combien il a été fait d'injections à Tours ;

2° Les instrumens dont on s'est servi ;

3° La nature, la quantité du liquide injecté ;

4° A peu près la force employée, et surtout la durée de cette opération ;

5° Les phénomènes, les accidens observés, si accident il y a eu.

M. Bretonneau devrait nous éclairer sur tous ces points, cela ne lui serait pas difficile. Attendons donc les lumières du soleil de la Touraine.

Il est des paragraphes de la note de la Gazette médicale qui me laisseraient croire que je n'ai pas eu l'honneur d'être lu par M. Duparque, car ce praticien semble me faire dire que les malades n'éprouvent rien quand je les injecte. De là cette fausse conclusion que mes injections ne vont pas jusqu'au corps de la matrice. Or, il y a dans ma brochure un article destiné à l'exposition des effets des injections *intra-utérines*, effets que je divise en *instantanés primitifs* et *consécutifs* : « Les injections intra-utérines, ai-je dit, comme toutes les injections faites dans les parties vivantes, développent quelquefois des phénomènes plus ou moins apparens, plus ou moins sensibles. »

Vient ensuite la description de ces phénomènes, et je prouve que ce ne sont pas là des accidens, car pour les appeler ainsi, il faut fausser le langage médical et observer légèrement. Je donne la véritable interprétation de ces phénomènes ; je les considère comme essentiellement nerveux. C'est d'ailleurs là l'opinion de tous ceux qui ont su employer l'injection et observer leurs effets. M. Mélier, entre autres, qui s'en sert dans sa pratique depuis dix ans, n'a pas constaté un seul *accident sérieux*. MM. Roche et Jolly, praticiens dont le mérite et la bonne foi ne sont mis en doute par personne, m'ont assuré qu'ils avaient connaissance des succès de M. Mélier.

L'erreur dans laquelle était M. Duparque sur le sens que j'attachais au mot *innocuité*, m'a prouvé qu'il ne m'avait pas lu ou qu'il ne m'avait pas compris. Maintenant la modification qu'il propose prouve qu'il est partisan de la méthode, du principe ; ce qui m'est fort agréable; mais en même temps j'ai la preuve que cet estimable praticien n'est pas au courant des progrès qu'ont fait à Lourcine les injections *intra-utérines*. Ceci est plus pardonnable, car je n'ai rien dit publiquement depuis ma brochure, et l'accès de notre hôpital est difficile (1). M. Duparque a imaginé un *mezzo termine*, ce qui dans notre langage veut dire, je crois, un juste-milieu. Au lieu de pousser doucement et lentement le liquide, dit l'auteur de la note, je le projette vivement, et par « secousses brusques, mais peu étendues en ne faisant avancer le piston de la seringue à chacune d'elles que de deux à cinq millimètres ; je laisse écouler quelques secondes entre chaque secousse de manière à laisser le temps à la portion du liquide projetée de s'écouler au dehors, ce qui prévient une accumulation dangereuse dans la cavité utérine » (Gazette médicale du 19 septemb. 1840). Ce passage de la note prouve que M. Duparque a parfaitement compris le mécanisme des injections intra-utérines et les principes qui doivent diriger le praticien dans leur emploi. Il faut qu'elles aient très peu de durée et qu'elles soient peu abondantes. Je suis vraiment émerveillé que M. Duparque soit venu de lui-même et comme par improvisation à une pratique que je cherchais depuis long-temps, et qui a coûté beaucoup de temps et beaucoup d'expériences. Aussi ne sais-je comment lui dire que depuis plus d'un mois le procédé qu'il invente aujourd'hui est suivi dans mon service de Lourcine.

Voici comment j'y suis arrivé :

Les expériences que j'ai d'abord instituées et qui ont été faites sur le cadavre, ont été divisées en trois séries :

1° Injections forcées ; 2° abondantes ; 3° modérées.

a. Injections forcées. Le liquide et l'air contenus dans les veines passaient quelquefois plutôt dans les veines de l'utérus que dans les trompes. Il arrivait aussi qu'ils passaient par ces trompes pour se rendre dans le péritoine ;

b. Pour les *injections abondantes*, le liquide refluait souvent par le col pour tomber dans le vagin, mais quelquefois il filait aussi par les trompes et passait dans le péritoine ;

c. Enfin les *injections modérées* ne produisaient jamais ce dernier phénomène.

Je dus donc choisir ce dernier procédé pour l'employer sur le vivant, car les canaux qui jouissent de la vie doivent être moins perméables que sur le cadavre. J'en étais là, quand j'ai publié ma brochure. Cependant comme je sais qu'on ne peut trop multiplier les expériences, je dis que les miennes n'étaient faites que pour en appeler d'autres, et même, après avoir indiqué les résultats de la troisième série, j'ajoutai très positivement : *ces expériences devront encore être répétées* : c'est ce que j'ai fait.

Hé bien ! il est arrivé que dans le plus grand nombre de cas, si les parties n'étaient pas séparées du cadavre, et si on suivait les conseils que j'ai donnés dans ma brochure, le liquide ne passait pas dans le péritoine. Mais il est arrivé aussi que malgré ces conseils, il y passait, à la vérité, très rarement, et cela quand on voulait épuiser la seringue, et quand on injectait lentement. Mais il est sorti de ces expériences un fait qu'on ne perdra pas de vue, et qui vient à l'appui de la modification que M. Duparque croit avoir inventée : c'est que pour parcourir les trompes, et arriver au péritoine, il faut au liquide un certain temps ; aussi quand on prolonge les injections, quand on les fait avec une certaine lenteur, même avec une force très modérée, on arrive parfois au péritoine, tandis que si on les fait d'un seul jet avec une très petite seringue, le liquide n'a pas le temps de cheminer dans les trompes, il retourne par le col et retombe dans le vagin.

Conclusion : Convaincu, 1° qu'il y a de grandes variétés dans l'état des trompes de Fallope et que les femmes sont diffremment perméables ; 2° que le degré de perméabilité ne peut être prévu, du moins jusqu'à présent, j'ai mesuré la capacité d'un bon nombre de matrices, et je n'injecte que le liquide que peut contenir la matrice d'une femme qui n'a pas eu d'enfans. Cette capacité est on ne peut plus bornée, elle admet tout au plus neuf grains de liquide. En n'injectant que cette quantité, on a donc la certitude de ne pas aller jusqu'au péritoine. Mais pour que le liquide atteigne la cavité de la matrice, il faut que le col soit débarrassé des mucosités, qu'il soit convenablement *mouché*, ce qui n'est pas toujours facile. Cependant, par le moyen des injections intra-vaginales telles que je les ai décrites, les difficultés seront levées.

On conçoit qu'avec un clyso-pompe ou une seringue à hydrocèle, il est impossible de faire d'une manière mesurée des injections à si petites doses, le coup du piston est trop fort. J'ai fait fabriquer, pour cela, de petites seringues en verre qui ressemblent aux seringues pour l'oreille ; j'ai prolongé la canule, afin de pouvoir me dispenser d'un tube pour ajoutage. Dès que j'ai eu la plus entière certitude que les injections, ainsi mesurées, ne pouvaient pénétrer dans le péritoine, j'ai rendu plus excitant le liquide injecté, je l'ai même rendu caustique. Ainsi maintenant pour les catarrhes utérins anciens, j'injecte la dissolution de nitrate d'argent très concentrée. Cette dissolution est faite au moment même où les injections vont être poussées dans l'utérus. Je jette alors, dans un tiers de verre d'eau, le fragment de nitrate d'argent que contient mon porte-caustique ; à l'instant il est dissous, et je charge la seringue avec ce caustique qui est devenu liquide.

Les résultats favorables obtenus par cette injection caustique sont très prompts. Déjà plusieurs observations ont été rédigées par M. Estival un de mes élèves. Quand il en sera temps, je publierai ces faits. Les effets immédiats et primitifs ne sont pas différens de ceux que j'observais à la suite des injections avec l'iode. La guérison est beaucoup plus prompte. Maintenant ce serait le moment de déterminer les cas qui nécessitent réellement l'emploi de ces injections.

Dans les premiers temps, je les ai employées dans presque tous les cas d'ulcérations de la matrice qui produisent ce qu'on appelle des *flueurs blanches*. J'ai dit, dans ma brochure, que plus tard j'en viendrais *à faire des exceptions*. Je sais, comme M. Duparque, qu'il est beaucoup d'affections de la matrice bornées à l'extérieur ou à l'intérieur du col. Je ne doute pas, dans ce cas, de l'efficacité des topiques et de mille autres moyens qui peuvent remplacer les injections intra-utérines. Ces moyens, je les connais, j'en fais usage, je sais les apprécier ; mais c'est quand ils font défaut, quand le catarrhe utérin vient de la matrice même, qu'il faut toucher toute la matrice. Or, les injections et les injections seules pourront arriver sur tous les points de la paroi interne de cet organe. Voici d'ailleurs, en attendant d'autres faits, une guérison due aux injections intra-utérines iodées d'après la formule indiquée dans ma brochure.

Observation de guérison d'une ulcération granulée du col de l'utérus par les injections intra-utérines.

Louise L....., âgée de vingt-un ans, couturière, d'une vive sensibilité, d'un tempérament qu'on appelait nervoso-sanguin, a toujours habité Paris. Elle fit, il y a trois ans, une fausse-couche qui n'eut aucune suite grave ; les règles se sont bien rétablies deux mois après. La malade dit qu'elle n'a jamais eu d'affection vénérienne.

Depuis cinq mois, L. ressent des douleurs dans le bas-ventre, aux reins ; elle est restée quelque temps sans être traitée. Un écoulement s'étant manifesté, elle consulta un chirurgien dans le mois d'avril ; elle fut soumise pendant trois semaines aux injections intra-vaginales avec la solution de nitrate d'argent. Aucune amélioration.

La malade entre à Lourcine le 9 mai 1840. Elle présente à l'examen, par le spéculum, un engorgement considérable du col de l'utérus et sur cette partie une ulcération granulée comme une plaie en suppuration. L'ulcération est plus prononcée sur la lèvre postérieure du museau de tanche, et paraît plus étendue quand on entr'ouve un peu le col. L'écoulement est mucoso-purulent et tenace. La malade est d'abord soumise aux injections émollientes qu'elle fait elle-même, puis aux injections *intra-vaginales* avec la décoction de feuilles de noyer, deux fois la semaine, et d'après la méthode de Lourcine.

Le 20 mai, L. accuse des douleurs assez vives au côté droit du thorax, au niveau de la sixième et huitième côte ; du côté gauche, la douleur est moins forte, la pression l'augmente légèrement. Il n'y a pas de gêne de la respiration, pas de toux, pas de réaction fébrile ; ces douleurs présentent le caractère nerveux. Des cataplasmes émolliens laudanisés les dissipent au bout de cinq à six jours.

Le 8 juin, l'état de la malade est à peu près le même ; c'est-à-dire qu'il n'y a rien de changé dans l'état de la matrice, dans le dérangement de ses fonctions. Elle est soumise aux injections intra-utérines iodées.

La première injection, quoique pratiquée avec les plus grandes précautions, détermine au moment même où le liquide est poussé, des douleurs dans les aines ; peu de temps après, la malade dit souffrir dans tout le bas-ventre. On ordonne des fomentations sur l'abdomen, et des sangsues seront appliquées le soir si la fièvre survient. Vers deux heures de l'après-midi, quatre heures environ après l'injection, les coliques se calment ; il ne se manifeste pas le plus léger mouvement fébrile ; la malade passe une bonne nuit. Le lendemain, elle se trouve tout à fait remise. Six autres *injections intra-utérines* sont pratiquées dans le courant du mois de juin ; la malade n'a accusé alors que quelques légers picotemens au moment de l'injection, et qui se calment bientôt après. Chaque fois que nous appliquons le spéculum pour constater son état, nous trouvons le col de l'utérus diminué de volume, l'ulcération moins large, l'écoulement moins fort et devenant toujours plus clair.

Le 2 juillet, la malade a ses règles ; elles durent cinq jours. Les injections sont suspendues et reprises le 13 seulement. Elle éprouve encore au moment de l'injection d'assez vives douleurs qui durent une partie de la journée, et cessent le soir *par le seul fait du repos*.

Le 16 novembre, injection sans la moindre douleur.

Le 15 juillet, l'engorgement du col utérin est considérablement diminué et l'ulcération très rétrécie.

Le 23 du même mois, le col a son volume normal, et il ne reste qu'une légère rougeur là où était l'ulcération. Avec le retour du col de l'utérus à son état normal, les douleurs des reins, de l'abdomen ont disparu, et les couleurs fraîches de le malade sont revenues.

Ceux qui connaissent la gravité et surtout la très longue durée des ulcérations de l'utérus qui présentent les caractères indiqués dans cette observation, comprendront l'importance de cette observation, et sauront apprécier l'influence des *injections intra-utérines*.

On nous prie de publier la lettre suivante ; c'est une demande à laquelle nous n'avons aucun motif de nous refuser, bien que nous entendions nous tenir à l'écart de toute solidarité avec les opinions qui y sont exposées :

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

Je viens de lire, avec autant d'intérêt que de plaisir, dans un des derniers numéros de votre Journal (20 octobre 1840), une note de M. le docteur Chaumet, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, sur un cas d'amputation coxo-fémorale pratiquée pour un cancer de la cuisse et guérie le trente-cinquième jour de l'opération. La réussite, en effet, peut être appelée complète, puisqu'à cette époque toute la plaie était fermée, à l'exception d'un petit bourgeonnement dont on attendait la prompte cicatrisation. C'est là, sans doute, un nouvel et remarquable exemple de guérison rapide à la suite d'une effrayante mutilation, que la plupart des chirurgiens du commencement de ce siècle regardaient comme impraticable, malgré le célèbre jugement de l'Académie de chirurgie, et il serait à désirer que des observations semblables fussent souvent répétées, pour vaincre l'opposition de quelques praticiens encore disposés à traiter de téméraire et de hasardée une opération qui ne serait peut-être pas plus dangereuse que beaucoup d'autres, si on en établissait nettement les indications et qu'on sût les reconnaître et s'y conformer.

Je me serais donc borné à enregistrer silencieusement le fait de M. Chaumet à côté de ceux que nous possédons déjà, et j'aurais attendu la fin de l'observation, dont le résultat actuel a seulement été annoncé par l'auteur, si ce dernier n'avait fait précéder son travail de réflexions dont je conteste la justesse, car elles me paraissent inspirées par un esprit de critique chagrine que la province témoigne assez ordinairement contre notre capitale, et elles sont en quelque sorte un plaidoyer de la pratique contre l'art, ou plutôt encore du *statu quo* contre le mouvement. Cette espèce d'hostilité est trop générale pour ne pas tenir à des causes incessantes et régulières, et il est bon de les examiner et d'en apprécier la valeur, pour ne pas se laisser entraîner à son insu dans une voie d'injuste dénigrement.

Paris, que ses habitans nomment avec une certaine emphase le grand foyer de la civilisation européenne, est sans contredit le centre d'une infatigable activité, au milieu duquel toutes les questions sont agitées, abandonnées, reprises, entourées d'un éclat trompeur ou rejetées dans une passagère obscurité. Tel système proclamé aujourd'hui le dernier terme de la vérité n'est même plus discuté le lendemain, et le vrai et le faux ne sont que trop souvent propagés avec une égale ardeur.

Ces conditions du progrès doivent être nécessairement acceptées, et c'est aux esprits d'élite à séparer l'ivraie du bon grain et à devancer le jugement du temps. Nous commençons donc par déclarer que Paris fournit réellement, même en médecine et en chirurgie, toutes les doctrines et tous les faits de la science ; nous comptons, il est vrai, des écoles célèbres : Montpellier, Strasbourg, Lyon, Bordeaux, etc., ont été et sont encore des centres d'instruction et de travail ; quelques hommes même ont fait école, malgré leur isolement, par leurs éminentes qualités : Delamotte, Bretonneau, etc.; mais ce sont là des sources étroites qui doivent aujourd'hui passer par Paris pour être ensuite répandues dans toutes les veines du pays et recevoir l'impulsion toute-puissante de la capitale.

De là l'habitude, pour le plus grand nombre des praticiens, de recevoir le mot d'ordre pratico-scientifique des journaux ou des autres publications de la métropole ; et cependant ils ne cessent de l'accuser de toutes les erreurs qu'ils acceptent et qu'ils déplorent, pour ne pas vouloir prendre la peine d'étudier, de comparer et de juger les faits qui leur sont soumis.

Il faudrait, pour satisfaire de telles exigences, que Paris donnât cent années d'expérience à toutes les idées qui y naissent chaque jour, et c'est bien évidemment demander l'impossible. Si vous voulez donc vous en tenir aux faits acquis de telle ou telle époque, n'accordez qu'une importance de curiosité à nos observations journalières ; mais si vous voulez profiter de tout ce qui se fait de nouveau, résignez-vous à être souvent trompé dans vos espérances, et tâchez de distinguer les faits préconçus, douteux

(1) Il faut une permission de l'administration pour entrer dans cet hôpital.

ou mensongers, de ceux dont la valeur est réelle.

Examinons, en effet, quelles sont les récriminations de M. Chaumet. Ce chirurgien se plaint des publications prématurées qui jettent dans la science des faits vagues, non accomplis, sans valeur : nous sommes, sous ce rapport, parfaitement d'accord avec lui, et nous sommes également prêts à battre en brèche le charlatanisme éhonté qui tient trop fréquemment le haut du pavé et sait multiplier ses tribunes. Mais est-il question de rien de semblable dans les exemples que cite M. Chaumet? Nous allons les passer en revue pour savoir jusqu'à quel point ses reproches sont fondés.

D'abord, sans se prononcer cependant d'une manière affirmative, M. Chaumet paraît accuser de publication précipitée l'amputation coxo-fémorale pratiquée par M. Sédillot, et considérée comme guérie le vingt deuxième jour. Cette critique de M. Chaumet nous paraît fort hasardée, et lui-même s'est chargé de nous fournir nos meilleurs argumens, en publiant un cas presque semblable, heureusement terminé par la guérison le trente-cinquième jour. Quoi donc d'étonnant qu'une amputation qui peut être guérie en trente-cinq jours le soit en vingt-deux, puisque Delpech a d'ailleurs obtenu, en 1824, un pareil résultat. Treize jours de différence sont bien peu de chose, monsieur Chaumet, pour se montrer si sévère, et voyons, au reste, de quel côté a été la publication prématurée. M. Sédillot n'a rien publié, il s'est borné à écrire à M. le président de l'Académie de médecine, pour le prier de désigner un ou plusieurs membres de l'Académie qui voulussent bien constater l'état de son malade, assez bien rétabli de son amputation le vingt-deuxième jour *pour pouvoir être considéré comme guéri*. M. Sédillot ajoutait que ce fait lui paraissait de nature à mériter, par sa rareté, l'attention de l'Académie. Les journaux, dans leur compte-rendu des séances académiques, ont mentionné cette communication, de même qu'ils ont ensuite signalé le rapport de M. Gimelle qui, après avoir visité le malade, a déclaré à l'Académie qu'il pouvait être considéré comme guéri (1).

Il y a mieux, voilà plus de deux mois que le malade de M. Sédillot a été opéré, tout le monde l'a vu se promener dans les jardins du Val-de-Grâce, avec ses béquilles, et cependant M. Sédillot n'a encore adressé à aucun journal, un seul mot sur ce sujet, et tout ce qui en a été dit est ressorti des séances académiques ; nous n'ajouterons donc rien à cette remarque, et nous demanderons seulement à M. Chaumet, s'il a montré autant de réserve ; non pas que nous blâmions aucunement son intéressante publication, qui constate une nouvelle guérison, le malade succombât-il plus tard à la reproduction, dans la plaie du moignon, de l'affection cancéreuse ; mais enfin la publicité donnée à ce fait au trente-cinquième jour, sans aucun détail sur le manuel opératoire ni les suites immédiates de l'amputation, semble présenter quelques-uns des caractères que M. Chaumet reproche à la précipitation de ses confrères et lui commandait peut-être plus d'indulgence.

M. Chaumet accuse ensuite la publicité donnée aux amputations du col utérin et à celle de la totalité même de l'utérus, publicité, dit-il, qui a manqué l'entraîner à pratiquer ces opérations, qui seraient selon lui constamment suivies de mort. Nous nous permettrons de répondre à M. Chaumet que les amputations du col de l'utérus guérissent très bien, et que M. Récamier a également réussi à enlever toute la matrice, puisque sa malade a vécu un an. Comment donc M. Chaumet aurait-il appris que ces opérations sont cependant habituellement fatales et de peu de ressources dans le cas de véritables cancers, si on ne l'avait pas prouvé par des faits. Pour savoir quels étaient les résultats possibles de pareils essais, il fallait les tenter, et il est fort heureux que la presse les ait fait connaître et apprécier.

M. Chaumet n'aurait pas voulu, à ce qu'il paraît, que les idées de M. Mayor sur l'emploi des grosses sondes métalliques fussent rendues publiques, non plus probablement que les expériences répétées à ce sujet. Mais, s'il en eût été ainsi, on ne saurait pas quel est le danger de forcer avec violence un rétrécissement, et on ignorerait que la dilatation, même brusque et rapide du canal de l'urètre, peut offrir de grands avantages dans certaines conditions données. Il m'est arrivé de produire un épanchement de sang circulaire sous forme d'anneau, autour d'un rétrécissement que je cherchais à traverser avec une des sondes de M. Mayor, et j'aurais certainement arraché l'urètre, si je ne m'étais arrêté. cependant, dans un autre cas, je suis parvenu à pratiquer thétérisme avec une de ces grosses sondes, pour une réte d'urine datant de quarante heures, et plusieurs chirurgiens av précédemment échoué, ainsi que moi-même, en essayant des des plus petites et variées de mille façons.

Je ne vois donc pas quel mal il y a eu à s'occuper des s de M. Mayor, et j'y trouve l'avantage d'une expérience fai acquise pour la science. Que dirais-je des essais mécaniqu M. Louvrier, que M. Chaumet traite de téméraires, et pou, quels il aurait abandonné la ténotomie et les extensions, si un jeune confrère ne l'avait entièrement fixé sur la valeur de ce nouveau moyen. Il nous semble néanmoins que plusieurs vérités assez importantes sont ressorties de l'application des appareils de M. Louvrier, et je crois, pour ma part, que dans les cas où la ténotomie et les extensions lentes ont échoué, s'il y a, par exemple, ankylose partielle par soudure, une violence brusque et convenablement dirigée peut encore faire espérer la guérison. Mais alors même qu'il faudrait abandonner les tentatives de M. Louvrier, M. Chaumet pense-t-il que les résultats négatifs soient insignifians, et la science n'est-elle pas en grande partie composée de faits de cette nature?

Enfin, M. Chaumet adresse un dernier reproche à la strabotomie, et il nous annonce « un égal désapointement lorsque l'expérience aura démontré qu'à côté des yeux que la ténotomie aura compromis pour toujours, on en sera à se demander si le strabisme de ceux qui ont conservé la faculté de voir a été bien sûrement et bien réellement guéri. » Je ne veux pas discuter l'injustice évidente de cette opinion, puisque l'innocuité à peu près absolue de l'opération est maintenant démontrée, et qu'il reste seulement à établir la proportion des guérisons définitives au nombre des insuccès, ce qui ne tardera pas à être connu, ainsi que les meilleures conditions de la réussite.

Si nous avons au reste insisté sur ces diverses critiques formulées par M. Chaumet, c'est qu'elles prenaient trop d'importance en passant par sa bouche, et nous le savons trop éclairé pour craindre qu'il adopte un pareil esprit de récrimination jalouse et mal fondée.

XXX.

(1) M. Geniez nous apprend dans une lettre du 22 octobre (*voy.* le n° de ce Journal), qu'il a été élève de Delpech et l'auteur d'une observation d'amputation coxo-fémorale insérée dans la Revue médicale 1824, et il réclame pour l'illustre chirurgien de Montpellier l'honneur d'avoir le premier, en France, pratiqué cette opération avec le plus grand succès. Le résultat en fut tel, dit-il, que le vingt-huitième jour le moignon était cicatrisé, et que le malade commençait à se promener avec des béquilles dans les salles de l'hôpital ; tandis que celui de M. Sédillot est encore étendu dans son lit au cinquante-cinquième jour. M. Geniez réclame encore contre les paroles de M. le docteur Gimelle, qui aurait dit à l'Académie que l'amputé de M. Sédillot était le second exemple de guérison obtenue en France, le premier appartenant à M. Baudens.

Il y a malheureusement beaucoup d'erreurs dans ces assertions de M. Geniez.

1° Delpech n'est pas le premier qui ait pratiqué avec succès, en France, l'amputation coxo-fémorale ; car Sabatier rapporte que l'Académie de chirurgie a eu connaissance d'une opération de cette nature, exécutée en 1773 par Perault, et il ajoute que ce fait lui a été confirmé par M. Poutier, chirurgien de première classe à l'armée de l'ouest, qui a rencontré le blessé à son passage à Tours en 1793. Malgré cette grave mutilation, le malade s'était marié, et avait eu un fils que M. Velpeau dit avoir vu en 1815. Le fait de Delpech n'a pas, au reste, été passé sous silence, car il a été rappelé dans la lettre de M. Sédillot à l'Académie, et il n'y avait pas à réclamer pour le célèbre chirurgien de Montpellier, la justice que tout le monde s'empresse de rendre à son habileté et à son génie.

2° M. Gimelle sait parfaitement que le malade de M. Baudens n'a pas été opéré en France, et il aura seulement annoncé que cet homme et celui qu'a sauvé M. Sédillot, sont les deux seuls exemples vivans en France des suites d'une semblable amputation, ce qui est vrai, puisque les malades de Guthrie et de Delpech sont morts actuellement.

3° Enfin, si M. Geniez a vu le malade de M. Sédillot étendu sur son lit le cinquante-cinquième jour, il aurait pu le rencontrer beaucoup plus tôt courant avec ses béquilles dans les jardins et les salles du Val-de-Grâce, car ce n'est qu'à la suite d'un exercice trop prolongé que le moignon est devenu douloureux et a nécessité du repos.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 29 OCTOBRE 1840. (15e ANNÉE.) Nº 128, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

ournal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
au, rue Dauphine, 22-24.
nces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Chambretz.

Clinique interne. — *Séance d'ouverture.*

Réunis dans cette enceinte pour nous occuper de clinique, nous devons avant tout définir cette science. La clinique est l'étude des maladies aux lits des malades. Cette partie de la médecine est le complément de toutes les autres; c'est le couronnement des études médicales. Mais avant d'entrer en matière et de nous mettre directement à l'œuvre, nous devons jeter un coup-d'œil rapide sur les sciences différentes dont l'ensemble constitue le système des connaissances que doit posséder le médecin.

L'homme, objet principal de votre étude, doit vous être entièrement connu dans lui-même et dans tous ses rapports avec ce qui est en dehors de lui; c'est l'étude du petit monde et du grand monde, pour nous servir d'une expression des anciens. Ainsi donc l'homme ne doit pas seulement vous être connu dans son organisation matérielle, mais vous devez le connaître encore dans ses ressorts intellectuels et affectifs; les agens ou modificateurs extérieurs devront vous être connus ensuite.

Nous devons nous borner à mentionner ces grandes divisions de la médecine, car en nous y arrêtant plus longtemps, ce serait trop nous éloigner de notre sujet; et nous fixerons plus spécialement notre attention sur les divisions selon lesquelles on distribue de nos jours les cours de médecine.

Deux divisions principales comprennent la science: la première celle de l'homme sain; la seconde celle de l'homme malade.

La première comprend à son tour plusieurs sciences qui sont: 1° l'anatomie descriptive, dont l'étude doit précéder celle de la physiologie et de la pathologie; 2° l'anatomie générale ou anatomie des tissus, science nouvelle, créée par Bichat: après avoir distingué, en effet, les organes les uns des autres, et en avoir étudié le siége, la configuration, etc., il importe de connaître quelle est leur structure intime, la nature de leurs tissus, et les propriétés vitales, chimiques et physiques de ceux-ci.

Il y a encore un mode d'envisager l'anatomie, mode qui se rattache à la pathologie, et dont nous ne parlons ici, par conséquent, que pour simple mémoire, puisque nous devons y revenir en parlant de l'homme malade. C'est l'étude des altérations que chaque maladie imprime aux tissus, aux organes; la connaissance de ces altérations, changemens, anomalies, constitue cette science que l'on nomme anatomie pathologique.

Après l'anatomie, vient la physiologie. Cette science a pour but la connaissance des fonctions qui sont réparties à chaque organe. L'étude des fonctions de chaque organe conduit à celle des appareils à la formation desquels ces organes concourent; et de là on arrive à la connaissance des grandes fonctions qui s'accomplissent dans l'économie, et qui sont le résultat du jeu de ces mêmes appareils.

L'hygiène, qui a pour but la conservation de la santé, est une science dont l'étude doit suivre naturellement la connaissance de l'organisme et de ses actes. Cette sience s'occupe de surveiller, de diriger, d'éloigner l'action favorable ou nuisible des modificateurs extérieurs. Les limites de cette science sont très reculées, et on la divise en plusieurs parties; ainsi:

Les *circumfusa* comprennent l'étude de l'air, de la lumière, du calorique, de l'électricité, du magnétisme; celle des météores ignés et aqueux; celle de tous les corps que peut contenir l'air: ainsi une foule de gaz non respirables, tels que l'acide carbonique, le chlore, l'hydro-sulfate d'ammoniaque, etc.; les corps odorans; les émanations non odorantes, soit végétales, soit animales, soit minérales, et par conséquent les miasmes des marais, les corps en putréfaction, les miasmes impondérables qui donnent naissance à des maladies spéciales. Viennent ensuite les particules pulvérulentes que l'air peut tenir en suspension. Les *circumfusa* comprennent également l'étude des influences diverses qu'exerce sur la santé de l'homme le sol: ainsi celle de vastes continens, comparée à celle des îles; celle de l'intérieur des terres, des pays maritimes, des contrées marécageuses ou sèches des pays cultivés ou incultes, etc.

Les *applicata*, qui embrassent tout ce que l'homme peut appliquer sur son corps: ainsi les vêtemens, les armures, les vêtemens considérés sous le rapport de la nature de leurs tissus; les lits et autres meubles de repos; les bains et frictions hygiéniques, les onctions, le tatouage, l'application du fard, et autres pratiques vicieuses, résultat du caprice, du vice ou du préjugé.

Les *ingesta* ou bromatologie, qui comprennent les boissons et les alimens de tous les règnes.

Les *acta* ou *gesta*, qui comprennent tous les mouvemens communiqués ou spontanés: ainsi pour les premiers, le mouvement des voitures, l'équitation, le mouvement de la balançoire, la navigation, etc.; pour les seconds, la danse, l'escrime, etc.

Enfin les *pathemata*, ou facultés intellectuelles et affectives: ainsi, le jeu exagéré des unes et des autres demande à être contenu dans des limites raisonnables, pour que la santé ne soit point altérée.

Voilà les trois grandes sciences qui se rattachent à l'étude de l'homme sain. A celle-ci, succède celle de l'homme malade.

La première des sciences dont se compose cette étude, c'est la pathologie, ou l'étude des maladies; en d'autres termes, les altérations que sont susceptibles d'éprouver les organes. La pathologie se divise en générale et speciale.

La pathologie générale étudie collectivement les maladies spéciales et les envisage sous le rapport des analogies, des ressemblances qui existent entre elles; ainsi, elle embrasse d'un seul coup-d'œil toutes les maladies séreuses, toutes les maladies fibreuses, muqueuses, etc.: au lieu de séparer la bronchite de la dysenterie, comme le fait la pathologie spéciale, elle les réunit, et déduit les considérations qui résultent de leur rapprochement. La pathologie générale considère également les causes et la marche générale des maladies, les métastases, les crises, etc.

Après la pathologie spéciale, qui, ainsi que nous l'avons dit, s'occupe des individualités morbides, vient la thérapeutique.

Cette dernière science s'applique à la recherche des agens capables de guérir les maladies, ou de soulager ceux qui en sont atteints. Depuis six mille ans que le monde existe, la thérapeutique a fait des recherches sur tous les corps de la nature et les a portés en contact avec les organes malades. Du reste, la thérapeutique est la partie la plus importante de la médecine; on la divise en trois branches, qui sont:

1° La diététique, science qui a surtout été bien appliquée par les médecins grecs; cette branche reprend en sous-ordre tous les matériaux de l'hygiène et en fait l'application aux malades, maintenant ceux que l'expérience a faits reconnaître utiles;

2° La chirurgie, qui au moyen de la main et des instrumens, remédie aux désordres extérieurs;

3° La pharmacologie, qui comprend l'étude des agens capables de modifier rapidement le rhithme des organes; elle comprend de plus la recherche des médicamens, leur préparation et le mode de les conserver.

Les diététiques chirurgicaux et pharmacologiques étaient exercés autrefois par des hommes différens; mais, de nos jours, on reconnaît la nécessité d'allier ces différentes branches. Ainsi vous savez combien la diététique est indispensable pour les opérés de nos hôpitaux.

La clinique, dont nous devons nous occuper spécialement, est le couronnement des sciences qui précèdent. La physiologie surtout nous sera indispensable, car elle est le flambeau qui doit nous guider au lit des malades. C'est elle qui nous fera remonter à la connaissance de l'organe souffrant, connaissance d'autant plus importante que toute maladie, locale d'abord, ne devient générale que par la suite.

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Pierre volumineuse enchatonnée. Huit séances de lithotritie. Guérison; par M. Leroy-d'Etiolles.

M. H..., âgé de cinquante ans, d'une constitution robuste, portait depuis deux années, dans sa vessie, deux calculs, l'un flottant, l'autre enchatonné. M. Mirault, d'Angers, broya le premier et en procura la sortie; mais il n'en fut pas de même du second. « Ce dernier (écrivait cet habile chirurgien à M. Leroy-d'Etiolles, en lui adressant son malade), est demeuré réfractaire à deux tentatives de lithotritie que j'ai faites pour l'extraire de sa loge ou l'y briser. Il est assez volumineux, car j'ai toujours trouvé quinze lignes en promenant d'arrière en avant le bec de la sonde exploratrice sur sa surface libre; il est situé dans la partie inférieure gauche de la vessie, à dix lignes à peu près au-dessus du bas-fond: vous le trouverez facilement. Avant que j'eusse fait une séance pour le faire éclater dans son chaton, et que je l'eusse écorné, il faisait une légère saillie dans la vessie; aujourd'hui sa surface affleure dans cette direction la paroi vésicale. »

M. H... vint à Paris le 15 octobre. Le cathétérisme fit constater la présence de la pierre dans le lieu et dans les conditions indiquées par M. Mirault. M. Leroy-d'Etiolles s'aperçut qu'il pouvait engager l'extrémité de sa sonde à courbure courte et brusque entre le calcul et le bord de la cellule; faisant alors exécuter à l'algalie un mouvement de rotation, il dégagea le corps étranger en un instant. Le lithotribe fut immédiatement introduit et la pierre brisée. Deux des plus gros fragmens furent ensuite saisis et broyés. Les débris éprouvèrent un peu de difficulté pour leur issue, à cause du gonflement du col qui rendait faible le jet des urines. Huit séances furent nécessaires pour la destruction complète du calcul. Dans l'intervalle, M. H. put sortir chaque jour et vaquer à ses affaires. Le 15 octobre, M. Leroy-d'Etiolles constata que la guérison était complète.

Dans le cas où ce praticien ne serait pas parvenu à déloger le calcul, ni avec la sonde par un mouvement imitant un tour de clé, ni avec le brise-pierre, il aurait fait usage de l'instrument qu'il a imaginé pour déchatonner la pierre: c'est une modification de la curette articulée dont il se sert pour l'extraction des fragmens arrêtés dans l'urètre; il en diffère par la longueur plus grande du plateau, qui se coude au moyen d'une articulation gynglimoïdale. L'instrument lui-même est courbe comme une sonde; la plaque mobile étant engagée lentement et avec précaution entre le calcul et le bord de la cellule, on la courbe au moyen de l'écrou et de la vis; elle agit alors comme un levier pour soulever la pierre et l'énucléer.

M. H. est encore un exemple à ajouter à tant d'autres, de l'inutilité des alcalis comme dissolvans des calculs. Ce malade a pris pendant plusieurs mois un gros environ de bi-carbonate de soude chaque jour. M. Pelouze, nommé par l'Académie des sciences pour examiner cette question, était présent à l'une des séances; il recueillit lui-même des débris de la pierre pour les soumettre à l'analyse chimique.

Nous ajouterons en terminant, que parmi les fragmens expulsés il s'en est trouvé un ressemblant à un mamelon, ou prolongement par lequel la pierre s'enfonçait probablement à une plus grande profondeur dans la cellule. M. Leroy-d'Etiolles pense que le temps qui s'est écoulé depuis les tentatives de lithotritie, a pu rendre l'avulsion du calcul plus facile. En effet, dans l'espace d'une année, ce corps a dû acquérir plus de développement en dehors de la cellule, et présenter davantage de prise à la sonde. En conséquence, ce lithotriteur est persuadé que si M. Mirault eût tenté un nouvel essai de broiement avant le départ de M. H. pour Paris, il eût réussi infailliblement.

X...

HOPITAUX IRLANDAIS.

Imperforation congénitale de l'anus. Opération; par M. Peebles.

Un enfant est né bien bien portant et apparemment bien conformé. Le lendemain il paraît très souffrant et la surface de son corps est bleue; aucune évacuation alvine n'a eu lieu. A l'examen on trouve l'anus imperforé; une fossette rugueuse indique le siége de l'anus. On essaie d'y introduire une bougie, mais sans succès. On divise les tégumens avec une lancette; on applique de nouveau la bougie, mais elle ne passe pas davantage. On plonge la lancette profondément et parallèlement au coccyx et au sacrum. La bougie y est introduite et elle passe librement, mais en la retirant elle ne présente aucune teinte de matière stercorale ou de méconium; elle est seulement teinte de sang. On ne juge pas convenable d'injecter aucun liquide, crainte d'entrer dans le péritoine. On prescrit du calomel et de l'huile par la bouche; on attend deux heures, pour voir si le malade aurait quelque garderobe; des gaz sont sortis par la bougie, ce qui a donné la certitude qu'elle était dans le rectum. Aucune évacuation cependant n'a eu lieu par le rectum ni par la vessie; l'enfant s'est affaissé et est mort deux heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouve l'estomac presque vide; il se termine dans une poche derrière le col de la vessie. Le canal artificiel formé par la lancette, avait passé derrière la poche de l'estomac et pénétré dans le rectum, à un pouce et demi au-dessus de l'anus. Le rectum présente trois pouces de longueur. Ni le péritoine, ni aucune autre partie importante n'avaient été lésés par l'opération. Une masse énorme de méconium distend le colon et les intestins grêles; des gaz existent dans cette partie. La mort a paru dépendre de la distension douloureuse des intestins.

(*Dublin med. Press*, 8 octob. 1840).

— L'auteur fait remaquer avec raison que si l'opération eût été pratiquée de meilleure heure, elle aurait présenté plus de chances favorables; elle n'a pas moins réussi cependant comme opération, et il est probable que le méconium aurait été évacué si un peu plus de hardiesse eût fait pousser plus loin la sonde et appliquer sur celle-ci une seringue pour injecter un lavement et le pomper ensuite à l'aide du même instrument. On sait qu'un des meilleurs moyens pour provoquer des garde-robes, alors que l'intestin n'est pas malade, c'est d'exercer le pompement dans le rectum et le colon à l'aide d'une longue soude et une seringue.

Hydrocèle à la cuisse. Opération; par M. Wade.

Mary T., âgée de soixante-deux ans, s'est fait recevoir au Dispensaire Swanlinbar pour être traitée d'une tumeur très volumineuse placée sur la région trochantérienne gauche, s'étendant en bas et en dehors sur la cuisse. Cette tumeur est tendue, luisante, sans changement de couleur à la peau, ni douleur, manifestement fluctuante. On fait une ponction explorative avec un très petit trois-quart, et l'on donne issue à trois pintes de sérosité jaune paille. On bouche la piqûre avec un morceau de sparadrap.

Un mois après le kyste était de nouveau rempli, mais moins volumineux. On ponctionne de nouveau, et l'on tire une pinte de liquide; le kyste s'affaisse : on exerce une compression modérée. Il est survenu une faible inflammation et la tumeur n'a plus reparu depuis. L'auteur rappelle un cas analogue à la face antérieure de la cuisse, lequel a été opéré par incision et s'est terminé par la mort. (*Ibid.*)

— La maladie que l'auteur a désignée du nom d'hydrocèle, n'est autre chose, comme on le voit, qu'un kyste séreux, une loupe aqueuse. Sa situation, son volume, le mode de traitement employé, rendent cependant le fait digne d'attention. On sait qu'il existe chez la femme une hydrocèle dont la source est dans le canal de Nuck, se montre à la région inguinale, atteint quelquefois le volume d'une orange, et imite parfaitement l'hydrocèle du cordon testiculaire; mais on ne saurait pas la confondre avec la tumeur ci-devant décrite, bien que, sous le point de vue pratique, la différence puisse être nulle. Il est néanmoins généralement admis que la simple ponction est insuffisante pour la guérison radicale, et l'on regarde le traitement par incision comme le seul capable de produire une guérison radicale. En conséquence l'observation de M. Wade est non seulement remarquable par les bons effets de la ponction répétée, mais aussi par les accidens graves qu'il a notés dans un cas opéré par incision. L'une et l'autre remarque sortent, comme on le voit, de la règle commune.

Hydrocéphale chronique. Ponction; par M. Bellingham.

Patrich M'Kean, âgé de sept mois, a été reçu à l'hôpital Saint-Vincent, le 21 juin 1840, pour être traité d'un hydrocéphale existant depuis cinq mois. D'après la relation de la mère, l'enfant avait été bien portant jusqu'à l'âge de deux mois; mais alors il a été atteint d'hydrocéphale aigu que l'on a traité selon les règles. Un mois après, la tête de l'enfant a commencé à grossir légèrement : cet état est devenu progressif.

Les mesures prises le 17 juin ont donné 19 pouces de circonférence. Le 29 du même mois, la même mesure a donné 20 pouces; le 21 juillet, 21 pouces et demi. Ces mesures avaient été prises, en ville, par le Dr Croker.

L'examen fait à l'hôpital, le 28 juillet, a donné 22 pouces de circonférence; les sutures sont écartées, les pupilles dilatées des deux côtés et insensibles à l'action de la lumière; strabisme léger; maigreur générale; malaise; cris continuels.

25 juillet. On donne un sixième de grain de calomel toutes les trois heures.

Opération. (28 juillet.) On pratique une petite incision aux tégumens du côté droit du crâne, un peu au-dessous de la fontanelle antérieure, à côté de la suture coronale, avec la précaution de ne pas blesser les vaisseaux superficiels. On plonge un petit trois-quarts dans la direction du ventricule, à la profondeur d'un pouce et quart; on retire le poinçon et on laisse la canule. Il ne s'écoule aucun liquide. On replonge le trois-quarts dans la canule, et l'on arrive à un pouce trois quarts; on le retire, et le liquide s'en échappe avec force. Ce liquide est d'abord sanguinolent, ensuite clair. Après en avoir retiré dix onces, la canule a été ôtée. Un aide comprimait doucement les deux côtés de la tête, à mesure que le liquide s'écoulait. On entoure alors la tête de larges bandelettes adhésives, qu'on applique d'avant en arrière et sur les côtés, de manière à rapprocher les os dans leur sens naturel, autant que possible. Pas de convulsions ni d'autres symptômes. L'enfant a pris le sein immédiatement après. On prescrit un dixième de grain de calomel toutes les deux heures. La mère elle-même est soumise à un traitement mercuriel, d'après le conseil de M. Rumley.

29 juillet. L'enfant paraît bien; il est gai et plus vif qu'avant l'opération; il ne louche pas autant; mais les pupilles sont toujours insensibles à la lumière.

30. On applique de l'onguent mercuriel sous l'aisselle de l'enfant, d'après le conseil de M. Wilmot.

31. La mère de l'enfant est saisie de salivation. L'enfant est très agité et mal à son aise; il continue à crier, dort très peu.

2 août. L'enfant est beaucoup plus faible, et paraît affaissé. Mort le lendemain, sans signes d'une grande souffrance et sans convulsions.

Autopsie dix heures après la mort. La petite plaie des tégumens est cicatrisée. On ôte les tégumens crâniens; le fluide s'écoule en grande quantité de la piqûre; les ventricules contiennent plus de deux pintes de liquide pareil à celui qui avait été extrait par le trois-quarts. Le cerveau est excessivement mou, mais à l'état normal sous d'autres rapports. La couche du cerveau à travers laquelle le trois-quarts avait pénétré, offre un pouce trois quarts d'épaisseur. Le trajet du trois-quarts est parfaitement visible; la nature ne paraît avoir fait aucun effort pour l'oblitérer. Les environs du trajet ne sont pas vascularisés, et il n'existe d'ailleurs aucune trace d'inflammation récente dans le reste de l'encéphale ou de ses membres. Le fluide ayant été analysé chimiquement, a donné un peu d'albumine et quelques sels. (*The med. Times*, 12 sept. 1840.)

— Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce fait, c'est le mode opératoire et l'absence de toute phlogose encéphalique. On dirait que l'opération n'a pas été grave par elle-même, et que la mort a été la conséquence naturelle de la maladie qui s'est reproduite. On peut néanmoins se demander si la vie de l'enfant ne se serait pas prolongée plus long-temps si le mal n'eût pas été attaqué chirurgicalement. Il existe, il est vrai, quelques cas heureux de ce mode de traitement; mais on compte, à côté, des insuccès toujours croissans. C'est là, au reste, un sujet de haute thérapeutique encore vierge, sur lequel on ne saurait pas assez réfléchir.

Cas d'anévrisme de l'aorte ventrale; par M. Thomas Hunter.

Un militaire, âgé de trente-sept ans, était traité à l'hôpital depuis deux ans pour une hypertrophie du cœur, accompagnée de palpitations, de vertiges, de dyspnée, de toux et de crachemens sanguinolens de temps en temps. Le moindre mouvement pour marcher aggravait son état. On lui prescrivait des saignées de temps en temps et l'usage de la teinture de digitale, ce qui le soulageait. Il a été ensuite confié aux soins de M. Hunter. A l'examen, il trouve le malade dans un état grave; il observe, entr'autres symptômes, une forte et constante pulsation dans la région épigastrique, avec douleurs intolérables dans cette partie. Ces douleurs augmentent après le repas ou l'usage de tout autre stimulant; elles s'apaisent par les opiacés et les purgatifs drastiques qui, du reste, ne provoquent pas de garde-robes. L'orthopnée va en augmentant; le malade ne peut plus goûter les douceurs du sommeil. Il a fini par succomber.

Autopsie. Le côté gauche de la poitrine est très saillant; les membres inférieurs sont œdématiés, surtout le gauche. On ouvre le thorax et le péricarde; la surface du cœur est rugueuse par de la lymphe plastique déposée depuis longtemps à sa surface; le péricarde contient une once de sérosité. Le cœur est énormément hypertrophié, surtout le ventricule et l'oreillette du côté gauche. Toutes ses valvules sont parfaitement saines, ainsi que la séreuse qui les redouble. Le calibre de l'aorte est plus considérable que dans l'état normal; ses parois présentent des dépôts cartilagineux. On ouvre l'abdomen, on ôte l'estomac, et l'on voit derrière une tumeur dure du volume d'un œuf de poule d'Inde (turkey egg). Elle adhère au pancréas et semble formée par la substance de cet organe, mais en la disséquant soigneusement, on trouve que c'était un anévrisme de l'aorte fermé immédiatement au dessous de la naissance de l'iliaque, et enveloppant la mésentérique supérieure.

Une ouverture met en communication l'aorte avec la poche sanguine; cette ouverture est au-dessous de l'origine de la cœliaque, et offre un pouce environ de diamètre. Le sac est rempli de caillots laminés et solides, ce qui fait penser que, sauf la maladie du cœur, qui a été la cause de la mort, l'anévrisme serait guéri spontanément. Des dépôts cartilagineux existaient dans les parois de la portion correspondante de l'aorte, mais pas très nombreux.

(*Dublin med. Press*, 21 octobre.)

— On s'est jusqu'à présent plutôt occupé de l'anatomie pathologique des maladies des artères et de la partie mécanique de leur traitement, que de la recherche des conditions dynamiques ou vitales de leur formation. On commence à remonter aujourd'hui à cette source importante, et l'on est obligé de reconnaître pour point de départ une phlogose sourde des tissus artériels, phlogose qui donne lieu à des sécrétions accidentelles qui s'ossifient au-dessous de la membrane interne, rendent le vaisseau extrêmement fragile, et le prédisposent à une rupture prochaine, dont la conséquence est la formation d'un anévrisme. L'hypertrophie du cœur en est une première condition et reconnaît elle-même un travail de même espèce.

Ce qu'on appelle une diathèse anévrismale n'est donc autre chose, au fond, qu'une artérite lente à laquelle se rattachent des troubles fonctionnels qu'on n'a pas encore suffisamment étudiés. Il est parfaitement reconnu, d'autre part, qu'au nombre des causes de la sub-artérite qui précède les anévrismes, il faut placer en première ligne les alcooliques; mais que savons-nous encore des autres causes capables d'amener un pareil résultat? C'est, comme on le voit, un sujet digne de la méditation des pathologistes, et qui peut conduire au véritable traitement de la diathèse anévrismale ou préventif de l'anévrisme.

A part ces considérations, qui trouvent une application rigoureuse dans les conditions du fait ci-dessus, nous trouvons ici un exemple assez rare d'anévrisme quant au siége, et dans des conditions heureuses de guérison spontanée, ce qui le rend plus intéressant encore.

Nous disons assez rare, car on ne connaît qu'un petit nombre de cas bien constatés d'anévrismes de la portion supérieure de l'aorte sous-diaphragmatique. Il est digne de remarque que, malgré la consolidation de la poche sanguine, elle présentait des pulsations; mais c'était incontestablement par soulèvement, et non par distension des parois du sac. L'auteur ne s'explique point sur le diagnostic qu'il avait porté durant la vie. C'est là, comme on sait, un point fort obscur, car les pulsations abdominales peuvent se rattacher à des maladies diverses, ainsi que nous l'avons prouvé ailleurs. (Voy. *Diction. des Diction. de méd.*, t. I, au mot *Abdominal.*)

HOPITAUX DE PARIS. — BUREAU CENTRAL.

Cours pratique sur les hernies; par M. Malgaigne.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Ici je ne veux pas omettre une remarque qui vous montrera le danger de transformer une partie quelconque de la chirurgie en une profession purement industrielle. Certes, l'appareil d'A. Cooper vaut mieux que tous les bandages du monde; et si les bandagistes, qui voient plus de hernieux que les chirurgiens, l'avaient essayé quelquefois, ils auraient bien vite été conduits à l'amélioration que j'ai adoptée. Mais ils vendent des bandages, et il y a un détriment incontestable pour eux à remplacer des ressorts ou des ceintures par de simples bandes de diachylon. Aussi n'ayez pas peur qu'aucun d'eux descende de son propre gré à une pareille simplification. Il est très remarquable, au contraire, que toutes leurs inventions tendent toujours à compliquer les appareils, attendu que toute complication donne droit d'en hausser le prix.

Chez les adultes, l'exomphale se présente dans quatre états différens; ou petit et réductible, ou volumineux et réductible, ou irréductible, soit avec un volume médiocre, soit avec un volume très considérable.

Dans le premier cas, l'indication peut encore être bien différente, selon que le sujet est maigre ou chargé d'embonpoint. Chez un sujet maigre, la petite tumeur fait saillie au dehors; une pelote presque plate, soutenue par un ressort très léger et une courroie qui achève le tour du corps, est presque toujours suffisante. Chez les sujets gras, tantôt l'ombilic proémine en dehors, et il n'y a rien à changer à l'indication précédente; d'autres fois la petite hernie fait une saillie légère au fond d'une dépression profonde qni caractérise l'ombilic. Il faut alors que la pelote soit moulée sur cette dépression, et assez proéminente pour aller tout au fond repousser la hernie. Ces sujets gras ont généralement la peau fine et très vulnérable; si vous fixez la pelote au ressort, dans les mouvemens du ventre il y aura des frottemens pénibles et suivis d'excoriations. Je me suis parfaitement bien trouvé alors d'une pelote en caoutchouc de la forme de la dépression à remplir, maintenue par une pelote plate tout-à-fait indépendante.

Si la hernie est volumineuse, on parvient quelquefois à la maintenir avec une pelote large et uniformément bombée; mais plus souvent il faut recourir à une pelote alongée en cylindre ou en cône, qui refoule les tégumens dans l'anneau et fasse office de bouchon, pour ainsi dire.

Quand la hernie est irréductible, et cependant d'un médiocre volume, les bandagistes ont coutume encore de presser dessus avec des pelotes bombées, ou bien de recouvrir presque toute la surface du ventre de larges plaques métalliques concaves bien rembourrées, mais munies au centre d'une convexité qui comprime la hernie. Il n'y a rien de plus contraire à tous les principes de l'art et du simple bon sens; et j'ai vu des malades qui avaient couru les principaux bandagistes de Paris, cherchant un remède aux douleurs que leur occasionnaient des appareils ainsi construits, et qui n'y avaient gagné que des changemens insignifians dans la forme de la plaque, ou du ressort, ou de la ceinture; mais partout on leur avait donné cette convexité centrale qui faisait tout le mal. Plusieurs me disaient : « Monsieur, il me faudrait quelque chose qui soutînt ma hernie comme avec la main », et elles me montraient parfaitement, avec leur main, ce qu'elles désiraient, et ce qui était, en effet, le plus convenable. Mais la routine avait prévalu contre cette indication si simple et si naturelle; et on ne les avait pas même écoutées. Or, voilà, en effet, ce qu'il faut dans ces cas: une pelote concave qui embrasse tout le contour de la hernie, la contienne et la soulève; et pour ce dernier point on ajoute des bretelles si cela est nécessaire.

Quand la hernie est trop volumineuse pour être contenue de cette façon, il faut simplement soutenir le ventre avec une ceinture; et toutefois, prendre garde encore que cette ceinture ne frotte pas trop fort contre la peau amincie qui recouvre la hernie; et au besoin, pour éviter cet inconvénient, on doit évaser la ceinture de manière à lui faire former une poche molle et adaptée à la forme de la tumeur herniaire, qui la reçoive et la loge en la comprimant très légèrement.

DES HERNIES DE LA LIGNE BLANCHE.

Il est une autre espèce de hernies très voisines des exomphales par son siége, par leur forme et par leur mécanisme; ce sont celles qui se font à travers quelque point affaibli de la ligne blanche, éraillant, écartant les faisceaux fibreux qui la constituent, et venant ainsi apparaître au dehors. Elles sont moins communes que les précédentes; et comme elles ont beaucoup de points de contact dans leur histoire, elles ne nous arrêteront pas bien longuement.

D'abord, elles m'ont paru un peu plus communes chez la femme que chez l'homme. En théorie, cela va de soi; car la ligne blanche souffre autant que l'ombilic de la dilatation du ventre dans la grossesse. Toutefois, la disproportion n'est pas aussi forte que pour les exomphales; et, par exemple, sur mes dix cas de 1835, il y en avait cinq pour chaque sexe.

Deuxièmement, elles peuvent venir dans la plus tendre enfance comme à tous les autres âges: j'en ai observé

chez des enfans de quelques mois. Je ne pense pas qu'il y en ait de vraiment congéniales ; mais il y a certainement une disposition congéniale et souvent héréditaire. Ainsi, chez un enfant encore à la mamelle j'ai constaté en même temps qu'un exomphale une faiblesse de la ligne blanche au-dessus de l'anneau qui la faisait bomber durant les cris et les efforts, et laissait sentir presque un travers de doigt d'écartement entre les muscles droits.

Cette sorte de prédisposition se révèle bien mieux encore par les complications de ces hernies. Aucune autre hernie ne s'accompagne aussi fréquemment de hernies différentes sur d'autres points de l'abdomen ; ainsi, pour les 5 cas observés sur l'homme en 1835,

1 se compliquait d'une inguinale simple ;
1 d'une inguinale double ;
1 d'une ombilicale ;
1 d'une deuxième de la ligne blanche et d'une inguinale ;
1 d'une deuxième de la ligne blanche, d'une inguinale et d'une crurale.

Pour celles des cinq femmes,
2 s'accompagnaient d'une ombilicale ;
1 s'accompagnait d'une ombilicale et d'une cystocèle ;
1 de deux autres siégeant également sur la ligne blanche ;
1 d'une deuxième de la ligne blanche et d'une inguinale.

Vous voyez qu'à s'en fier à cette série, il n'y aurait pas de hernies isolées de la ligne blanche. Ce serait une conclusion téméraire : en effet les exemples n'en manquent pas ; mais vous pouvez seulement tenir pour certain que les complications sont excessivement fréquentes.

Une autre circonstance fort curieuse, c'est la préférence de ces hernies pour la moitié sus-ombilicale de la ligne blanche. J'ai été très long-temps sans en rencontrer une seule de la partie sous-ombilicale ; et aujourd'hui encore je n'en ai vu qu'une seule à un demi-pouce au-dessous de l'ombilic.

On en voit de tout volume, et, comme celles de l'ombilic et comme toutes les autres, tantôt elles amènent des accidens notables, tantôt elles sont comme inaperçues. J'en ai vu une, du volume au plus d'une aveline, qui ne rentrait que difficilement, et avait déterminé des symptômes voisins de l'affaissement typhoïde. J'en ai vu une autre de même volume qui durait depuis huit ans sans avoir jamais incommodé le malade. D'un autre côté, la plus volumineuse que j'aie rencontrée avait l'étendue d'un crâne d'adulte ; il fallait pour la faire rentrer des efforts extraordinaires et une certaine habitude, car M. de Vigny, le médecin de la malade, y réussissait beaucoup mieux que moi. L'orifice qui lui livrait passage admettait presque le poing ; tout ce que nous pûmes imaginer pour la maintenir fut parfaitement inutile ; et nous laissâmes la malade comme nous l'avions trouvée, avec une large ceinture qui portait sur tout le ventre.

Je n'ai jamais vu guérir de ces hernies de la ligne blanche, et je doute que la cure radicale puisse en être obtenue. Quant à la cure palliative, elle repose sur les mêmes principes que celle des exomphales.

Il y a une autre sorte de déplacement des viscères qui occupe tout ou presque toute l'étendue de la ligne blanche, et que l'on appelle *éventration*. C'est la suite de grossesses volumineuses ou multipliées, qui ont tellement éraillé la ligne blanche et affaibli les muscles droits, que si on cherche le rebord de ceux-ci, quand la femme est couchée, on ne peut les reconnaître, et on dirait que toute la paroi ventrale antérieure est réduite aux tégumens. Si l'on veut savoir quel est au juste leur écartement, voici le moyen qui m'a réussi. On couche la femme sur le dos ; on refoule la hernie et la peau qui la recouvre sur la ligne médiane avec l'extrémité des quatre doigts de la main droite, jusqu'à la colonne vertébrale, et on dit à la malade de se mettre sur son séant. Dans cet effort, les muscles droits se tendent comme des cordes raides, et vous permettent de mesurer l'espace qui les sépare.

Quand toute la ligne blanche est distendue, une ceinture est l'appareil qui convient le mieux. Quand il n'y en a qu'une partie, on peut quelquefois obtenir un meilleur résultat à l'aide d'une large pelote portant sur la ligne moyenne une saillie en forme de coin qui refoule la peau et les viscères en dedans ; c'est, sur une grande échelle, le même appareil que nous avons indiqué pour les exomphales congéniales.

Sir A. Cooper a décrit d'autres hernies siégeant sur la ligne demi-circulaire, c'est-à-dire en dehors des muscles droits. Il y a aussi des hernies lombaires en arrière du muscle grand oblique ; il y a des hernies par le trou obturateur ; il y en a enfin d'anomales et purement accidentelles, comme celles que nous avons vues vers le centre du grand oblique, et qui avait été la suite d'un coup de lance reçue dans cette partie. Mais tous ces cas se voient rarement sur le vivant ; je n'ai pas pu vous en montrer un seul exemple, et conséquemment je ne pourrai vous en dire plus que vous n'en trouverez dans les livres ; je me contenterai donc de vous y renvoyer.

Académie de Médecine. — Séance du 27 octobre.

Intoxication arsenicale.

La correspondance comprend la lettre suivante de M. Rognetta, en réponse à la dernière lecture de M. Orfila. M. le secrétaire perpétuel annonce seulement cette lettre sans la lire, et dit que le conseil d'administration a décidé qu'elle serait renvoyée à la commission devant laquelle l'auteur doit faire ses expériences (1).

A messieurs les membres de l'Académie royale de médecine.

« Messieurs,

» Dans la dernière séance, M. Orfila vous a lu un travail dans lequel il a prétendu démentir le résultat de mes premières expériences concernant le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Si ce travail portait le cachet de l'observation exacte, j'aurais été le premier à y applaudir, et à reconnaître devant l'Académie l'erreur des conclusions contraires qui découlent de mes expériences. Je viens cependant d'acquérir encore une fois la conviction, par l'examen scrupuleux des faits articulés par M. Orfila et par les expériences que j'ai répétées, que ce toxicologue se trompe complètement, et que ce serait établir un principe thérapeutique désastreux que d'adopter les conclusions qu'il vous a présentées. Il est par conséquent de mon devoir de venir prier l'Académie de ne prendre aucune décision sur le point en litige avant d'avoir connaissance des nouvelles séries d'expériences que je vais répéter sur des chevaux en présence de la commission que je viens de convoquer.

» Je demanderai en attendant à l'Académie la permission de lui soumettre les propositions suivantes que je m'engage à prouver devant la commission :

» 1° Que les expériences dont M. Orfila est venu vous lire les résultats peuvent être interprétées de la manière suivante : savoir, que les unes ne signifient absolument rien ; que les autres déposent contre les conclusions de l'auteur ; que d'autres enfin viennent confirmer la thèse que je soutiens.

» 2° Que la saignée, les boissons aqueuses et le nitre proposés par M. Orfila, loin de combattre l'empoisonnement, agissent dans le sens du poison, hâtent singulièrement la mort, et rendent mortels beaucoup de cas qui ne le seraient pas par eux-mêmes. Les expériences et la nouvelle doctrine diurétique présentées par M. Orfila, sont complètement illusoires.

» 3° Que je persiste à croire, d'après l'observation rigoureuse des faits, que l'arsenic est un poison hyposthénisant, et que ses effets sur l'économie vivante ne peuvent être diminués ou dissipés qu'à l'aide des remèdes excitans, en particulier les alcooliques.

» L'avenir prouvera qui de nous deux, M. Orfila ou moi, se trompe. La question étant aujourd'hui nettement posée, nos opinions se trouvant positivement et clairement formulées devant l'Académie, il ne peut plus y avoir d'équivoque, l'expérience résoudra, je l'espère, le problème d'une manière définitive ; et quelque soit d'ailleurs le côté où ressortira la vérité, je m'applaudirai toujours d'avoir soulevé une question importante, et concouru, par mon opposition, à éclairer un sujet d'un immense intérêt social.

» Je ne terminerai pas cette lettre sans faire part à l'Académie, que, grâce à la bienveillance d'un savant médecin-vétérinaire, je viens d'obtenir dans le centre de la capitale un superbe local pour faire les expériences. La commission et tous ceux des membres de l'Académie qui s'intéressent à la question, pourront donc les suivre commodément. Je me ferai un devoir de les prévenir en particulier, et de leur faire connaître les jours et les heures des séances que la commission fixera.

Je dois en même temps exprimer à l'Académie le désir sincère que j'éprouve de voir M. Orfila assister personnellement à mes expériences. J'ai, en conséquence, l'honneur d'inviter M. Orfila à être témoin des expériences que je vais faire, et à m'adresser toutes les objections qu'il jugera convenables à chaque expérience; mais ce sera, bien entendu, à la condition qu'il répétera aussi de son côté ses expériences sous mes yeux, et qu'il me permettra d'en discuter la valeur en présence de la commission. Cela pourrait, je présume, mettre fin à la discussion, et permettre à la commission de proclamer devant l'Académie la vérité tout entière.

» Agréez, etc. ROGNETTA, D.-M. »

(1) On conçoit difficilement la suppression de la lecture de cette lettre par décision du conseil. Est-ce parce que M. Orfila fait partie de ce conseil? C'est évidemment un acte illégal, le conseil n'ayant pas le droit de supprimer une lettre scientifique adressée aux membres de l'Académie et écrite avec convenance. C'est aussi probablement pour ne pas déplaire à ce chef de coterie que le même conseil se permet de supprimer depuis long-temps deux journaux qui sont envoyés à l'Académie, la *Gazette des Hôpitaux* et *l'Expérience*, qui ont osé quelquefois démasquer la conduite ou les erreurs du doyen de l'École.

Juges pour le concours à l'École. — M. le président fait connaître les noms des juges nommés pour le concours à une chaire de chirurgie à l'École. Ce sont : MM. Gimelle, Amussat, Bégin, Danyau, et Villeneuve, suppléant.

M. Cornac demande à cette occasion que l'Académie veuille bien remplacer plusieurs des membres de la commission qu'il avait fait nommer pour discuter les inconvéniens de l'arrêté ministériel concernant l'élection des juges des concours, et propose que le nombre des membres de cette commission soit élevé à onze.

M. Londe parle dans le même sens.

Copahu. — *M. Cullerier* fait un rapport favorable sur une préparation particulière de copahu présentée par M. Mège, élève des hôpitaux, et qui a pour but de lui enlever la partie huileuse dont le goût est désagréable, et de ne laisser que la résine, qui en est le principe actif. Ce procédé consiste à traiter le copahu avec l'acide nitrique, puis avec un alcali. Des expériences cliniques ont été faites par M. Monod. M. le rapporteur conclut en proposant des encouragemens et des remercimens à l'auteur.

M. Roux demande à quelle époque de la blennorrhagie le copahu a été administré et combien de temps la maladie a duré. Pour lui, une blennorrhagie traitée n'importe par quels moyens, et qui a duré de quarante à cinquante jours, est une blennorrhagie guérie sans ces moyens, car il s'est assuré que telle est sa durée ordinaire lorsque le mal est abandonné à lui-même.

M. Cullerier répond que, d'après son expérience, le copahu est surtout utile au début et à la fin de la maladie.

M. Velpeau a trouvé le copahu utile dans toutes les périodes de la maladie, surtout en le combinant avec le cubèbe.

M. Soubeiran déclare que le procédé proposé pour dulcifier le copahu n'offre rien de bien différent de ceux qu'on connaît pour purifier la plupart des résines, et qu'au total il ne mérite pas les éloges qu'en a faits M. le rapporteur, puisque les résultats cliniques dont on a parlé ne sont pas bien concluans.

M. Bouillaud fait connaître quelques faits importans. Ayant eu l'occasion de traiter à sa clinique et en ville un grand nombre de malades atteints d'urétrite ancienne et de pneumonie récente, il a vu l'affection urétrale disparaître en peu de jours et d'une manière radicale par le seul traitement de la pneumonie. Il est remarquable que l'urétrite avait résisté à une foule de médications diverses. Dans d'autres cas l'urétrite existait seule et à l'état aigu, elle a a été dissipée en peu de jours à l'aide de la médication antiphlogistique très active, en particulier des évacuations sanguines, et lorsqu'on a voulu y joindre le copahu, son usage n'a été réellement utile qu'après les saignées, la diète, les applications émollientes, etc. Le copahu seul avait été donné avec persévérance dans d'autres cas sans succès ; on a alors eu recours aux saignées et le mal a guéri en peu de jours. Je pense donc, dit M. Bouillaud en terminant, qu'on devrait s'arrêter principalement à cette idée que le meilleur traitement de la blenorrhagie, soit aiguë soit chronique, est l'antiphlogistique énergique, et que le copahu, s'il est utile dans certains cas, n'offre rien de spécifique.

M. Boulay parle dans le sens de M. Soubeiran.

M. Rochoux a beaucoup de confiance dans les boissons abondantes d'eau fraîche contre la blennorrhagie. Le copahu n'est utile que dans les cas légers, il nuit dans les cas graves.

M. le rapporteur relit les conclusions.

M. Chervin trouve ces conclusions trop laudatives.

M. Delens adopte l'opinion de l'honorable préopinant ; il ne trouve rien de remarquable dans le procédé dépuratif dont il s'agit.

L'Académie vote seulement des remerciemens à l'auteur.

— *M. Velpeau* fait plusieurs rapports favorables en peu de mots :

1° Sur un nouveau compresseur de l'artère fémorale, de M. Charrière ;

2° Sur un nouveau procédé pour la réduction de la mâchoire inférieure proposé par M. Olinet, et qui consiste à employer un manche de couteau de cuisine au lieu des doigts, pour faire basculer et rentrer l'os luxé ;

3° Sur un énorme polype de la matrice, ayant toutes les apparences d'un utérus renversé.

Introduction de l'air dans les veines. — *M. Bouley* jeune lit une observation relative à un cas d'introduction d'air dans la veine jugulaire d'une jument qui en est morte. Il s'agit d'une jument atteinte d'entérite hémorrhagique : il l'a saignée ; deux minutes après l'ouverture de la veine et au moment où l'opérateur était en train d'essuyer sa lancette, l'animal est tombé par terre comme foudroyé ; il s'est relevé, est retombé encore et est mort sept heures après la saignée. A l'autopsie, on a trouvé de l'air dans le cœur et dans toutes les veines de la poitrine ; le sang de ces parties était écumeux. Une hémorrhagie abondante existait dans le bas-ventre par l'effet de la maladie primitive. L'auteur n'attribue pas la mort à l'introduction de l'air ; mais il fait remarquer que ce fait confirme l'opinion de M. Amussat, que cet accident est facile à la suite des pertes sanguines, le système vasculaire étant vide en quelque sorte.

M. Amussat : Je ferai remarquer à l'Académie l'importance du fait communiqué par M. Bouley, après la discussion qui avait eu lieu précédemment dans cette enceinte sur la possibilité et le danger de l'introduction accidentelle de l'air dans les veines pendant une opération chirurgicale.

Je ferai remarquer aussi que les accidens éprouvés par l'animal dont il est question dans l'observation de M. Bouley, ne peuvent être attribués qu'à l'entrée spontanée de l'air dans la veine jugulaire, deux minutes après l'opération de la saignée faite par M. Bouley. Il a vu l'air ressortir par l'ouverture de la jugulaire, et il a constaté tous les symptômes caractéristiques de l'entrée de l'air dans les veines. Du reste, l'autopsie faite deux heures après la mort a démontré qu'il existait une grande quantité d'air dans les cavités droites du cœur et surtout dans l'artère pulmonaire. Là, il était *à l'état de mousse ou d'écume sanguine*. Aussi, malgré les lésions trouvées dans le ventre, je pense que c'est l'air qui a été la cause de la mort ; sans doute on peut dire que l'hémorrhagie intestinale a favorisé le phénomène par la déplétion qu'elle a produite dans le système circulatoire ; mais je pense que ce fait rentre dans la catégorie des animaux sur lesquels j'ai démontré que la soustraction d'une certaine quantité de sang favorisait le phénomène et déterminait plus promptement la mort.

Je rappellerai à l'Académie que c'est le deuxième fait communiqué par M. Bouley depuis notre discussion. Le premier était encore beaucoup plus concluant, puisque le cheval était mort quelques minutes après (8 minutes). De plus, les journaux vétérinaires contiennent aussi d'autres faits ; je ne citerai que le plus concluant : il appartient à M. Mercier, vétérinaire à Évreux. Il s'agit d'un cheval entier qui est mort trois quarts d'heure après une saignée de la jugulaire avec tous les symptômes produits par l'introduction accidentelle de l'air dans le cœur. A l'autopsie, faite neuf heures après la mort, on a trouvé une grande quantité de *mousse sanguine* dans le cœur. L'auteur dit que son fait est *indéniable*.

Je dois faire observer qu'à l'époque de notre discussion nous ne possédions que deux exemples de l'introduction accidentelle de l'air dans les veines après la saignée de la jugulaire : l'un appartient à Verrier, l'autre est de M. Bouley ; mais comme les chevaux n'étaient pas morts, on en avait conclu que l'introduction de l'air n'était pas aussi dangereuse que je le pensais d'après mes expériences et les faits observés sur l'homme.

On voit maintenant que j'avais eu raison de dire que l'introduction spontanée de l'air dans les veines était fort dangereuse, et pouvait causer la mort, puisque voilà déjà trois faits depuis notre discussion, sans compter tous ceux qui n'ont pas été publiés ou qui ont été mal observés.

M. Barthélemy invite M. Guénau de Mussy à venir au fauteuil du président, afin de pouvoir prendre la parole sur la lecture de M. Bouley. Il déclare que la mort, dans ce cas, a été produite par la maladie antérieure et non par l'introduction de l'air. Selon lui, il ne faut rien moins que quatre litres d'air, et même davantage, pour tuer un cheval ; or, par la seule ouverture de la veine dans une saignée, l'air qui s'introduit est en petite quantité, et insuffisante à produire la mort.

M. Renoult s'étant occupé des mêmes expériences que M. Barthélemy, dit avoir tué des chevaux avec un litre et demi d'air. Il pense que de nouvelles expériences sont nécessaires pour éclaircir complètement la question.

M. Ferrus cite deux cas d'introduction mortelle d'air à la suite de la saignée de la jugulaire chez le cheval ; il l'attribue à l'habitude qu'on a de l'attacher avec la tête haute : mais jamais cet accident ne s'est présenté dans plusieurs centaines de saignées de la jugulaire qu'il a pratiquées ou fait pratiquer chez l'homme.

M. Rochoux appelle l'attention sur ce fait important signalé par M. Barthélemy ; savoir : que dans l'état de santé, il faut une très grande quantité d'air pour produire la mort ; mais en cas de maladie pulmonaire ou d'autres viscères, une petite quantité peut suffire pour produire cet effet.

M. Amussat. Je prends la parole une seconde fois pour dire que je pense, contrairement à l'opinion de M. Bouley, que la mort de la jument qui fait le sujet de son observation doit être

attribuée à l'entrée de l'air dans le cœur, puisque les symptômes observés ont eu lieu pendant la saignée de la jugulaire, et que, si on n'eût pas fermé la plaie deux minutes après, l'animal n'aurait pas sans doute survécu sept heures. Du reste, les praticiens pèseront le fait et jugeront à quelle cause on doit attribuer la mort.

Quoi qu'il en soit de la différence de nos opinions, je me plais à rendre justice à la sincérité et à la bonne foi de M. Bouley; je le remercie, pour ma part, d'avoir eu le courage de publier ces accidens. Son exemple a déjà engagé d'autres vétérinaires à publier des faits analogues. Il a rendu un véritable service à la science, et les faits nouveaux qu'il nous fournit sont d'une grande importance, car ils jettent un nouveau jour sur une question toute neuve.

Evidemment on peut différer d'opinion sur la cause de la mort, mais on ne peut nier, comme l'a fait M. Rochoux, que l'air trouvé dans le cœur ne se soit introduit pendant la vie par l'ouverture faite à la jugulaire.

M. Ferrus a dit qu'il avait fait faire un grand nombre de saignées de la jugulaire sur l'homme, et qu'il n'avait jamais observé d'accidens. Cependant il ne faut pas s'y fier, et M. Larrey, qui parle de la possibilité du phénomène, a déjà conseillé de comprimer la veine au-dessous de l'ouverture. J'engage donc les chirurgiens à être fort prudens à cet égard, et je crois que si nous n'avons pas de faits nouveaux sur l'homme, c'est parce que les chirurgiens sont sur leurs gardes depuis notre discussion, et qu'ils prennent plus de précautions quand ils opèrent dans la région que j'ai appelée dangereuse. Relativement aux deux chevaux dont nous a parlé M. Ferrus, et qui sont morts subitement après la saignée de la jugulaire, il est fort à regretter qu'on n'ait pas ouvert les animaux.

Pour prouver le danger de l'introduction accidentelle de l'air, il me suffira de citer un fait qui s'est passé hier à l'amphithéâtre de M. Orfila. Un chien était pendu depuis long temps, et les spectateurs voyaient avec peine la lenteur de l'agonie de l'animal. Déjà la veille, nous avions été affecté désagréablement par la difficulté de faire mourir les chiens par la strangulation. J'ai conseillé de faire une ouverture à la jugulaire, l'animal n'a pas fait un seul mouvement après. Je dois dire que nous n'avions ni vu ni entendu l'air entrer par la plaie. L'autopsie a été faite immédiatement et nous avons trouvé les cavités droites du cœur distendues par une *écume sanguine*; les assistans ont été frappés de ce résultat. Comme on le voit, c'est le moyen le plus expéditif pour se débarrasser d'un animal. On conçoit que si l'accident arrive sur l'homme après une opération longue et laborieuse, la mort peut arriver aussi subitement. C'est du reste ce qui est arrivé plusieurs fois, comme je l'ai prouvé dans mon mémoire.

M. Barthélemy a beaucoup trop insisté, je crois, sur la quantité d'air nécessaire pour tuer un cheval quand on injecte ce fluide dans le cœur. Je ferai remarquer que la véritable question pratique c'est l'introduction spontanée. On ne croyait pas, avant mes expériences, que l'air pût entrer spontanément et en assez grande quantité pour tuer un animal. On voit maintenant que les faits viennent à l'appui de nos expériences, et contrairement à l'opinion de M. Barthélemy, sur la facilité et le danger de l'introduction de l'air. Je pense qu'on devrait faire une instruction pour les vétérinaires et les maréchaux, afin de les prévenir de la possibilité de l'accident, de son danger, et que le moyen le plus efficace pour le prévenir, c'est de comprimer constamment au-dessous de l'ouverture.

Enfin, je dois dire que l'introduction de l'air dans les veines est un fait acquis à la science. Grâce à nos débats, la question s'éclaircit, et si elle est résolue, c'est bien à nos discussions académiques qu'on le devra. Je livre cet argument à ceux qui, comme moi, pensent que les discussions académiques sont utiles aux progrès de la science.

M. Bouillaud pense comme M. Barthélemy, et comme il l'avait établi dans son rapport sur les expériences de M. Amussat, que dans la plupart des cas l'introduction spontanée de l'air est moins grave qu'on ne l'avait cru, l'animal se rétablissant ordinairement après quelque temps. Les cas analogues à celui de M. Bouley, au reste, ne sont pas très rares; plusieurs médecins-vétérinaires distingués, entr'autres, M. Leblanc, en ont signalé des exemples.

M. Gerdy parle dans le sens de M. Barthélemy.

Séance levée.

MÉMOIRE A CONSULTER

A l'appui du Pourvoi en Cassation de

DAME MARIE CAPPELLE, VEUVE LAFFARGE,

Sur les moyens de nullité que présente l'expertise chimique, dans le cours de cette procédure, qui vient de se terminer par l'arrêt de la Cour d'assises de la Corrèze, du 19 septembre 1840; rédigé à la requête de la défense,

PAR F.-V. RASPAIL.

Avec cette épigraphe:

> Que Dieu préserve l'innocence des tours de force de la chimie invoquée devant la loi! (*Lettre au Dr Fabre, du 26 septembre 1840.*) In-8° de 172 pages.

Paris, 22 octobre 1840. Au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, 22-24, rue Dauphine.

Chacun de nous a dû suivre avec la plus vive anxiété, comme homme; avec la plus consciencieuse attention, comme médecin, les débats si remplis d'enseignemens de toute nature du procès de madame Laffarge. Chacun de nous connaît les raisons qui ont fait invoquer par l'accusée l'expertise de M. Raspail, et la lettre adressée par ce savant à M. Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*. Cette lettre annonçait un mémoire à consulter à l'appui du pourvoi en cassation; c'est ce mémoire que nous signalons aujourd'hui à l'attention de tous.

Il appartenait au citoyen courageux, honoré même de ses ennemis, au savant infatigable, au foudroyant improvisateur du procès de Dijon (1) de venir encore, et, plaise à Dieu, pour la dernière fois, plaider la cause de la science, préserver l'innocence des tours de force de la chimie légale, et comme il le dit lui-même: empêcher l'accusation d'obtenir une condamnation sur une *fausse donnée, à laquelle tôt ou tard un innocent peut être pris.*

Il serait impossible de reproduire ici la discussion si logique, si puissante que l'auteur a développée dans ce long mémoire; aussi notre tâche est-elle singulièrement abrégée. Nous nous bornerons à l'indication rapide des points sur lesquels porte le système des moyens de nullité invoqués par M. Raspail.

Ce travail est disposé en trois parties principales.

Dans *la première*, l'auteur examine, sous le rapport de la procédure, les vices de forme de l'expertise chimique et médicale sur laquelle se sont fondées successivement *la prévention*, *l'inculpation, l'accusation* et *la condamnation* dans le cours de cette affaire. Quatre chapitres sont consacrés à l'examen de ces questions.

Dans la *deuxième partie*, M. Raspail envisage l'expertise légale, spécialement sous le rapport médical et chimique, et il examine si les règles de la science ont été *suivies, perdues de vue*, ou *violées* dans ce procès.

Ce texte si vaste fait le sujet de quatre autres chapitres; le dernier, divisé lui-même en trois grandes sections, est entièrement destiné:

1° A l'examen critique du rapport improvisé par M. Orfila à l'audience du 14 septembre;

2° A l'examen critique du rapport écrit, déposé le 15 septembre par M. Orfila;

3° A la discussion chimico-légale sur la valeur judiciaire de ces deux rapports, et à l'exposé des résultats de l'enquête que M. Raspail a faite à Tulle et à Limoges sur la requête de la défense.

Dans *la troisième et dernière partie*, l'auteur se propose d'établir la compétence de la Cour suprême à prononcer sur ce genre de nullités, tout aussi bien que sur les moyens de nullité tirés de la violation des règles ordinaires de la procédure.

Cette analyse est terminée par un travail de chimie pure comprenant par ordre alphabétique les *indications amphibologiques* que peuvent offrir, dans une analyse qualitative, les principaux réactifs dont on se sert pour déceler, en chimie légale, la présence de l'arsenic.

Telle est l'indication rapide des nombreuses et importantes questions abordées dans ce mémoire par M. Raspail.

Dans tout ce long plaidoyer, l'auteur a mis à contribution le talent si remarquable que nos lecteurs ont pu apprécier tant de fois; si nous ne le suivons pas dans toute cette laborieuse et savante discussion, c'est qu'il nous paraîtrait inconvenant, dans les circonstances actuelles, de formuler une opinion sur des faits qui sont à cette heure de la compétence de la Cour de cassation, et sur lesquels une enquête sévère et minutieuse est réclamée. Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons qu'applaudir aux idées de haute philosophie que M. Raspail embrasse, aux réformes scientifiques et judiciaires qu'il appelle de tous ses vœux. Les abus qu'il signale sont graves; ils ont fait, et feront peut-être encore plus d'une victime. Nous ne pouvons que joindre nos souhaits aux siens. Tous les médecins se joindront à nous, car c'est à eux tous que ce mémoire fait un appel; c'est à eux qu'il démontre les inconvéniens, les dangers du mode actuel d'expertise légale, et qu'il trace de sages et savans enseignemens sur ces pénibles devoirs qu'un jour ou l'autre ils peuvent être appelés à accomplir.

Concours pour l'Internat. — Ce concours est ouvert depuis quelque temps. Les juges sont MM. Bouneau, Baudelocque, Nathalis Guillot, Jobert, Beau, Cullerier, Auvity et Thévenot de Saint-Blaise.

La question écrite était: *La Peau et l'Erythème.*

(1) Voy. *Gazette des Hôpitaux*, décemb. 1839, et janv. 1840.

Imp[rimerie de] Plon, rue de Vaugirard, 36[?]

SAMEDI 31 OCTOBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 129, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Service de M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Leçons sur les plaies d'armes à feu du thorax.

(Suite du n° 124)

Nous vous avons démontré que la pneumonie traumatique, surtout quand il ne reste pas de corps étranger dans le poumon, peut, grâce aux réfrigérans sur le thorax et aux saignées coup sur coup, se terminer heureusement, et même dans un délai assez court; nous avons dit que sous l'empire de cette médication l'hémorrhagie est bientôt sinon totalement tarie, au moins ralentie; que les parties les plus fluides du sang épanché peuvent être résorbées en très peu de jours, après lesquels il ne reste plus qu'un petit caillot sur lequel l'absorption épuise sa puissance, jusqu'à ce qu'un kyste pseudo-membraneux vienne à s'organiser autour de lui pour l'isoler et le rendre tout à fait innocent. A mesure que la résorption s'opère, le tissu pulmonaire que le liquide retenait refoulé contre la colonne vertébrale s'épanouit, reprend ses fonctions, et vient contracter des adhérences au pourtour de la plaie des parois thoraciques.

Les résultats ne sont malheureusement pas toujours aussi heureux, et assez souvent les perforations du thorax engendrent des foyers purulens dont je vais vous indiquer l'origine, et dont le traitement a été de notre part, pendant huit années de guerre consécutives, le sujet de sérieuses méditations.

Quand la suppuration s'établit dans le trajet parcouru par le plomb, alors de deux choses l'une: il existe ou il n'existe pas d'adhérences pulmonaires au pourtour de la perforation des parois thoraciques.

Dans le premier cas, quand des adhérences existent de manière à former une espèce de plancher ou de diaphragme au dessous de la perforation, le pus ne peut s'épancher, et s'échappe à l'extérieur au fur et à mesure qu'il est formé; si cet état persiste pendant quelques semaines, il survient une fistule pulmonaire dont la durée peut être fort longue. Je possède un fait de cette nature bien remarquable.

Un militaire que j'avais recueilli en Afrique sur le champ de bataille, et que j'avais ramené à Alger, dans l'hôpital du dey dont j'étais le chirurgien en chef, survécut huit mois à une perforation du thorax par suite d'un coup de feu. La lésion occupait la base du poumon du côté droit; le plomb avait traversé à son entrée l'espace intercostal entre la huitième et la neuvième côte, à deux pouces en dehors du sternum, et était ressorti dans le point correspondant en arrière près de la colonne vertébrale, où il avait brisé l'une des deux côtes. Après avoir échappé aux premiers accidens, ce militaire finit par reprendre de l'embonpoint, par se lever et faire des promenades assez longues. Seulement la plaie d'immersion du projectile ne se fermait pas, et tous les matins la charpie dont elle était masquée était imprégnée d'une suppuration peu épaisse et peu abondante. L'exploration à l'aide d'une sonde de femme permettait à celle-ci d'entrer de presque toute sa longueur sans qu'il fût possible de constater la présence d'aucun corps étranger. Cet homme, par suite d'intempérance et d'excès de liqueurs alcooliques, finit par tomber dans l'épuisement et mourir. A l'autopsie, j'ai constaté que le poumon avait contracté de fortes adhérences circulaires qui partaient de la plaie, sans toutefois qu'il fût possible de reconnaître celles qui étaient antérieures à la blessure d'avec celles qui en étaient consécutives. Un trajet fistuleux capable d'admettre le petit doigt, existait dans le parenchyme pulmonaire; long d'environ six pouces, il était tapissé par une membrane analogue aux muqueuses, contenait du pus caillotté, aboutissait, en outre, à la sortie du plomb, où il existait de fortes adhérences. En avant, il se confondait avec la plaie d'entrée du projectile. Ce trajet ne recelait pas de corps étranger; le tissu pulmonaire était induré à une profondeur de six lignes au pourtour et dans tout le trajet de cette fistule.

Quand il n'existe pas d'adhérences autour de la blessure, et que les matières purulentes s'accumulent dans la cavité des plèvres, le parenchyme pulmonaire est alors refoulé, comme de l'éponge préparée, vers ses adhérences naturelles les bronches; il se forme des épanchemens diffus ou circonscrits, ou bien tenant à ces deux ordres à la fois, s'il existe des adhérences anciennes et selon la disposition qu'elles affectent. Le pus s'échappe alors par régurgitation et à flots, mêlé à de l'air qui entre et sort avec un ronflement particulier pendant les mouvemens respiratoires.

Ces épanchemens de pus se comportent, du reste, comme les épanchemens sanguins, mais il faut se rappeler que très souvent ils reconnaissent pour cause un corps étranger dont la présence dans le tissu pulmonaire ou dans la cavité des plèvres provoque un travail éliminatoire.

Toutefois les collections purulentes peuvent encore dériver d'autres sources, telles que d'une pleurésie chronique ou d'une décomposition survenue dans les foyers sanguins.

Nous avons dit, en effet, que l'absorption agit promptement et avec intensité sur les parties les plus fluides d'un épanchement sanguin, et que la partie réfractaire, le cruor, retenu dans un coin de la loge thoracique par des pseudo-membranes qui lui font l'effet d'un kyste, finit par ne plus laisser de traces bien appréciables quand il est peu volumineux.

Souvent il n'en est pas de même quand l'épanchement a été considérable, et après dix à quinze jours, un travail pathologique s'empare des parties réfractaires à l'absorption. Leur ramollissement s'opère de la circonférence au centre, et l'absorption essaye de nouveau ses forces sur des matières que la nature, par un admirable travail, a rendues plus fluides.

Quand l'épanchement est d'une quantité médiocre, tous ces efforts, merveilleusement combinés, finissent par triompher, mais ils sont impuissans et même dangereux quand l'épanchement est très considérable. Dangereux, parce que le travail de décomposition a donné au cruor des qualités délétères et l'a transformé en sanie purulente. Impuissans, parce qu'ils aboutissent presque toujours à une terminaison fatale. En effet, la plèvre s'altère profondément; le kyste pseudo-membraneux que j'ai vu épais d'un demi travers de doigt devient le siége d'un travail destructeur; une suppuration abondante et fétide survient; les plaies se rouvrent pour la laisser s'échapper, et la mort ne tarde pas à mettre un terme à ces phénomènes de destruction.

A l'autopsie, on trouve, dans la cavité des plèvres, une vaste poche accidentelle, proportionnelle à la quantité des liquides épanchés, et représentant un kyste pseudo-membraneux. Par sa face interne ce kyste est en rapport avec les matières des épanchemens; une membrane assez analogue aux séreuses le tapisse, et comme les séreuses phlogosées, elle est parsemée d'une sorte de points rougeâtres, indices de l'inflammation. D'autres fois, au lieu d'un pointillement rouge, j'a vu des érosions et de petites plaques noirâtres gangréneuses. Par sa face externe, ce kyste adhère aux parties voisines; aux côtes, d'une part, et de l'autre à la surface pulmonaire. Ces adhérences sont très fortes, très solides, et présentent ceci de fâcheux, qu'une fois tout à fait organisées, elles retiennent à tout jamais le poumon refoulé contre la colonne vertébrale; semblable, comme nous l'avons dit, à une éponge qui aurait été comprimée avec une ficelle; le tissu pulmonaire perd pour toujours sa perméabilité, ses fonctions sont anéanties.

Quand même les matières contenues dans le kyste disparaîtraient, soit par une ponction thoracique, soit par la résorption, soit par une perforation spontanée du thorax, les fonctions pulmonaires n'en seraient pas moins abolies; seulement il se présente alors des phénomènes curieux à noter. La poitrine, percutée dans le point qu'occupait l'épanchement, résonne comme un tonneau vide; le malade ne respire que par un seul poumon, et le côté correspondant à ce poumon reste bombé, tandis que l'autre, au contraire, s'affaisse sensiblement.

Il est un moyen certain de prévenir l'abolition des fonctions pulmonaires par les épanchemens, c'est de donner à ces dernières une issue avant que les pseudo-membranes isolatrices aient acquis une organisation assez puissante

---

FEUILLETON.

MAGNÉTISME.

(Extrait d'une correspondance inédite.)

A Monsieur Bazille, *à Courquetaine.*

Paris, 7 octobre 1840.

C'est encore servir la vérité que de dénoncer l'imposture qui la souille.

Mon bon ami,

Il y a environ dix-huit mois, je vous ai dit que le docteur Hublier, de *Provins*, prétendait avoir une somnambule capable de lire dans un livre fermé; ensuite j'ai ajouté que j'avais remis une brochure à ce médecin, en lui promettant que si sa somnambule déchiffrait simplement deux ou trois lignes dans icelle, — sans toucher à l'enveloppe mise par moi, — j'irais à Provins pour voir de mes yeux ce miracle. Je croyais toujours attendre, lorsque tout récemment M. Hublier m'écrit: « Tenez-vous prêt, » bientôt vous roulerez sur notre route. » Et moi de lui répondre: « Vous n'avez plus que dix jours pour gagner le prix académique; s'il vous tente encore, venez. » Le lendemain, notre cher confrère m'envoie sa somnambule.... comme on envoie une lettre. Vivent les gens expéditifs! — En voilà suffisamment pour l'intelligence de ce qui va suivre.

Et d'abord je vous apprends que mademoiselle Emélie (c'est le nom de la lectrice) s'endort au moyen d'un anneau qui a été magnétisé dans le temps par son docteur; ainsi je n'ai point à la somnambuliser, je ne dois que la regarder dormir. Le jour de son arrivée, 23 septembre, je lui propose une partie de sommeil; elle accepte: donc la voilà s'étendant sur mon canapé, s'y tiraillant, s'y détirant, puis s'endormant, puis me parlant. Je vous fais grâce des superfluités de notre première conversation; elle n'est pas criminelle, je vous jure! quoiqu'elle soit longue et fort courtoise de mon côté; car il est indispensable d'amadouer un peu notre pauvrette afin, de lui fournir l'occasion, ou de développer sa clairvoyance si elle en a, ou de s'embourber jusqu'au menton si elle n'en a pas. En définitive, la seule chose à noter dans cette séance, c'est que mon interlocutrice m'exhorte à ne jamais la faire dormir le soir,..... *le soir!* retenez bien cela; plus tard vous verrez pourquoi.

Le 24, mademoiselle Emélie s'endort vers neuf heures: je place un livre ouvert sous son traversin, et je m'installe à deux pieds d'elle. Après une demi-heure d'attente, « le livre est trop près de » moi, » me dit-elle. — Qu'à cela ne tienne! et je le pose sur une chaise, à quatre pas derrière sa tête. Au bout de deux grandes heures, pendant lesquelles la somnambule fait preuve d'une patience angélique, elle s'écrie: « Ah! je suis encore bien fatiguée » de mon voyage. » — Comme cela peut être, j'admets volontiers que cela est. J'ai pour principe de faire toujours beau jeu à mon adversaire..... en commençant.

Le lendemain 25, même surveillance et même douceur de mon côté, même patience et même insuccès du sien. On se plaint de maux de tête, de pesanteur d'estomac, du retard de la lucidité. Le soupçon commence à s'introduire dans mon âme: je tâche de le dissimuler. Pour cela, je mets de la gaîté dans ma voix, de l'espérance dans mes paroles; je parle du prix Burdin, de la gloire qui attend le vainqueur; je passe à la phrénologie, je palpe le crâne, j'arrive à proposer le moulage; on y consent pendant le sommeil, et au réveil on est tout aussi traitable; partant, je tonds ma sibylle, je la moule, et à deux heures de là j'ai son plâtre. *Veni, vidi, vici.*

Voyons ce qu'il y a là-dessous, en d'autres termes quelles sont les tendances principales qui dirigent cette femme dans sa conduite?... Beaucoup d'intelligence, beaucoup de ruse, beaucoup de circonspection, beaucoup de vanité;... de vanité! oh! si l'éducation eût passé par là. Vraiment, c'est une tête de ministre, une tête qui vous enfoncerait par mois trente magnétiseurs de la force de M. Hublier. Toutefois, ne nous hâtons pas de conclure sur les apparences, l'ÉVIDENCE SEULE DOIT PRONONCER POUR LE MENSONGE COMME POUR LA VÉRITÉ.

Le 26, mademoiselle Emélie est encore un peu indisposée; le premier jour elle l'était du voyage; hier, du changement de nourriture: aujourd'hui, elle l'est du moulage. Ce sont là, j'espère, des raisons péremptoires et contre lesquelles je n'ai garde de m'élever. Comment l'oserais-je? Auprès de cette demoiselle ne dois-je pas être presque aussi poli que le courtisan auprès du prince, ou avoir l'aménité de Raminagrobis parlant à la belette et au petit lapin?

Le 27, je place un livre comme à l'ordinaire: après deux heures *d'étude*, on lit le mot *phrénologie*; c'est l'ouvrage du docteur Amédée Latour sur la *phthysie*. Voilà qui est bien trouvé!

Le 28, on lit: OEuvres *de Cicéron*; c'est l'*Histoire d'Angleterre*. Le début n'est pas heureux! cependant, est-ce à dire pour cela que j'ai nécessairement affaire à une *jongleuse*? — Parbleu! messieurs les docteurs, je sais tout aussi pertinemment que le plus madré d'entre vous qu'il y a mille et plus à parier contre un que cette fille cherche à me tromper plutôt qu'elle ne se trompe; mais ce UN me manque pour parvenir à l'évidence, et tant qu'il me manquera, la logique exige que je ne me prononce pas, et je ne me prononcerai pas. Tenez, bons confrères, à la promptitude de vos jugemens, vous me produisez l'effet d'hommes de génie qui voient juste, vite et loin; ou de braves gens qui ne se sont jamais demandé ce que c'est que l'évidence. Regardez plus et raisonnez moins, vous ne serez pas si tranchans.

Ici, afin d'appuyer mon opinion, je pourrais citer nombre de faits, et donner, par exemple, au profit de la pauvre condamnée de Tulle, — quelques bons coups de crosse à droite, à gauche, à ceux ci, à ceux-là, au savoir, à l'art, à la science. Hélas! il n'est plus temps!.... les malheureux! ils ont cru à l'infaillibilité de la science, de l'art, du savoir: et ils ont frappé, frappé dans la nuit, frappé sans miséricorde! et sur qui? sur une accusée *entourée de* PEUT-ÊTRE! Oh! mon Dieu! au sein d'une pareille obscurité, plaignons la martyre, plaignons les juges, plaignons les accusateurs, plaignons les savans, plaignons la science, et plaignons aussi la société..... d'avoir besoin de chercheurs d'arsenic.

Quoi qu'il en soit de la déplorable incertitude de nos sciences et de l'aplomb plus déplorable encore de nos savans, toujours est-il qu'après le double échec dont j'ai parlé plus haut, la somnambule m'assure de nouveau qu'elle est malade, qu'elle craint d'avoir entrepris un voyage inutile, que d'ailleurs il y a trop de livres dans mon cabinet, qu'elle s'embrouille, *qu'elle lit l'un pour l'autre*. Oh! c'est vrai, lui répliquai je; je comprends cela, c'est tout simple!!! Votre lucidité se porte sur ma bibliothèque où se trouvent, en effet, les deux ouvrages dont vous avez lu les titres; il faudrait ce me semble, que vous fussiez *seule* dans une pièce et avec un seul livre pour l'étudier pendant votre sommeil; ça n'en irait que plus vite. — Certainement. — Alors, pas plus tard que demain, vous dormirez dans mon salon, et je suis sûr que vous y deviendrez d'une lucidité remarquable. — Le piége est un peu grossier, j'en conviens, et la plus sotte souris ne s'y laisserait pas prendre; mais je crois que le confrère de Provins m'a donné pour un si bon homme, que mon extrême ingénuité n'inspire aucune méfiance.

pour s'opposer au déplissement du poumon. C'est, en un mot, de pratiquer l'empyème du moment où l'on n'a plus à redouter une hémorrhagie interne. Ce précepte nous appartient, nous en prenons la responsabilité, et nous pourrions l'appuyer sur plusieurs faits puisés dans notre pratique. Qu'il nous suffise de citer celui qui suit; les autres n'en seraient guère qu'une fidèle copie.

Un soldat du 1er bataillon d'Afrique eut, en 1834, le côté droit de la poitrine traversé de part en part par une balle qui, entrée à deux pouces du sternum, entre la deuxième et troisième côte, était ressortie vers l'angle de la quatrième côte.

Aux signes généraux des perforations du thorax avec lésion pulmonaire, notons que le sang sortait en abondance par la bouche et par les plaies du thorax, ce qui n'est pas ordinaire après les coups de feu.

Notre premier soin fut d'explorer avec le doigt les blessures du thorax. Je constatai que la plaie d'immersion était sans fracture, mais que la quatrième côte avait été brisée par le plomb à sa sortie.

Je me bornai à détacher quelques pièces très mobiles, et dont la présence au milieu des parties molles aurait entraîné de longues suppurations; puis je fermai hermétiquement les plaies, pour retenir dans les plèvres le sang destiné à faire bouchon sur la lumière des vaisseaux artériels.

Le stéthoscope et l'auscultation firent constater l'étendue et la position de l'épanchement qui occupait largement la base de la poitrine.

Après quelques heures l'hémorrhagie parut suspendue, et fit place à une légère réaction. Dès ce moment, plusieurs petites saignées du bras furent faites dans les quarante-huit heures, dans la double intention d'enrayer la pneumonie traumatique, et d'activer l'absorption en désemplissant le système circulatoire. L'épanchement semblait stationnaire; une forte ecchymose, signalée par Valentin, siégeait dans la région dorsale.

En abandonnant à la nature les matières épanchées, deux dangers également grands étaient à craindre: l'un concernant les adhérences, l'autre relatif à la décomposition des matières épanchées. Aussi, loin de nous endormir dans une fausse sécurité, dès le cinquième jour je pratiquai l'empyème entre la dixième et la onzième côte, près de la colonne vertébrale, et d'après les préceptes déjà énoncés, afin de pénétrer dans le point le plus déclive de l'angle costo-diaphragmatique. Une quantité considérable de sang, d'abord assez liquide, puis noirâtre, de plus en plus épais, s'échappa à travers la plaie; j'injectai un liquide émollient dans le sac pseudo-membraneux dont on trouve déjà les traces quelques heures après les épanchemens, et après l'avoir ainsi purgé des portions de sang les plus concrètes, je fermai l'ouverture du thorax. Un bandage de corps maintint ses parois fortement comprimées pour empêcher le jeu des côtes, et pour rapprocher autant que possible les parois du foyer qui venait d'être vidé. La base du poumon, débarrassée des matières qui la comprimaient, se déplisse graduellement, et finit par vaincre les adhérences pseudo-membraneuses qui n'avaient pas eu le temps d'acquérir une organisation solide; et deux mois plus tard, ce militaire, dont la guérison paraissait assurée, s'en alla passer dans sa famille un convalescence d'un an.

(*La suite à un prochain numéro*)

Affection rhumatismale produisant, chez un enfant lymphatique, une exostose entraînant un torticolis et des déviations de la colonne vertébrale. Observation recueillie par le docteur PUTÉGNAT.

Martin (Adèle), âgée de cinq ans, issue d'une mère que je viens de guérir d'une gastralgie très opiniâtre, par l'emploi de l'eau chaude (moyen empirique qui a réussi plusieurs fois entre les mains du docteur Lombard), et d'un père mort depuis peu d'une hydro-pleurésie, n'ayant jamais eu d'autre affection sérieuse qu'une blépharite scrofuleuse, fut prise, le 1er septembre 1838, de convulsions et d'une douleur aiguë siégeant dans les muscles lombaires, spécialement du côté droit.

Appelé ce jour, je reconnais un pouls raide et fréquent, la peau chaude et un peu humide. Adèle accuse de la céphalalgie. La pression sur les parties où gît la douleur augmente celle-ci; les mouvemens du tronc sont lents, difficiles et douloureux. Ce voyant, et sachant que la petite avait habité un logement malsain, je crois pouvoir annoncer un affection rhumatismale siégeant dans la masse sacro-lombaire, surtout à droite.

Traitement. Douze sangsues en plusieurs fois, six ventouses scarifiées, cataplasmes émolliens, liniment narcotique, quelques grands bains. Au bout de plusieurs mois, voyant que le mal persistait, une déviation double de la colonne vertébrale s'annonce, je conseille des embrocations huileuses sur les muscles qui correspondent à la concavité de la colonne, puis des frictions avec du vin rouge aiguisé d'alcool dans lequel on a fait bouillir de la sauge, sur le côté gauche de la colonne vertébrale ou de la convexité rachidienne. La petite fille est soumise à un régime composé de légumes frais, de viandes rôties, d'un bon vin et de l'exercice au grand air. La déviation augmentant toujours malgré ce traitement, je pose deux cautères qui, ne pouvant être facilement entretenus, sont remplacés par deux vésicatoires sur lesquels je fais appliquer du sulfate de morphine. Sous l'influence de ce traitement, la douleur disparaît, mais la déviation persiste. Au bout de quelque temps de la faiblesse se fait sentir dans les membres abdominaux, et devient telle, que la petite fille ne peut plus marcher sans se laisser tomber en avant, les pieds heurtant contre la plus faible éminence qui se trouve à la surface du sol. Adèle devient triste et sombre, perd l'appétit et ne dort que fort peu, encore d'un sommeil agité par des rêves qui la font crier et pleurer. Il y a une constipation opiniâtre; la tête se jette fortement à droite et en arrière. Cataplasmes émolliens sur le côté droit du cou; liniment narcotique sur le même côté, et de l'autre frictions toniques et excitantes.

Ce traitement, comme on le voit, avait pour but de diminuer les contractions musculaires du côté où la tête s'inclinait, et d'augmenter, au contraire, celles des muscles qui correspondaient à la convexité. De plus, pour combattre le rhumatisme que je croyais occupant les muscles du côté de l'inclinaison, j'ai ordonné un large vésicatoire à la nuque. Bientôt j'ai reconnu mon erreur, et voici comment: une saillie dure, sans changement de couleur à la peau, presque insensible, se montra sur le côté gauche du cou et dans toute sa longueur. Cette tumeur, qui devint plus volumineuse par la suite, ne peut être produite que par une hypertrophie de la partie latérale gauche du corps des vertèbres cervicales.

Cela reconnu, je conseille aux parens de patienter jusqu'au printemps (on était alors au mois de janvier) pour reprendre un traitement.

Voici quel était l'état de la petite Adèle au mois de juin suivant: conjonctivite granuleuse de l'œil droit; membres pectoraux et abdominaux privés de mouvemens volontaires, la petite malade ne peut pas marcher ni porter sa nourriture à sa bouche; perte du goût et de l'appétit; tête inclinée en arrière et à droite, à tel point que l'oreille touche l'épaule et que la partie postérieure du cou n'est plus représentée que par un profond sillon; grande tristesse; la petite malade est constamment assise sur une chaise basse, la tête appuyée sur son bras droit, qui repose sur une chaise plus élevée que celle sur laquelle elle se tient; peau chaude; pouls fébrile; rare sommeil encore troublé par des rêves effrayans; les déviations dorsales existent toujours.

Evidemment l'inclinaison de la tête reconnaissait pour cause l'exostose vertébrale du cou; évidemment aussi la paralysie des membres était une conséquence de cette affection osseuse qui comprimait la moelle épinière dans son trajet à travers les vertèbres cervicales.

Traitement. Chaque jour deux grands bains: celui du matin, de la durée d'une heure et demie au moins, dans une décoction concentrée de plantes aromatiques (sauge, lavande, thym, serpolet, marjolaine), et presque froide. Celui du soir, dans la Meurthe, et dans un endroit où le courant est rapide. J'ai conseillé de préférence la Meurthe à la Vesouze, par la raison que ses eaux limpides coulent sur du sable. Je conseille un vêtement complet de flanelle; la promenade au grand air, dans un lieu où l'air est vivifié par de nombreux arbres; une nourriture composée de légumes frais, de viandes blanches et noires rôties, de consommés dégraissés, d'un vin généreux. Quatre fois dans les vingt-quatre heures, dans une verrée d'infusion de houblon, je fais prendre à la petite une cuillerée ordinaire d'un mélange à parties égales de deux des trois sirops suivans: antiscorbutique, de quinquina, de salsepareille. Soir et matin l'on frictionne l'exostose avec de l'onguent napolitain frais, et le reste du temps la tumeur est maintenue recouverte par un emplâtre de Vigo *cum mercurio*. Chaque jour, deux fois, l'on pratique des embrocations huileuses sur la masse sacro-lombaire, qui répond à la concavité de la flexion rachidienne dorsale, et des frictions toniques sur les muscles qui se laissent distendre du côté de la convexité dorsale.

Sous l'influence de ce traitement, une amélioration sensible s'annonce; la tristesse s'enfuit, le sommeil devient réparateur, l'appétit renaît, les mains d'abord commencent par saisir les objets, et au bout de quelque temps peuvent porter la nourriture à la bouche. Les membres abdominaux recouvrent leurs forces et ne tardent pas à pouvoir supporter le tronc et même à ne plus heurter par la pointe des pieds contre la moindre éminence qui dépasse la surface du sol. La tête se redresse et à tel point qu'elle finit par reprendre sa position naturelle. En même temps que les deux épaules reprennent leur niveau, la hanche gauche se baisse; le flanc droit se remplit, ses plis transversaux disparaissent.

Le 27 août 1839, voici quelle est la position de la petite Adèle Martin; le goût et l'appétit sont revenus ainsi que la gaîté et le sommeil réparateur. L'énorme saillie qui se remarquait sur la partie gauche des vertères cervicales, la double inclinaison de la tête, les nombreux plis transversaux qui se dessinaient sur la partie latérale droite du cou, celui que l'on voyait en arrière du cou disparais-

---

Le 29, je tends ma souricière: mademoiselle Emélie dormira là, me dis-je; ici, sera le livre; les portes seront fermées, et par ce petit trou j'aurai l'œil braqué sur le livre. Je fais venir la somnambule; elle se couche. = Dormez-vous? Oui. — Il n'y a qu'un livre dans cette chambre, je vais le placer sur une chaise qui se trouve à quatre pas derrière vous, je vous demande la permission de me retirer pour déjeûner. Au reste, quand vous voudrez que je vienne, voici un cordon, vous sonnerez. — Bien. = Je dispose le livre de manière que notre dormeuse ne puisse en distinguer une lettre sans y toucher; je me retire, je déjeûne en cinq minutes et me rends à mon poste d'observation. Pendant plus d'une demi-heure, je ne vois rien paraître; l'ouvrage est toujours à la même place; enfin, j'entends un coup de sonnette; j'entre. =Avez-vous étudié?— Oui.— Pouvez-vous lire quelque chose?— Oui.—Voyons.—C'est un livre relié, un in-8o; la couverture est verte; sur le dos du livre est un mot dans lequel il y a deux SS, un O, un U, un E; il commence par un R, il continue par O..., U, puis viennent les deux SS, ensuite E, A, U, çà fait *Rousseau.* Ah! c'est Rousseau, Rousseau! J'en ai entendu parler par M. Hublier.— Voyez-vous encore autre chose que le mot *Rousseau*?—Je distingue un 1, puis,... attendez,... puis un 2, oui c'est un2; çà fait *douze.* Plus bas il y a encore quelque chose d'écrit; c'est un mot de trois syllabes,.... la dernière est muette,... et finit par un S; ce mot contient un É fermé,... un A, un L, un M qui est la première lettre, çà fait *mélan... langes, mélanges.* — Vous êtes bien lucide, lui dis-je, en tâchant d'enlever à ma voix son accent d'ironique incrédulité. — Il y a des jours pour cela. Ouvrez, je vous prie, Monsieur, le livre au hasard. = Je ne vois pas trop où elle veut en venir, car quoique je ne l'aie pas vue toucher au livre, je reste à-peu-près certain que, pour l'examiner, elle a profité des cinq minutes que j'ai perdues en déjeûnant. Néanmoins, j'ouvre au hasard. = Vous êtes à la page 288. = Dieu! serait-ce possible que cette femme ne cherchât pas à me surprendre? Quoi! je suis réellement à la page 288! Mais à supposer que ce fait se renouvelle une demi-douzaine de fois, il faudra bien y croire. Oh! mon déjeûner, mon déjeûner! Si cette somnambule meurt ou part aujourd'hui, tu m'auras coûté cher. Elle continue: = En haut de la page que vous tenez se trouve une ligne plus courte et plus grosse que les autres: L... A, LA, R... E.,. I... REI, N... E... NE, *la reine*; le mot suivant finit par un E muet, Q... U... E, T... A... S, F... A... N; tiens j'épelle à rebours, çà fait FAN TAS QUE, FANTASQUE. Je suis bien lasse. — Et moi bien content, parce qu'au moins cette fois il y aura quelqu'un de battu. = La commère croit que je veux parler des académiciens récalcitrans, et moi, je ne sais pas encore tout-à-fait si c'est d'elle ou d'eux que je parle; son 288 m'a remué. Par bonheur, je n'ai plus qu'un jour à attendre pour savoir au juste à quoi m'en tenir.

Le 30, lorsque mademoiselle Emélie est censée endormie, elle sonne, et j'entre. = Dormez-vous? — Oui. — Pouvez-vous lire? — Assurément. — Je vais chercher un livre et le placer derrière vous. — Ce n'est pas la peine, je vois très bien celui d'hier: il est dans votre bibliothèque entre le IXe volume et le XIIIe. = Oh! la drôlesse!... excusez ce mot, il échappe à mon indignation, mes doigts frémissent;... pour qui me prend-elle donc? = Comment, mademoiselle, aujourd'hui vous lisez aussi bien dans ma bibliothèque que si le livre était ici? — Oui. — J'ai peur que, comme dernièrement, vous ne vous embrouilliez dans tous mes livres, et je préfère que vous lisiez dans celui que je vais placer sur une chaise; seulement, comme mon édition de Rousseau est d'un gros caractère, nous n'emploierons pas d'autre ouvrage pour nos expériences. = Voulant en finir, j'aplanis *presque* toutes les difficultés, je me possède comme un diplomate, et je fais de mon mieux la chattemite,... au moins jusqu'à ce que je tienne quelque chose dans mes griffes; ce qui ne signifie pas, à mon sens, que je fais de la ruse pour le plaisir d'en faire, mais bien que je mets cette faculté,... si nécessaire avec les somnambules,... au service de la justice et de la vérité: de la justice, car il est juste de démasquer les imposteurs, quel que soit leur sexe; de la vérité, car LA VÉRITÉ NE PEUT QU'EMBELLIR ET GRANDIR QUAND ON LA SÉPARE ET LA PURIFIE DU MENSONGE.

Retournons à la séance du 30: je pose sur un pliant à carreaux, et non sur une chaise, le volume à étudier, afin qu'en plaçant celui-ci dans la direction de certaines lignes à moi connues, je puisse aisément m'apercevoir si on l'a dérangé; puis je sors en disant à mademoiselle Emélie que j'attendrai qu'elle sonne. Je me mets sans retard à l'affût; or, à peine dix minutes sont-elles écoulées que je vois deux mains s'allonger, saisir le livre, le tourner, le retourner, l'ouvrir, à la dernière page, à la première, dans le milieu, le refermer, le remettre en place, puis disparaître. Voilà pour le premier acte de cette comédie. et je n'ai pas besoin de vous affirmer que ce petit manége ne m'a pas du tout surpris; il ne fallait pas être devin pour s'y attendre. Je passe au deuxième acte.

La sorcière sonne, me voilà! = Eh bien! lui dis-je de ma voix la plus tendre, comment allez-vous? — Passablement. — Pensez-vous pouvoir lire? — Oui. — Voulez-vous essayer? — Avec plaisir. — Je vous écoute. — Le livre est de la même grandeur, de la même forme, de la même couleur que celui d'hier, et pourtant c'en est un autre. Je distingue aussi deux chiffres sur le dos, un 1 et un 4, QUATORZE. Au-dessus il y a ROUSSEAU, au-dessous je lis DIC.. TI.. ON.. DICTION.. NAIRE DICTIONNAIRE DE...; ces lettres-là sont fines et en or. Qu'est-ce qu'il y a donc après DICTIONNAIRE? Je vois! c'est un mot de trois syllabes, il contient un S, un U, un E; ça fait,... ça fait MUSIQUE. Ce volume renferme 461 pages; la première feuille est toute blanche, sur la seconde il y a un mot énorme, il n'est pas difficile à lire, celui-là, *rousseau*, puis un point. — Comment, vous voyez les points? — Pardi, et les virgules également; demandez plutôt à M. Hublier et à ses amis qui m'ont vue lire. — Aussi facilement qu'aujourd'hui? — Oui. — Et de la même manière? Assurément. — Il m'a écrit que quand vous lisez vous êtes couchée, que vous tournez le dos au livre, et que, par surcroît de précautions, il y a d'épais rideaux qui vous séparent du livre et des assistans. — C'est vrai.—Il paraît que son chapellier vous a vue lire et l'a certifié?— Il y en a bien d'autres qui ont vu et qui ont signé. — Avez-vous, parmi eux, quelques personnages importans du pays, comme le sous-préfet, le procureur du roi, le maire? — M. le sous-préfet n'est jamais venu; M. le maire est venu et n'a rien vu, son fils a vu et a signé; M. le procureur du roi n'a pas vu grand'chose; le docteur Galot a signé; les docteurs Michelin, Gateau, Laserre et Defava ont vu, sans avoir encore signé; M. Matelin, avoué, et M. Henry, receveur de l'enregistrement, se trouvent dans le même cas. Enfin, M. Sollier, qui faisait nos procès-verbaux, a signé. — M. Hublier m'assure dans une de ses lettres que parfois vous avez lu jusqu'à 70 lignes? Oui, et une fois même j'ai lu 20 lignes de latin.— C'est renversant! — Cherchez, Monsieur, la page 144. — J'y suis. — Le premier alinéa commence par: *Aujourd'hui... ce mot s'applique... plus particulièrement... à la... musique.*— Bravo! vous lisez presque couramment; je suis enchanté. Voilà une fameuse séance, j'espère; ma foi, si vous lisez aussi facilement devant l'Académie que devant moi,... et je n'en doute pas,... à vous le prix, à vous la gloire, à vous la postérité; oui, vous irez à la postérité avec les docteurs Burdin et Hublier en croupe. — Le fait est que si M. Burdin perd à cela ses 3,000 fr., il y gagnera joliment de l'honneur. — Voulez-vous m'indiquer l'époque de notre prochaine séance? — Demain de huit à neuf, et tous les jours à la même heure, si cela vous convient.— Oui; adieu, je vous quitte pour que vous puissiez vous réveiller seule.

sent entièrement. En un mot, Adèle, qui a repris les plaisirs de son âge, me semble entièrement rétablie.

Quelque temps après, la mère de cette petite, étant remariée, quitte Lunéville et va habiter Paris, emmenant avec elle son enfant, et se loge dans la rue Saint-Martin; le sachant, j'annonce positivement aux parens de Lunéville que la maladie d'Adèle devra reparaître. Effectivement, au bout de quelques mois, la mère de cette petite fille l'amena à Lunéville, disant que son médecin de Paris lui avait fortement conseillé de fuir et la rue qu'elle habitait et cette ville.

A son retour à Lunéville, Adèle Martin était paralysée de rechef des bras et des jambes; la tête s'inclinait fortement du même côté qu'autrefois; l'échine se courbait en S; la blépharite scrofuleuse reparaissait; le sommeil, l'appétit et le goût des jeux de l'enfance étaient disparus. Sous l'influence des bains aromatiques et de rivière, d'un régime tonique, de la promenade dans une petite voiture au grand air, de la tisane amère et des sirops indiqués ci-dessus, cette petite malade se rétablit entièrement. Depuis deux mois environ, je vois presque chaque jour Adèle Martin se livrer aux jeux de son âge avec ses nombreuses petites camarades.

Il est bien évident, pour moi, que c'est l'affection rhumatismale qui fut la cause déterminante de cette affection du système osseux; je dis déterminante, parce que je suis convaincu qu'il y avait une cause prédisposante toute particulière. En effet, que d'individus de tout âge, de tout sexe, de toute condition ne voit-on pas atteints de rhumatisme aigu ou chronique, et qui, cependant, ne sont point et ne seront pas affectés d'une maladie quelconque du système osseux?

La prédisposition, chez notre malade, consiste dans le tempérament lymphatique, aussi l'affection a-t-elle cédé dès qu'un traitement spécial a été dirigé contre elle. Cette observation prouverait, au besoin, que j'ai eu raison de dire dans ma *Pathologie interne du système respiratoire*, t. 1, pag. 116: « Il est indispensable d'admettre une circonstance d'organisation, quelquefois résultat de l'habitation et du genre de vie, d'autres fois transmise soit par le père, soit par la mère, qui doit être considérée comme une cause spéciale de maladie; autrement dit: une certaine prédisposition qui fait que, chez tel individu, une maladie quelconque est plus grave, plus fréquente et de plus longue durée que chez el tautre. »

Académie des Sciences. — Séance du 26 octobre.

L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination d'un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie. La section avait présenté la liste suivante de candidats:

1° M. Lallemand, à Montpellier;
2° M. Brodie, à Londres;
3° M. Guyon, à Alger;
4° M. Dieffenbach, à Berlin.

Au premier tour de scrutin, sur 45 votans, M. Lallemand obtient 39 suffrages, M. Guyon 4, MM. Brodie et Dieffenbach chacun 1.

M. Lallemand est, en conséquence, proclamé correspondant pour la section de médecine et de chirurgie.

— *Longévité chez les Romains établis en Algérie.* M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, adresse une note sur les conséquences que l'on peut tirer des inscriptions tumulaires que l'on trouve en divers points de l'Algérie, et qui indiquent l'âge des morts, Romains pour la plupart. Dans le nombre de ces inscriptions, deux sont pour des centenaires; un assez grand nombre d'autres indiquent un âge avancé. Mais la note de M. Guyon ne contenant pas, sur la manière dont ces renseignements ont été réunis, les détails qui seraient nécessaires pour qu'on pût en apprécier convenablement l'importance, nous n'entreprendrons pas d'analyser ici son travail, qu'il se propose, au reste, de publier plus tard avec de nouveaux développemens.

— M. J. Guérin adresse la lettre suivante, sur un nouveau procédé pour la section sous-conjonctivale des muscles de l'œil dans le traitement du strabisme.

J'ai l'honneur d'annoncer à l'Académie que je suis parvenu à réaliser, pour l'opération du strabisme, un procédé qui remplit définitivement toutes les conditions de mes autres procédés de ténotomie et de myotomie sous-cutanées. L'importance qu'a acquise cette opération, et l'importance plus grande encore qu'elle me paraît destinée à acquérir, m'engagent à soumettre à l'Académie, avec quelques développemens, le procédé dont il s'agit.

Et d'abord, tous les procédés employés jusqu'à ce jour avaient pour but et pour résultat de faire la section des muscles de l'œil en les mettant à découvert au moyen de plaies plus ou moins étendues de la conjonctive, ou en faisant la section simultanée des muscles et de la muqueuse. Cette méthode rendait l'opération difficile, plus ou moins longue et plus ou moins douloureuse, et consécutivement elle provoquait presque toujours un travail d'inflammation suppurative. Déjà j'avais obvié à une partie de ces inconvéniens par un premier essai de méthode sous-conjonctivale, communiqué, il y a quelques mois, à l'Académie. Vingt-deux opérations, pratiquées par cette méthode, m'avaient mis à même d'en apprécier les avantages. Cependant son application rigoureuse n'était pas toujours réalisable: dans quelques cas je n'avais pu éviter les inconvéniens inhérens à la méthode des incisions directes, la longueur de l'opération, la douleur et l'inflammation consécutive: soit que la dissection de la conjonctive ne pût s'effectuer complètement, soit que son recollement immédiat n'eût pas été obtenu. Le procédé que je viens d'imaginer me paraît devoir aplanir toutes ces difficultés, et constituer la méthode sous-conjonctivale dans son dernier degré de simplification.

Voici en quoi il consiste:

Le sujet est couché horizontalement et la tête fixée. Les paupières étant maintenues écartées, et le globe oculaire attiré en avant et un peu sur le côté, au moyen d'une érigne, j'enfonce perpendiculairement dans l'angle interne ou externe de l'œil, suivant le muscle à diviser, et sur le côté de ce dernier, un petit instrument convexe sur le tranchant et doublement coudé sur sa tige. La lame de l'instrument ayant pénétré de toute sa longueur 15 millimètres environ), je la relève horizontalement en la faisant glisser entre le globe oculaire et la face correspondante du muscle. Dans un troisième temps, je présente le tranchant convexe de l'instrument à la face interne du muscle, et je divise celui-ci de dedans en dehors, c'est-à-dire du globe oculaire à la paroi de l'orbite. Le globe oculaire étant attiré en avant et un peu sur le côté, c'est-à-dire dans la direction même du muscle à diviser, produit la tension de ce dernier et facilite l'action de l'instrument tranchant. La section s'annonce par un bruit de craquement, le sentiment d'un résistance vaincue, et par un petit mouvement du globe de l'œil, qui cède dans le sens de la traction. L'instrument est retiré par la petite ouverture d'entrée, et il n'y a aucune autre apparence de plaie extérieure. On peut s'assurer que la section du muscle a été faite complètement, par la rotation de l'œil dans le sens opposé, rendue plus étendue et plus facile, et par l'impossibilité de la rotation dans le sens inverse, ou au moins par une diminution sensible dans l'étendue de ce mouvement.

J'ai appliqué deux fois ce procédé, avec un plein succès, à la section du droit interne. Le muscle a été divisé complètement en moins d'une minute, sans autre plaie extérieure qu'une simple piqûre de la conjonctive, et avec redressement instantané du globe oculaire. La seconde application a été faite à la Muette, sur une demoiselle de 18 ans, en présence de MM. les docteurs Dubowitski, Meurdefroy, Laborie fils et Kuhn.

— *Emploi de la chaleur pour la détermination des fonctions des nerfs de la locomotion.* — M. le docteur Kuhn, écrit aussi à l'Académie: Tout le monde sait que le tissu musculaire se resserre par l'action du calorique, mais personne, que je sache, n'a encore cherché à tirer parti de cette propriété pour la détermination du mécanisme des mouvemens ou pour d'autres recherches.

Dans ce but, j'ai soumis alternativement à l'action du calorique des muscles isolés ou en nombre plus ou moins grand. Je suis parvenu à produire à volonté différens degrés de raccourcissement et, par conséquent, différens degrés de tension.

Voici les procédés que j'emploie:

1° Je plonge une partie entière, un membre, par exemple, dans l'eau bouillante, après avoir coupé en travers un certain nombre de muscles, ne laissant intacts que ceux dont je veux connaître l'action soit isolée, soit collective, et les brisures du membre se dirigent dans le sens de l'action des muscles non divisés.

2° Je découvre le muscle dont je veux étudier l'action propre; je l'isole des parties voisines au moyen de corps non conducteurs, et je le soumets à un courant de vapeur.

3° Je découvre le muscle et j'en détermine le raccourcissement au moyen d'un fer chauffé soit dans l'eau, soit dans l'huile bouillante, soit à une température voisine du rouge. Pour éviter la rôtissure de la surface du muscle, je le recouvre d'un linge mouillé, dont l'évaporation, pénétrant dans le corps charnu, contribue au raccourcissement du muscle.

Voici maintenant quelques appréciations nouvelles dont ce fait me paraît susceptible:

On pourra étudier d'une manière plus précise l'action spéciale de chaque muscle, et reproduire sans l'emploi d'aucune force étrangère la plupart des mouvemens réalisés chez le vivant. Comme ces résultats, une fois obtenus, persistent, il sera plus facile d'étudier le mécanisme exact des mouvemens du corps humain et de déterminer d'une manière plus rigoureuse le mode de combinaison des agens musculaires, et leur somme d'influence respective dans la production de chacun de ces mouvemens.

Une autre application du même fait est de permettre de reproduire jusqu'à un certain point les difformités articulaires du système osseux, et de confirmer, par voie d'expérimentation, la théorie de ces difformités établie par M. J. Guérin. C'est ainsi que je suis parvenu à imiter les variétés du pied-bot, et d'autres difformités des membres supérieurs et inférieurs, et reproduire les différentes variétés du strabisme, et même jusqu'à un certain point les déviations latérales de l'épine.

Enfin, la tension musculaire par la chaleur permettra, ainsi que me l'a indiqué M. J. Guérin, de répéter sur le cadavre la section sous-cutanée des tendons et des muscles. La tension et les rapports nouveaux que contractent les muscles raccourcis sont, en effet, dans des conditions importantes qui favorisent et règlent ces opérations, et l'on sait que jusqu'ici elles n'avaient pu être appliquées ni démontrées sur le cadavre.

— *Sur l'application de l'appareil de Marsh aux cas d'empoisonnement par l'arsenic.* — M. Dunglas adresse une note ayant pour objet de prémunir contre les méprises que pourrait causer la présence dans les matières soumises à l'examen d'une certaine quantité d'antimoine ou de ses composés.

Un membre de la section de chimie fait remarquer que les faits dont il est question dans la note de M. Dunglas sont connus de toutes les personnes qui s'occupent de recherches de médecine légale, et qu'on a tous les moyens nécessaires pour éviter les erreurs que l'auteur semble redouter.

— L'ouverture des cours de l'Ecole de médecine aura lieu lundi prochain, 2 novembre, à une heure.

Au sortir de cet étrange spectacle, je me demande quel est le but que je dois me proposer dans une circonstance aussi menaçante pour le magnétisme, et quels sont les moyens que je dois employer pour atteindre le but que je me proposerai. Or, me dis-je, que veut la prudence? discrétion profonde, mystère absolu! et c'est chose facile, puisque je suis seul dans le secret. Mais que veut la justice? publicité, publicité!..... Arrière donc aujourd'hui la prudence, je proclamerai le fait comme si j'étais l'ennemi le plus acharné du magnétisme. — C'est encore servir la vérité que de dénoncer l'imposture qui la souille. — Quant aux moyens, la raison veut que d'abord je prouve la supercherie à un assez grand nombre de témoins et surtout à M. Hublier; je l'prouverai. Certes, je n'ignore pas que je vais horriblement blesser l'amour-propre de cette fille (sans compter peut-être celui d'un bon confrère), et partant aussi la charité; mais la justice veut que la vérité passe toujours la première. En conséquence, sur mon invitation, le 1er de ce mois, les docteurs Douillet, Amédée Latour et M. Mercier assistent à la seconde représentation de la comédie sus-décrite; le 2, c'est le tour du docteur Londe; le 3, celui de l'avocat Bœhler; le 4, oh! le 4, c'est le grand jour, le jour de l'opération, le jour du dénoûment, et avant de vous en entretenir, je dois vous indiquer quelles dispositions j'ai prises pour que les spectateurs ne manquent pas, et qu'ils soient tous satisfaits de l'actrice et de la pièce.

Le personnage dont la présence est indispensable à cette dernière représentation, c'est sans contredit le docteur Hublier, car j'aurai beau lui détailler et lui certifier tout ce que j'ai vu, je ne serais pas cru. Cet estimable confrère est sous l'empire d'une illusion; et comme une illusion a parfois la persistance et l'intensité d'une conviction, souvent on ne peut la détruire qu'en faisant toucher du doigt la preuve: M. Hublier la touchera. — Donc, pour le forcer à venir le 1er octobre, je lui écris une lettre à double interprétation, une de ces lettres qui ne renferment que des phrases, et qui, suivant le point de vue du lecteur, disent tout ce qu'on veut leur faire dire. Au surplus, vous connaissez les faits, voici mes phrases.

Au docteur Hublier, à Provins.

« Paris, 1er octobre 1840.

» Mon très honoré confrère,

» Après quatre années d'attente, de tribulations et de travaux, il vous est enfin permis de rengaîner le magnétisme et de dormir sur vos lauriers; car la question de lecture par le dos est tout à fait résolue,... du moins relativement à votre somnambule. Je dis *relativement à votre somnambule*, attendu que, suivant moi, elle n'a pas et n'aura jamais sa pareille. J'arrive à la nouvelle du jour.

» Ce matin, trois de mes amis, incrédules plus ou moins renforcés, ont vu mademoiselle Emélie, l'ont entendue lire, et sont prêts à certifier tout ce qui s'est accompli d'*ébouriffant* en leur présence. Ces trois incrédules sont le docteur Latour, le docteur Douillet et M. Mercier, jeune élève en droit. Votre somnambule étant bien isolée, j'avais placé ces messieurs derrière elle, *sans qu'elle s'en aperçût*; et c'est sans doute à cause de cette petite précaution que la manœuvre a été magnifique. Parlons maintenant de ce qui nous reste à faire.

» Votre somnambule m'annonce qu'elle aura encore plusieurs sommeils fort lucides; en conséquence je vais saisir cette occasion de la montrer, *toujours sans qu'elle s'en doute*, à des amis et à des ennemis; toutefois dans votre intérêt, — entendez-vous bien, cher confrère? dans votre intérêt, — il faut que vous veniez le plus tôt possible à Paris; je me charge de vous y édifier en cinq minutes, c'est-à-dire de vous dévoiler le secret que j'ai trouvé pour amener à bien presque toutes les séances. Je ne sais pas trop à quoi mes succès tiennent, et si c'est que je me possède plus que vous; mais de l'aveu de votre somnambule elle-même, les expériences réussissent ici beaucoup plus vite qu'à Provins; aussi suis-je sûr, — si je voulais m'en mêler, et si ces messieurs voulaient s'y prêter, — que je ferais lire devant toute l'Académie cette excellente demoiselle Emélie,... exactement de la même façon que je l'ai fait lire ce matin devant trois personnes.

» Ainsi, bon confrère, je vous attends après-demain, et j'exige, — pardonnez-moi ce mot, — que vous veniez sans vous être annoncé; car votre arrivée causerait actuellement une vive émotion à la sensible Emélie, ce qui ne manquerait pas de détruire, pour long-temps peut-être, sa lucidité. De plus, en supposant que vous retardiez votre départ, je vous demande en grâce de ne pas écrire à cette bonne fille qu'elle a lu *coràm populo*; dites-lui simplement que je suis toujours ravi, et même, pour m'ôter toute inquiétude à ce sujet, ne cachetez plus les lettres que vous lui adresserez, afin qu'après les avoir parcourues, je puisse les lui remettre ou les garder, suivant que je le jugerai convenable.

» Voilà, sans doute, cher confrère, des recommandations bien ridicules; mais je vous connais trop pour ne pas savoir que, comme moi, vous seriez préparé, — si le sort de la guerre l'exigeait, — même à passer sous les fourches caudines, pour démasquer l'erreur, écraser le mensonge et faire triompher la vérité.

» Adieu, tout à vous. » Frapart, d.-m.-p. »

Vous le voyez, mon cher Bazille, cette lettre dit à volonté oui ou non; elle ressemble à ces images qui, vues de droite, représentent le diable, et de gauche, un saint. Cependant, pour un esprit non prévenu, et pour ceux qui connaissent ma façon catégorique de m'expliquer, peut-être renferme-t-elle des expressions un peu transparentes. Ainsi, quand au commencement je parle de *rengaîner le magnétisme*, puis à la fin de *passer sous les fourches caudines*, c'est assez clair; mais pour un magnétiseur qui est en quelque sorte magnétisé par son somnambule, tout cela ne signifie rien. Je sais ce qu'il en est, j'ai passé par là; et il y a quelque dix ans, dans une occurrence où j'ai peut-être été encore plus profondément endormi que M. Hublier, il m'a fallu un coup de tonnerre pour me réveiller. Depuis lors les somnambules ne m'ont plus endormi, je vous l'assure;.... ou plutôt, pour être toujours logique, disons que je le crois. Dans tous les cas, — et il est utile qu'on le sache, — il n'y a pas de magnétiseur, Deleuze lui-même! qui n'ait été déçu, au moins en commençant;.... ou avant de commencer il était déjà un grand fourbe. Celui qui pare tous les coups qu'on lui porte, sait assez en porter.

Je reviens à ma comédie; nous approchons du dernier acte. Le 3 octobre, le docteur Hublier m'écrit qu'il arrivera le soir même. Aussitôt je convoque pour le lendemain MM. Londe, Amédée Latour, Teste, Douillet, Bœhler et Carpentier. L'heure indiquée M. Hublier arrive, et me fait demander: il m'accable d'interrogations et d'exclamations, je ne lui rends que des poignées de mains et des interjections; il est charmé de mes succès, je le laisse rêver jusqu'à demain: une nuit d'illusion, c'est toujours une nuit de bonheur!

Le 4, les élus viennent les uns après les autres. Pour n'inspirer aucune défiance à mademoiselle Emélie, je les guette et donne à chacun d'eux rendez-vous à cinquante pas de chez moi, dans une des galeries du Palais-Royal. Lorsqu'ils y sont tous, je vais à M. Hublier, et ils nous rejoignent. Nous allons dans le jardin; je présente à ces messieurs le docteur Hublier, en le priant de nous raconter quelques-uns des phénomènes les plus extraordinaires que sa somnambule a pu lui offrir. Il nous dit: « En quatre ans j'ai observé bien des choses; voici ce que j'ai observé de plus fort: j'ai quelquefois vu cette femme lire des pages entières

par le dos; elle, couchée dans son lit, la tête tournée du côté de la muraille, le livre à six pas derrière elle, et en outre d'épais rideaux la séparant du livre. » Alors, sans plus long-temps le faire languir, je réponds à M. Hublier: « Vous savez, cher confrère, que tous les magnétiseurs ont été trompés plus ou moins souvent, et moi-même je ne rougis pas d'avoir été sous ce rapport un magnétiseur très favorisé. Armez-vous de courage, aujourd'hui c'est votre tour, on vous trompe. — Cela n'est pas possible. — Cela m'est démontré. — A vous, peut-être! A moi, cela n'est pas démontrable. — Et si je vous le prouvais, en croiriez-vous vos yeux et vos oreilles? — Oui. — Eh bien! venez, vous verrez et vous entendrez; seulement, donnez-moi votre parole qu'à l'exemple de ces messieurs, vous resterez observateur impassible de tout ce qui se passera devant vous; et que, si je vous désabuse, vous ne manquerez pas envers cette fille aux lois de la modération, de l'indulgence et de la charité. — Je vous la donne.

Nous partons. Rentré chez moi avec ces messieurs, j'assigne à chacun sa place. Deux portes communiquent à mon salon; elles sont percées d'un nombre suffisant de petits trous. — A vous, monsieur Hublier, le trou d'honneur, celui par lequel on voit tout, il vous est dû; à vous, monsieur l'académicien Londe, le trou de la serrure; vous, mon ami Latour, prenez celui-ci; vous, Teste, emparez-vous de celui-là; et vous, messieurs Bœhler, Douillet et Carpentier, distribuez-vous ceux qui restent. D'ailleurs, ne vous mettez en embuscade qu'au premier coup de sonnette que vous entendrez. — Je quitte ces Messieurs, et vais à mademoiselle Emélie pour lui rappeler qu'il est passé huit heures; elle se rend au salon, je l'y laisse en lui recommandant de sonner quand elle dormira. Au bout de cinq minutes, elle sonne; chacun court à son poste, je m'en assure et j'entre. — Dormez-vous? — Oui. — Etes-vous bien disposée? — Passablement. — Puisque vous partez demain, c'est aujourd'hui notre dernière séance. Allons! tâchez qu'elle soit bonne. — Oui. — Je mets un livre sur le pliant et me retire en disant: « N'oubliez pas de me sonner lorsque votre lucidité sera venue. »

A présent décrivons ce que mademoiselle Emélie fait quand elle se croit seule : Par six fois, dans cette séance, elle se lève et se dirige à pas de chatte vers le pliant; puis là, prend, ouvre, lit, ferme, remet le livre et retourne se coucher. Ce n'est pas tout: chaque fois qu'elle revient au canapé, elle tire tout bonnement de sa poche un crayon et un papier qu'elle rend sans doute dépositaire de ses souvenirs. A la fin du sixième voyage, elle agite la sonnette. Ces Messieurs abandonnent leurs trous et viennent à la porte par laquelle je dois pénétrer dans l'antre de notre prophétesse. Voilà l'instant difficile! il s'agit de faire traverser le salon à huit personnes *bottées*, sans qu'elles soient *entendues* ni vues. Tout est préparé pour cela : ma domestique, qui à cette heure de la journée fait bruyamment son ménage, continue de cirer le parquet, et ma petite fait aller sa crécelle; ce train nous garantit des oreilles de la sibylle. Pour ses yeux, je ne les crains pas, ils se ferment dès que j'approche. J'entre seul, et vais à mademoiselle Emélie; presqu'en même temps, et à un signal convenu, ces messieurs me suivent en prenant une autre direction. Je m'asseois à mon bureau pour écrire ce que dira la somnambule; nous sommes tous derrière elle, hormis le docteur Londe qui la regarde en face, par un trou, afin de la tenir entre deux feux.

Que se passe-t-il alors? Absolument la même chose que dans les deux séances du 29 et du 30 : la lucidité n'est pas plus grande, ni plus petite; seulement M. Londe voit quelquefois notre oracle *consulter du regard un petit papier*. — Nous sortons, et M. Hublier se confesse vaincu.

Ainsi finit la comédie. Je n'avais plus qu'à la raconter à tous, mon cher Bazille, et particulièrement aux adversaires du magnétisme, — car je ne puis leur en dérober la connaissance sans leur donner le droit de suspecter dorénavant ma franchise; mais placé entre la bienveillance qui me priait de me taire, et la vérité qui voulait que je parlasse, je ne savais comment surmonter tant d'obstacles: heureusement! M. Hublier est venu les aplanir en m'adressant le billet que voici :

« Paris, 4 octobre 1840.

» Mon très honoré confrère,

» Je suis atterré, meurtri, confondu de tout ce que vous m'avez fait voir ce matin. Quatre ans d'astuce! quelle persévérance audacieuse! Oh! c'est une maîtresse femme que mademoiselle Emélie; mais vous qui êtes aussi un maître homme, en quatre jours vous l'avez démasquée; je vous en remercie et vous en félicite.

» Je ne viens pas vous demander le silence, ni de me ménager; bien au contraire, frappez sur moi, puisque, comme vous l'avez dit: *avant son triomphe, la vérité veut des martyrs ou des victimes.* Toutefois, je ne sais plus si je crois encore à quelque chose; j'ai besoin de me recueillir.

» Votre tout dévoué confrère, HUBLIER, D.-M.-P. »

Je vous cite ce billet, mon ami, pour vous faire voir combien ce bon M. Hublier a de noblesse dans le cœur. On le raillera de sa mésaventure, je suppose; mais l'homme qui sait immoler avec tant de courage son orgueil à la vérité, et qui comprend si bien que la vérité doit passer avant les hommes, celui-là peut braver l'ironie des mauvais plaisans qui s'imaginent n'avoir jamais été joués, et de ceux qui se regardent comme fort habiles parce qu'ils ont dupé quelques honnêtes gens qui ne sont pas toujours sur leurs gardes, et quelques imbéciles qui n'y sont jamais.

Pour mademoiselle Emélie, je ne me charge pas de son panégyrique; néanmoins, lorsque je la considère et la compare, je me surprends à me demander s'il y en a beaucoup dans notre espèce, dans sa classe, à notre époque! qui aient le droit de lui jeter la pierre et de la condamner sans rémission. — Tous les jours on verrait mieux que cela dans le monde,... si on n'y étouffait pas dix-neuf bassesses sur vingt.

Avant d'en finir, mon cher Bazille, il me reste à examiner l'importance du fait que je vous ai si longuement narré, et à chercher quel enseignement on peut en déduire.

Au point de vue du magnétisme considéré comme science, ce fait n'a aucune espèce de valeur, puisqu'il n'y avait pas même sommeil. Mais au point de vue du magnétisme considéré comme pratique, ce fait a une valeur immense, parce qu'il démontre, — en le rapprochant d'une foule d'autres faits analogues, — que la fourberie et son cortége se glissent fréquemment sous le manteau du somnambulisme; que le magnétiseur le plus probe peut être trompé; et que, toutes choses égales, le magnétiseur le plus confiant est celui qu'on trompe le plus souvent.

Quant à l'enseignement à tirer de ce fait, le voici : C'est qu'il est indispensable, — sous peine de voir l'erreur se propager, ou la vérité faire fausse route, — que les médecins étudient avec attention ce qu'on nomme le magnétisme, afin qu'ils s'assurent PAR EUX-MÊMES si définitivement il est un mensonge, comme ils le prétendent; ou une vérité, comme nous l'affirmons. Dans le premier cas, qu'ils le poursuivent, le traquent et le terrassent; dans le second, qu'ils l'accueillent, l'adoptent et l'utilisent.

Pour mon compte, — sans m'occuper de ceux qui se trouvent devant, avec, ou derrière moi, — on me verra toujours prêt à crier à tous, tout ce que j'aurai vu de vrai ou de faux,...., quand je l'aurai vérifié; certain que je suis QU'ON NE SERT JAMAIS MIEUX LA VÉRITÉ, QU'EN LA DISANT TOUT ENTIÈRE.

Adieu, mon ami, FRAPART, D.-M.-P.

L'invention des dents minérales date de 1770 environ; Dubois-Chenest prit alors un brevet d'invention.

Après dix ans d'attente, d'autres dentistes s'occupèrent de cette fabrication; mais jusqu'à nos jours tous leurs essais n'ont servi qu'à obtenir des dents bombées luisantes, et qui contrastaient toujours d'une manière désagréable avec les dents naturelles.

M. Hattute est celui qui nous paraît s'être le plus rapproché de la nature. Ses dents minérales imitent parfaitement les formes, les cannelures et toutes les inégalités les plus déliées que l'on remarque sur les dents naturelles; sous le rapport des teintes, il nous semble qu'il est parvenu à les varier à l'infini.

Enfin, les moyens qu'il emploie pour les monter nous paraissent combinés de manière à n'endommager aucunement les dents qui doivent supporter les pièces artificielles.

(*Voir aux annonces.*)

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

MARDI 3 NOVEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) No 130, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Traitement de la fièvre typhoïde.

S'il est un point de thérapeutique qui ait, depuis de longues années, sérieusement fixé l'attenton des praticiens, s'il en est un en même temps sur lequel les opinions les plus diverses, les plus dissemblables, aient été émises, et cela par des hommes si haut placés dans la science, dont le nom seul est uneautorité si puissante, qu'il semble que l'on doive à peine oser discuter la valeur de leurs opinions, et douter de l'infaillibilité de chacun d'eux, c'est, sans contredit, le traitement de la maladie connue généralement sous le nom de *fièvre typhoïde*. La gravité de cette terrible affection explique suffisamment l'importance que les auteurs ont attachée à rechercher quelle est la médication la plus favorable pour en opérer la guérison. Quant aux causes auxquelles on doit rapporter la diversité des traitemens qu'ils ont proposés pour arriver à ce résultat, la principale tient, selon nous, à ce que, s'attachant peu, pour la plupart, à recueillir des observations complètes et rigoureusement exactes, ils ont eu les idées les plus contraires sur la nature de la maladie. De leur désaccord sur ce point important, devait naître indispensablement un désaccord non moins grand sur la marche à suivre dans son traitement, et c'est ce qui est arrivé.

Notre dessein n'est point ici de passer en revue les diverses méthodes mises en usage dans le traitement de la fièvre typhoïde. Que les uns, la considérant comme une une infection générale des humeurs, déterminée par une absorption de liquides délétères contenus dans l'intestin, aient eu l'idée d'expulser ces liquides par des purgatifs répétés à haute dose ; que d'autres, ne faisant attention qu'aux phénomènes adynamiques, sans tenir compte des lésions intestinales, aient cru pouvoir combattre l'élément septique et les phénomènes typhoïdes par les toniques et les excitans, peu nous importe. Le temps a fait justice de ces opinions, quelquefois spécieuses, mais qui ne reposent nécessairement sur aucune base solide, puisque l'effrayante, l'inévitable mortalité, de *un sur trois*, que l'on observe après de pareils traitemens, est la même que celle que l'on obtient par la méthode expectante. Une nouvelle méthode de traitement, fondée sur des observations nombreuses et multipliées, basée sur une théorie à l'appui de laquelle vient chaque jour l'anatomie pathologique, a remplacé depuis quelques années, avec les plus admirables succès, toutes celles qui, jusqu'alors, avaient lutté vainement contre l'affection qui nous occupe.

Depuis, je ne dirai pas la découverte, mais les travaux publiés en 1813, sur la fièvre entéro-mésentérique, par le docteur Petit, qui, le premier, fixa l'attention sur elle et la décrivit d'une manière un peu détaillée, la fièvre typhoïde, reconnue pour une inflammation de l'intestin grêle et des ganglions du mésentère, fut traitée en conséquence par un grand nombre de médecins, par la méthode antiphlogistique telle qu'elle était alors en usage. Quelques saignées générales, mais rares, et de nombreuses sangsues, constituèrent ce traitemnt, sous l'influence duquel, nous devons le dire, la mortalité diminua bien un peu ; mais les succès obtenus n'étaient pas assez évidens, assez tranchés, pour forcer en quelque sorte les médecins à l'adopter exclusivement à tout autre. Ce n'est que dans ces dernières années que, convaincu par plusieurs centaines d'observatisns recueillies toutes avec la plus grande exactitude au lit des malades, après des autopsies faites avec le soin le plus minutieux, que M. Bouillaud, pour lequel la fièvre typhoïde n'est autre chose qu'une entéro-mésentérite, une inflammation de la portion inférieure de l'intestin grêle et des ganglions du mésentère, accompagnée d'une altération du sang bien manifeste, que M. Bouillaud, dis-je, crut pouvoir appliquer à la fièvre typhoïde la formule des saignées coup sur coup, qu'il emploie pour combattre les maladies aiguës.

Ce n'est point le lieu de décrire ici cette formule, qui commence à prendre un immense développement. Il n'est pas un médecin qui n'en ait longuement entendu parler, ou qui n'ait été à même d'en constater les merveilleux résultats. Ce que nous voulons prouver ici, c'est que, non seulement la formule de la Charité, comme on *daigne* assez généralemeent, du reste, le lui accorder, enraie facilement, et guérit en quelques jours la maladie tout-à-fait à son début et au commencement de la première période; mais qu'elle peut encore, modifiée selon les circonstances particulières, s'appliquer au traitement de l'affection typhoïde pendant le cours, et même à la fin de la seconde période, au moment où les phénomènes adynamiques se développent, et où le cas est d'une gravité telle, que le malade semble voué à une mort inévitable. Ces cas sont plus rares, il est vrai, que les précédens, et présentent moins de chances de succès. C'est là-dessus que l'on s'est fondé pour dire que les fièvres typhoïdes guéries par la formule des saignées n'étaient que de simples embarras gastriques, qui eussent aussi bien, peut-être mieux guéri si l'on eût eu recours à toute autre méthode ; mais pour être comparativement plus rares, ils n'en existent pas moins en assez grand nombre pour que l'on puisse en déduire des conséquences positives.

Que si l'on venait à nous objecter que ces cas sont tellement rares que M. Bouillaud ne croit pas devoir en laisser passer un seul sous silence lorsque le hasard veut qu'il s'en rencontre, nous ferons observer que ce hasard, et c'est une assertion dont on pourra venir vérifier l'exactitude, se renouvelle assez souvent pour que le professeur de la Charité possède par devers lui une masse imposante d'observations de ce genre recueillies publiquement, mais qu'il se présente de temps en temps des faits tellement tranchés, tellement évidens, des faits tellement hors ligne, si je puis m'exprimer ainsi, qu'il est en quelque sorte nécessaire de les livrer à la publicité pour répondre d'une manière victorieuse aux objections que l'on ne cesse de faire à la nouvelle formule.

Le 11 septembre 1840, est entré à la salle Saint-Jean-de-Dieu, le nommé Claude Prudhoy, âgé de quarante ans, journalier, né dans le département de la Côte-d'Or.

D'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une santé habituellement bonne. D'après quelques rensignemens laissés par écrit par sa sœur, qui l'a mené à l'hôpital, il serait malade depuit dix ou douze jours. Sa maladie aurait débuté par une douleur dans le côté gauche et une violente céphalalgie; le sixième jour de sa maladie, un médecin lui fit prendre un émétique qui fut suivi de vomissemens copieux et le septième une bouteille d'eau de Sedlitz. Depuis cette époque, une fièvre violente ne l'a pas quitté. Le peu de cohérence des idées du malade s'oppose à ce que l'on obtienne de lui aucun renseignement soit sur son état antérieur, soit sur la cause présumée de sa maladie. Il paraît seulement faire quelquefois des excès de boissons.

Voici l'état qu'il présente au moment de son entrée à l'hôpital :

Décubitus dorsal. Les membres, tant supérieurs qu'inférieurs paraissent jouir de la liberté de leurs mouvemens et de leurs sensibilité. Les bras seulement présentent une sorte de raideur ou de contracture assez marquée. Visage un peu abattu, présentant une expression d'étonnement stupide. Les yeux paraissent très sensibles à la lumière, l'ouïe nette. Le malade paraît assez bien comprendre les questions qu'on lui adresse, mais ses réponses sont lentes et pénibles ; ni céphalalgie, ni étourdissement. Sécheresse de la bouche, telle que le malade ne peut parvenir à en faire sortir sa langue, qui est sèche, lisse. Soif vive. Ni nausées, ni vomissemens ; l'épigastre et le ventre paraissent indolens. Cependant l'abdomen est généralement développé, et le malade accuse un peu de sensibilité à une forte pression iléo-cœcale. Pas de gargouillement dans la région des deux flancs. Le malade vient de rendre sous lui ses matières fécales et ses urines.

Peau chaude, sèche ; la partie antérieure du tronc offre de nombreuses taches rouges irrégulières, très petites, disparaissant à peine sous le doigt, analogues à des piqûres de puces en quelques endroits ; le pouls à 96 - 100, assez mou, un peu onduleux, médiocrement développé. Les bruits du cœur un peu faibles, éloignés, sans souffle ; respiration un peu haute, inégale à 32 - 36. Ni toux ni expectoration. Résonnance et respiration bonnes en avant

FEUILLETON.

DE LA SALIVATION MERCURIELLE ET DE SON TRAITEMENT ;

Par le docteur Hubert RODRIGUES, professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier.

(Suite du no 126.)

Les températmens lymphatiques, les constitutions molles, flasques, humorales, portent à la salivation avec une grande facilité. Les constitutions sèches, nerveuses, chez les glandes paraissent atrophiées, ne salivent jamais. Une jeune femme scrofuleuse, à tête grosse, à large mâchoire, dont les glandes salivaires sont énormes, est affectée très abondante après avoir pris deux grains de calomélas. Un jeune homme d'une haute stature, à peau blanche et fine, à cheveux blonds, portant les stigmates d'écrouelles, entre au dépôt de police pour se faire traiter de la gale. Il n'a jamais pris de préparations mercurielles. Deux bains avec 6 gros de sublimé (24 grammes) déterminent une salivation excessive. Le nommé Pouder, ancien militaire, est admis dans le service de MM. Delmas et Bourquenod, pour une maladie vénérienne constitutionnelle : c'est un homme maigre, sec, à petite face, d'un caractère ardent et mobile. Il ne fut délivré de sa maladie qu'après avoir pris 650 pilules de Sédillot, et avoir fait 67 frictions avec 2 gros ou 8 grammes d'onguent mercuriel pour chaque. Dans les derniers temps, on avait porté les pilules de Sédillot à 10 par jour. Jamais pendant ce long traitement on n'a vu le moindre symptôme de fluxion à la bouche ; cependant l'haleine était métallique, le pouls fébrile, la peau chaude ; enfin il y avait les symptômes de la fièvre mercurielle.

Au moment d'administrer le mercure, il faut faire attention à l'état de la bouche, voir s'il n'y a pas quelque dent cariée, si la muqueuse buccale n'est pas irritée naturellemant ou par l'usage du tabac à fumer. Il n'est pas jusqu'à la présence du tartre autour du collet des dents qui demande des soins, et il serait prudent de faire nettoyer les dents des malades que l'on veut soumettre à un traitement mercuriel.

Les femmes sont plus exposées à la salivation que les hommes, à cause de la fréquence chez elle de la constitution grasse et humide.

C'est par la même raison, et en outre par l'idiosyncrasie de tête, que les enfans salivent avec beaucoup de facilité. Il faut craindre de voir la gangrène survenir chez ces petits êtres frêles et délicats.

Lorsque d'autres circonstances favorables au ptyalisme existent, la constipation contribue à son développement ; mais la constipation seule est à peu près indifférente ; au moins elle nous a toujours paru ainsi, contrairement à ce qui a été avancé par MM. Cullerier, Ratier et Devergie.

Le ptyalisme ne survient presque jamais, de quelque manière que l'on donne le mercure, avec une constitution atmosphérique sèche, les salles qui contiennent les malades étant grandes, bien exposées, bien aérées. Ce sont les conditions les plus efficaces pour neutraliser une mauvaise constitution. La salivation est fréquente dans les pays humides et pendant l'hiver.

Il y aurait beaucoup à dire sur la nourriture des malades. Ainsi, au dépôt de police et dans les hôpitaux civils en général, elle est souvent insuffisante et presque toujours de mauvaise qualité. Les légumes ne conviennent pas, et ils forment cependant la plus grande partie de la nourriture, heureux encore lorsqu'ils ne sont pas avariés.

Une habitude funeste adoptée au dépôt de la police pour les femmes malades, et contre laquelle les médecins devraient s'élever de toutes leurs forces, c'est de leur faire laver le linge. Comment voulez-vous éviter les inconvéniens du mercure, lorsque les malades sont obligées de rester une grande partie de la journée dans l'eau jusqu'à mi-jambe? Je sais bien que les médecins peuvent dispenser de ce travail celles qui ne peuvent pas le supporter ; mais alors ils devraient étendre cette dispense à toutes les malades, car on ne peut pas prendre du mercure sans s'exposer à de graves accidens, si on ne se met à l'abri de l'humidité. Au reste, et ce langage sera mieux compris des administrations, il n'y a pas économie à soumettre les malades à des travaux de ce genre : faites des statistiques, et vous verrez que les femmes malades restent plus long temps à l'hôpital que les hommes ; elles comptent un tiers de plus de journées. Ainsi l'économie est ici d'accord avec l'humanité pour éviter aux malades toute espèce de travail qui pourrait leur nuire pendant qu'elles sont en traitement.

Pour résumer en peu de mots ce que nous venons de dire, on préviendra la salivation en administrant les mercuriaux suivant la méthode de Montpellier, en corrigeant les conditions générales qui en favorisent le développement en détruisant les conditions loceles qui attirent le mouvement fluxionnaire à la tête, en écartant toutes les circonstances extérieures dont l'action est reconnue nuisible, enfin en plaçant les malades dans les conditions hygiéniques les plus favorables.

Si malgré toutes ces précautions la salivation ne peut être empêchée, il faut renoncer alors aux mercuriaux, et choisir une autre médication. On a bien proposé certains médicamens comme correctifs de l'action du mercure sur les glandes salivaires. Ainsi on a uni le camphre à l'onguent mercuriel, on a donné en même temps le quinquina, l'opium, etc., mais l'expérience m'a démontré que ces moyens ne préservent pas les malades de la salivation, et neutralisent l'action curative du mercure; ainsi on a les inconvéniens de ce métal sans en avoir les avantages.

On a cherché à faire avorter le ptyalisme au moment où il se déclare ; nous nous sommes toujours bien trouvé de l'administration des purgatifs pour détruire l'état fluxionnaire de la bouche, en même temps que nous faisons renouveler le linge du malade et que nous ordonnons un changement de lieu. Un air nouveau est un des adjuvans les plus salutaires. Les pédiluves simples ou sinapisés, les bains chauds entiers, les frictions sur la peau nous ont souvent réussi. Plusieurs fois nous avons arrêté la salivation par l'application d'un large vésicatoire à la nuque. Quelques auteurs ont conseillé la glace autour de la bouche et sur les glandes salivaires ; nous ne saurions trop prévenir les praticiens contre ce moyen qui nous a paru agir dans un sens opposé à celui que l'on se proposait. On emploie les ventouses sèches ou scarifiées, les astringens, les solutions de plomb, l'acide hydrochlorique, la cautérisation.

M. Sommé, d'Anvers, s'est servi avec avantage de la solution de sous acétate de plomb, à la condition de mettre une dose suffisante de sel, ainsi il faisait des gargarismes et des collutoires dans lesquels l'extrait de saturne entrait dans la proportion d'un huitième de grain et même d'un sixième. Le plomb a l'inconvénient peu grave de donner une teinte noire aux dents, puisqu'elle disparaît après le traitement.

M. Delabonardière compte des succès de l'emploi de ce médicament.

M. Velpeau a recours, comme moyen préservatif, aux frictions sur les gencives avec de l'alun pulvérisé, que le malade prend sur ses doigts.

La pratique de M. Ricord lui a donné des résultats satisfaisans de l'emploi de l'acide hydrochlorique, porté pur sur les parties affectées, à l'aide d'un pinceau de charpie. Il recommande d'avoir

des deux côtés. *Idem* en arrière à gauche. Résonnance moins bonne à droite et respiration un peu faible, accompagnée d'un léger râle bullaire. Saignée : 4 palettes ; synapismes aux pieds.

12 septembre. Le malade dit se trouver un peu soulagé depuis la saignée. Mais bientôt il commence à divaguer et ses idées paraissent encore moins suivies qu'hier. Il n'accuse pas de céphalalgie. Peau chaude, sans sueur ni sécheresse. Le visage toujours abattu, étonné ; prostration manifeste. Les pupilles un peu dilatées. Haleine fétide, typhoïde. Le pouls est à 104, peu développé, redoublé ; les bruits du cœur comme la veille. La respiration accompagnée à droite en arrière d'un râle muqueux fin. La langue est sèche, lisse ; la soif vive. Le ventre et la partie antérieure et inférieure de la poitrine couverte d'une cinquantaine environ de taches rosées lenticulaires, disparaissant sous la pression du doigt. Le ventre est ballonné, sensibla à la pression dans la région iléo-cœcale ; le développement du ventre s'oppose à ce que l'on puisse produire du gargouillement. Le malade a rendu deux fois ses matières sous lui depuis hier soir.

Le caillot de la saignée adhérent, d'une mollesse remarquable, impossible à soulever, quelques traces de couenne.

Diagnostic. Entéro-mésentérite-typhoïde, forme ataxo-adynamique, traitée par les vomi-purgatifs au début, parvenue à la fin de la deuxième période. Cas très grave. Saignée : 3 palettes ; ventouses scarifiées à la région sous-ombilicale, 3 palettes ; solut. sir. gom., 2 p., avec addition de 10 gouttes de chlorure de soude ; sol. sis. gros., 2 p. ; catap., lav. ; diète.

13. Le malade ne paraît pas avoir l'intelligence plus nette que les deux jours précédens. Le visage est toujours abattu, conservant encore une légère expression de stupeur ; lèvres et langue sèches, un peu croûteuses. Ventre moins ballonné que la veille ; le flanc droit est un peu moins douloureux que le gauche. Les taches sont moins abondantes et d'un rose moins vif. Cinq ou six selles rendues dans le lit.

Peau de chaleur modérée. Pouls à 104, petit, redoublé ; mêmes phénomènes pour la respiration que la veille. La respiration se fait cependant mieux entendre à droite en arrière.

Caillot de la saignée adhérent au vase, d'une mollesse et d'une diffluence remarquables.

Sérosité des ventouses, rougie ; rondelle, de mauvaise consistance. Saign., 3 pal. ; vent. scarif. à la région sous-ombilicale, 3 pal. Le reste, *ut suprà*.

14. Le malade commence à répondr, ce matin, d'une voix moins embarrassée ; il dit se trouver mieux. Pas de dilatation des pupilles ; point de raideur des membres. Pouls à 104-108, petit, peu résistant. Le ventre est toujours sensible, douloureux à la pression. Les taches s'effacent peu à peu. Quatre selles sous lui. La langue, encore sèche et lisse, sort de la bouche plus librement.

Le sang présente les mêmes caractères que la veille. Vésicatoires aux mollets.

15. Agitation pendant la nuit. Le malade a voulu se lever deux ou trois fois. Prostration extrême ce matin ; réponses brusques, mal articulées. Langue sèche, grillée, fuligineuse ; le flanc droit, encore douloureux, offre à la pression un gargouillemend profond. Les taches ont complètement disparu. Pouls à 104, redoublé. Les bruits du cœur sans souffle. *Idem*, diète.

16. Le malade paraît toujours plongé dans la stupeur ; cependant il répond aux questions quoiqu'avec peine ; il dit ne pas sentir trop mal. Pouls à 104-108. Peau chaude. Les dents, la langue et les lèvres fuligineuses. Selles nombreuses dans le lit. Ventre ballonné, encore un peu sensible, sans gargouillement distinct. *Idem*, diète.

Le 17. Un mieux sensible se manifeste. Le pouls tombe à 96 ; la parole est moins embarrassée. La langue commence à se nétoyer. Les nombreuses taches rosées ont complètement disparu. Le ventre, quoique moins balonné, l'est encore assez pour rendre difficile la production du gargouillement. Le malade n'a rendu sous lui que ses urines. Pas de selles.

18. Le mieux encore plus évident. Langue humide, à peine croûteuse. Pas de selles. Chaleur modérée de la peau. Pouls à 92, redoublé. *Idem*, diète.

20. Pouls à 84. La tête est tout à fait dégagée. Il dit se sentir très bien ; il rend toujours ses urines sous lui ; pas de selles. Ventre souple, légèrement sensible à la pression dans le flanc droit. Sol. sir. gom. et sir. gros., de chaque, 2 p. ; un bouillon coupé.

22. Pouls à 72. Langue humide, nette ; ventre aplati, sans gargouillement, tout-à-fait indolent. Pas de selles. urines toujours involontaires. Convalescence commençante.

25. Il dit aller très bien. Ventre affaissé, indolent, sans gargouillement, légèrement sensible dans le flanc droit. Pouls à 68.

30. Le pouls à 60. Le visage a repris son expression normale. Le ventre est souple, indolent, san gargouillement. Deux bouillons ; crême de riz.

Depuis cette époque, il ne cessa d'aller de mieux en mieux, et sortit le 29 octobre, mangeant la demi-portion depuis plus de quinze jours.

— L'observation que nous venons de citer est assez détaillée pour qu'il soit tout-à-fait inutile d'insister plus longuement sur les phénomènes qu'a présentés le malade et sur l'exactitude du diagnostic qui a été porté. Qui pourrait, dans l'ensemble des symptômes notés chaque jour au lit du malade, voir autre chose qu'un exemple de l'affection dite typhoïde à la fin de sa seconde période et aggravée par un traitement inopportun ? De quelle méthode eût-on cru pouvoir se servir en pareil état de cause pour s'opposer d'une manière efficace au progrès de la maladie, et non-seulement l'arrêter dans sa marche, mais encore lui faire perdre en quelques jours tout l'avantage que lui avaient donné une durée de dix ou douze jours depuis le début, et un traitement mal dirigé. Seraient-ce les purgatifs? Mais en admettant, ce qui est loin d'être prouvé, que ce ne soit pas sur l'éméto-cathartique administré avant l'entrée que l'on doive en partie rejeter le fâcheux état dans lequel se trouvait le malade quand on l'apporta à la clinique, du moins peut-on dire qu'ils n'ont pas amélioré sa position. Serait-ce les toniques ? Mais combien n'avons-nous pas vu de fièvres typhoïdes parvenues à cette période et traitées par les toniques, durer de soixante à quatre-vingts jours, et ne finir encore que trop souvent par succomber ?

Dans ce cas, et nous devons l'avouer, il peut se trouver des circonstances particulières qui s'opposent à ce que l'on agisse toujours avec autant d'énergie. Cinq saignées, trois générales et deux locales, faites coup sur coup dans l'espace de quarante-huit heures, quatre livres de sang retiré chez un sujet sur lequel on voyait se développer avec la plus grande rapidité le cortége effayant des symptômes typhoïdes ; cette conduite, il y a quelques années seulement, n'eût-elle pas été taxée d'imprudence insigne, de témérité coupable? Et cependant, par cette même méthode, un sujet du salut duquel il eût fallu désespérer, qu'il eût fallu se résigner à voir périr presqu'inévitablement sous ses yeux, ce malade, en moins de dix jours, était en convalescence, et un mois ne s'était pas écoulé qu'il était à la demi-portion.

Est-il une autre méthode qui, presque chaque jour, enregistre, comme celle de la Charité, des succès de ce genre, et qui pourrait, après en avoir été témoin, se refuser à l'évidence des faits?

A. F.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT FILS.

REVUE CLINIQUE DU 29 OCTOBRE.

Opération de bec-de-lièvre. Réunion par seconde intention. (*Voir* le n° du 24 octobre.)

Nous ne rappellerons pas ce qui s'est passé chez la jeune fille que nous avons opérée d'un bec-de-lièvre congénital simple, et chez laquelle une hémorrhagie arrivée le cinquième jour de l'opération nous fit perdre en un instant tous les bienfaits de la réunion par première intention qui s'était régulièrement accomplie.

Nous pouvons vous annoncer positivement aujourd'hui que nous ne nous sommes pas trompés dans l'espoir que nous avions conçu d'obtenir la réunion des bords de la plaie par seconde intention ; celle-ci est achevée aujourd'hui, et cette petite fille est sans retour à l'abri d'une deuxième opération.

Fongus hématode ds l'orbite. Mort. Autopsie. (*Voir* le n° du 24 octobre.)

Il est à peine utile de vous rappeler que la malheureuse petite fille qui était couchée au n° 12 de la salle Sainte-Thérèse était affectée d'un cancer de l'orbite de la nature du fongus hématode des Anglais, cancer récidivé après l'extirpation de l'œil pratiquée il y a près de six mois par M. Saint-Yves.

Nous n'avons pratiqué cette opération qu'à notre corps défendant et cédant principalement aux instances réitérées des parens de la petite malade. Aucun des accidens que nous redoutions chez cette petite fille immédiatement après l'opération ne s'est montré ; ainsi, pas d'hémorrhagie, malgré la nature éminemment vasculaire de la tumeur ; pas d'inflammation, si l'on excepte toutefois quelques symptômes d'une méningite de la base, qui ont cédé à l'emploi de moyens thérapeutiques simples, tels que les révulsifs sur les membres inférieurs, etc. Néanmoins, un certain degré d'assoupissement a toujours persisté depuis, ainsi qu'une légère accélération du pouls. Ces phénomènes nous ont fait soupçonner l'extension de quelques racines du fongus dans l'intérieur même du crane, et peut-être aussi d'une méningite.

Au demeurant cette petite fille a succombé hier dans la journée, et voici quels ont été les résultats des recherches dirigées du côté du crâne.

La dégénérescence fongueuse, qui s'était déjà emparée du travail de cicatrisation de l'intérieur de l'orbite, se prolongeait dans l'intérieur du crâne, en parcourant le trajet du nerf optique ; d'autres ramifications fongueuses partaient également de l'orbite et s'engageaient dans les fentes sphénoïdales, sphéno-maxillaire et ptérygo-maxillaire. Dans l'intérieur du crâne, au niveau de l'entrecroisement des nerfs optiques, on remarquait une masse ou tumeur

---

le soin d'essuyer les dents, lorsque l'acide les touche.

Nous avons essayé cet acide, nous avons cautérisé les gencives avec le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure, au début de la salivation, nous avons obtenu de cette manière un changement dans la manière d'être de la muqueuse, qui arrête le phénomène morbide ; mais ordinairement cette action de la cautérisation superficielle, que M. Ricord appelle bienfaisante, n'est que momentanée. Si l'action mercurielle continue, et il ne peut pas en être autrement si vous ne l'appelez pas sur d'autres parties, la salivation fait irruption trois ou quatre jours après la cautérisation. Comment voulez-vous, par des moyens locaux, de quelque nature qu'ils soient, paralyser un mouvement général qui tend sans cesse à se localiser, si vous ne cherchez pas à le détourner de son lieu d'élection.

Lorsque la maladie continue sa marche, on conseille de se conduire comme dans les maladies inflammatoires à l'état aigu : saignées générales, sangsues aux angles de la mâchoire, cataplasmes émolliens sur le cou. On devra suivre dans l'administration de ces médicamens, dit M. Ricord, les règles qui régissent le traitement des maladies aiguës, en les proportionnant à la gravité de la maladie et à l'état particulier de chaque malade. Nous nous élevons de toutes nos forces contre ces moyens et ces principes Non seulement on n'arrive pas par eux à modérer la salivation et à en diminuer la durée, mais encore on augmente l'intensité des symptômes quel que soit l'état inflammatoire qui n'est que secondaire. Si on n'a pas fait avorter la maladie, si on n'a pas pu donner une autre direction à ce mouvement vicieux ou détruire l'action spécifique du mercure sur les glandes salivaires, il faut s'attaquer au mercure lui-même par l'emploi du soufre à hautes doses, ou de l'iode, ou du sous-acétate de plomb, sans négliger les moyens hygiéniques, les soins de propreté, les bains généraux, etc.

Je dis qu'il faut avoir recours au soufre, à l'iode ou au sous-acétate de plomb, administrés à l'intérieur, à cause de leur vertu neutralisante que l'expérience a démontré. Hahnemann a attribué le même pouvoir au sulfure de chaux, et Cullerier oncle se servait du sulfure de magnésie.

Hecker regardait l'usage des patilles de soufre dans la salivation mercurielle, comme un moyen sur lequel on pouvait presque toujours compter. Mais des expériences tentées par Cullerier ont permis à MM. Trousseau et Pidoux de penser que le soufre n'a arrêté que la salivation mercurielle simple, c'est-à-dire celle qui guérit vite, quelque médication que l'on emploie.

Ces expériences ont été reprises au dépôt de police de Montpellier, et voici les résultats auxquels nous sommes arrivés.

Lorsque la salivation est simple, 6 à 8 grammes de soufre par jour, en trois fois, et pendant trois jours, suffisent pour la dissiper. Il est prudent de continuer ce médicament, en diminuant la dose, jusqu'à ce qu'on arrive à 40 centigrammes par jour. De cette manière on prévient toute récidive.

Dans le ptyalisme excessif, nous avons donné de 12 à 20 grammes de soufre par jour avec le plus grand succès.

Le soufre n'agit bien efficacement que lorsqu'il est toléré, et qu'il ne produit pas les phénomènes que les thérapeutistes lui ont reconnu ; ainsi, dans les circonstances ordinaires il agit comme laxatif avec quelques coliques à la dose de 8 grammes en une fois ; il est excitant du système sanguin à doses fractionnées de manière qu'il en soit consommé 12 ou 15 grammes par jour.

C'est en proportionnant les doses du soufre à l'intensité de la maladie, que l'on peut rétablir la proposition de Hecker, que c'est un moyen sur lequel on peut presque toujours compter.

La propriété de l'iode pour arrêter la salivation a été découverte par le docteur Knod, il y a quelques années. M. Kluge a réussi dans l'usage de ce médicament à l'hôpital de la Charité, de Berlin. La douleur et le gonflement des glandes et la salivation ont cessé au bout de quatre à six jours de l'administration de l'iode à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour. (*Hufeland journ.*, ap. 1833.)

M. Graves a obtenu d'heureux résultats en prescrivant l'iode à la dose de 15 centigrammes le premier jour, de 40 le second et le troisième, et de 80 centigrammes le quatrime et le cinquième jour. (*London med. chir. rewiew.*)

La teinture alcoolique d'iode, qui est la plus commode de toutes les préparations indiqueés, nous a quelquefois bien réussi.

Nous avons encore employé avec avantage contre la salivation l'iodure de soufre à la dose de 15 à 30 centigrammes.

L'iodure de plomb à la dose de 8 à 10 centigrammes a agi comme la teinture.

Le sous-acétate de plomb à l'intérieur, à la dose de 5 à 15 centigrammes, nous a servi à guérir la salivation ; mais nos observations sont peu nombreuses et ont besoin d'être répétées. Les médecins allemands ne lui ont vu produire aucun effet sensible.

Dans plusieurs circonstances nous avons combiné l'emploi de ces médicamens à l'intérieur, avec les astringens en gargarismes et la cautérisation des gencives, et nous n'avons pas eu lieu de nous repentir, quoique l'inflammation de la bouche fût évidente ; ce qui prouve bien qu'elle n'est qu'un élément secondaire. Bell recommande les gargarismes astringens, malgré que l'inflammation soit très aiguë.

La boisson du malade doit être acidule, et le régime nourrissant. On lui prescrira du lait matin et soir coupé avec du lichen d'Islande, des bouillies, des bouillons gras, afin de réparer les pertes qu'occasionne l'abondance de salive. On reviendra à une alimentation plus substantielle avec la liberté de la mastication et de la déglutition.

Quelquefois la salivation est guérie, et la muqueuse buccale reste gonflée, ulcérée ; les glandes salivaires sont engorgés d'une manière atonique ; la cautérisation avec le nitrate d'argent, les gargarismes astringens sont alors d'une utilité reconnue.

Les ulcérations de la bouche peuvent être entretenues par les rugosités des dents, qu'il faut faire limer ou envelopper d'une pâte molle. Le gonflement de la langue peut être porté assez loin pour exiger un traitement particulier. Des brides celluleuses demandent quelquefois l'emploi du bistouri : toutes indications que nous ne pouvons que signaler dans cette notice.

A la suite du concours pour cinq places de médecins du Bureau central des hôpitaux, ont été nommés, samedi 31 octobre :

MM. Barth,
Monneret,
H. Roger,
Hardy,
P. Teissier.

M. Loiseleur-Deslongchamps, membre de l'Académie de médecine, vient d'être guéri par la lithotritie d'un calcul vésical. Des complications graves ajoutaient aux difficultés de l'opération et faisaient paraître aux amis du malade le succès comme très incertain; pourtant, malgré huit séances qu'il a fallu employer à l'extraction artificielle de détritus avec le brise-pierre en cuiller (il y avait une rétention complète d'urine), le traitement n'a pas duré trois semaines. M. Loiseleur-Deslongchamps s'était confié aux soins de M. Leroy-d'Etiolles.

La séance de rentrée de l'Ecole de médecine, qui devait avoir lieu aujourd'hui à une heure, est renvoyée à demain mardi 3 novembre.

fongueuse qui enveloppait les deux nerfs optiques, lesquels étaient transformés en tissu fongueux. Cette dégénérescence du nerf optique droit explique l'amaurose complète qui existait de ce côté.

Spina-bifida. Opération. Mort. Autopsie. (*Voir* le n° du 24 octobre.)

Le petit malade atteint de spina-bifida, qui était couché au n° 20 de la salle Saint-Côme, est mort des suites de l'opération que nous avons pratiquée jeudi dernier.

La paraplégie dont cet enfant était atteint, la gravité croissante de son état et les instances des parens, nous ont déterminé à pratiquer une opération grave, mais qui compte pourtant, à l'étranger, quelques cas de succès.

Nous ne reviendrons pas sur les détails de l'opération. Pour compléter l'histoire de ce malade, nous devons vous dire qu'au deuxième jour de l'opération, il a été pris de symptômes inflammatoires du côté de la moelle et de ses enveloppes, qui ont été bientôt suivis d'opisthotonos qui a entraîné rapidement la mort.

L'autopsie a démontré quelques traces inflammatoires au niveau de la tumeur; la division spinale existe au niveau des vertèbres sacrées (c'est par erreur que nous auions dit lombaires dans le précédent article); la base du kyste est étroite; elle est d'ailleurs représentée par l'écartement même des lames des vertèbres. La moelle, accompagnée de l'arachnoïde, occupe l'intérieur du canal vertébral et la paroi du kyste, qui intérieurement est représentée par la dure-mère, reçoit des prolongemens ou brides qui traversent la cavité du kyste même, et qui sont des dépendances de l'arachnoïde.

Affection nerveuse de la vessie simulant un calcul. (*V.* le n° du 24 octobre.)

Le malade couché au n° 30 de la salle Saint-Côme, qui est affecté d'une maladie spasmodique de la vessie, simulant assez bien l'existence d'un calcul, est à peu près dans le même état.

Voici, en résumé les différens moyens que nous avons employés chez lui, et qui sont tous restés sans résultat.

Les sangsues appliquées au périné n'ont amené aucune amélioration; on leur a fait succéder quelques bains tièdes entiers qui n'ont pas été suivis de soulagement. Les lavemens camphrés et laudanisés ont eu leur tour, ainsi que deux vésicatoires appliqués à l'hypogastre, et tout cela sans succès. Enfin nous avons eu recours à l'application de la sonde laissée pendant un quart d'heure soir et matin; mais ce moyen n'ayant non plus amené aucun résultat favorable, nous avons pensé à l'enduire de pommade de belladone, et nous ajoutons à ce moyen les frictions également de belladone au périné. Jusqu'à présent il n'y a pas encore de mieux.

Le symptôme culminant, chez cet enfant, c'est une douleur très moleste à l'extrémité de la verge, qu'il ressent après chaque émission des urines.

Ainsi, voilà bien des agens thérapeutiques employés inutilement, et pourtant, dans les ouvrages, on ne voit mentionné que des réussites. Nous n'encourerons pas, au moins, le reproche de n'avoir pas varié les moyens. Que nous reste-t-il désormais à faire? Si l'action de la sonde combinée à celle de la belladone ne procure aucun bénéfice; il nous reste encore à essayer les vésicatoires saupoudrés avec les sels de morphine.

D'ailleurs, ce qui nous prouve incontestablement que nous n'avons pas affaire à une affection inflammatoire, c'est qu'il n'existe pas la moindre trace de catarrhe. D'autre part, le cathétérisme nous a depuis long-temps démontré qu'il n'existe point de calcul dans la vessie.

Opération de taille bi-latérale. Gangrène de la plaie. (*V.* le n° du 24 octobre.)

Il est question ici du petit enfant de deux ans et demi, lymphatique, auquel nous avons extrait un calcul vésical au moyen de la taille bi-latérale, il y a aujourd'hui quinze jours. Cet enfant, avons-nous dit, est chétif, faible, pâle, infiltré.

Au moment de son entrée dans le service, il avait du dévoiement et un peu de fièvre. Ces accidens se calmèrent bientôt, et lorsqu'il fut soumis à l'opération il n'y avait ni dévoiement, ni fièvre, ni catarrhe de la vessie.

L'opération a été pratiquée avec promptitude et bonheur; elle n'a pas été suivie d'accidens. Pendant huit jours le petit malade a eu un peu de fièvre, mais fort peu; il a conservé un peu d'appétit et a été assez gai. Mais depuis cinq jours il s'est manifesté des accidens fâcheux; la plaie s'est agrandie et a pris une teinte noire propre à la pourriture d'hôpital. Nous nous sommes hâté alors, vu l'état de faiblesse de cet enfant, de le soumettre à l'usage des toniques alimentaires, n'ayant pas jugé prudent d'avoir recours aux toniques pharmaceutiques, eu égard au certain degré de réaction générale qui existait. En conséquence nous lui avons fait prendre des petites doses de vin chaud sucré, des potages au riz. En même temps nous avons dirigé sur la plaie des pansemens chlorurés.

Toutefois ces différens moyens n'ont amené aucune modification favorable marquée, soit générale, soit locale, et au bout de deux jours, tout en persistant dans l'emploi des toniques indiqués, nous avons substitué aux pansemens chlorurés ceux faits avec le vin aromatique. Un tampon imbibé de ce liquide est engagé dans la plaie et est renouvelé chaque fois que le premier est altéré par l'écoulement des urines.

Ce second moyen ne nous ayant point encore réussi, nous lui avons fait succéder l'application du jus de citron, et cela sans plus de résultat favorable. Le citron, qui dans cet hôpital est habituellement employé avec un succès presque constant dans les angines gangréneuses et dans les inflammations des gencives qui présentent une grande tendance à se terminer par gangrène, n'a été jusqu'à présent d'aucune utilité dans ce cas, et le malade n'a accusé aucune souffrance au moment de son application.

Enfin, nous avons eu recours au digestif animé, dont l'application est renouvelée plusieurs fois par jour. A la suite de ces pansemens, un écoulement de sang a accompagné ce matin l'évacuation des matières fécales. Est-il permis de considérer cette circonstance comme favorable et d'expliquer l'écoulement de sang par l'élimination d'une ou de plusieurs escharres? La chose n'est pas impossible.

Au demeurant l'écoulement de sang ne continue pas, et nous avons jugé utile de persister dans l'emploi du digestif animé.

A l'égard de l'état de réaction générale, modérée toutefois qui existe, la grande faiblesse à laquelle le malade est en proie nous condamne à l'expectation.

Ce fait est surtout intéressant en ce sens qu'il nous présente, à la suite de la taille, un exemple de gangrène de la plaie, quoique celle-ci n'ait point été tourmentée au moment de l'opération, qui, dans son exécution, a été aussi prompte que heureuse.

Opération de taille et de lithotritie.

Ce matin nous allons pratiquer devant vous une première séance de lithotritie et une opération de taille bilatérale.

La seconde de ces deux opérations sera pratiquée chez un enfant âgé de onze à douze ans, couché au n° 10 de la salle Saint-Côme. Cet enfant est de la campagne; il est sain, et ne présente aucun symptôme qui trahisse une constitution scrofuleuse. Il a été vacciné: depuis deux ans il souffre horriblement en urinant; il est d'ailleurs raisonnable et courageux, et demande à être débarrassé de son calcul. Sa verge est volumineuse, le canal assez dilaté pour permettre l'introduction de l'instrument lithotriteur qui porte le n° 2. Ces circonstances, l'enfant étant d'ailleurs bien portant à tous égards, nous engagent à accorder ici la la main à la lithotritie sur la taille.

Voici comment nous procéderons. Nous introduirons d'abord dans l'urètre jusqu'à la vessie, une sonde en gomme élastique qui nous permettra de pousser une injection d'eau tiède dans l'intérieur de cet organe. La sonde étant retirée, nous introduirons le percuteur courbe, présentant la modification à clef; et si au moyen de celle-ci, nous ne parvenons pas à entamer le calcul, nous aurons recours au marteau, après l'application préalable de l'étau. Quel que soit le plus ou moins de bonheur que nous aurons pour saisir le calcul, la séance ne sera pas prolongée au-delà de huit minutes, et immédiatement après le malade sera plongé dans le bain.

Nous pratiquerons la taille bi-latérale chez le malade couché au n° 23 de la salle Saint-Come, également âgé de onze à douze ans. Cet enfant est criard, craintif, d'une organisation chétive et d'une sensibilité tellement prononcé, que la diarrhée a été chez lui le résultat constant de tous les essais de cathétérisme auxquels on s'est livré.

Cet enfant est arrivé à l'hôpital souffrant, et a présenté aussitôt les symptômes d'une fièvre typhoïde; aujourd'hui il est dans un état qui nous permet de procéder à l'opération.

Note du Rédacteur. La taille bi-latérale n'a présenté rien d'extraordinaire, elle a été exécutée en une minute et 58 secondes; le calcul a présenté le volume d'une grosse amande.

La séance de lithotritie a duré huit minutes; l'expulsion du liquide injecté dans la vessie a un peu gêné les manœuvres de l'opérateur. Le calcul, saisi à plusieurs reprises, a glissé entre les branches de l'instrument et s'est échappé. Saisi enfin convenablement, il a été broyé à l'aide du marteau; deux fois ensuite, l'instrument a eu prise sur des fragmens qui ont été réduits.

Ces deux opérations ont été pratiquées en présence de MM. Poirson, Hervez de Chégoin, Rigal (de Gaillac), Serrurier, Sorlin, etc. K.,

CHRONIQUE.

Empoisonnement par l'acide arsénieux. Nouvelles expériences de MM. ROGNETTA *et* LEBLANC *sur des chevaux.*

La commission de sept membres, nommée par l'Académie pour suivre les nouvelles expériences de M. Rognetta, vient de se reconstituer samedi dernier avec ce médecin, dans les bureaux de l'Académie. Cinq membres seulement ont répondu à l'appel; ce sont MM. Burdin, président, Bouvier, Bouley, vétérinaire, Dupuy, Ségalas. MM. Gérardin et Henry n'ont pas été présens à cette réunion. On a fixé à dimanche prochain, 8 novembre, à neuf heures du matin, la première séance expérimentale; elle aura lieu sur des chevaux, dans le bel établissement de M. Leblanc, médecin-vétérinaire, rue du Faubourg-Poissonnière, n° 18. Ceux de nos confrères qui désireraient y assister, pourront s'y rendre depuis neuf heures du matin jusqu'à neuf heures du soir. M. Burdin s'est chargé de faire préparer le poison d'après la formule de M. Rognetta.

M. Rognetta a dû s'expliquer devant la commission sur la marche qu'il comptait suivre, et les résultats qu'il espérait présenter. Il s'est arrêté aux données suivantes:

« J'empoisonnerai, à chaque séance, trois chevaux bien portans, à l'aide d'une dose mortelle d'acide arsénieux à l'état de solution très délayée. Une, deux, trois, quatre heures après, je traiterai deux de ces chevaux; l'un par la méthode antiphlogistique et diurétique (saignées, boissons aqueuses nitrées); l'autre par la méthode stimulante alcoolique (boissons répétées d'un mélange de bouillon, vin et eau-de-vie); le troisième sera abandonné sans traitement, pour servir de point de comparaison. Comme le cheval ne vomit point, les résultats des deux méthodes seront incontestables si leur différence est bien tranchée.

» Les résultats doivent se présenter dans l'ordre suivant: le cheval traité par la méthode antiphlogistique et diurétique doit crever le premier; le cheval abandonné sans traitement doit mourir plus tard, ce qui veut dire que la méthode de M. Orfila aura hâté la mort; enfin le cheval alcoolisé doit ou guérir tout à fait, ou mourir plus tard que les autres, selon la dose du poison.

» Afin qu'aucune contestation ne puisse s'élever sur l'exactitude de l'exécution de la méthode de M. Orfila, je m'empresserai de lui en écrire, pour le rendre témoin oculaire de chaque expérience, et fixer lui-même les prescriptions de sa méthode, s'il le juge convenable. Il est bien entendu, au reste, que M. Orfila ne viendra pas prescrire *du vin blanc*; ainsi qu'il l'a annoncé à l'Académie, car ce serait me dépouiller par là, sous un prétexte singulier, de la méthode que je soutiens, le vin blanc n'étant que de l'alcool délayé.

» J'opérerai ensuite sur des chiens, etc.»

Depuis quinze jours que la question du traitement de l'empoisonnement par l'arsenic est de nouveau reprise, MM. Rognetta et Leblanc se sont occupés d'expériences préparatoires. Neuf chevaux ont été sacrifiés jusqu'à présent; d'autres vont l'être encore cette semaine, avant d'opérer devant la commission. Ils se sont occupés d'abord de deux questions importantes:

1° Quel est le minimum de la dose mortelle de l'acide arsénieux chez le cheval?

Quel est, dans l'état normal, le maximum de la tolérance pour l'alcool chez cet animal?

Pour résoudre la première question, la chose n'était pas bien facile, les données existant dans la science n'ayant pu servir à ce sujet. Il a donc fallu essayer, tâtonner, observer, recommencer plusieurs fois. On est enfin arrivé à la dose de quatre grammes (un gros) en solution dans 750 grammes d'eau (une livre et demie, l'animal étant à jeun dès la veille, l'estomac étant par conséquent vide. D'autres expériences cependant, qu'on est en train de faire, permettront probablement de se fixer définitivement à une dose moindre.

On comprend que cette question est capitale dans le problème qu'il s'agit de résoudre. MM. Boulay et Renauld s'en étaient déjà occupés, mais dans un autre but. Ils avaient fixé à une once et demie ou deux onces le minimum de la dose mortelle; mais il faut noter que ces habiles expérimentateurs avaient opéré avec l'acide arsénieux en poudre, qu'ils avaient simplement délayé dans un liquide à froid. Cette forme a dû être écartée par M. Rognetta dans cette première série d'expériences, comme pouvant donner des résultats fort variables. On sait, en effet, d'une part, qu'en contact avec les substances animales l'acide arsénieux est peu soluble, et de l'autre que cette solubilité est fort variable selon la nature des matières avec lesquelles la poudre se trouve en rapport dans les voies digestives. La solution très délayée étant au contraire très absorbable, agit avec une énergie foudroyante et à des doses bien inférieures. Les résultats en seront par conséquent et plus nets et plus décisifs.

Quant à la seconde question, elle n'a pas offert de grandes difficultés. Un cheval de taille moyenne a pu tolérer une livre d'alcool à 33 degrés sans mourir; il a présenté des symptômes d'ivresse pendant quelques heures seulement, et il était un peu malade le lendemain. Ayant été abattu, on a trouvé une congestion sanguine pulmonaire.

Quelques chevaux ont déjà été traités par les deux méthodes. Nous ne voulons encore rien dire des résultats, les faits parleront assez haut d'eux-mêmes devant les membres de la commission et les autres personnes qui les suivront. Tout ce que nous pouvons assurer d'avance, c'est que la méthode de M. Orfila foudroie les animaux effrayamment, et que ses assertions à l'Académie et dans les journaux reçoivent le plus formel démenti par ces expériences. N'est-il pas déplorable que M. Orfila se permette depuis quelque temps de faire pénétrer à grands frais, par les journaux de la capitale et des départemens, dans tous les coins de la France et de l'étranger, des idées qui peuvent induire en erreur un public immense au détriment de la vie de nos semblables? D'où vient cet empressement à devancer les faits et le jugement des commissions? Est-ce qu'il ne serait pas sûr de la bienveillance des commissions? On sait cependant qu'elles sont composées de ses amis les plus dévoués! M. Orfila semble moins occupé de l'importance du problème qu'il s'agit de résoudre que de répandre dans le public les articles qui lui conviennent. Assurément, aucun de ses adversaires qui sent la dignité de la science et la bonne foi qu'il faut apporter dans les discussions de cette nature, ne songera à le suivre sur ce terrain-là. Laissons aux charlatans le soin de se mettre en frais pour la mystification ou l'erreur. L'homme de science sait attendre qve la vérité se fasse jour d'elle-même. X.

A Monsieur le docteur Fabre, rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

Je réclame de votre impartialité bien connue, l'insertion dans un des prochains numéros de votre Journal, de la lettre ci-jointe que j'ai adressée à M. le rédacteur du *Bulletin de Thérapeutique.*

Recevez, je vous prie, Monsieur, l'assurance de mon estime sincère, et de mon respect. L. MARCHESSAUX.

Le 28 octobre 1840.

A Monsieur le docteur Miquel, rédacteur en chef du Bulletin de Thérapeutique.

Monsieur,

J'ai pensé qu'une simple prière suffirait pour vous engager à insérer dans un prochain numéro de votre journal, les réflexions qui suivent. Vous êtes trop consciencieux pour ne pas savoir que vous devez vos colonnes à la réparation, quand elles ont servi de moyen de publicité à l'offense. Quant à mon intervention dans ce débat, je doute qu'elle soit récusée; quoi qu'il en soit, elle ne saurait vous paraître déplacée, quand je vous dirai que M. le docteur Alexandre Landry dont il s'agit, a quitté la France, il y a bientôt un an, pour aller pratiquer la médecine à la Louisiane, que j'ai partagé pendant près de deux années son internat à l'hôpital Saint-Louis, et qu'il veut bien me considérer comme son premier et son meilleur ami. J'arrive aux faits qui ont motivé cette lettre.

Il existe à l'hôpital Saint-Louis trois services spéciaux, consa-

crés plus particulièrement au traitement des maladies de la peau. Dans ces trois services, sont reçus indistinctement un assez grand nombre de malades affectés de *psoriasis* et de *lèpre vulgaire*. Par suite de convictions que nous respectons, ces malades étaient destinés, pendant ces dernières années, à supporter des médications très opposées.

Biett et ses élèves employaient presque exclusivement les préparations arsenicales. Des relevés faits avec une grande exactitude, les avaient conduits à considérer les médicamens que je viens de mentionner, comme des remèdes souverains contre le psoriasis et ses variétés.

Manry, ou plutôt M. Boinet, interne de son service, chargé du soin des malades pendant les longues absences de son chef, expérimentait l'action du proto-iodure de mercure, et croyait obtenir d'assez beaux résultats pour être en droit de les soumettre au jugement des praticiens, et pour en faire le sujet d'un mémoire présenté au concours pour le prix Monthyon.

M. Emery essayait contre les mêmes maladies les frictions avec la pommade de goudron, et publiait à plusieurs reprises qu'il avait guéri par ce moyen un nombre considérable de malades.

Les choses étaient dans cet état, et chacun se rangeait à l'opinion qui lui semblait la plus rationnelle, lorsque, le 11 février 1840, M. Alexandre Landry, ex-interne de l'hôpital Saint-Louis, imprimait à la fin de sa thèse inaugurale la proposition suivante, que je dois transcrire en entier.

« L'emploi de la *pommade de goudron*, dans le traitement de certaines affections cutanées, n'est nullement une invention moderne, comme on a bien voulu le dire dans ces derniers temps.

» Il y a longues années déjà que le célèbre Plumb l'avait consacrée au traitement du *psoriasis inveterata* ; circonstance ignorée sans doute de ceux qui, dans ces derniers temps, ont voulu s'en approprier la découverte.

» Plumb en avait borné l'usage au traitement du psoriasis, et n'avait jamais eu l'idée d'en faire une sorte de *panacée universelle* contre la plupart des maladies de la peau.

» Dans tous les cas, cette pommade, par les résultats obtenus jusqu'à ce jour, n'a pas réalisé, à beaucoup près, les espérances brillantes qu'on avait fondées sur son emploi. Nous devons le dire, en effet, de la comparaison établie entre les malades qui sont soumis à l'usage du traitement interne, à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de MM. Biett et Cazenave, et ceux qui, dans d'autres services, sont mis à l'usage de la pommade de goudron, il résulte évidemment que les récidives ne sont ni plus rares, ni moins tenaces chez ces derniers.

» Ajoutons à cela les inconvéniens immenses qui résultent, pour les gens du monde, de l'emploi d'une semblable médication, et nous apprécierons à leur juste valeur les éloges pompeux dont on l'a gratifiée. »

Il faut croire que cette malheureuse proposition souleva bien des colères; car, dans les nᵒ des 15 et 30 septembre de cette année, parut, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, un mémoire intitulé : *Considérations pratiques sur les divers moyens de traitement employés contre certaines affections de la peau*, et signé *Emery*. Dans ce mémoire, M. Emery résume, d'après ses propres expérimentations, les résultats des trois méthodes dont j'ai parlé ; Biett, dont il condamne les moyens, reçoit un juste tribut de louanges et de regrets. (Quelle ne serait pas sa surprise, s'il vivait encore !) M. Boinet endosse des éloges flatteurs qui ne le surprendraient pas moins, mais aussi Biett est mort, à la grande joie de ses envieux ; mais M. Boinet, qui n'a fait que proposer un nouveau moyen thérapeutique, n'a pas élevé des doutes sur la puissance *de la panacée*, il n'a pas porté la main sur la couronne scientifique de M. Emery ; pour eux les larmes, pour eux les éloges ! Voyons pour Landry ? A chacun sa part et selon ses mérites, M. Emery est dans son jour de largesses. « Quel contraste, s'écrie-t-il, entre » M. Boinet et cet élève présomptueux et grossier, qui, n'ayant jamais rien observé avec attention, n'a pas craint, dans une » thèse aussi mal écrite que mal pensée, de mentir à sa conscience, en parlant comme un praticien consommé de choses qu'il » n'a jamais connues, et en affirmant le contraire de ce qu'il » avait vu. Je n'ai pu résister au désir de repousser ici les expressions mensongères que cet étranger a consignées sur le » traitement que j'emploie contre le psoriasis à l'hôpital Saint-Louis. Cet homme, je l'affirme, n'a jamais suivi complètement » le traitement d'un seul de mes malades ; il n'a pu, en conséquence, comparer ma méthode avec celle d'aucun autre praticien. »

De quel droit M. Emery, placé dans les hôpitaux sans concours et par la faveur, vient-il accuser d'ignorance un interne distingué, nommé par le concours un des premiers de sa promotion ? *Thèse mal pensée*, a-t-il dit ; mais MM. Fouquier, Moreau, Monod, nos maîtres à tous, et ceux de M. Emery, ont adressé à M. Landry, dont ils étaient les juges, des éloges flatteurs et publics ! *Thèse mal écrite ;* je laisse à vous, Monsieur, à tous vos lecteurs le soin de décider lequel de M. Landry ou de M. Emery a manqué par son style aux convenances les plus vulgaires. *Landry n'a jamais suivi complètement le traitement d'un seul malade!* Mais maintes fois il a été appelé par ses fonctions dans les salles de M. Emery ; maintes fois, pendant la visite de ses malades, M. Emery a marché appuyé sur son bras. Il ne suffit donc pas, pour se former une opinion sur la valeur de traitemens différens que n'ignoraient même pas les infirmiers de l'hôpital, d'avoir pendant près de trois années d'internat vu traiter, sortir et rentrer les mêmes malades, d'avoir visité tous les services, d'avoir vécu dans l'intimité de tous les jours avec des collègues intéressés à la question par leurs propres publications, avec plusieurs de ses chefs ? A tout cela je n'ai qu'une chose à dire, M. Emery a sacrifié à l'amour-propre et à la colère. A. Landry a quitté la France, emportant les regrets de ses nombreux collègues ; c'est un homme d'un caractère éprouvé, qui n'a jamais menti à sa conscience, qui n'a jamais manqué à sa parole. Ces hommes-là sont trop rares, Monsieur, et M. Emery se rappelle fort bien que nous avons pu, Landry et moi, nous en convaincre dans une circonstance solennelle.

Je termine ces réflexions. Peut-être exciterai-je une réponse *aussi bien écrite que bien pensée?* Peu m'importe, j'ai accompli un devoir ; veuillez, en attendant, Monsieur, assurer à M. Emery que, quoi qu'il arrive, il ne changera rien à la nature et à l'expression des sentimens qu'il a mérités et que je lui ai voués.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

L. Marchessaux,
Interne pendant deux ans à l'hôpital Saint-Louis, *deux fois mentionné honorablement* dans les concours des hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans la *Gazette des Hôpitaux* du 27 octobre dernier, à l'occasion d'un compte-rendu d'une opération d'extraction d'un corps étranger dans l'articulation du genou, faite récemment à l'hôpital du Val-de-Grâce, les lignes suivantes :

« Sur quatre opérations de ce genre que nous avons observées, une seule qui le fût par M. Poirson, au Gros-Caillou, eut un succès heureux ; cette opération, du reste, n'a pas éte pratiquée en notre présence, et ce militaire était entièrement guéri, lorsqu'il nous fût présenté par M. Poirson. »

Et plus bas : « En 1838, M. Poirson fait à l'hôpital du Gros-Caillou, l'extraction d'un corps étranger dans l'articulation du genou, et le malade guérit sans le moindre accident ; et notons que ce chirurgien, s'éloignant un peu du manuel opératoire usité en pareille occurrence, se contente de faire une incision avec un rasoir et extrait ensuite la concrétion. »

Je n'aurais pas songé à relever ces expressions, d'une part, si elles ne renfermaient à mon égard une inexactitude que le mauvais vouloir pourrait mal interprêter ; de l'autre, des remarques qui pourraient induire en erreur les praticiens. Je ne me suis pas servi d'un rasoir pour opérer le malade dont parle votre rédacteur, mais bien d'un bistouri et en employant toutes les précautions convenables pour empêcher l'introduction de l'air, ainsi que cela est conseillé par nos meilleurs auteurs, et mis en usage par nos plus habiles praticiens.

Le rasoir, qui certainement a rendu de grands services aux anciens chirurgiens, puisqu'ils l'employaient dans une foule d'opérations graves qu'il est inutile d'indiquer, serait un mauvais instrument aujourd'hui pour l'opération délicate dont il s'agit ; d'un autre côté, en rapportant l'heureux succès de mon opération à une sorte de hasard, l'auteur de l'article ne se serait-il pas laissé aller à un petit sentiment de malveillance? (1) Il a ignoré les soins les plus minutieux que j'ai l'habitude de prendre en pareil cas, pour prévenir la réaction arthritique. Le malade étant d'une constitution athlétique, a été saigné avant d'être opéré ; il l'a été deux fois après l'opération, et tenu à une médication antiphlogistique sévère. L'art ne serait-il pour rien dans le succès d'une semblable conduite ? On sait qu'il est des gens qui rattachent toute l'importance d'une opération à l'élégance de leurs manœuvres, n'importe que le malade succombe ou éprouve les accidens les plus fâcheux par la suite. Elevé aux grandes écoles des Desault, des Sabatier, des Boyer, j'ai appris, par l'exemple de ces maîtres, à moins viser aux accessoires qu'au but réel de tout traitement, la *guérison*. Les véritables praticiens me comprendront, j'espère; et je pourrais, si besoin en était, invoquer de nombreux succès qui me sont propres, pour prouver davantage l'exactitude de ce que j'avance.

Agréez, etc.

Poirson, d.-m.

Paris, ce 30 octobre 1840.

Echelle synoptique du règne animal; par M. P. Lallemand.

S'il est bien démontré que la perfectibilité humaine ait ses bornes, et qu'une certaine limite atteinte dans une science, on ne puisse aller au-delà, il ne faudrait pas changer les grands cadres de classification de Cuvier et de Laurent de Jussieu. C'est avec beaucoup de raison, et véridiquement, que M. Brognart disait, à son cours, l'année dernière, qu'en fait de classification et de méthode tout était fait en zoologie et en botanique, qu'il n'y avait plus qu'à remplir les divisions indiquées, qu'à compléter l'histoire de certaines espèces. On ne s'en est pas tenu là dans ces derniers temps ; les méthodes qui ont fait l'admiration de tout le monde ne sont plus connaissables. Quoique Cuvier ait disposé de la manière la plus naturelle les ordres animaux qu'il a décrits, on a voulu corriger, on a éloigné ce que la création et lui lui avaient rapproché. Les amis des sciences doivent s'affliger de cette marche rétrograde ; certes le domaine zoologique est encore assez vaste sans qu'il soit nécessaire, pour acquérir quelque gloire, de revenir sans cesse sur les brisées de nos devanciers. Faites une bonne classification des races humaines, cherchez les transitions de classe et d'ordre, écrivez une monographie complète d'une espèce. Il y a déjà bien longtemps qu'un avocat s'est immortalisé en écrivant deux gros volumes sur un lépidoptère.

Un voyageur célèbre pique des coléoptères sur du liége depuis plus de dix ans : il reçoit des insectes de tous les coins du monde ; son cabinet est vaste et il n'y a pas une place comme la main qui n'en montre une douzaine, bientôt nous aurons de lui un traité spécial qui nous fera connaître tous ces articulés porte-élîtres. M. Dejean, pair de France et entomologiste, a publié sur le même sujet un ouvrage admirable, et un autre après lui trouve qu'il y a encore à faire.....

L'étudiant et le médecin ne peuvent, sauf de rares exceptions, approfondir l'histoire naturelle ; mais ils ont tous besoin de connaissances élémentaires sur ce sujet. Un résumé clair, méthodique et précis du règne animal, qui ne soit pas une nomenclature nue mais explicative, contenant les caractères zoologiques essentiels, serait un petit ouvrage fort utile. Tel est le tableau zoologique que je signale ici ; de nombreuses figures facilitent les recherches nécessaires pour trouver un individu sur l'échelle animale ; les quatre types sont décrits dans des compartimens nuancés de différentes couleurs. Une lecture attentive suffit pour se remémorer les élémens de zoologie.

(Prix : 2 francs ; se vend chez l'auteur, rue Dauphine, nᵒ 20.)

(1) La malveillance n'a pu entrer en aucune manière dans l'esprit du rédacteur de cet article ; il croyait et croit encore avoir entendu dire que M. Poirson s'était servi d'un rasoir. Cette particularité a, du reste, été rapportée sans aucun blâme ; nous n'avons voulu qu'enregistrer un succès.

Les Bureaux du Journal sont transférés rue Dauphine, 22-24.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 5 NOVEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 131, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau. (Suite.)

ÉRYSIPÈLE SIMPLE OU ÉRYSIPÈLE PROPREMENT DIT.

Traitement. La malheureuse confusion que nous avons déjà signalée tant de fois va devenir plus que jamais l'objet de nos justes critiques, maintenant surtout que nous allons pouvoir justifier les raisons pour lesquelles nous ne cesserons de nous élever contre elle. C'est elle en effet qui a été la cause de cette thérapeutique variable et incertaine, la source de ces mille et mille remèdes tour à tour prescrits, vantés, abandonnés, puis repris. Leur nombre est si considérable, leur diversité si étonnante, qu'il serait difficile d'y croire si l'on ne savait que les trois règnes ont été mis à contribution, et qu'ils ont à peine suffi pour leur composition. On peut consulter à cet effet la thèse de concours de M. Le Pelletier (de la Sarthe), et l'on se fera peut-être ensuite une idée de l'impossibilité de concevoir et de coordonner cette quantité innombrable de remèdes qui tous ont réussi sans guérir jamais, parce que l'on employait, sans distinction, tantôt contre un érysipèle simple ce qui ne convenait qu'à l'angéioleucite; tantôt contre le phlegmon diffus ce qui ne pouvait guérir que l'érysipèle proprement dit.

Cela venait de ce que, confondant toutes ces maladies, on appliquait dans tel cas supposé un remède qui triomphait d'une affection que l'on n'avait pas reconnue, et qui plus tard ne réussissait plus que dans les cas contraires. D'où une incertitude, un vague que n'auraient jamais pu débrouiller les recherches multipliées, même à l'infini, tant que les expériences n'auraient pas été faites sur des cas d'affections distinctement séparées et sûrement diagnostiquées.

C'est dire assez que pour sortir de l'embarras où se tient la thérapeutique actuelle lorsqu'il s'agit de l'une ou de l'autre des variétés d'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané ou de la peau dont nous nous sommes occupé, la chose première et essentielle à faire, c'est de distinguer l'espèce de maladie, de la reconnaître bien positivement, en dehors de toutes les autres, aux divers caractères que nous avons donnés à chacune; et pour en revenir à celle dont nous traitons, quand l'érysipèle simple aura été distinctement établi, il ne s'agira plus que de choisir les plus convenables parmi les remèdes, nombreux encore, qu'on a cru lui être spécialement applicables. C'est pourquoi nous allons étudier les principaux.

Il en est qu'on peut appeler généraux, et une foule d'autres qui sont particuliers. Passons d'abord en revue les premiers.

Ainsi, la saignée; c'est une médication universellement employée par les praticiens de tous les temps, et qu'un raisonnement physiologique et pathologique fait appliquer à tous les cas de phlegmasie quelconque.

Il y a pour ainsi dire trois nuances dans la manière d'obtenir les émissions sanguines dans tel ou tel cas qu'on les recommande: l'une en pratiquant une saignée générale selon l'indication individuelle quand le pouls est fort, pour faire diminuer l'inflammation ou obvier à ses inconvéniens; l'autre en faisant faire une saignée locale en appliquant soit des ventouses, soit des sangsues sur la plaque enflammée elle-même ou autour d'elle, comme le pratiquait Broussais et son école, surtout vers les années 1816 et suivantes. Aujourd'hui encore on applique bien des sangsues autour de l'érysipèle, mais ce n'est plus par la même idée théorique que celle de Broussais, qu'agissent ceux qui font comme lui actuellement; ils disent, eux, que l'inflammation a pris son siége dans les vaisseaux capillaires sanguins ou lymphatiques et ils prétendent en arrêter la marche. Enfin la dernière nuance, qui consiste à faire faire des saignées généralescoup sur coup, répétées deux et trois fois en vingt-quatre heures, pendant deux, trois ou quatre jours consécutifs, ce qui n'empêche pas encore l'application des ventouses ou des sangsues pendant l'intervalle; méthode dont M. Bouillaud est le partisan le plus décidé ou plutôt l'inventeur.

Examinons donc succinctement la valeur et les avantages relatifs de ces trois différens modes d'agir, et disons d'abord, sous forme d'aphorisme que nous tâcherons de justifier, que les évacuations sanguines, de telle manière qu'elles soient obtenues, n'*éteignent* pas l'érysipèle, ne l'*étouffent* pas, ne le *jugulent* pas, pour nous servir de l'expression convenue.

Expliquons-nous cependant, car ceci est bien loin de vouloir dire que dans le traitement de l'érysipèle les évacuations sanguines doivent être complètement inutiles. Il est indubitable, en effet, que sur un sujet robuste, vigoureux, dont le pouls est fort, plein, une saignée générale modérera évidemment l'inflammation, adoucira une réaction trop vive. Il est certain encore qu'une application de sangsues faite à temps et autour de l'érysipèle en arrêtera l'intensité, pourra prévenir le passage de l'inflammation dans les tissus sous-cutanés, et abréger de cette manière la durée de la maladie en empêchant ses complications; mais, encore une fois, tout cela ne s'éteindra pas sur place. Et pour combattre ainsi l'opinion de personnes dignes de foi, d'un mérite et d'un talent d'ailleurs si recommandables, voici sur quoi nous nous fondons, dit M. Velpeau:

Sur cinquante ou soixante cas d'érysipèle qui se présentent à nous chaque année, nous n'en avons jamais vu un seul qui se soit éteint avant d'avoir parcouru ses périodes quelle qu'ait été la médication mise en usage; cependant, animés du vif désir de triompher de cette complication si fréquente des blessures ou des opérations, n'ayant point de doctrine à défendre ni à faire valoir, nous avons agi avec une impartialité parfaite, mettant à l'essai et tour à tour les moyens préconisés, et si parmi eux, l'un ou l'autre nous eût paru plus efficace, c'est assurément celui que nous eussions employé de préférence et avec plaisir; or, entre nos mains, jamais la saignée générale ou coup sur coup, ni les sangsues autour de l'érysipèle n'ont eu le résultat avantageux qu'on leur a donné; on dira peut-être que nous n'avons pas opéré comme il faut; c'est une raison qu'il faut accepter, car dans tout ce qu'on essaie après les autres, il est nécessaire d'observer leur formule, de se soumettre à leur manière de faire, si l'on veut être jugé comme eux ou par eux.

Alors prenons les expériences de ceux qui sont au courant; examinons ce qu'en disent ceux mêmes qui enseignent et pratiquent la méthode, voyons comment sont conçues leurs observations; leurs relevés ne portent point de maladies qui aient duré moins de cinq, huit, dix et douze jours: c'est comme chez nous.

L'on trouvera bien quelques cas d'érysipèle qu'on dira éteints après le troisième jour d'entrée à l'hôpital; mais remarquez que cet érysipèle pouvait avoir déjà trois et quatre jours de date; ce qui, au total, lui donne la durée ordinaire d'un érysipèle simple, fixe et d'un petit nombre de plaques.

Il n'y a donc nulle part aucun élément qui doive convaincre d'une opinion autre que celle que nous professons, savoir: que ces méthodes n'arrêtent point l'érysipèle, ne l'éteignent nullement, qu'elles peuvent tout au plus en diminuer l'intensité, entraver ses complications, en abréger peut-être sa durée d'un jour ou deux; c'est déjà assez d'avantages à notre avis, pour que la saignée générale et les sangsues ne soient pas rejetées; mais nous pensons aussi qu'en les employant, il ne faut pas le faire *largâ manu*, ni en abuser, comme on l'a fait, en les prescrivant partout et toujours. En effet, à qui faire croire que cinq ou six saignées coup sur coup puissent convenir pour un érysipèle dont aura été pris accidentellement un individu malade déjà affaibli par de longues souffrances, par une maladie d'épuisement, par les douleurs et toutes les conséquences d'une grave opération? Oserait-on y songer pour des enfans lymphatiques, des sujets à pouls lent, petit et de constitution débile? Et conçoit-on que sur un individu dans ces dernières conditions les saignées répétées puissent éteindre un érysipèle qu'il aurait à la face? Certes, l'observation dit le contraire.

Mais de plus, il est constant que la saignée coup sur coup, pratiquée pour d'autres affections, paraît favoriser quelquefois le développement de l'érysipèle; ces cas ne sont pas rares; nous en avons en ce moment un exemple

FEUILLETON.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

Séance d'ouverture.

Nos fonctions nous imposent le pénible devoir de rendre compte de la grande séance d'ouverture de la Faculté de médecine; car, plus que d'habitude, cette cérémonie, qui pourrait rappeler de glorieux souvenirs, attacher les élèves aux professeurs, encourager de jeunes travailleurs, a été froide, nulle, insignifiante: en un mot, une corvée de part et d'autre.

Un public moins nombreux et plus grave que celui des années précédentes remplissait les bancs de l'amphithéâtre. Quelques rares agrégés, la plupart sans costume; presque tous les professeurs, excepté toutefois MM. Bérard aîné, Dumas et Pelletan, remplissaient l'enceinte. Derrière et au-dessus d'eux, sur une espèce d'estrade garnie de tapis verts, siégeaient magnifiquement MM. Orfila, Adelon, Royer-Collard et Richard. Des torsades dorées s'entrelaçaient sur la tapisserie avec ces messieurs; et au-dessus du front vieilli de M. Orfila, le décorateur avait suspendu une espèce *de roue* en bois doré, sans doute pour rappeler à l'illustre doyen la fortune et ses vicissitudes. Enfin, aux pieds de tous, l'heureux successeur de feu Martin, de *némésique* mémoire, affublé d'un manteau et d'une toque d'huissier, s'appuyait modestement sur une espèce de canne de tambour-major, entourée de serpens.

La séance a été remplie en partie par le discours de M. Jules Cloquet, chargé de faire l'éloge de Richerand, mort dans l'année. Était-ce la maladie, était-ce l'embarras de sa tâche ou l'émotion de ses souvenirs? M. Cloquet était pâle et abattu, sa voix faible et peu assurée. Nous devons dire cependant que la reconnaissance envers son ancien maître lui a fait faire de courageux efforts pour jeter quelqu'intérêt sur l'histoire d'une vie, remplie, il est vrai, mais par des dates de nomination et par des titres.

Richerand naquit en 1779. Après ses études d'humanité, il vint à Paris pour y étudier la médecine; trois ans plus tard, il soutenait sa thèse inaugurale, et, ne pouvant en payer les frais, se contentait d'un certificat de capacité. L'année suivante, il obtint la gratuité du diplôme; et très peu de temps après, le manque de sujets, des circonstances heureuses, et sans doute de bonnes protections, lui firent obtenir la place de chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-Louis. A peu près vers la même époque, Richerand reçut une commission de chirurgien d'armée de troisième classe, signée par Bernadote. En rapprochant, vers la fin de sa vie, ces souvenirs des temps passés avec les circonstances présentes, Richerand riait, dit-on, bien volontiers en songeant que le ci-devant citoyen qui lui avait envoyé son brevet au nom de la république, et pour prix de son attachement aux institutions républicaines, était actuellement le seul roi de tous ceux que la révolution française avait élevés dans son passage.

A l'âge de vingt-huit ans, après les formalités habituelles à cette époque, qui avait oublié d'instituer le concours, Richerand fut nommé professeur à l'Ecole de médecine, en remplacement de Lassus. En 1814, il dirigea le service chirurgical de l'hôpital Saint-Louis, encombré de blessés et envahi par le typhus; sa conduite à cette époque mérita, dit-on, des éloges, et il fut d'un seul coup décoré par le grand-duc de Bade, le roi de Prusse, l'empereur de Russie; à ces couleurs qui devaient opprimer une poitrine française, Louis XVIII ajouta le ruban de la Légion-d'Honneur. Les succès de Richerand continuent: en 1819, il reçoit la décoration de l'ordre de Saint-Michel; il est nommé baron en 1829, puis membre de l'Institut. Il avait encore, pendant quelque années de l'empire, été chirurgien de la garde municipale, et plus tard, sous la restauration, il fut nommé chirurgien-major d'une division de la garde nationale.

Richerand n'a pas été un grand chirurgien, mais d'heureuses qualités, une assez grande facilité, un débit animé, au moins à une certaine époque de sa vie, lui ont permis de rendre quelques services à l'enseignement. Ses cours étaient autrefois aimés et suivis. Son *Traité de Physiologie*, qu'il écrivit fort jeune, et qui mettait pour ainsi dire les élémens de cette science à la portée des étudians et des gens du monde, le fit avantageusement connaître; cet ouvrage se recommandait du reste par une grande clarté et par un style brillant et facile. Plus tard, Richerand rédigea sa *Nosographie chirurgicale*, à l'imitation de la *Nosographie* de Pinel; ce traité, oublié depuis, eut, à l'époque de son apparition, le mérite d'initier rapidement les étudians aux élémens de la science qu'ils n'avaient pas toujours le temps d'approfondir. Nous citerons encore son livre des *Erreurs populaires en médecine*, et son *Histoire des Progrès récens de la Chirurgie*, sans grande valeur scientifique et qui ne fit à son auteur que des ennemis.

Vers la fin de sa carrière, Richerand voulut faire de l'économie politique. Un livre intitulé *De la Population en rapport avec la nature des gouvernemens*, ne fait honneur ni à son cœur, ni à ses principes politiques; il a, du reste, été sévèrement jugé par la presse contemporaine. Il était difficile pour l'auteur des *Mémoires et de la vie de Lafayette*, d'aborder l'appréciation de cette œuvre de son ancien maître; aussi M. J. Cloquet, ne voulant dire sans doute toute sa pensée, a préféré la faire apprécier par les paroles de Richerand lui-même. « Mon lecteur, dit-il dans sa préface, verra que mon livre est l'ouvrage d'un homme habitué à guérir par le fer et le feu !!! » N'était-ce pas la peur qui rendait Richerand si courageux?

Richerand, disent ses amis, était un homme bon, et aimable dans son intérieur; dans la pauvreté comme dans l'aisance, il a toujours eu pour sa vieille mère, aujourd'hui nonogénaire, la plus vive et la plus religieuse affection.

Tel est le texte sur lequel roulait le discours du panégyriste; il n'est pas dans notre mission de le contredire, ou d'y ajouter. Richerand est mort! Que la terre lui soit légère.

La lecture de M. Cloquet a été suivie de la proclamation des prix, dans l'ordre suivant:

Prix de l'Ecole pratique.

1er prix. M. Lhommeau (Armand), d'Angers.
2e (N'a pas été décerné.)
Accessit. M. Tavignot (L.-François), de Paris.

Prix Corvisart.

1er Prix, partagé entre MM.
Martin-Neuville (Louis-Adolphe), d'Orbec.
Soins (Auguste), de Douai.
2e M. Morizot (Hyacinthe) de Gennevrières.

Prix Monthyon.

M. Royer-Collard a pris la parole pour rendre compte des mémoires présentés au concours du prix Monthyon. Les mémoires, au nombre de trois, sont ceux de MM. Malieurat, Thore et Morizot: le premier, sur l'érysipèle régnant sous forme épidémique; le second, sur quelques maladies épidémiques qui ont régné parmi les aliénés de Bicêtre; le troisième, sur la chlorose et la fièvre typhoïde.

Selon M. Collard, aucun de ces mémoires ne remplit les con-

frappant à la salle Sainte-Catherine, nº 18, sur une femme à laquelle il a paru nécessaire de faire plusieurs saignées consécutives après l'opération de la cataracte qu'elle a subie dernièrement. Eh bien ! un érysipèle est survenu, qui a été le plus grave de tous ceux que nous ayions vu cette année, car il a envahi tout le corps. Nous nous rappelons pareil accident arrivé chez un individu qui était atteint de certaine affection, et soumis en même temps à des hémorrhagies très inquiétantes ; il fut pris d'un érysipèle qui se promena également sur tout son corps. Nous trouverions encore beaucoup d'autres cas analogues qui nous viendraient en aide pour soutenir cette idée que nous avons, qu'il y a dès lors sujet de douter que la perte de sang puisse être utile contre l'érysipèle ; car, assurément, ce n'est pas le but qu'on se propose en faisant une saignée qui détermine ou fait varier l'influence de ce moyen ; qu'une saignée soit pratiquée dans la vue de combattre directement l'érysipèle, ou qu'elle le soit pour s'opposer aux conséquences d'une réaction générale trop vive, ou d'autres accidens inflammatoires, qu'autrement encore les émissions sanguines soient le résultat d'une hémorrhagie, etc. Il n'en est pas moins certain que le résultat de la perte de sang, de quelque manière qu'elle arrive, doit toujours être le même pour arrêter ou faire venir l'érysipèle.

Ajoutons que la saignée dont on fait ainsi le remède antiphlogistique par excellence, s'adresse fort mal comme spécifique à l'affection dont nous parlons ; car, comme phlegmasie, rien n'est moins dangereux que l'érysipèle proprement dit ; c'est à cause de sa nature, de sa tendance à s'étendre et à envahir toutes les parties du corps, qu'il est redoutable ; et la preuve, c'est qu'il y en a qui sont à peine rouges, on les dirait presque blancs ; ils se promènent comme du lait sur la peau, et ceux-là pourtant ne sont pas les moins graves. Donc quand on est parvenu à faire diminuer la rougeur, la chaleur, la douleur de la peau, on a gagné d'avoir amoindri l'intensité de l'inflammotion locale ; mais l'on n'a encore rien fait contre la nature de la maladie, qui conserve ses caractères et ses dangers.

D'ailleurs, dans toutes les affections, la saignée n'est qu'un moyen indirect, et elle ne sera jamais, nulle part, une médication spéciale ou directe, comme, par exemple, la compression l'est dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux, tandis que la saignée n'est qu'un moyen d'attention, de prudence, qui peut être bon cependant, et comparable, jusqu'à un certain point, à ces mesures de précaution qui, au milieu d'un incendie, n'ont pour but que d'en borner les limites autour du bâtiment qui brule.

Ainsi, le raisonnement, l'observation et la pratique la mieux faite et la mieux entendue ne démontrent point du tout, pour nous, l'efficacité de ce moyen, et ceci nous paraît important à constater, non pas que nous ayons un traitement plus propice et plus avantageux à proposer, mais c'est parce que, n'étant point assez avertis de l'inutilité de celui-ci, les praticiens restent dans une fausse sécurité, et ne s'inquiètent point d'en chercher d'autres, quoique la maladie vaille bien la peine qu'on s'en occupe.

En résumé, nous pensons donc que dans le traitement de l'érysipèle proprement dit, les saignées peuvent être applicables comme dans toute espèce de maladies inflammatoires, surtout si le sujet est de bonne constitution, robuste et fort, si le pouls est ample et dur, et si l'inflammation est intense ; et nous disons cela parce que, ne regardant pas l'érysipèle comme une maladie purement locale, nous croyons que les évacuations sanguines doivent modérer et arrêter sa réaction trop vive ; les mêmes avantages résulteraient aussi, il nous semble, dans les mêmes conditions, de l'application de sangsues faites autour de la plaque enflammée ; mais là seulement, à notre avis, il serait utile de les poser. Quant à en mettre, comme on l'a conseillé, sur les ganglions lymphatiques correspondans, c'est un moyen que M. Velpeau n'emploie pas dans le traitement de l'érysipèle proprement dit, où il le regarde comme complètement inutile ; tandis qu'au contraire il l'a mis en usage contre l'angéioleucite, longtemps même avant qu'on en ait parlé, et on a retiré des avantages dont se sont emparés à tort ceux qui, ensuite, sont venus préconiser ce moyen.

Nous avons un mot à dire aussi d'une autre médication générale, et qui est en quelque sorte l'inverse de la précédente. Nous voulons parler de la médication évacuante par vomitifs et par purgatifs.

C'est un moyen qui a été, comme tant d'autres, vanté à l'excès, de quelque façon qu'on s'en soit servi, car il a été employé de bien des manières. Les uns n'ont trouvé bons que les vomitifs, et ont administré particulièrement le tartre stibié, et alors, le plus souvent, à petites doses fréquemment répétées ; méthode exclusive à quelques-uns. Les autres ont eu recours aux purgatifs purs. Enfin, quelques-uns ont associé l'emploi simultané de médicamens qui purgent et qui font vomir.

S'il faut en croire ce qu'on a dit de l'ipécacuanha, c'est un remède qui guérit tout et toujours ; un médecin des hôpitaux a avancé avoir triomphé par ce moyen de plus de deux cents cas d'érysipèles ; mais lisez ses observations, et vous ne trouverez pas une seule guérison obtenue en moins de trois jours.

Or, d'après ce que nous avons dit plus haut de la marche naturelle de la maladie, et des circonstances qui la faisaient traiter dans les hôpitaux seulement après trois ou quatre jours de date depuis son invasion, on voit clairement que ce n'est par l'administration d'aucun médicament qu'on a guéri les malades ; on les a laissé guérir et voilà tout.

On a préconisé aussi l'emploi du jalap, de la scammonée, de la gomme gutte, etc. Peut-être l'usage de ces substances a-t-il pu, dans certains cas, offrir quelqu'avantage que l'on n'aurait pas eu en ne faisant rien du tout ; quand, par exemple, sous leur influence l'état général a subi une modification qui a pu réagir favorablement sur la maladie. On dit que Desault employait toujours les vomitifs à petite dose dans le traitement des érysipèles survenant comme complication des plaies de tête ; enfin, beaucoup d'autres praticiens ont continué d'avoir recours à la médication évacuante dont ils se servent de différentes manières, mais de façon toujours à n'en pouvoir démontrer l'utilité : car, tantôt ils s'appliquent contre des affections diverses qu'ils ne savent pas distinguer, en sorte que l'on tombe, en les suivant, drns une malheureuse confusion ; tantôt ils l'emploient contre des cas bien spécifiés, il est vrai, mais dont les observations sont données sans détails, ou en comportent de tels, qu'il est manifeste que l'administration du remède a été faite, comme nous le disions tout à l'heure, au moment où la maladie allait s'éteindre d'elle-même, ce qui doit alors empêcher de lui attribuer sa guérison.

Il en résulte que cette médication évacuante, pratiquée comme elle l'a été, a dû être marquée par des alternatives constantes de succès et de revers ; succès, quand la guérison naturelle s'accordait avec l'emploi du remède, et revers inévitable et bien plus fréquent sans doute, tenant à la confusion dont nous avons parlé et à l'inutilté propre de ce moyen ; c'est ce qui fait que tandis que les uns le proclamaient comme un spécifique merveilleux dans le traitement de l'érysipèle, d'antres, par contre, le disaient très dangereux ; mais il ne faut rien lui prêter d'excessif dans un sens ni dans l'autre. M. Velpeau a aussi voulu essayer cette médication et ses observations lui ont montré que si, dans quelques cas, la maladie semblait s'améliorer, jamais elle ne s'est arrêtée brusquement, sauf cependant dans les cas où l'on s'en servait au septième ou huitième jour, c'est-à-dire au moment même de la terminaison naturelle de l'affection. Ce qui confirme encore mieux dans son esprit l'idée de l'erreur dans laquelle sont tombés ceux qui ont voulu faire la réputation de cette médication qu'ils prétendaient propre à guérir l'érysipèle en deux jours, tandis que véritablement elle est sans influence sur sa nature et ses progrès. Il est fâcheux d'être obligé d'empêcher de croire à l'efficacité si merveilleuse d'un tel moyen, et d'autant plus qu'il n'y en a pas d'autre pour le remplacer ; mais en lui ôtant ainsi ce qu'il aurait de plus précieux il faut au moins lui laisser ce qu'il peut présenter d'utile et d'avantageux. Or, nous dirons en résumé, que la médication évacante, de même que la saignée, n'est dans le traitement de l'érysipèle qu'un moyen indirect qui n'a d'autre influence que de pouvoir modifier les conditions générales pathologiques de l'individu, et d'améliorer un peu quelquefois l'état de la maladie particulière en amoindrissant l'intensité de sa réaction ou en prévenant ses complications ; c'est ainsi que l'emploi de cette médication pourra être souvent avantageux chez un individu soumis à un engouement du tube intestinal, mais sans indication de phlegmasie viscérale, dont la langue sera épaisse, pointillée en rouge, à l'état dit limonneux ; c'est contre ces conditions que la médication évacuante pourra être dirigée avec utilité ; mais il n'en faut rien attendre pour voir s'amender les effets qui tiennent à la nature même de la maladie spéciale et contre lesquels elle est impuissante.

L'analogie entre les effets des évacuans et de la saignée, sous le point de vue général, est telle qu'il y a des années, où sous l'influence de conditions pathologiques individuelles, tenant soit à des causes externes, atmosphériques, soit à l'état particulier du tube digestif, on a remarqué que tantôt les évacuans réussissaient mieux que la saignée, tantôt celle-ci seule à l'exclusion des autres ; ce qui démontre encore davantage l'inefficacité spécifique de ces moyens, et nous fait voir qu'en les employant dans le but d'amoindrir les accidens généraux, d'éviter les complications, il faut apporter toute son attention pour ne pas les favoriser au contraire.

De ce que nous avons établi précédemment, il résulte, que, l'érysipèle étant reconnu une maladie plutôt générale que locale, le traitement interne devrait être le principal ; mais nous avons vu qu'il était, la plupart du temps, sinon inutile, au moins insuffisant, d'où il suit que le traitement externe doit avoir aussi sa valeur ; c'est ce que tous les praticiens ont senti, et ce qui a engagé chacun d'eux à chercher des topiques ; tous ayant voulu en essayer beaucoup avant de faire un choix, il ne faut plus s'étonner de la quantité innombrable des remèdes qui ont été à l'envi préconisés, proscrits, abandonnés, puis repris. Pour s'en faire une idée, il faut savoir que madame Fouquier, religieuse, a pu faire un recueil de plus de trente de ces remèdes, dans ses deux volumes de remèdes se-

---

ditions requises par le programme Monthyon ; il conclut, d'avis unanime d'ailleurs avec les autres jurés, qu'il n'y a pas lieu à décerner cette année le prix fondé par le baron de Monthyon.

Dans un discours un peu long, M. Royer-Collard a rappelé le but de Monthyon en fondant son prix. On ne peut le remplir, a-t-il dit, en étudiant les maladies accidentelles dans un hôpital consacré à des spécialités, comme, par exemple, les maladies mentales, ni en étudiant celles qui règnent habituellement. Il rappelle aux praticiens et aux élèves que les travaux ultérieurs devront être dirigés dans un esprit conforme à celui qui règne dans ceux de Tissot, de Sarcone, de Rœderer et Wagler, Rasori, etc.

Enfin que tous, médecins et non médecins, sont également admis à ce concours, voire même nos braves chirurgiens militaires destinés peut-être à parcourir encore une fois l'Europe entière. Nous ignorons si, par cette sortie inattendue et qui est toute de circonstance, M. Royer-Collard a voulu se sauver des ennuis occasionnés par la séance. Ce passage a été couvert d'applaudissemens, ce dont l'auteur a été peu satisfait, à en juger par le mouvement d'impatience ou d'étonnement qui lui est échappé.

Pour revenir au prix Monthyon, n'ayant pas été décerné cette année, il sera double, c'est-à-dire de 800 fr. l'année prochaine.

Prix Corvisart de 1841.

La Faculté propose comme sujet de prix pour l'année prochaine : « De déterminer, par des faits observés dans une clinique » de la Faculté (du 1er novembre au 1er août), les effets du mer» cure dans les différentes maladies, la syphilis exceptée. »

Les mémoires devront être présentés avant le 1er août.

M. Orfila a levé la séance, le public s'est écoulé en silence. A l'année prochaine !

Enseignement médical en Toscane.

En Toscane, il y a deux Universités : une à Pise, et l'autre à Sienne, et un collége médical à Florence, ou en d'autres termes, collége de perfectionnement.

Dans l'Université de Pise, il y a six Facultés, savoir : 1º de médecine et de chirurgie ; 2º de droit ; 3º de théologie ; 4º de philosophie et de philologie ; 5º des sciences physiques ; 6º des sciences naturelles. Dans cette Université, il y a 46 professeurs. Dans celle de Sienne, il n'y a que les trois premières Facultés sus-indiquées, et 27 professeurs.

Dans le Collége de perfectionnement, à Florence, il y a les chaires suivantes, savoir :

1º Clinique médicale et cours de pathologie médicale ;
2º Clinique chirurgicale et cours de médecine opératoire ;
3º Clinique et cours d'accouchemens ;
4º Clinique et cours des maladies des yeux ;
5º Clinique et cours des maladies de la peau ;
6º Clinique et cours des maladies vénériennes ;
7º Clinique et cours des maladies mentales ;
8º Clinique d'orthopédie ;
9º Cours d'anatomie pathologique ;
10º Anatomie chirurgicale ;
11º Chimie organique.

Les élèves en médecine, avant de recevoir le degré de docteur, sont obligés d'étudier pendant cinq ans dans une des Universités sus-indiquées. Pour obtenir ensuite le droit d'exercer la faculté à laquelle ils se sont adonnés, ils passent au Collége de perfectionnement à Florence, où ils étudient encore deux autres années.

Il faut donc à un élève toscan sept ans avant de pouvoir obtenir l'*exerceat* (matricola), et encore dans ce cas, il n'est que chirurgien ou médecin, car s'il veut exercer les deux branches, il lui en faut huit, dont cinq dans une des universités nommées, et les trois autres dans le Collége médical.

Dans les Universités, on fait l'appel des élèves dans les cours qu'ils sont tenus de suivre, et s'ils manquent trois fois, ils perdent l'année scholastique entière, à moins d'une cause forcée, comme celle, par exemple, d'une maladie.

L'appel, selon moi, est utile, non pour soutenir le zèle des élèves, car, pour l'honneur de mes compatriotes, je me plais à croire qu'ils n'en ont pas besoin, mais pour leur apprendre quels sont les cours qu'ils doivent suivre dans l'intérêt de leurs progrès.

Dans des Uuiversités que j'ai visitées, cet appel n'étant pas pratiqué, il arrivait que des élèves peut-être trop zélés ou suivaient tous les cours qu'ils pouvaient suivre au risque de voir leurs idées complètement brouillées, ou ils n'en suivaient presque aucun, préférant se renfermer dans leurs cabinets pour mieux utiliser leur temps, ne sachant pas qu'en agissant ainsi il fallait qu'ils se livrassent à un travail double pour arriver au même résultat qu'ils auraient obtenu en suivant régulièrement les cours qui leur devenaient indispensables à mesure qu'ils avançaient dans leur carrière.

Les élèves toscans une fois docteurs, sont obligés, comme je le disais, pour obtenir l'*exerceat* (matricola), d'aller achever leurs études à Florence, et là non-seulement ils sont tenus à suivre toutes les cliniques nommées, mais ils sont divisés en séries d'un nombre égal, et à chaque série est imposé le devoir de suivre un médecin d'hôpital (medico di suono) pendant la visite de celui-ci, et de rédiger, chacun en nombre égal, les observations de tous les malades, qu'ils voient deux fois par jour et plus s'il le faut.

Pour rédiger les observations, voici comme on s'y prend.

A la tête de chaque lit il y a une grande pancarte avec autant de cases qu'il y a de jours dans un mois ; tous les jours on y marque les variations des maladies, et à la fin on rédige sur ces bases les observations qui servent à la statistique qui est faite par M. Betti (sopra-intendente), qui, avec M. de Bargagli (commissario), régit très savamment les hôpitaux de Florence.

Les pancartes en question sont d'une très grande utilité. Tout le monde en s'approchant du lit d'un malade connaît de suite l'histoire de celui-ci, et a une très grande facilité pour prendre les notes dont il a besoin.

S'il y a des élèves qui négligent ces pancartes, on ne leur livre pas les certificats nécessaires pour obtenir l'*exerceat*.

Dr G. Filugelli.

Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen.

Prix propose pour 1841. — L'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen décernera, dans sa séance publique du mois d'août 1841, une médaille d'or de la valeur de 300 francs au meilleur mémoire inédit ayant pour objet :

1º d'apprécier les résultats que peuvent avoir, sur la santé des ouvriers des deux sexes et de tout âge, le tissage des toiles de coton, soit à la main, soit à la mécanique, en s'attachant à faire connaître l'influence particulière des habitations, des usines, des tissus fabriqués, des substances employées, et des divers procédés mécaniques ;

2º De rechercher et de proposer les moyens les plus propres à remédier aux inconvéniens qui pourront être signalés dans la première partie du mémoire.

Les mémoires devront être adressés *francs de port*, et dans les formes usitées, avant le 1er juin 1841, terme de rigueur, à M. Gors, secrétaire perpétuel, rue de la Seille, 10.

crets. Il va sans dire que tous sont infaillibles, suivant le livre, ce qui signifie qu'aucun ne vaut rien cependant.

Exaspéré contre cette manie de faire et d'inventer des remèdes, irrité de la confiance abusée qu'entraînait l'emploi de taut de drogues, tout au moins inutiles, Pinel vint faire table rase de cette foule de spécifiques prétendus merveilleux, et les proscrivit tous, jusqu'aux plus innocens, tels que les lotions d'eau de guimauve, d'eau de sureau, etc. Cette animadversion trouva bientôt de nombreux partisans, et elle devint, en effet, d'une pratique générale dans l'école de Pinel et de Broussais, sauf cependant l'usage de l'eau de sureau et la poudre de lycopode, qni survécut seul à l'exclusion de tous les autres médicamens.

Mais quand la doctrine physiologique commença à perdre de sa vogue, et qu'on vit, sous l'influence de ses prescriptions, les érysipèles ne point présenter un état meilleur, quand il fut démontré à quelques-uns que les émissions sanguines étaient loin d'offrir tout l'avantage qu'on en avait promis, on ne tarda pas non plus à revenir à l'emploi des topiques, et on les reprit avec une ardeur qui semblait vouloir les dédommager de l'abandon dans lequel ils étaient restés ; ceci ne contribua pas, bien entendu, à en diminuer le nombre ; aussi renonçons-nous d'avance à les passer en en revue, seulement pous la majeure partie ; nous ne voulons qu'indiquer les principaux, et dire ce qu'il faut en penser ; ce sont particulièrement ceux dont nous nous sommes déjà occupés relativement au traitement de l'érysipèle phlegmoneux : la compression, les vésicatoires, le fer rouge, la cautérisation et les pommades.

Quant à la compression, si elle a eu quelque réputation, M. Velpeau s'accuse lui-même d'y avoir pu contribuer par les succès qu'elle lui a procurés, et qu'il a fait connaître dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux. Il en est résulté que, tombant dans la malheureuse confusion que nous avons déjà signalée tant de fois, les praticiens l'ont appliquée à tort et à travers, tantôt pour un cas, tantôt pour l'autre, et qu'obtenant des succès ou des revers dont ils ne devaient pas se rendre compte, ils sont arrivés à une conclusion tout à fait inverse, faisant appliquer ce moyen indifféremment à tous les genres d'affections, à l'angéioleucite, comme à la phlébite, à l'érysipèle simple, comme au phlegmon diffus ; tandis que la compression pratiquée comme nous l'avons dit plus haut, n'est véritablement avantageuse que dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux d'abord, et quelquefois dans celui de l'angéioleucite ou de la phlébite. Mais contre l'érysipèle simple, dont nous nous occupons, nous nous bornerons à dire qu'elle ne l'arrête jamais sur place, de quelque manière qu'elle soit faite, et qu'en tous points elle est complètement inutile pour sa guérison.

La causérisation par le nitrate d'argent est un moyen qui a été beaucoup vanté par les Anglais et les Américains ; mais leurs observations laissent toujours voir qu'ils ont agi confusément sur toute espèce de cas différens ; il est impossible de savoir contre quel genre spécial d'affection ils ont pu réussir, comme ils le disent.

M. Velpeau a essayé au moins trente fois ce mode de traitement, et des deux manières suivantes : tantôt en cautérisant toute la surface enflammée, tantôt en portant le caustique seulement autour de ses bords. Dans l'un et l'autre cas, il a pensé avoir quelque succès, si toutefois l'on met de côté l'influence des autres médications générales qu'il employait concurremment avec ce moyen spécifique ; mais les revers ont été les plus fréquens. Quelquefois en effet il a cru pouvoir empêcher l'érysipèle de s'étendre, ou il l'a vu perdre de son intensité : mais bientôt, et le plus souvent, la maladie ne s'amendait nullement, et la zone de cautérisation ne mettait aucun obstacle à l'extension de la plaque enflammée, qui la dépassait très facilement. Pour rendre l'expérimentation plus concluante, M. Velpeau avait laissé dans son propre service des Anglais pratiquer la cautérisation sur un membre affecté d'érysipèle, tandis que l'on ne faisait rien à un autre membre atteint de la même maladie. Eh bien, c'était souvent ce dernier qui guérissait plus vite ; d'où est résultée pour M. Velpeau l'opinion que si dans quelques cas la cautérisation a pu réussir par hasard, ce n'est pas une raison pour qu'il ne la regarde pas en général comme un moyen inutile et à laisser de côté, ainsi que la compression.

La cautérisation par le nitrate acide de mercure est un mode de traitement qui a été employé a l'hôpital St-Louis par MM. Biett et Cazenave ; malgré les cas de réussite que ces messieurs disent avoir rencontré, M. Velpeau pense que l'emploi de ce caustique, qui a d'abord l'inconvénient de laisser souvent des cicatrices profondes et désagréables, n'est, sans aucun doute, pas plus efficace que l'emploi de tous les autres, et qu'il faut le mettre au même rang.

Enfin arrive la cautérisation par le fer rouge; mais c'est un moyen qu'on ne doit pas oser proposer, s'il s'agit d'un érysipèle proptement dit ? Est-ce celui du visage, du cou, des membres supérieurs, que vous irez attaquer ainsi ? Il n'y a que dans les hôpitaux militaires que cela pourrait être fait, ailleurs ce ne serait que dans le cas d'un érysipèle phlegmoneux grave et inquiétant que l'on pourrait se résigner à l'emploi d'un pareil moyen, et encore seulement après avoir épuisé tous les autres, comme nous l'avons indiqué d'autre part.

En résumé, nous dirons donc que le traitement par le cautère ou les caustiques est à rejeter comme inutile, souvent comme dangereux.

Viennent ensuite les vésicatoires qui ont été singulièrement vantés, à cause de l'usage fréquent qui en a été fait et des succès qu'on a cru en obtenir ; il faut à cela un éclaircissement : Dupuytren les employait beaucoup, a-t-on dit, et tous les praticiens de son temps se sont empressés de l'imiter ; mais il faut toujours rappeler cette malheureuse confusion avec laquelle on traitait et on traite encore toutes sortes d'érysipèles et les inflammations de ce genre. Quand on réussissait souvent, comme on le pensait, on venait dire, en généralisant, que l'emploi des vésicatoires était très avantageux dans le traitement de l'érysipèle ; mais quel érysipèle? C'est ce qu'on ne distinguait pas, et c'est de là qu'est venue l'erreur.

Nous avons dit ailleurs ce que nous pensions de l'utilité de ce moyen dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux ; nous avons signalé avec soin les avantages qu'il présente employé même aux deux états de cette affection, d'une part pour amener presque sûrement la résolution si l'on s'en sert avant la formation du pus ; de l'autre, pour pour arrêter et concentrer en quelque sorte l'inflammation si on l'applique au milieu du foyer purulent. Mais quant à ce qui regarde le traitement de l'érysipèle proprement dit, M. Velpeau s'est servi du vésicatoire de toutes les manières, tantôt autour du mal et sur ses limites, tantôt seulement au centre de la partie enflammée, tantôt sur toute sa surface, et il l'a employé ainsi assez de fois pour être sûr du résultat et pour pouvoir dire, sans crainte ni embarras, que c'est un moyen à rejetter complètement dans le traitement de l'érysipèle proprement dit ; jamais, en effet, sous son influence, la maladie ne s'est arrêtée brusquement, et si quelquefois l'affaiblissement de l'inflammation a concordé avec l'application d'un vésicatoire, il était évident que la maladie était arrivée à sa période de terminaison naturelle, et que ce moyen, dirigé contre une affection qui ne devait plus marcher, n'était qu'un adjuvant superflu, venu là par hasard, de même que les médications générales dont nous avons parlé.

(La suite au prochain numéro)

(La suite au prochain numéro)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Hypertrophie du cœur avec œdème du poumon. Plus tard, œdème de la glotte avec suppuration des parties environnantes.

Pierre Givry âgé de quarante-quatre ans, plâtrier, fut reçu dans la salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 16, le 24 septembre dernier, se disant malade depuis huit jours.

Cet homme, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, fut habituellement d'une bonne santé. Cependant, en 1819, travaillant dans une carrière de plâtre, il fut écrasé par un éboulement, eut le pied gauche fracturé, et reçut, sur diverses parties de la poitrine, des contusions violentes dont il précise mal la gravité, mais auxquelles il attribue la conformation vicieuse de sa cavité thoracique. Celle-ci, en effet, est remarquable par la voussure générale de sa paroi antérieure, présente en arrière une dépression notable entre les omoplates, les apophyses épineuses de la région lombaire offrant elles-mêmes une saillie assez prononcée. Conduit à l'hôpital Saint-Louis après l'accident qui vient d'être indiqué, le malade y resta trois mois et demi, et on lui appliqua quatre-vingts sangsues sur le côté droit. Il ne put reprendre ses occupations qu'au bout d'un an. Il y a quatre ou cinq ans, il eut un rhume avec une oppression assez considérable, et à cette occasion on lui appliqua sur la région précordiale une quinzaine de sangsues dont il porte les cicatrices.

Il y a huit jours environ, il fut pris d'un peu de dyspnée, d'essoufflement en montant, d'un peu de toux sans expectoration notable, de céphalalgie avec quelques tournoiemens de tête, sans palpitations, sans anévrisme, sans fièvre, sans insomnie. Les premiers jours, le malade put continuer ses occupations ; mais depuis cinq jours la dyspnée l'obligea de les suspendre sans s'aliter. Son traitement n'a consisté qu'en une tisane des quatre fleurs. Son régime alimentaire est resté complètement normal.

Le soir de son entrée on nota les phénomènes suivans : l'expression du visage est normale ; rien de morbide du côté des voies digestives. La chaleur de la peau est modérée ; le pouls à 40-44, médiocrement développé, inégal, intermittent, remarquable par le long espace qui sépare certaines pulsations à intervalles irréguliers. Quelquefois aussi la pulsation habituelle est immédiatement suivie d'une pulsation plus petite.

Pas de voussure à la région du cœur ; l'interposition d'une lame de poumon ne permet pas d'en limiter la matité. Pas de frémissement vibratoire ; l'impulsion du cœur n'est pas sensible à la main ; ses bruits, remarquables par les mêmes anomalies de rhythme que le pouls, le sont plus par leur timbre sec et comme parcheminé ; mais ils ne sont accompagnés d'aucun souffle ; ils s'entendent jusque sous la clavicule droite. Le malade assure n'avoir jamais éprouvé de palpitations. Rien de notable dans le système artériel en général. Persistance d'une toux assez rare et sans expectoration. Pas de douleur de poitrine. La résonnance et la respiration sont bonnes, en avant, des deux côtés ; en arrière à gauche la résonnance est un peu plus faible qu'à droite, et le bruit respiratoire est accompagné dans tout le côté d'un râle sous-crépitant qui existe aussi à la base du côté droit. Un peu de céphalalgie avec quelques tournoiemens de tête. Un peu d'œdème à la partie inférieure de la jambe droite. Le malade est venu à pied à l'hôpital assez facilement.

Le lendemain 25, M. Bouillaud vérifie les phénomènes précédens, et prescrit une saignée de 3 palettes ; deux pots de viol. et guim. édulc., avec sirop de gomme ; un julep avec thridace, 25 gr., et le quart.

Les jours suivans, le malade se sent moins oppressé ; les battemens du cœur ont perdu leur intermittence ; le pouls reste à 40-44, et malgré l'application d'un emplâtre de poix de Bourgogne émétisé, la crépitation persiste en arrière.

Un peu plus tard, dans les premiers jours d'octobre, les extrémités inférieures, et le scrotum lui-même, présentent une infiltration assez notable ; on la combat par les boissons diurétiques, les frictions avec la teinture de scille et de digitale, et les applications sur le scrotum de compresses imprégnées d'une infusion de fleur de sureau alcoolisée. Sous l'influence de ce traitement, l'œdème diminue dans les points que nous venons d'indiquer ; mais le râle bullaire de la partie postérieure des poumons continue ; le pouls s'élève même à 60-64, et ses intermittences reparaissent.

Les choses en étaient là, quand, le 15 octobre, à la visite du matin, le malade accuse un léger mal de gorge. La réaction fébrile étant à peu près nulle, on se contente de prescrire un cataplasme au cou. Mais le lendemain 16, le mal de gorge est devenu plus intense ; le visage est assez animé ; la muqueuse de l'arrière-bouche est d'un rouge assez vif ; la luette est tuméfiée, les amygdales ne le sont pas ; la dysphagie est assez prononcée ; la voix gutturale ; la chaleur de la peau modérée ; le pouls à 80, avec quelques intermittences.

On prescrit 30 sangsues au cou, de la solution de sirop de gomme, de la décoction d'orge avec sirop de mûres, un julep béchique, et la diète.

Le même jour, à la visite du soir, on trouve le malade assis sur son lit, en proie à une anxiété assez vive. Le mal de gorge et la dypsnée ont augmenté ; l'inspiration est accompagnée d'un sifflement un peu enrouée, la peau est chaude ; le pouls à 96-100 ; la poitrine, auscultée en arrière, ne fait entendre qu'un ronchus résultat du retentissement de celui qui se passe dans le larynx. Du reste, la face n'est pas violacée ; rien n'annonce une asphyxie prochaine. Les sangsues du matin ont pris toutes et leurs piqûres saignent encore. On fait pratiquer une saignée de 4 palettes, et appliquer des sinapismes aux mollets.

Malgré ce traitement, la dyspnée persiste et augmente même peu à peu, et entre minuit et une heure le malade succombe.

Le 17, nous trouvons le caillot de la saignée nageant dans une sérosité abondante et limpide, et recouvert d'une conenne épaisse. Le crachoir du malade est rempli par un liquide spumeux et filant.

Le 18, l'autopsie est pratiquée trente-deux heures après la mort. L'épiglotte est d'abord remarquable par son épaississement, en apparence œdémateux, épaississement auquel participent les parties environnantes, et notamment les ligamens aryténo-épiglottiques. On incise ces diverses parties, et on trouve à l'intérieur un pus récent jaunâtre, bien lié, infiltrant le tissu cellulaire ambiant. La glotte est sensiblement rétrécie, les cordes vocales boursoufflées, œdémateuses, sans traces de suppuration ; les cavités ventriculaires effacées ; la muqueuse laryngo-trachéale est assez pâle.

Les poumons, assez souples et crépitans sont seulement engoués postérieurement et infiltrés d'une sérosité assez abondante.

Le cœur est remarquable par son volume, l'hypertrophie affectant spécialement le ventricule gauche, dont les parois sont médiocrement épaissies. La valvule auriculo-ventriculaire de ce côté est aussi légèrement épaissie. Le tubercule d'Arantius des valvules sigmoïdes de l'aorte est un peu plus développé et plus dur que normalement. Ces valvules ont leur minceur normale. L'endocarde à l'origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire est d'un rouge assez vif, ne disparaissant que faiblement par le lavage. La substance charnue du cœur est ferme et de bonne consistance.

Dr F. A.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 3 novembre.

Encore un paquet mystérieux de M. Orfila!

M. le Secrétaire perpétuel montre un paquet cacheté, contenant quelques feuilles de papier pliés in-8°, déposé par M. Orfila.

M. le Président : Le dépôt du paquet de M. Orfila est accepté.

— *Faits chirurgicaux.* — *M. Velpeau* fait deux rapports. L'un relatif à un cas dans lequel un poil existant dans l'intérieur de l'œil, a été extrait par M. Pamard, d'Avignon. Il s'agit d'un homme qui avait été blessé à l'œil ; un petit fragment de silex avait percé la cornée et entraîné dans la chambre antérieure un cil qui s'était fixé à la surface de l'iris et flottait dans le champ pupillaire. M. Pamard a ouvert la cornée comme pour l'opération de la cataracte, et extrait le poil et le morceau de silex. (Remercîmens ; publication dans le Bulletin.)

L'autre concerne une observation de M. Rufz sur une tumeur de nature douteuse sur le poignet, qu'il a opérée. M. le rapporteur se demande si c'était là une tumeur sanguine ; il fait une petite excursion sur les tumeurs dites érectiles, dont l'étude ne lui paraît pas encore suffisamment approfondie sous le point de vue de l'anatomie pathologique. (Remercîmens ; Bulletin.)

M. Gerdy ne trouve pas le rapport assez détaillé. L'histoire des tumeurs, dites fibreuses, squirrheuses, encéphaloïdes et érectiles, mérite révision dans l'état actuel des connaissances : les variétés de chacune de ces espèces étant beaucoup plus nombreuses que Laennec et d'autres ne le croyaient. Chacune de ces tumeurs présente des formes diverses selon l'époque à laquelle on l'examine, et il serait possible, à la rigueur, que le cas de M. Rufz ne présentât de l'anomalie que parce qu'on l'aurait observé à une période peu avancée. M. Gerdy rappelle que plusieurs tumeurs affectent une forme tout à fait bénigne jusqu'à l'époque où

elles s'enflamment et subissent des transformations malignes ; il serait donc à désirer que M. Velpeau fit mieux comprendre la disposition anatomique de la tumeur pour pouvoir se prononcer.

M. Velpeau répond qu'il pense comme M. Gerdy relativement à la nécessité d'une nouvelle révision des quatre familles des tumeurs indiquées, mais qu'il ne peut donner sur le fait de M. Rufz plus de détails que l'auteur n'en a consignés dans son travail. M. Velpeau lit l'observation de M. Rufz.

M. Gerdy reconnaît que le fait manque de détails.

M. Rochoux parle dans le sens de M. Gerdy, concernant la nécessité d'une classification plus détaillée ; il établit, en attendant, que pour bien saisir la nature de chacune d'elles, il faut les étudier dès leur première apparition, alors qu'elles sont pour ainsi dire en germe. Quant à la diathèse cancéreuse dont on a parlé M. Gerdy, M. Rochoux croit qu'elle préexiste toujours à la naissance de la tumeur, et que la dégénérescence de celle-ci ne fait que coïncider avec un plus grand développement de celle-là : ce qui le prouve, dit-il, c'est que l'enlèvement de la tumeur, à quelque période que ce soit, n'empêche pas la récidive.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

— *Pathologie expérimentale.* — *M. Dubois* (d'Amiens) lit la première partie d'un mémoire intitulé : « Du Mode d'action des » agens dits irritans sur le système capillaire, ou Examen expé- » rimental de la théorie de l'irritation. »

L'auteur commence par expliquer le mot irritation dans le sens de Broussais et de Bichat ; il discute la valeur de la définition de Broussais, et arrive à cette conclusion préliminaire que : « tous les auteurs, physiologistes et médecins, qui se sont servis du mot irritation ont désigné par-là des actes, un surcroît d'action organique, des exaltations, des aberrations de propriétés vitales, des faits purement dynamiques enfin, bien qu'en même temps quelques-uns aient prétendu qu'on doit comprendre sous la même dénomination une foule d'altérations organiques, depuis la simple rougeur des tissus jusqu'à leur complète désorganisation. »

Après ce préambule, M. Dubois entre en matière en se proposant d'abord de vérifier expérimentalement cet axiome ancien : *ubi stimulus ibi fluxus*, axiome qui rappèle l'*hypérémie* des modernes. Les expériences qu'il a faites ont porté sur les mésentères des jeunes souris et des chats nouveau-nés ; il a étudié successivement sous le champ du microscope les effets des différens agens réputés irritans.

« Nous aurons ainsi, dit l'auteur, à mentionner les accidens dynamiques qui pourront se manifester dans le système capillaire quand il aura été mis en contact avec les agens dits irritans, en même temps nous décrirons les accidens plastiques ou les changemens matériels que pourrait ressentir ce même système, et comme conclusion nous chercherons chaque fois à nous rendre compte, à nous donner la raison de tous les phénomènes et de tous les états observés. C'est ainsi que nous pourrons parvenir à constater expérimentalement, s'il y a ou non des corps irritans, s'il y a ou non de l'irritabilité dans le système capillaire, et si, par suite de leurs rapports, il s'établit de l'irritation. »

M. Dubois a d'abord expérimenté l'action des agens vulnérans, en produisant des lésions traumatiques.

« Dans toute hypérémie locale portée à ses dernières limites, hypérémie provoquée par les agens prévendus irritans, on peut successivement observer dans les courans capillaires :

» 1° Une accélération momentanée et accidentelle dans le cours du sang ; accélération qui n'est pas constante ;

» 2° Un ralentissement plus ou moins pronocé ;

» 3° Des propulsions intermittentes ou saccadées, continues ;

» 4° Des propulsions intermittentes, ou saccadées avec interruption ;

» 5° Des oscillations dont l'amplitude est variable ;

» 6° Des mouvemens de va et vient ;

» 7° Des mouvemens de va et vient avec prédominance de la propulsion directe sur la propulsion rétrograde ;

» 8° Des mouvemens de va et vient avec équilibre des propulsions directes et rétrogrades ;

» 9° Des oscillations ;

» 10° Des arrêts ou stagnations complètes. »

Tel est l'énoncé des phénomènes que l'auteur étudie successivement en présence des instrumens piquans mis en action sur les animaux. La doctrine de l'irritation se trouve aux prises avec les expériences positives de M. Dubois et en reçoit de rudes atteintes. Chaque piqûre avec un instrument très acéré a produit une accélération générale de la circulation et dans les vaisseaux voisins de l'endroit blessé ; mais nullement des congestions actives, telles qu'on les suppose communément d'après l'axiome cité. Les courans sanguins ne changeaient pas de direction, et l'on ne voyait pas ces mouvemens fluxionnaires supposés par M. Broussais. Ces expériences, répétées sur la membrane inter-digitale des grenouilles, ont donné les mêmes résultats. Nous reviendrons sur les autres faits nouveaux contenus dans le travail de M. Dubois.

— *M. Gerdy* reprend en sous-œuvre la doctrine de l'irritation. C'est un mot abstrait, dit-il, que Broussais a employé dans deux sens différens ; tantôt comme synonyme d'excitation, tantôt pour désigner un état particulier des organes. En combattant l'ontologie, Broussais a fait lui-même de l'ontologie, car le mot irritation, qui a remplacé les dénominations diverses employées avant Broussais, n'a rien changé au fond des choses. Les mots scrofule, syphilis seraient par exemple des ontologies selon Broussais ; mais qu'importe, pourvu que l'on convienne de leur acception ; il en est de même du mot irritation.

— *M. Bégin* lit une observation relative à la blessure du malheureux Lafontaine. L'instrument avait blessé la moelle épinière, et laissé une partie de sa lame dans la colonne vertébrale.

— *M. H. Larrey* présente une pièce pathologique intéressante.

— *M. Rigal* (de Gaillac) présente quelques échantillons d'un nouveau système de déligation, ayant de la ressemblance avec celui de M. Mayor. Il se plaît à rendre hommage au talent remarquable de ce praticien, et déclare ne présenter son système que comme un perfectionnement de celui du chirurgien de Lausanne. Partout M. Rigal applique des bandages en triangle comme M. Mayor ; mais chaque triangle est fixé par des cordons élastiques en caoutchouc, ingénieusement organisés.

Séance levée après cinq heures.

Maladies épileptiques. Traitement par les cautérisations avec la potasse ; par M. Fiévée de Jumond.

Mon cher confrère,

Il y a déjà long-temps que je dois vous parler d'un résultat thérapeutique très important, je vous le fais connaître bien plus en faveur de l'humanité et dans l'intérêt de la science, que pour satisfaire l'amour-propre attaché trop souvent au droit d'antériorité. Depuis plusieurs années, je poursuis de ma thérapeutique active les maladies épileptiques, je dis les maladies, parce que cette affection cérébro-spinale offre des phénomènes dont la plupart ne sont pas identiques ; cela se conçoit, par suite des différences qui surgissent toujours si facilement des centres nerveux qui donnent origine à cette fatale névrose intermittente. Avant que ma pensée soit nettement rendue et assez éclairée pour éclairer les autres, et avant de publier une doctrine déduite des faits matériellement observés, j'ai l'honneur de vous transmettre les quatre observations ci-jointes, et dont je vous demande l'insertion dans votre journal.

Première observation. M. Burmie, rue Saint-Martin, 63, âgé de quarante-cinq ans, d'une forte constitution, était épileptique depuis quinze ans. Les accès se rapprochaient de mois en mois, se doublaient ordinairement dans les douze heures, et revenaient deux à trois fois dans un mois.

Dix-neuf cautérisations profondes et larges, pratiquées avec la potasse caustique sur la nuque et les parties latérales des vertèbres cervicales et dorsales, par série de quatre à la fois, de six semaines en six semaines, combattirent sans retour cette horrible maladie déjà si ancienne. Depuis trois ans aucune apparence d'accès n'est venue troubler la sécurité du malade et la satisfaction du médecin.

Deuxième observation. M. Weber, âgé de quarante-neuf ans, d'une bonne constitution, rue Saint-Honoré, épileptique depuis six ans, éprouvait des accès d'une énergie redoutable. La forme apoplectique faisait craindre une issue fatale. Dix-sept cautérisations mises par série de quatre à la nuque et sur les parties latérales, et rapprochées du rachis, amenèrent une parfaite guérison. Depuis deux ans il n'a rien éprouvé ; il porte un séton au cou.

Troisième observation. L'enfant de M. Trudan, âgé de deux ans, rue Neuve-des-Mathurins, 18, éprouvait chaque jour divers accès d'épilepsie violente dont les symptômes offraient la forme d'une mort apparente pendant deux minutes, avec un froid cadavérique ; il fut guéri radicalement en six jours par l'emploi de quatre cautérisations à la potasse caustique, pratiquées à la nuque et sur le trajet des vertèbres cervicales. L'enfant n'était pas sous l'influence de la dentition : les vers ne le tourmentaient pas ; rien ne fut indiqué pour détruire ces parasites. Depuis trois ans l'enfant n'a cessé de se bien porter.

Quatrième observation. Un jeune homme de quinze ans, pâtissier, ayant eu de graves habitudes d'onanisme, éprouvait au moins deux fois chaque mois des attaques d'épilepsie. L'accès était toujours suivi d'un délire de plusieurs heures, délire qui réclamait une active surveillance. Six cautérisations, un bon régime, des conseils qui ont maîtrisé les penchans du jeune homme, ont amené, en six mois, une parfaite guérison.

— Je poursuis mes observations sur huit malades, dont quelques-uns offrent de l'amendement. Je vous tiendrai au courant des succès de ma méthode.

— M. Lisfranc reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié, samedi prochain 7 novembre, à huit heures du matin.

— Les consultations publiques et gratuites pour les maladies des yeux, du docteur Carron du Villards, sont transférées rue de l'Observance, n° 6.

Elles ont lieu tous jours de la semaine, de une heure à trois heures, excepté les jeudis.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

SAMEDI 7 NOVEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 132, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Observation d'hydrophobie, recueillie par le docteur Félix ANDRY, chef de clinique.

La femme Hulard (Catherine), âgée de cinquante ans, culottière, demeurant à Paris, est reçue dans le service de M. le professeur Bouillaud, le 17 octobre 1840. Cette malade, d'une constitution assez chétive et qui paraît détériorée et d'un tempérament lymphatico-nerveux, vit dans une misère presque habituelle, et chaque année en général, depuis un temps mal précisé, quand ses ressources pécuniaires ou sa santé habituellement délicate sont le plus en souffrance, elle va passer quelques semaines dans les hôpitaux. Il ne paraît pas qu'elle y ait jamais été conduite par de graves maladies.

Au mois de juillet dernier, c'est-à-dire, il y a près de quatre mois, un petit chien qu'elle élevait s'élança tout d'un coup contre elle et la mordit au nez; puis il s'échappa, mordit un autre chien que ses maîtres effrayés jettèrent à l'eau presqu'aussitôt; dévora, dit-on, un canard, et s'enfuit vers Passy où il fut tué. Notre malade se rendit le lendemain à la consultation chirurgicale de la Charité, où on ne lui prescrivit que des lotions avec de l'eau de Rabel, et quelques jours après sa petite plaie fut cicatrisée. Depuis lors jusqu'ici, sa santé ne paraît avoir subi aucune modification notable; mais avant-hier 15, elle commença à s'altérer. De quelle manière? On n'a pu le savoir; mais ce qu'on a appris, c'est que dans la soirée, quelqu'un lui ayant offert une tasse de thé, elle repoussa ce breuvage avec une singulière expression d'horreur. Le lendemain 16, ses voisins la virent descendre à plusieurs reprises son escalier avec des yeux hagards, des poses plus ou moins bizarres, des cris étranges, exprimant d'ailleurs une souffrance assez vive et une sorte d'étouffement. Ces symptômes s'étant renouvelés ce matin 17, ils se rappelèrent la morsure du mois de juillet, avertirent le commissaire de police qui l'envoya visiter par un médecin. Celui-ci l'ayant vue repousser un verre d'eau avec une expression d'hydrophobie bien caractérisée, n'hésita pas à l'envoyer de suite à la Charité.

Au moment où nous arrivons près d'elle, elle est assise sur son lit, le visage pâle, altéré, les yeux hagards; elle tient à la main un gobelet d'étain à demi-plein d'eau, et de l'autre une cuiller qu'elle y agite convulsivement, et en détournant les yeux comme pour éviter de voir le liquide qu'elle ne peut se décider à boire. Cependant, pressée par nos instances, et après de bien longues hésitations, elle approche la cuiller de ses lèvres et avale précipitamment quelques gouttes du liquide; mais cette déglutition ne s'opère qu'avec des efforts comme spasmodiques et une sorte d'état convulsif, et elle est suivie presque immédiatement de régurgitations et d'éructations analogues à un cri sourd et prolongé. La malade, d'ailleurs, n'accuse autre chose qu'un sentiment de dyspnée, portant sa main sur la région sternale comme pour indiquer le siége principal de son étouffement; sa langue est assez sèche, non saburrale; on n'observe pas de pustules notables à sa face inférieure; il ne s'écoule pas de salive de sa bouche, mais de temps en temps un de ses doigts va chercher sur sa langue une salive visqueuse qu'apparemment elle ne peut avaler. La peau du tronc est généralement d'une chaleur modérée; son pouls est à 108, assez développé; ses extrémités un peu froides. Tous ses mouvemens sont libres. Elle ne souffre ni dans la tête, ni dans la région du dos ou des reins.

Interrogée sur l'historique de sa maladie, elle la rapporte essentiellement à un écoulement vaginal que lui aurait communiqué, il y a plusieurs années, un homme avec lequel elle vit conjugalement. C'est un mal, dit-elle, qui la mine sourdement; elle l'a négligé, n'osant pas le déclarer: elle a voulu le vaincre ou en mourir.

Questionnée sur la morsure indiquée plus haut, elle se la rappelle en effet et la raconte avec des gestes et une pantomime animés et parfois même presque effrayans. Elle donne tous ces détails avec une certaine rapidité d'élocution et une agitation presque continuelle; ses récits d'ailleurs sont souvent interrompus, soit par des éructations dont elle s'excuse chaque fois, soit par des idées plus ou moins incohérentes qui viennent distraire momentanément son attention, mais dont on parvient en général assez facilement à la détourner. Irritée contre l'infirmière qui l'a menacée de la camisole, elle exprime souvent et en termes énergiques sa colère contre elle. Du reste, elle paraît bienveillante pour toutes les autres personnes qui l'approchent. En lui parlant avec douceur, on se concilie très promptement sa confiance. Rien n'annonce qu'elle ait la moindre velléité de mordre. Elle déclare n'avoir pas eu un instant de sommeil depuis plusieurs nuits. On prescrit 60 grammes de sirop de morphine à prendre par cuillerées.

L'état qui vient d'être décrit ayant persisté et s'étant même aggravé dans la soirée et la nuit suivante, M. Demeaux, interne de garde, continua d'observer la malade après notre visite du soir, et il voulut bien nous communiquer une sorte de journal rédigé par lui d'heure en heure. Nous allons en extraire les particularités les plus frappantes.

Huit heures du soir. Toujours assise sur son lit, la malade est agitée; sa respiration est accélérée, et il semble que la suffocation soit imminente. Les hoquets se succèdent par accès, à de courts intervalles. De temps en temps des cris violens. Les extrémités sont froides. Le pouls est petit et dur, à 120. La malade désire boire, et pourtant rien que le bruit du liquide qui tombe dans le verre provoque un mouvement convulsif général, un cri aigu. Elle tient le verre dans sa main et ne peut se décider à l'approcher de ses lèvres: ce n'est qu'en se plaçant à genoux sur son lit et après y avoir été sollicité par de pressantes instances qu'elle finit par se déterminer à avaler quelques cuillerées; encore même la déglutition ne s'en opère-t-elle que convulsivement; parfois même, quand la bouche est remplie du liquide, les lèvres se contractent, et le liquide est rejeté en partie directement, en partie par les narines, et la malade retombe sur son lit avec force et dans une agitation extrême, poussant des cris, et bientôt s'excusant de sa malpropreté, implorant la commisération. Quelques minutes après, elle est plus calme. Le feu qui la dévore intérieurement, dit-elle, est éteint. Peu après la même agitation se renouvelle: mêmes cris, même sensibilité aux moindres excitations, soubresauts des tendons; la salivation devient plus abondante, et tout le lit est mouillé de salive ou de tisane. On lui propose les secours de la religion: elle les accepte avec résignation, cherche à se contraindre, suspend pour un moment sa loquacité habituelle. Au moment où le prêtre pose les doigts sur ses yeux ou ses lèvres, tout son corps s'agite convulsivement.

Neuf heures. L'agitation est plus grande encore: la malade se roule sur son lit; les hoquets sont plus rapprochés et plus violens; même expuition difficile avec sentiment d'horreur quand ses doigts touchent à ses crachats; même envie de boire avec difficulté extrême de la déglutition; même loquacité; sensibilité des plus vives, au point que la plume qui glisse sur le papier l'agite et la fait crier; le pouls est petit, dur et fréquent; la face est altérée; la malade se tient encore sur les genoux.

Dix heures. Agitation moindre. La peau est couverte d'une sueur froide. Les accès de hoquet moins fréquens; dans leurs intervalles, la malade affaiblie se laisse retomber de côté sur son lit; puis, à chaque accès, elle se soulève, pousse des cris, et au milieu de quelques paroles désordonnées, elle demande du soulagement ou la mort. Dans certains momens la face présente un aspect hideux, un rire sardonique contracte ses lèvres, son corps est agité convulsivement, la salive s'écoule de sa bouche, la sensibilité est encore plus exquise. Elle entend ce qu'on dit dans la chambre à voix très basse. Le bruit d'une porte qui se ferme au loin lui arrache des cris. Dès qu'on ranime la clarté environnante en mouchant la chandelle, elle se plaint vivement. Elle pousse des cris quand le gardien ouvre sa tabatière, dégoûtée qu'elle est de l'odeur du tabac. On lui fait aussi pousser des cris en lui touchant la main.

Onze heures un quart. Persistance de l'agitation, lassitude extrême, délire de temps en temps, les paroles entrecoupées de hoquets et de cris perçans.

Minuit. Même état, menaces, grincemens de dents, flux abondant de salive.

Minuit et demi. L'agitation continue, mais les forces s'épuisent, les cris sont moins perçans, les paroles articulées avec peine, la respiration très accélérée. La malade est accroupie sur son lit, la bouche écumante; la peau froide, le pouls presque insensible; elle regarde fixement, s'excuse de la peine qu'elle donne, demande si elle est folle ou enragée, si elle a long-temps encore à vivre.

Une heure. L'affaissement semble faire des progrès; elle demande à manger, à boire même et tous ses efforts sont inutiles; elle peut à peine avaler quelques gouttes de liquide.

Deux heures. Quelques nouveaux accès d'agitation, mais de peu de durée; la malade allait tomber de son lit quand on l'a retenue; jusqu'au matin elle ne change plus de position; elle n'a plus de mouvemens convulsifs, mais pas un instant de repos; même loquacité; salivation considérale; de limpide qu'elle était, la salive est devenue brunâtre, peut-être aussi cette couleur est-elle due à du liquide ramené de l'estomac par régurgitation.

18 octobre, neuf heures du matin. La malade est en proie à une agitation extrême; ses traits sont plus décomposés que la veille; ses idées presque continuellement incohérentes; elle ne cesse de parler, mêlant dans ses phrases les sujets les plus disparates; elle rejette sur ses draps la salive abondante qui s'écoule de sa bouche ou un liquide jaune roussâtre provenant de son estomac et qu'elle regurgite de temps en temps; ses éructations sont d'ailleurs plus fréquentes et non moins prolongées qu'hier. Tombée dans une sorte de prostration, elle ne peut plus rester assise. Les mouvemens des membres sont toujours libres; sa main droite, exposée à l'air, est d'un froid très prononcé; le pouls radial est insaisissable de ce côté. Compté à gauche, il donne 120 à 124 pulsations. Engagée à avaler la salive, elle dit qu'elle ne le peut, parce que cette salive est empoisonnée. Sollicitée à boire un peu d'eau, elle veut tenir elle-même comme hier le gobelet et la cuiller, mais un temps fort long se passe sans qu'elle puisse se déterminer à boire; elle déclare qu'elle boira mieux à genoux sur son lit; aidée de plusieurs personnes, elle essaie, mais en vain, de se remettre dans cette position; on substitue à son verre d'eau pure de l'eau rougie d'abord, puis une potion calmante édulcorée avec du sirop hydrocyanique et l'on parvient assez difficilement à lui en faire accepter quelques cuillerées qu'on présente directement à sa bouche. Un miroir est apporté devant elle; il ne lui inspire pas la même horreur que l'eau; elle se refuse seulement à s'y voir, étant trop laide, dit-elle, pour s'y regarder. Comme elle exprime à chaque instant une antipathie des plus vives pour le tabac et qu'elle semble poursuivie par quelque hallucination relative à cette substance, on lui présente une tabatière; elle la repousse avec des cris.

18, visite du soir. Elle est très calme, boit fréquemment et assez volontiers ce qu'on lui propose, à condition que la cuiller sera présentée bien directement et le liquide ingéré précipitamment. La salivation est moins abondante; les membres supérieurs très froids; le pouls y est insaisissable des deux côtés; compté au cœur, il est à 124; l'auscultation de cet organe n'y fait entendre aucun bruit morbide; on remarque seulement de l'irrégularité et quelques intermittences dans les battemens; il n'y a pas de bruit de diable dans les carotides; la malade répond avec assez de suite aux questions qui lui sont adressées. Les éructations sont assez fréquentes; elle vient d'uriner dans son lit. Pas de selles depuis son entrée. Le ventre est souple et indolent.

A onze heures du soir, elle meurt sans avoir présenté aucun nouveau phénomène bien notable et après un affaissement gradué.

20 octobre. Autopsie, trente-quatre heures après la mort.

On observe à la partie moyenne du dos du nez une petite cicatrice linéaire, longue de deux millimètres environ, résultat de la morsure du mois de juillet. La cavité buccale, la face inférieure de la langue et le pharynx, examinés avec soin, n'offrent rien de notable; vers la partie moyenne et inférieure de l'œsophage on note une réunion de petites ecchymoses noirâtres, rapprochées et presque confondues, occupant une étendue longitudinale de quatorze à quinze centimètres. Rien autre chose dans le tube digestif ou ses annexes.

Les organes génitaux internes et externes ne présentent aucune lésion.

Les poumons et le cœur sont sains.

Appareil encéphalo-rachidien. Les méninges sont un peu injectées; généralement la substance cérébrale est de bonne consistance. Pas d'épanchement dans les ventricules; la moelle allongée seulement, et notamment ses prolongemens, présentent un peu de ramollissement. La moelle vertébrale et ses membranes sont à l'état normal.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

ÉRYSIPÈLE SIMPLE OU ÉRYSIPÈLE PROPREMENT DIT.

(Suite du numéro précédent.)

Nous aurions bien encore un mot à dire sur cette méthode vantée par Thompson et revendiquée en France par M. Lassis, qui consiste à cribler de mouchetures la surface enflammée, comme on le fait pour les membres œdématiés.

Mais c'est un moyen qu'il faut abandonner à toutes sortes de titres: il est d'abord complètement inutile et expose ensuite à des cicatrices, à des difformités; pratiqué au tronc ou aux membres inférieurs chez les hommes qui n'en éprouveraient pas de répugnance, il pourrait tout au plus favoriser un peu le dégorgement de l'inflammation, mais jamais il ne l'arrêtera, ne lui fera subir aucune modification remarquable.

Nous en dirons autant des scarifications, qui n'ont été pratiquées et conseillées dans le traitement de l'érysipèle proprement dit que par suite de la confusion qu'on en a faite avec l'érysipèle phlegmoneux, contre lequel ce moyen a des avantages que nous avons signalés d'autre part.

Ainsi, jusqu'à présent, dans la série des remèdes que nous avions à passer en revue, nous n'en avons encore trou-

vé que d'inutiles que nous avons rejetés ; voyons donc si dans ceux qui nous restent à examiner, il ne s'en trouvera pas quelques-uns bons à conserver; ce sera alors parmi les topiques proprement dits, les pommades, les lotions, etc., dont la plupart ont acquis assez de réputation, et qui à cet égard, méritent d'être jugés, afin que l'on sache d'abord s'ils ne sont pas dangereux, et puis s'ils sont aussi utiles qu'on l'a généralement dit et répété.

Parmi tous ceux-ci, on a distingué particulièrement l'emploi du camphre, des irrigations froides, des lotions alcooliques, de la pommade mercurielle et de l'axonge.

Comme nous l'avons déjà dit, Pinel n'avait fait grâce à aucun topique, et les avait tous proscrits; dans son exaspération, il était même allé jusqu'à dire que toute espèce était dangereuse ; c'est une exagération à laquelle on a eu tort de croire jusque dans ces derniers temps, car on sait bien aujourd'hui que si leur application est presque toujours inutile, au moins elle n'est jamais nuisible ; il est vrai même de dire que de leur emploi on peut parfois retirer quelque soulagement ; voilà l'opinion générale que nous avons à en formuler ; voyons maintenant un peu leur valeur relative.

Ainsi, le camphre que M. Malgaigne a employé un peu d'après M. Gama, et dont il s'est servi d'abord en poudre, puis en solution alcoolique, est un médicament dont l'efficacité n'a jamais été démontrée ; sous son influence la durée de l'érysipèle n'a jamais été abrégée d'un seul jour de sa période ordinaire, la maladie n'a subi aucune modification ; il est donc impossible de croire à la vertu d'un tel remède ; et d'ailleurs, ayant été abandonné par ceux même qui voulaient le croire bon, il ne peut plus qu'être mis tout à fait de côté.

Nous en dirons tout autant des lotions d'alcool simple ou d'alcool camphré, qui ne méritent pas plus de confiance, d'après les épreuves qui en ont été faites.

Quand aux irrigations d'eau froide, ce qu'il y a eu de plus marquant dans l'administration de ce remède, c'est l'engouement avec lequel son usage a été d'abord préconisé et reçu, engouement d'ailleurs pareil à celui qui s'attache à toutes les choses nouvelles et qui a fini aussi par ne pas avoir d'autre justification. Mais c'était en premier lieu des succès incroyables ; on n'avait pas de bornes à donner aux bienfaits de cette médication, on pouvait tout espérer d'un moyen si précieux ! Ainsi, plus d'inflammations redoutables, plus de membres à couper, etc., etc. ; c'était merveille. M. Josse, grand propagateur de cette méthode excellente pour tous les cas, rapporta quelques observations d'érysipèles guéris de cette façon. Les uns y crurent, mais d'autres voulurent y voir de plus près et ne tardèrent pas à être convaincus de l'inutilité de ce remède comme de celle de tant d'autres également vantés à l'excès. Il faut toujours se défier de ce qui réussit si bien ; on vit, en effet, que sous l'influence des irrigations d'eau froide la durée de la maladie était absolument la même et qu'elle ne subissait aucun changement ; on reconnut de plus que ce moyen était souvent gênant et désagréable, qu'il exposait singulièrement à l'apparition des rhumes, des rhumatismes et de mille autres inconvéniens, ce qui l'a fait reléguer bientôt et le maintient encore au rang de ceux auxquels il ne faut pas penser.

Nous arrivons maintenant à parler de l'emploi de l'onguent mercuriel et de l'axonge, deux topiques auxquels on a fait une réputation si étendue qu'il y a presque de l'audace et de la témérité à venir les attaquer ; cependant assez d'expériences ont été consommées, et trop de faits concluans en sont résultés pour que nous n'ayons pas le droit de dire notre pensée et l'espérance de faire partager notre conviction exprimée ici nombre de fois depuis cinq ans.

M. Velpeau dit avoir essayé à l'infini, ensemble et successivement, l'onguent mercuriel, l'axonge, les pommades au précipité blanc, au deuto-chlorure de mercure pur, les lotions d'acide acétique, citrique, etc., sans que de toutes ces expérimentations il sait résulté pour lui aucun avantage appréciable.

L'usage de la pommade de précipité blanc, ajoute-t-il, a été sur le point de l'induire en erreur pendant une ou deux semaines ; quelques cas, en effet, avaient d'abord semblé céder spontanément au bout de cinq ou six jours; mais bientôt tous les autres n'ont apporté aucune modification dans l'intervalle de dix à douze jours, période au bout de laquelle la maladie s'est éteinte d'elle-même ; en sorte qu'il a fallu mettre encore ce topique dans la catégorie de tous les autres qui ont le bonheur d'être administrés à la même période de terminaison et gagnent ainsi un faux renom de vertu spécifique que leur fait attribuer le hasard, en cachant leur inutilité sous l'apparence d'une guérison qui n'est due à rien autre chose qu'à la fin toute naturelle de l'affection.

Il semble même, au dire de M. Velpeau, que cette pommade au précipité blanc contribue à entretenir l'inflammation et à la prolonger.

Quant aux autres remèdes indiqués plus haut comme ayant été essayés en même temps, rien de plus inutile et et par conséquent de meilleur à être mis de côté.

Il ne nous reste donc que deux topiques à examiner sérieusement : l'onguent mercuriel et l'axonge.

Les expérimentations avec le premier de ces topiques eurent lieu en Amérique, par M. Davies et M. Gibson, pendant que Astley Cooper essayait aussi l'axonge. Là se trouva le sujet de quelques discussions de priorité, qui n'offrent qu'un médiocre intérêt ; moi-même, dit M. Velpeau, j'aurais pu en réclamer une part, mais je ne l'ai pas fait, d'abord parce que c'était inutile, et puis parce que d'autres ayant proposé ce moyen depuis 1812, sans le mettre en pratique, n'en auraient pas moins voulu avoir le pas sur ceux qui ne l'ont expérimenté qu'en 1830.

Quoi qu'il en soit, ajoute M. Velpeau, j'ai essayé l'usage de l'onguent mercuriel avant celui de l'axonge, à l'hôpital de la Pitié. J'étais en train de recueillir mes observations, et une vingtaine déjà semblaient me porter à croire que l'emploi de ce topique pouvait bien abréger un peu la durée de la maladie, lorsque quelqu'un vint à faire publier que ce remède était héroïque dans le traitement de l'érysipèle ; me tenant en garde contre cette exagération, et voulant étudier davantage les effets prétendus merveilleux de ce médicament, je différai à faire connaître les résultats tout simples que j'avais obtenus. Il semble que cette réserve m'ait porté malheur, car, à partir de cette époque, j'eus, dans l'administration de ce moyen, des insuccès complets et presque constans; ce spécifique continua néanmoins d'être vanté par M. Serre, d'Uzès, et beaucoup d'autres. Je ne pus m'empêcher de dire, dans mes leçons, ce que je pensais de son inutilité ; on prétendit alors que je ne voulais faire que de l'opposition systématique, et j'excitai la colère de quelques chauds partisans. J'aurais voulu, par exemple, qu'on m'opposât d'autres raisons pour me convaincre de mon erreur; mais on me dit : que je faisais des *frictions* et non des *onctions*, et que je me servais d'onguent qui n'était pas frais. Je regarde le premier reproche comme une futilité ; quand au second, il est mal fondé, puisque expérimentant dans les hôpitaux, je n'avais à ma disposition d'autre onguent que celui fourni dans tous les établissemens par la pharmacie centrale, qui est par conséquent le même partout, et qu'employaient également ceux-mêmes qui ne trouvaient pas le mien bon. On a dit ensuite que ce n'était pas, comme je le faisais, par grains ni par gros qu'il fallait se servir de ce topique, mais par onces et cela répété toutes les deux heures. En admettant même l'utilité de ce moyen, je ne comprends pas quel avantage on pourrait avoir à couvrir la surface enflammée de plusieurs couches superposées d'onguent ; une fois qu'elle en est enduite à une ligne ou deux d'épaisseur, à quoi servirait d'en amasser des onces, des livres entières ? C'est ce que nous avons déjà fait remarquer, en indiquant l'emploi de la pommade mercurielle dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux.

Mais la véritable et seule bonne raison que ces messieurs n'ont ni trouvée ni donnée, reprend M. Velpeau, celle que je leur présente en toute confiance pour expliquer la différence d'opinion qui nous partage sur la valeur du topique en question, c'est toujours cette malheureuse confusion avec laquelle ils ont traité de la même manière des cas d'espèce toute différente. Ainsi, se servant de l'onguent mercuriel contre un érysipèle phlegmoneux, la phlébite ou l'angéioleucite, quand ils croyaient avoir affaire à un érysipèle proprement dit, et réussissant la plupart du temps, ils s'imaginaient triompher de cette dernière espèce d'affection ; de là leur erreur de bonne foi, provenant de ce qu'ils s'étaient trompés dans l'application. On a pu encore traiter quelquefois de cette manière le véritable érysipèle simple, et croire à des succès légitimes, si on employait la pommade au moment de la période naturelle de terminaison, et sans calculer que la maladie allait s'éteindre d'elle-même sans l'usage de ce topique.

Tout ceci fait comprendre comment l'emploi de ce remède a gagné sa réputation non méritée dans le traitement de l'érysipèle simple, contre la nature duquel il est absolument inutile. C'est là une conviction acquise pour M. Velpeau, de l'observation consciencieuse de plus de 150 faits qu'il a examinés depuis dix ans, et d'où il est résulté pour lui la certitude complète que l'usage de l'onguent mercuriel n'arrête jamais la marche de l'érysipèle proprement dit; il peut tout au plus modérer un peu la chaleur de la surface enflammée, calmer la douleur, diminuer quelquefois l'intensité de l'inflammation; tels sont ses seuls avantages. Mais, d'un autre côté, c'est un moyen qui répugne à beaucoup de personnes, est dégoûtant et incommode, qui salit horriblement et gâte le linge. Toutes ces considérations, bien que secondaires, ne sont point à dédaigner cependant dans la pratique civile, où une autre difficulté plus grave se présente : nous voulons parler de l'analogie que ce traitement présente avec celui des maladies syphilitiques, où l'on sait que l'emploi de cette pommade est très usité; ceci devient donc un puissant motif de répugnance pour beaucoup de personnes, qui craignent d'abord de donner sujet à des suppositions désagréables, et qui redoutent sans doute encore plus les dangers que l'on dit attachés à l'administration du mercure ; c'est qu'en effet, sans les exagérer, les frictions mercurielles, pratiquées pour n'importe quelle cause, et faites surtout avec les quantités dont nous parlions tout-à-l'heure, ne tardent pas à amener, comme moindre inconvénient, une salivation abondante et tous les accidens consécutifs qui peuvent rendre cet effet dangereux, d'où il suit, qu'en ville surtout, il ne faut se décider à prescrire l'usage de l'onguent mercuriel que quand on est bien sûr de son utilité ; et certes ce ne doit pas être dans le traitement de l'érysipèle proprement dit. Nous avons indiqué précédemment quelle était la valeur de sa spécificité contre le phlegmon diffus.

Quant à l'axonge, M. Velpeau l'a essayé à la Pitié, en 1831, et avoir bientôt reconnu qu'elle faisait tout autant que l'onguent mercuriel, c'est-à-dire rien du tout contre la nature de l'érysipèle proprement dit ; elle peut seulement aussi, comme cet autre topique, adoucir un peu l'inflammation, en modérer l'intensité ; et à ce titre, elle devrait être employée préférablement à la pommade mercurielle, d'autant mieux qu'elle est moins sale, qu'elle n'entraine pas les mêmes motifs de répugnance pour son administration, qu'elle n'expose pas aux inconvéniens de la salivation ni à aucun de tous les autres qu'on redoute avec le mercure, et qu'en général son usage est soumis à moins de difficultés.

Voilà donc ce que nous avions à dire sur tous ces topiques si vantés, parmi lesquels nous n'en avons trouvé aucun qui soit véritablement utile ; leur quantité si grande n'est donc qu'une richesse qui, en réalité, appauvrit plutôt la thérapeutique, si elle ne la rend ni plus efficace ni moins embarrassée ; et le médecin qui se fie à tant de moyens, s'il ne les a pas appréciés, ressemble, qu'on nous permette cette comparaison, à un homme qui, riche de beaucoup de monnaie de mauvais aloi, et qu'il croit être bonne, se lance avec sécurité dans des spéculations, prend sans aucun souci des engagemens qu'il est bien désappointé de ne pouvoir remplir, quand il s'aperçoit, à la fin, que les ressources sur lesquelles il comptait sont une vaine chose, un objet sans valeur. Ainsi le praticien confiant se tient tranquille parce qu'il est sûr de tant de moyens qu'il a entendus vanter, et, croyant à leur efficacité prétendue, il s'en fait une réserve forte et assurée, et ne s'occupe pas d'en chercher d'autres.

Cependant, il le faut, c'est un devoir pour celui qui vient à être détrompé sur la valeur des remèdes qu'il avait crus bons ; mais c'est dans un autre ordre d'idées qu'il faut chercher les moyens de mieux réussir.

Essai d'un nouveau topique.

Pour son compte, M. Velpeau, pénétré de cette opinion que l'érysipèle était une espèce *d'empoisonnement*, soit par la formation de quelque principe délétère qui se serait développé à l'intérieur, soit par le transport de cet agent pernicieux de l'extérieur à l'intérieur, songea qu'il faudrait attaquer ce principe, cet agent, par l'emploi d'une substance capable d'aller modifier les élémens qui entrent dans la composition du sang, et il pensa de suite à l'administration du fer. Voulant l'employer comme topique, c'était évidemment à l'état de sel qu'il fallait s'en servir; restait donc à choisir parmi toutes les combinaisons de ce métal.

M. Velpeau se rappela, dit-il, avoir lu dans un livre d'hippiatrique que les plaies des chevaux guérissaient parfaitement sous l'influence du vitriol vert ou proto-sulfate de fer ; c'était même chose bizarre de voir l'auteur de ce livre raconter avec tout son sérieux scientifique les effets merveilleux de ce médicament qui agissait même à distance ; on sait, en effet, qu'il porte quelquefois le nom de poudre sympathique de Digby. Nous ne nous arrêterons pas, même pour en rire, à ces idées ridicules qui faisaient attribuer la plus heureuse efficacité à ce remède quand on l'avait exposé à la rosée pendant les nuits de juin, surtout à la St-Jean, dans les prés où paissaient les chevaux; aux cures miraculeuses qu'on obtenait en trempant seulement dans ce spécifique un linge qui avait touché les plaies des animaux, etc. D'autres sans doute faisaient l'inverse et appliquaient sur le mal un linge imbibé du remède ; ceci pouvait au moins amener plus vite une guérison qui, en toute circonstance, ne pouvait être due qu'au temps et aux conditions dans lesquelles la maladie pouvait se trouver ; mais toujours est-il vrai qu'on put songer sans déraison à tenter ici l'essai de ce remède avec d'autant plus de chances de réussite qu'on le mettrait en rapport direct avec le mal. Alors M. Velpeau fit d'abord faire une solution de sulfate de fer, qui après plusieurs expériences, fut fixée à la proportion de 30 grammes (une once) de sel de fer pour 500 grammes (une livre) d'eau. Mais ce médicament liquide n'était pas commode à appliquer partout, au visage, par exemple, au crâne, dans les cheveux ; et puis, ailleurs, il fallait le renouveler trop souvent; il faisait refroidir les parties mouillées et exposait à mille inconvéniens. On en vint donc à une pommade composée de 4 grammes (un gros) de sulfate de fer pour 30 grammes (une once) d'axonge. Mais un autre désagrément résulta de la difficulté qu'on a, à ce qu'il paraît, à faire exactement le mélange de ces deux corps. La pommade n'était point partout homogène ; le sulfate de fer, imparfaitement divisé, restait en grumeaux dans certains points ; avec du soin et du temps pour cette opération, en porphyrisant le sel, par exemple, on pourrait arriver à bien le mélanger.

Quoi qu'il en soit, sous l'influence de cette préparation de fer administré, soit en lotion, soit en pommade, il est certain que les plaques érysipélateuses ont subi une modification sensible, et pour leur durée, et pour l'intensité de l'inflammation ; il est vrai de dire que par l'emploi de la solution ferrée, la modification est plus prompte et plus favorable que par celui de la pommade; car dès le lendemain de son application, la surface enflammée a perdu sa rougeur, la chaleur a disparu, la douleur est presque nulle, et dans l'intervalle du jour qui suit, toute l'inflammation semble anéantie dans cet endroit ; en sorte que sur toute plaque érysipélateuse attaquée de cette façon, l'inflammation n'a jamais résisté plus de deux jours sans être tout à fait éteinte ; c'est là une modification certaine et un résultat qui a été constamment obtenu. Or, nous avançons que jusqu'à présent ce topique est le seul qui arrête aussi brusquement l'érysipèle, et l'on ne pourra pas venir nous dire que son emploi et son succès ne sont comme pour les autres qu'une concordance fortuite avec la terminaison naturelle de la maladie, puisque appliqué le premier jour et sur la première plaque qui paraît, son effet ne manque pas, mais aussi, malheureusement, il se borne à éteindre l'inflammation là seulement où elle existe actuellement, sans prévenir toujours la formation de plaques consécutives, ni empêcher la maladie de suivre toute la période qu'elle doit parcourir. C'est en vain que

l'on applique le remède non seulement sur toute la partie actuellement malade, mais encore bien au-delà sur toutes les surfaces qui l'environnent, quand on est parvenu à éteindre en deux jours l'inflammation sur la place où on l'a attaquée : cela n'empêche pas qu'une autre plaque vienne aussitôt se montrer à côté aussi étendue, aussi intense ; on la combat alors comme la précédente, on en triomphe de même, et on se résigne ainsi à poursuivre ainsi la maladie dans toute la continuité de la marche qu'elle doit avoir, puisqu'on n'y peut mettre aucun obstacle. Ceci prouve à la fois la spécificité de ce topique, quant à son action locale sur les phénomènes patens de l'inflammation érysipélateuse, mais aussi son impuissance égale à celle des autres contre la cause interne qu'il ne modifie pas. On voit que ce médicament efface rapidement sur place la maladie, mais qu'il ne l'empêche pas de se reproduire et de parcourir toutes ses périodes. Comment cela se fait-il ? c'est ce que l'on ne sait pas.

En tous cas ces préparations de fer, mises en usage d'une manière ou de l'autre, malgré les avantages incomplets et encore trop peu satisfaisans que nous en avons retirés jusqu'ici, ne nous semblent pas moins le topique le meilleur, le seul bon à employer ; puisque sur chaque plaque qui survient, il ne laisse subsister l'inflammation que deux jours au plus, au lieu de trois et même quatre, il est clair qu'il peut ainsi abréger la durée totale de la maladie au moins d'un tiers, toute sa marche étant parcourue. De plus, il est d'une application facile, peu gênante, et qui doit convenir à tout le monde ; seulement il comporte aussi le désagrément de salir le linge, de manière à ce que les moyens ordinaires de nettoyage ne suffisent pas pour le blanchir. On pourrait sans doute y parvenir en cherchant quelque combinaison chimique qui enlevât les taches laissées par cette préparation ; mais c'est là un inconvénient qui n'imposerait qu'un léger sacrifice d'intérêt, auquel bien souvent on s'assujétirait volontiers dans la pratique particulière.

En résultat, ce moyen, dont l'expérimentation a jusqu'à présent encouragé l'emploi, nous paraît mériter l'attention des praticiens ; il faut en faire sérieusement et avec soin l'essai fréquent et multiplié, avant de vouloir qu'il soit mis au rang des remèdes inutiles, ou de prétendre que l'expérience a consacré ses avantages.

Nous pouvons ajouter que les mêmes expériences ont été faites avec le citrate, le nitrate, l'hydrochlorate de fer ; mais que toutes ces préparations n'ont jamais offert le moindre résultat, et que le sulfate de fer seul a fait subir aux érysipèles la modification locale que nous avons indiquée.

Érysipèles complexes.

Enfin pour ne rien omettre de ce qui peut compléter l'histoire des inflammations érysipélateuses de la peau et des tissus sous-jacens, nous terminerons par quelques indications concernant les cas où les différentes sortes de phlegmasies que nous avons étudiées affectent à-la-fois la même partie d'un membre ou du corps d'un individu.

C'est assez commun, en effet, de voir les différentes variétés d'inflammations dont nous avons parlé, réunies l'une à l'autre, sauf cependant la phlébite externe, qui existe le plus souvent seule et s'associe plus rarement aux trois autres, quoique cela arrive encore assez souvent.

Mais attendu que l'angéioleucite, le phlegmon diffus et l'érysipèle proprement dit emportent partout où ils vont, soit seuls soit réunis, leurs caractères distinctifs, rien n'est si facile que de les reconnaître, qu'ils existent ensemble ou séparément, d'après les connaissances que nous avons. Une fois le diagnostic de chacune de ces affections établi d'une manière sûre et exacte, il ne faut plus voir de confondu entre elles que leur existence simultanée, car la marche ordinaire qui appartient à l'une ne sera point celle qu'elle suivra étant réunie à l'autre ; les deux affections ensemble ne se comportent point comme elles l'eussent fait séparément, attendu qu'elles se modifient, qu'elles se dénaturent mutuellement, d'où il résulte que le pronostic alors doit essentiellement varier, et que le traitement spécial propre à l'un ou l'autre genre de maladie ne convient plus du tout quand il faut les combattre plusieurs à la fois.

Ainsi, soient un érysipèle proprement dit, et un phlegmon diffus existant simultanément sur la même partie du même membre d'un individu, on les reconnaîtra, et l'on s'assurera bien de la nature individuelle de chacun d'eux, à l'existence des caractères particuliers que nous leur avons assignés précédemment, et dont les principaux sont, pour l'un : engorgement douloureux, empâtement des tissus qui cèdent facilement sous le doigt, et conservent la trace de la pression ; chaleur mordicante, réaction générale plus ou moins vive, etc. ; pour l'autre, plaque enflammée, d'un rouge paille, à bords festonnés et présentant un relief, douloureux au simple frôlement, et moins sensible à la pression, etc. Ceci bien établi, il n'y a plus à méconnaître l'existence bien certaine de ces deux affections; mais c'est là tout ce qu'elles auront de commun; il faut donc d'abord être très réservé sur le pronostic, qui n'est plus le même que quand l'une ou l'autre existent isolément ; il est, dans ce cas, encore plus fâcheux que le plus grave des deux.

Mais quoique le danger de l'une et l'autre affection semble se réunir, ce n'est pas une raison pour songer à le combattre par l'ensemble des moyens qui pourraient triompher séparément de chacune d'elles ; ainsi, en effet, contre les deux espèces d'érysipèle réunies, il sera impossible de réussir par le seul emploi ni de la pommade ferrée ni de la compression, parce que ces deux moyens ne conviennent spécialement qu'à chacune de ces affections, et que l'existence de l'une anéantirait le bénéfice du remède spécifique à l'autre, si d'ailleurs elle n'en empêchait pas l'application. Alors, dans ce cas, la mortification qu'entraîne le phlegmon diffus, devenant presque inévitable, il faut tâcher d'en amoindrir les effets, d'en conjurer les accidens, par les frictions mercurielles à haute dose si c'est au visage ; ailleurs, par les incisions et les scarifications, et surtout les larges vésicatoires volans.

Ce sera le cas aussi de tenter plus que jamais les modifications que peut amener l'influence du traitement général qui ne change pas, et qu'on pourra diriger avec activité.

Si l'on a l'association de l'angéioleucite avec l'un ou l'autre du phlegmon diffus ou de l'érysipèle simple, quelquefois avec les deux, comme nous en avons eu un exemple chez l'individu couché au n° 37 de la salle Sainte-Vierge, on remarquera d'abord les symptômes particuliers à chacune de ces affections, qui les feront différencier facilement, et qui pour l'angéioleucite sont principalement : ces stries rougeâtres parcourant la surface du membre, ces engorgemens en noyau dispersés dans toute son étendue sur le trajet des ganglions lymphatiques, une fièvre vive, soif ardente, pouls petit et fréquent, etc. Après avoir constaté tous ces phénomènes propres à chacune de ces maladies, on les verra ensuite disparaître successivement, d'abord ceux appartenant à l'érysipèle proprement dit, puis ensuite les accidens de suppuration et de mortification du phlegmon diffus, enfin ceux de l'angéioleucite.

Eh bien ! dans ce cas, comme précédemment, il ne faudra point employer les moyens spéciaux qui pourraient triompher de l'une ou de l'autre affection isolée, mais dont le bienfait serait modifié, détruit par l'existence des autres, ou dont l'usage pourrait exaspérer les effets de celles-ci ; on aura encore recours à ces moyens mixtes qui conviennent à tout, tels qu'une médication générale active, les incisions, les scarifications, les vésicatoires, les frictions mercurielles, tous remèdes propres à combattre au moins l'intensité et la gravité des deux affections les plus redoutables, sauf à revenir ensuite pour le traitement de celles-ci au mode de compression qui pourra leur être avantageux quand auront disparu les symptômes de l'érysipèle simple qui aurait rendu ce moyen primitivement inutile.

(La fin à un prochain numéro.)

De l'usage de la pommade sulfureuse dans le traitement de la variole; par M. le docteur MIDAVAINE, membre correspondant de la Société de médecine Gand.

De tout temps j'ai vu avec peine, avec inquiétude, les ravages et les dangers auxquels sont fréquemment exposés les enfans qui contractent la variole ; depuis longtemps aussi je me suis demandé si les phénomènes d'irritation gastro-intestinale qui précèdent ou accompagnent cette maladie (l'éruption), et ceux qui se développent pendant le cours de cette affection, comme irritation cérébrale, pulmonaire, intestinale, etc., n'étaient pas plutôt des phénomènes sympathiques de l'inflammation plus ou moins véhémente de la peau, que ceux d'une cause spécifique dont le siége primitif et la nature ne nous étaient pas bien connus...

J'ai souvent pensé que si l'on parvenait à arrêter la marche des pustules, à enrayer les progrès de l'inflammation de la peau qui l'accompagne, l'on saperait, si je puis m'exprimer ainsi, la maladie dans ses fondemens, et c'est ce qui semble avoir parfaitement réussi à l'aide des frictions sulfureuses.

Imbu du préjugé que beaucoup de médecins ont encore de nos jours, qu'il faut, autant que possible, faciliter le travail de l'éruption variolique, et que tout moyen opposé à son développement est dangereux et peut occasionner des métastases pernicieuses, j'ai long-temps balancé, je l'avoue, avant de recourir à ce moyen. Mais, considérant que ce traitement a pour but, non de prévenir l'éruption, de l'arrêter dans sa marche (car elle ne cesse pas d'avoir lieu), mais de prévenir, d'empêcher les pustules de tomber en suppuration ; m'étant dit d'ailleurs qu'en agissant avec prudence, avec précaution, et d'abord sur des varioles bénignes, je parviendrais bien, s'il le fallait, en m'arrêtant à temps, à prévenir tout accident grave ; réfléchissant en outre que dans le plus grand nombre des cas, cette médication ne pouvait faire courir aux malades de plus grands dangers que ceux qu'ils couraient déjà par la nature du mal dans le traitement ordinaire ; enhardi surtout par la pensée du service que rendrait à l'humanité ce lui qui parviendrait à borner, dès son début, les progrès d'une maladie qui, si elle ne compromet pas toujours la vie des malades, ne laisse pas, du moins le plus souvent, de les exposer à la perte de la vue ou à des cicatrices indélébiles, cicatrices qui les défigurent parfois à un tel point, qu'elles les rendent méconnaissables, je me suis décidé, et je crois avoir atteint le but que je m'étais proposé...

La pommade dont je fais usage a le double avantage de prévenir la suppuration des pustules et les cicatrices qui en sont les suites ordinaires. Elle consiste dans un mélange d'un gros et demi à deux gros de fleurs de soufre (un gros et demi pour les varioloïdes, deux gros pour les confluentes) sur une once d'axonge, avec lequel on frictionne légèrement, et trois fois le jour, toutes les parties de la face et du corps recouvertes de pustules. Plus l'éruption se rapproche de son début, plus aussi il y a de chances de succès : l'on voit alors les petits boutons se resserrer, se durcir complètement au lieu de se dilater, la peau se dégonfler et l'irritation gastro-intestinale disparaître entièrement ; il est rare, même dans les cas de variole confluente, que les malades ne recouvrent de suite l'appétit et ne demandent des alimens. Tout ce que je puis assurer de certain, c'est que tous ceux que j'ai traités jusqu'ici se sont immédiatement trouvés mieux peu de jours après l'emploi de la pommade, et qu'ils m'ont de suite demandé de la nourriture.

Il est, je pense, inutile de dire que si des phénomènes d'inflammation locale se manifestaient dans un organe pendant le cours de ce traitement, ce que du reste je n'ai pas observé, que, dis-je, rationnellement parlant, l'emploi de la pommade sulfureuse ne devrait pas être le remède exclusif, et que rien n'empêcherait, en pareil cas, de recourir, selon l'indication, à tout autre moyen thérapeutique nécessaire.

Voici les noms de presque tous les individus que j'ai eu occasion de soumettre à l'usage exclusif de la pommade, depuis que j'en ai adopté l'emploi, et dont aucun n'a, pour ainsi dire, conservé de trace de la variole.

1° Julien Dupont, soldat au 1er régiment de ligne, 3e bataillon de voltigeur. Entré à l'hôpital militaire de Liége le 8 mars 1840, après sept jours d'invasion de la maladie et trois de l'éruption d'une varioloïde. Dupont avait été vacciné dans son enfance. Il a été guéri complètement en peu de jours.

2° Jean Senkens, soldat au 1er de ligne, 2e bataillon, 3e compagnie, entré à l'hôpital le 8 mars 1840, aussi atteint de varioloïde, guéri en peu de jours. Il a été vacciné dans son enfance.

3° Pierre Sénésael, soldat au 3e régiment d'artillerie, 17e batterie montée. Entré à l'hôpital le 21 mars, atteint de varioloïde, guéri en peu de jours.

4° Emile Delrue, brigadier au 3e régiment d'artillerie ; même batterie que le précédent. Entré à l'hôpital le 23 mars pour une variole confluente, au troisième jour de l'éruption. Il a été vacciné dans son enfance.

Les pustules très rapprochées laissaient peu d'espace entre elles ; le malade était abattu, il éprouvait une sorte de brisement dans les membres, un malaise général accompagné de soif, de chaleur à la peau, etc. ; complètement guéri en quelques jours.

5° P.-F. Haerens, soldat au 1er de ligne, 1er bataillon, 1re compagnie, entré à l'hôpital, le 23 mars, pour une varioloïde, au deuxième jour de l'éruption, guéri en fort peu de temps. Il n'a jamais été vacciné.

6° Toussaint Delhaye, soldat au 1er de ligne, 1er bataillon, 2e compagnie, entré à l'hôpital le 11 avril, atteint de variole confluente, a été vacciné dans son enfance ; guéri sans garder pour ainsi dire de traces de sa maladie.

7° Georges-François Declerq, soldat au 3e régiment d'artillerie, 20e batterie de siége. Entré à l'hôpital le 9 avril, au quatrième jour de l'éruption d'une variole confluente ; il a été vacciné dans son enfance. Chez cet individu les pustules de la face étaient confondues et la peau excessivement tuméfiée. Ce gonflement qui s'étendait aux lèvres et à la langue, recouvertes aussi de pustules, empêchait presque le malade de parler, et l'irritation des voies gastro-intestinales était assez grande pour me causer de l'inquiétude. Au bout de deux jours tous les symptômes alarmans disparurent, et Declerq demanda des alimens. Radicalement guéri et sans traces apparentes de la maladie, si j'en excepte quelques-unes au front et aux environs du nez, qui résultent, d'après l'aveu même du malade, de ce qu'il s'est gratté.

8° Martin-Joseph Demaret, enfant de troupe au 1er de ligne, n'a pas été vacciné. Entré à l'hôpital le 18 avril, au troisième jour d'une variole discrète, il a été guéri en peu de jours.

9° Paul-Joseph Charlier, soldat au 1er régiment de ligne, 2e compagnie du dépôt. Entré à l'hôpital le 19 avril pour une variole discrète, au quatrième jour de l'invasion, deuxième de l'éruption ; il a été vacciné. Chez ce malade la muqueuse palatine était recouverte de pustules.

10° Léon Laga, soldat aux sapeurs-mineurs, entré à l'hôpital le 1er avril pour une bronchite aiguë, atteint spontanément d'une variole discrète le 21 du même mois. Au troisième jour de l'éruption, les pustules de la face se touchent, tant elles sont nombreuses, et le malade a du délire pendant la nuit, se lève et court en chemise dans une salle voisine. Deux frictions seulement avec la pommade lui avaient été administrée pendant le jour ; continuation des frictions le jour suivant. Le délire ne reparaît plus, et à la visite du lendemain, le malade demande demande des alimens.

11° Félix Degrande, soldat à la 8e compagnie des sapeurs-mineurs, entré à l'hôpital le 25 avril, atteint de variole discrète, au cinquième jour de l'invasion, troisième de l'éruption, n'ayant pas été vacciné. Guéri.

12° Charles Tanghe, soldat au 1er de ligne 2e bataillon, grenadier, n'a pas été vacciné ; entré à l'hôpital le 28 avril pour une variole discrète, guéri en peu de temps.

13° Dieudonné Foccroul, soldat à la 3e compagnie du 1er bataillon du 1er régiment de ligne, entré à l'hôpital le 29 avril pour une varioloïde.

Ce malade nous a assuré qu'il avait été atteint de la variole dans son enfance, vers l'âge de deux ans, quoiqu'ayant été vacciné antérieurement.

(Il serait intéressant de savoir jusqu'à quel point cette assertion est vraie ; car, en pareil cas, que deviendrait la revaccination? puisque la rénovation totale du corps ne pouvait pas encore s'être opérée chez lui à l'époque où il contracta la variole).

14° Corneille Mayens, soldat au 1er de ligne, 2e compagnie du dépôt, a été vacciné ; entré à l'hôpital le 6 mai, pour une variole discrète, il est aujourd'hui complètement guéri.

15° Charles Dobbelard, soldat aux sapeurs-mineurs, 7e compagnie, entré à l'hôpital le 10 mai, pour une variole discrète, a été vacciné. Guéri.

16° Jean-Jacques Heugens, soldat aux sapeurs-mineurs-mineurs, 3e compagnie, entré à l'hôpital le 11 mai, pour une variole des plus confluentes au sixième jour de l'invasion, troisième jour de l'éruption. Il dit avoir été vacciné par sa sœur, dans son enfance. Au quatrième jour, l'éruption apparaît de plus en plus ; le gonflement de la peau faciale qui est entièrement recouverte de pustules, ainsi que toutes les parties du corps, commence déjà à diminuer, et le malade demande des alimens ; comme aucun signe d'irritation gastro-intestinale n'existe déjà plus, nous lui accordons du bouillon de bœuf. Arrivé aujourd'hui au cinquième jour de l'éruption, les pustules se resserrent, la peau se détuméfie entièrement, et le malade demande à grande force des alimens plus consistans : nous lui avons accordé du pain et du bouillon.

Ce malade est par conséquent encore en traitement dans ce moment ; mais tout nous présage une issue heureuse pour lui, comme pour tous ceux que j'ai traités jusqu'ici par ce moyen.

L'on voit par ce qui précède que, si, comme je n'en doute pas, l'on obtient chez d'autres malades auxquels ce remède sera administré avec conscience et sans préjugé, les mêmes résultats que moi, nous n'aurons plus bientôt à redouter les phénomènes alarmans qui accompagnent si souvent cette maladie, et la variole à l'avenir ne sera pas plus à redouter que la gale ou toute autre affection de la peau. (*Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand.*)

Procidence du rectum.

Marie Qampel, âgée de deux ans et demi, appartenant à la classe pauvre, d'une constitution affaiblie par un régime peu substantiel et le manque d'air, depuis un an à peu près était sujette, chaque fois qu'elle allait à la selle, à une procidence du rectum, accident que sa mère faisait disparaître elle-même en réduisant la tumeur formée par l'intestin.

Depuis quinze jours notamment, le rectum sortait et rentrait alternativement ; depuis le 7 octobre au 17 du même mois, le bourrelet muqueux formé par la partie de l'intestin qui s'insère à l'anus demeurait hors de cette ouverture naturelle ; on avait beau la réduire, selon l'expression aussi énergique que vraie de la mère de l'enfant, la petite malade, par suite d'un ténesme involontaire, poussait comme une femme qui va mettre un enfant au monde, et l'intestin phlogosé revenait de suite se montrer aux yeux du médecin désappointé. On conseilla des bains de siége à l'eau de son, et des compresses d'eau de guimauve que la malade ne voulut pas endurer. Dans la pensée que cette affection ne serait curable que par le secours d'une opération, on conseilla aux parens de porter leur enfant à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

A l'Hôtel-Dieu, on fit rentrer l'intestin avec la plus grande facilité ; mais malheureusement il ressortait de même, rien ne pouvant empêcher le sujet de pousser et de faire des efforts, comme nous l'avons signalé plus haut.

La mère demanda si un bandage ne pourrait pas obvier à la chute de l'intestin ; il lui fut répondu que non. On confirma l'opinion du premier médecin, qui conseillait l'opération comme le seul traitement curatif, et on invita cette femme à revenir le lendemain pour qu'on y procédât sans plus tarder.

C'est alors que, comme médecin du bureau de bienfaisance, je fus appelé par la famille afin de donner mon avis. Je vis la malade et l'examinai avec attention : le pourtour de l'anus était rouge, enflammé ; le rectum, invaginé dans lui-même, était recouvert d'une pellicule jaunâtre et formait une tumeur saillante de trois centimètres au moins et du volume de tous les doigts de la main réunis par leur extrémité.

On me dit qu'à l'Hôtel-Dieu on avait conseillé une opération. Quand je vis que la réduction était inutile à cause des efforts de l'enfant, efforts qui ramenaient de suite la procidence au même degré et qui ne faisaient même qu'augmenter la tumeur, je me dis en moi-même : *Magister dixit, ergo verum est* ; ce que je traduisis aux parens par ces mots : Je crois l'opération nécessaire. C'est moi qui fus chargé de la pratiquer le lendemain.

Je repassai dans ma tête tous les procédés opératoires, et je vis que pas un n'était praticable chez un sujet de cet âge. Il ne fallait pas songer à l'amputation de la tumeur, car toute la paroi de l'intestin était dehors ; et quant à l'excision des plis rayonnés de l'anus, vu son état de phlogose, je n'étais pas du tout tenté d'en faire l'essai. En y réfléchissant bien, je reconnus que la cause de la maladie étant le relâchement de l'anus, c'était ce relâchement qu'il fallait surtout combattre, et que les bains de siége émolliens n'étaient nullement faits pour lui rendre son énergie physiologique. Voici ce à quoi je me résolus : réduire l'intestin, le maintenir réduit par un bandage approprié, et humecter l'anus avec des lotions de gros vin rouge dans lequel on ferait bouillir une noix de galle concassée.

A une bande serrée autour du corps (bandage en T), je fis coudre en arrière une seconde bande dont le chef était dirigé en bas. Je réduisis l'intestin et le maintint réduit en serrant les deux fesses l'une contre l'autre, jusqu'à ce que les pleurs de l'enfant ne vinssent plus faire ressortir la tumeur. Je lotionnai l'anus à plusieurs reprises avec le décocté dont j'ai parlé plus haut ; je posai dessus une compresse en plusieurs doubles, humectée du même liquide, sur cette compresse je mis, faute de charpie, un fort tampon de ouate. Je fis passer la seconde bande entre les jambes de la malade, et après l'avoir fortement serrée, je l'attachai à la bande de corps, et j'y pratiquai au niveau du méat urinaire une ouverture oblongue pour l'écoulement des urines. Par-dessus chaque épaule je fis passer deux autres bandes en guise de bretelles, afin que tout l'appareil demeurant convenablement tendu, il fût impossible à la procidence rectale de se reproduire. J'ordonnai d'humecter l'anus plusieurs fois avec une éponge trempée dans la décoction tonique et astringente, sans déranger le bandage.

Le succès le plus complet couronna un procédé aussi simple, et avec la seule précaution de laver l'anus de temps à autre avec une décoction d'écorce de chêne, on empêcha la guérison de se démentir.

Je ferai observer que si on n'avait écouté que la théorie, on se serait donné bien de garde de mettre des fomentations aussi incendiaires sur un anus enflammé, et cependant le même enfant, qui n'avait pu endurer les compresses à l'eau de guimauve, supporta parfaitement les fomentations vineuses. Du reste, cela s'explique très bien : l'intestin étant rentré, c'était au derme que nous avions affaire, et non plus à la muqueuse enflammée par le contact de l'air extérieur.

E. VILLEMIN.

M. Velpeau reprendra ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, lundi prochain, à neuf heures, et les continuera tous les jours de chaque semaine, le jeudi excepté.

— L'Ecole de Pharmacie a fait sa rentrée le 3 novembre. Les élèves qui désireront profiter du bénéfice de l'article 8 de la loi du 21 germinal, et faire compter dans leur réception leur année d'étude pour deux années de stage en pharmacie, devront se faire inscrire avant le 15 novembre 1840, terme de rigueur.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

MARDI 10 NOVEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 133, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Ouverture du Cours de clinique chirurgicale de M. LISFRANC.

M. Lisfranc a commencé aujourd'hui ses leçons cliniques au milieu d'un concours nombreux d'élèves et de médecins distingués de la capitale. Les considérations philosophiques auxquelles il s'est livré sur les généralités de l'art de guérir ont été écoutées avec un religieux silence. Le professeur ayant surtout insisté sur l'union indissoluble de la pathologie avec la thérapeutique, nous allons reproduire l'essence de cette partie importante de son discours, avant de passer à l'examen des principaux cas que présente en ce moment son service.

La médecine des indications est la seule médecine rationnelle, a-t-il dit d'abord ; ils ont commis une grave hérésie, ceux qui ont professé que, la maladie étant connue, le traitement l'est aussi ; comme si une affection donnée restait toujours semblable à elle-même, chez tous les individus et à toutes les époques, comme si cette affection restait toujours la même à toutes ses périodes. Rejetons donc l'empirisme en principe, mais reconnaissons, toutefois, qu'il y a une part à lui faire dans certaines circonstances, qui deviendront plus rares, il faut l'espérer, à proportion que la science fera plus de progrès.

Que toujours votre thérapeutique soit basée sur la pathologie ; exemple : Vous voulez appliquer la douche à un engorgement articulaire chronique. Ne vous demanderez-vous pas d'abord à quelle époque elle convient, et si vous répondez qu'elle est souvent très avantageuse quand ces engorgemens sont à l'état indolore, très funeste au contraire quand il existe de la sub-inflammation, c'est de la pathologie que vous faites, et c'est sur cette pathologie que vous fondez votre thérapeutique. Ce n'est pas tout, vous avez cru le moment opportun, et vous avez employé ce moyen ; deux choses peuvent en résulter : ou bien il ne changera rien dans les caractères de l'affection, ou bien il y réveillera de la douleur. Votre conduite ultérieure ne doit pas être la même dans les deux cas ; il a donc fallu les observer, et c'est encore là de la pathologie. Dans le premier cas, vous continuez l'usage de la douche ; dans le second, il y a de nouveau deux nuances à saisir. Si la douleur est passagère, si elle ne dure que quelques minutes, une heure au plus, l'effet est satisfaisant, il faut continuer ; si, au lieu de cela, la douleur persiste plusieurs heures, vous avez dépassé la mesure de l'excitation nécessaire pour la résolution de l'engorgement ; il faut vous en tenir là, suspendre l'usage de la douche, recourir même aux émolliens, puis aux évacuations sanguines si l'état douloureux persiste ou continue à croître. Et qu'est-ce donc cela, sinon de la pathologie? Et quelle confiance pourriez-vous avoir dans des agens thérapeutiques, dont l'emploi n'aurait pas pour guide l'observation de ces modifications variées de l'état morbide? Nous avons pris pour type le cas le plus simple ; vous voyez cependant comme il nous a permis de coordonner la thérapeutique à la symptomatologie : c'est ainsi que nous procéderons, et nous tenons d'autant plus à imprimer cette direction à vos études cliniques qu'elle n'est guère suivie dans les cours ni dans les livres. On se borne, en effet, à vous dire : Donnez des douches dans les engorgemens articulaires chroniques, et puis surviennent les douleurs, la dégénérescence des tissus, et au bout de cela les amputations. Pour nous, à proportion que nous emploierons un médicament, nous le suivrons pied à pied, nous l'observerons attentivement, et selon les effets qu'il produira, nous en continuerons l'usage, ou nous le modifierons, ou nous en ferons même abstraction.

Nous en avons assez dit pour ceux qui ont déjà l'habitude de manier les médicamens ; quant à ceux qui sont encore au début de leurs études médicales, nous espérons être mieux compris d'eux à mesure qu'ils observeront plus de malades. Nous leur conseillons de voir, de tout voir par eux-mêmes ; ce n'est qu'à ce prix qu'ils deviendront des médecins d'indication. Oui, Messieurs, voyez, touchez, toutes les fois que l'intérêt des malades ne s'y opposera pas ; habituez-vous à juger par vous-mêmes, et à vérifier au lit des malades les principes que vous nous aurez entendu émettre dans cet amphithéâtre.

Les mardis seront consacrés à l'étude des maladies de l'utérus. Nous ferons d'abord la visite au spéculum, et après le compte-rendu des malades soumis à cet examen, nous terminerons par une leçon spéciale sur ces maladies.

Saint-Louis, n° 4. *Tumeur blanche du genou et du pied avec deux abcès ouverts, l'un à la cuisse, l'autre à la jambe.*— Au genou, l'affection est peu développée ; au pied, elle est beaucoup plus grave, assez même pour réclamer l'amputation. Nous croyons qu'il existe du pus dans l'articulation ; plusieurs trajets fistuleux permettent d'arriver sur les os dénudés. On examinera avec soin les viscères de ce malade ; s'ils sont trouvés sains, nous l'opérerons ; nous nous en abstiendrons dans le cas où l'on constaterait des tubercules, car nous avons vu ces produits anormaux se développer avec une effrayante rapidité sous l'influence de la fièvre traumatique.

Saint-Louis, n° 5. *Écrasement du pied produit par le passage de deux roues de voiture.* — Quand nous avons vu le malade, le pied était énorme, l'artère pédieuse largement ouverte avait nécessité l'application d'un bandage compressif qui ne fut levé qu'après quatre jours. Sur les côtés interne et externe du membre, il existait deux plaies longues de deux pouces et larges de six lignes, à la face dorsale en offrait deux autres un peu moins grandes ; il n'y avait pas de fracture apparente, mais les os étaient disjoints et dénudés dans toute l'étendue des solutions de continuité.

Beaucoup de chirurgiens se seraient sur-le-champ décidés à une amputation de la méthode par Chopart, peut-être même à l'amputation de la jambe. Nous espérâmes pouvoir conserver le membre à ce malheureux malade ; il fut saigné énergiquement et soumis à la diète ; mais avant d'aller plus loin, expliquons-nous sur l'emploi de ces deux moyens, on s'est en général borné à les prescrire sans autre indication, et ce n'est qu'après avoir nous-même commis des fautes que nous sommes arrivé à établir qu'il y a une époque où les évacuations sanguines et la diète peuvent produire des accidens graves ; cette époque est l'établissement de la sécrétion du pus. Quand vint la médecine physiologique, comme tout le monde, nous appliquâmes beaucoup de sangsues.

On avait d'ailleurs peu étudié encore la question de la résorption purulente, trois fois nous eûmes l'occasion de l'observer chez un des malades, elle ne tarda pas plus de deux ou trois heures après la chute des sangsues, et chez tous, à l'autopsie, nous trouvâmes du pus jusque dans l'oreillette droite du cœur. Ces faits n'ont pas été perdus pour nous : voici la marche que nous avons adoptée depuis plusieurs années. Lorsqu'il n'existe pas encore de pus, les malades sont saignés trois ou quatre fois, d'abord de trois palettes, puis d'une, plus ou moins, selon leur force et leur idiosyncrasie, et tout le monde sait que les cas traumatiques sont ceux où l'on peut et où l'on doit porter le plus loin les évacuations sanguines ; il en est de même de la diète qui doit cesser à l'apparition du pus, et parce qu'il serait dangereux de forcer l'individu à vivre trop de sa propre substance, et parce qu'on s'exposerait à provoquer une irritation de l'estomac, avec d'autant plus de facilité qu'il n'existe pas ordinairement de fièvre. C'est à l'aide de ces moyens que nous sommes parvenu à prévenir tous les accidens. Aujourd'hui la tuméfaction du pied a presque entièrement cessé ; les bourgeons charnus qui se sont développés pour la cicatrisation des plaies, ont recouvert les os ; la guérison est très prochaine.

Au n° 25 de la salle Saint-Augustin, est couchée une malade sur laquelle les mêmes moyens ont donné un résultat non moins satisfaisant ; elle avait eu également le pied écrasé par une roue de cabriolet ; la large plaie qui existait au côté interne donna issue aux deux premiers cunéiformes et aux extrémités postérieures des deux premiers métatarsiens. Un fait remarquable, c'est que, sous l'influence de ce traitement, il n'y a jamais eu de fièvre, jamais de tuméfaction très développée. Une fistule qui persiste encore, semble être entretenue par quelques esquilles ; le pied est dévié en dehors. Un appareil destiné à le redresser n'a pu être supporté, parce qu'il repoussait les tissus contre des extrémités osseuses inégales.

—Aux deux faits qui précèdent, nous pouvons en ajouter un troisième observé dans cet hôpital il y a deux ans. Un jeune homme avait eu l'articulation du coude ouverte dans les deux tiers de sa circonférence, par une scie mue par la vapeur et faisant cinquante tours à la minute. L'extrémité supérieure du cubitus et du radius était coupée. Malgré l'énormité de ces désordres, nous fûmes assez heureux pour obtenir une guérison complète avec conservation d'une partie du mouvement. A quelque temps de là, ce malade ayant succombé à une pneumonie, nous en fîmes l'autopsie. Il s'était formé un fausse articulation presque de toutes pièces.

Saint-Louis, nos 21, 27 ; Saint-Antoine, n° 19. — Nous avons eu presqu'en même temps trois fractures de la partie inférieure de la jambe, toutes trois produites par des causes directes, et par conséquent compliquées toutes trois. Leur obliquité, la tuméfaction énorme dont le membre était le siége, les solutions de continuité qui les accompagnaient, doivent les faire ranger parmi les cas graves. Nous avons suivi ici notre méthode ordinaire, celle que nous venons d'exposer à propos du malade à écrasement du pied. L'appareil n'a été appliqué qu'après la cessation presque complète des accidens qui compliquaient la fracture ; et dans les trois cas cette fracture est consolidée sans la moindre difformité. Vous avez pu le constater ce matin.

Saint-Louis, n° 19. *Cancer incurable de la langue.*— Nous avions l'intention d'enlever cet organe en totalité ; nous serions parvenu facilement jusqu'à sa racine par la section sur la ligne médiane de l'os maxillaire inférieur, procédé que nous avons déjà plusieurs fois mis en usage ; mais les ganglions lymphatiques situés le long de la mâchoire inférieure, les ganglions qui avoisinent le larynx, engorgés et extrêmement volumineux, peut-être dégénérés, nous enlèvent tout espoir de sauver ce malheureux malade.

N° 20. *Ulcération de mauvaise nature, siégeant sur la partie postérieure du bord alvéolaire supérieur.* — Le traitement anti-syphilitique, la cautérisation ont été employés sans résultats ; la sonde pénètre facilement dans le sinus maxillaire supérieur. Nous regardons cette affection comme étant carcinomateuse, et sous peu nous ferons la resection d'une partie de l'os.

N° 22. Ce malade présente un cas que nous avons eu rarement occasion d'observer. Une inflammation phlegmoneuse [illegible] partie du côté externe du doigt ne s'est pas étendue à la face palmaire, mais bien à la face dorsale de ce membre, où elle a été très violente. Nous avons, par une incision, donné issue à une grande quantité de pus ; l'os est à nu au fond du foyer.

N° 24. *Tumeur blanche avec commencement de luxation spontanée du carpe sur l'avant-bras.* — Si nous en croyons les auteurs, l'articulation coxo-fémorale en serait seule affectée ; mais déjà Delpech, dans un beau travail sur ce sujet, a démontré qu'elle pouvait exister sur un grand nombre d'articulations. Peut-être, dans le cours de cette année, serons-nous assez heureux pour mettre sous vos yeux quelques autres faits de ce genre.

N° 26. *Fracture du col du fémur.* — Nous avons appliqué l'appareil de Desault, modifié ; nous espérons que ce malade guérira sans raccourcissement.

N° 28. *Augmentation de volume du calcanéum avec subinflammation.* — C'est cette irritation que nous combattons énergiquement par les antiphlogistiques ; car, si elle persiste, elle pourra déterminer la carie de cet os, et ne laissera pour toute chance de salut que l'amputation de la jambe.

N° 34. *Fracture de la rotule, guérie avec un très léger écartement.*

N° 36. *Fistule à l'anus incisée.*— La peau, dénudée dans une grande étendue, a été sacrifiée ; après le pansement simple nous employons le chlorure d'oxide de sodium à trois degrés. Sous peu de jours le malade sortira guéri.

N° 39. *Fissure profonde sur la paroi postérieure du rectum.*— Chez ce malade, l'acte de la défécation déterminait d'atroces douleurs ; elles se réveillaient de nouveau la nuit, et non seulement le sommeil, mais encore le lit, ne pouvaient être supportés. Depuis trois jours nous employons un moyen récemment donné par M. Trousseau, qui consiste à faire administrer matin et soir un quart de lavement avec la décoction de ratanhia. Depuis l'emploi de ce médicament les douleurs ont entièrement disparu. La fissure guérira-t-elle ? Nous l'espérons.

N° 13. Depuis long-temps cet homme éprouve des douleurs dans l'articulation coxo-fémorale et le long de la colonne vertébrale. Un abcès s'est manifesté à la région supérieure et externe de la cuisse ; nous avons largement ouvert. Ces grandes ouvertures, permettant à l'air de circuler librement dans les foyers, préviennent souvent la viciation purulente ; cependant, comme elle n'a pas moins lieu quelquefois et que nous croyons qu'elle reconnaît pour cause l'inflammation du foyer, nous faisons appliquer des sangsues sur le trajet du foyer. Nous avons montré ici des individus chez lesquels la viciation purulente existait ; l'application des sangsues, en détruisant l'inflammation, a enlevé complètement cette viciation purulente.

Salle Saint-Antoine, n° 1. Après la guérison d'un abcès par congestion, provenant de la fosse iliaque interne, abcès traité par notre méthode, il est resté chez ce jeune homme une déviation du bassin. Il est soumis à un appareil destiné à redresser cette difformité qui actuellement laisse à peine des traces.

N° 5. *Extirpation d'une tumeur fibreuse occupant toute la face antérieure de l'os maxillaire inférieur.* — L'état de cet enfant nous inquiète ; il a déjà été opéré trois fois. Nous craignons une quatrième récidive.

N° 6. *Tumeur osseuse très volumineuse reposant sur la fosse iliaque externe.* — En la percutant elle résonne. Quelle est sa nature ? Sont-ce des kystes osseux ? sont-ce des hydatides logées dans cette enveloppe ? En l'attaquant pour guérir ce malade nous connaîtrons sa nature. Nous opérerons incessamment.

N° 8. *Fistule à l'anus presque guérie.*

N° 10. *Tumeur lacrymale.* — Nous hésitons à opérer ce malade. Il y a peu de temps qu'il fut frappé d'une attaque d'apoplexie. Nous redoutons que la plus légère irritation vers la tête suffise pour déterminer une nouvelle congestion.

N° 11. *Fracture congénitale de la jambe avec rétraction du tendon d'Achille.* — Nous pratiquerons d'abord la section de ce tendon, et un peu plus tard nous emploierons les moyens propres à consolider la fracture.

N° 12. *Fistules résultant de l'amputation du [illegible]orteil.* — Nous les inciserons.

N° 13. *Amputation du bras.* — Ce malade qui, dans le principe, allait très bien, fit, quinze jours après son opération, une chute de son lit; son moignon fut violemment contus. Depuis cette époque la cicatrisation est arrêtée, les parties molles tuméfiées, enflammées, sont douloureuses; l'humérus se nécrose; nous appliquons des cataplasmes émolliens et nous employons des injections d'eau de guimauve.

N° 16. *Cancer de la lèvre inférieure avec tuméfaction des parties environnantes.* — Une tumeur volumineuse existait du côté droit du corps de la mâchoire inférieure; était-elle osseuse? provenait-elle des parties molles? Sa consistance était celle du silex; d'abord j'ai fait l'application des sangsues souvent répétée, et ensuite par l'usage des fondans, au nombre desquels nous plaçons la compression, nous sommes parvenu à réduire cette tumeur de ses neuf dixièmes, ce qui simplifie singulièrement l'opération que nous aurons à pratiquer; peut-être même pourrons-nous éviter la résection de l'os maxillaire inférieur.

Au n° 22 de la salle Saint-Augustin est couchée une jeune fille chez laquelle une gangrène a détruit la moitié des deux joues; il existe des cicatrices étroites qui empêchent l'abaissement de la mâchoire inférieure; je me propose, après les avoir détruites, de faire la réparation de cette vaste perte de substance en prenant des tissus sur les [illegible]ties environnantes.

N° 25. *Phlegmon de la main causé pa[illegible]rillon.* — Voici un cas que vous ne trouverez décrit [illegible] part et qui cependant est très fréquent, surtout à la ca[illegible]ne et parmi tous les hommes qui se livrent à des tra[illegible]x manuels pénibles. Il existe un durillon à la face palmaire de la main, vis-à-vis l'une des articulations métacarpo-phalangienne. Sous ce durillon se manifestent des douleurs assez vives, une explosion inflammatoire a lieu sur toute la main, et même sur l'avant-bras. Si vous faites comme on fait ordinairement, si vous recourez aux anti-phlogistiques vous ne ferez qu'amender momentanément ce mal. Au lieu de cela, examinez la paume de la main: trouvez-vous un de ces durillons sous lequel il existe de la douleur, incisez-le dans toute son épaisseur, vous ne donnerez issue qu'à une très petite quantité de pus, les accidens n'en décroîtront pas moins, et le malade sera bientôt guéri.

N° 13. *Amputation de jambe au tiers inférieur.* — La guérison est complète, il n'y a eu ni rougeur, ni excoriation, ni gangrène de la peau située sur la crête du tibia. Depuis long-temps nous avons démontré que dans les amputations de la jambe, si l'on conserve une quantité de peau plus considérable qu'à l'ordinaire, on évite sûrement cet accident. En effet, la cicatrice, en attirant les tégumens de dehors en dedans, ne peut pas les serrer étroitement sur l'extrémité de l'os, comme cela arrive quand on ne prend pas la précaution que nous indiquons. Vous avez vu ce matin ce malade marcher avec la jambe mécanique; sa démarche n'est pas très assurée encore: la cause en est dans la raideur, dans les muscles et les articulations.

Hydrocèle d'un volume énorme. — Soit qu'on opère par ponction et par injection, soit qu'on donne la préférence à l'incision, l'opération de ces hydrocèles est souvent suivie d'une vive inflammation qui peut se communiquer au péritoine et compromettre la vie du malade. Nous en avons eu ici un exemple dans un cas très simple. Depuis quelques années nous mettons en pratique une méthode dont toujours jusque-là nous nous sommes bien trouvé. Lundi prochain vous nous la verrez appliquer sur ce malade. Nous évacuerons d'abord au moyen du trocart les deux tiers du liquide contenu dans la tunique vaginale; il en résultera de deux choses l'une: ou bien en peu de jours la tumeur reprendra à peu près son volume primitif, ou bien la poche reviendra sur elle-même et restera réduite d'une grande partie de son étendue. Le premier cas est très rare; le second simplifie extraordinairement les chances de l'opération. En effet, au lieu d'agir sur une surface représentée par six, le liquide n'agit plus que sur une surface représentée par deux. La seconde ponction, suivie de l'injection, ne doit être faite que cinq ou six jours après la première, parce que si celle-ci n'était pas cicatrisée, elle donnerait lieu à l'infiltration du liquide dans les bourses.

N° 16. *Encore une hydrocèle.* — Elle touche à sa guérison; mais il y a dans l'historique de la marche qui a été suivie, des faits trop intéressans pour que nous les passions sous silence. Une ponction fut pratiquée sur la tumeur, il sortit environ six onces de liquide; il restait une tumeur dure, volumineuse, que tout devait faire prendre pour le testicule considérablement augmenté de volume. Il survint une violente inflammation qui résista à l'emploi des antiphlogistiques; une collection purulente se forma, nous l'avons largement ouverte. Le doigt indicateur porté au fond de la poche nous fit soupçonner l'existence d'une arrière-cavité. Nous avons fait une incision exploratrice dans le but de nous en assurer. Arrivés à une profondeur de plusieurs lignes, un flot de liquide blanchâtre est venu faire cesser tous nos doutes. C'était une seconde poche à parois fort épaisses, dures et comme cartilagineuses, que nous avons excisée en grande partie. Le testicule, atrophié, adhérait à sa paroi postérieure. Nous nous rappelons deux cas analogues. Dans l'un d'eux, après avoir vidé la première poche, pendant que nous examinions dans tous les sens la tumeur placée derrière elle, un petit jet de liquide qui eut lieu par un pertuis nous éclaira sur sa véritable nature. Dans le second, c'était aussi en incisant couche par couche que nous pénétrâmes dans une poche secondaire toujours à parois extrêmement épaisses et dures. Le testicule offrait les mêmes dispositions dans ces deux cas que dans le premier. L'excision de la majeure partie du kyste fut également faite et la guérison eut lieu. Ces deux faits ont été publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*.

N° 17. *Opération de deux cancers à la langue.* — Tous deux ulcérés, ils siégeaient l'un sur le bord de l'organe détruit dans une étendue de huit ou dix lignes; l'autre sur sa face dorsale. Le premier a été enlevé par une incision faite en dédolant, au moyen de ciseaux. La cicatrisation en est fort avancée et on s'aperçoit à peine que la langue a subi en ce point une déperdition de substance. Le second, bien moins profond qu'il ne semblait avant l'opération, a nécessité une dissection difficile; la plaie était ronde, néanmoins le rapprochement de ses bords s'est fait de droite à gauche et de gauche à droite, de telle façon qu'on dirait actuellement que la solution de continuité, qui offre à peine deux ou trois lignes de largeur et qui a conservé presque toute l'étendue de son diamètre longitudinal, n'a jamais présenté la forme que nous venons d'indiquer.

Salle Saint-Augustin, n° 4. *Tumeur d'apparence fibreuse et d'un fort volume siégeant sous le muscle trapèze.* — Nous opérerons cette malade, mais nous voulons auparavant la guérir d'une affection interne qu'elle porte et qui s'accompagne de pertes sanguines.

N° 5. *Tumeur fibreuse du maxillaire inférieur.* — Opérée une première fois en province, elle est venue réclamer nos soins pour une récidive. Nous avons enlevé deux pouces environ du corps de la mâchoire. Vous remarquerez la disposition de nos incisions qui nous a permis d'obtenir une cicatrice linéaire malgré la déperdition de substance que nous avons été obligés de faire subir à la peau.

N° 6. *Amputation du sein.* — Du pus s'était accumulé sous la lèvre supérieure de la plaie. Nous avons remédié à cet accident en exerçant une légère compression au-dessus du foyer.

N° 8. *Ablation de la sous-cloison et des ailes du nez pour une ulcération cancéreuse.*

N° 12. *Amputation du sein.* La réunion par première intention a complètement échoué.

N° 16. *Rétraction du tendon d'Achille.* — Nous l'opérerons quand l'épidémie érysipélateuse aura cessé.

N° 18. *Engorgement du sein.* — Il existe en même temps un engorgement de l'utérus avec ulcération.

N° 26. *Anus anormal à l'ombilic.* — Quand cette malade est entrée dans nos salles, son ouverture fistuleuse était de la largeur de trois doigts. Après avoir employé l'entérotome de Dupuytren, nous rafraîchîmes les bords de l'ouverture, et nous les rapprochâmes par la suture. Un érysipèle fit manquer complètement la réunion, et il resta une fistule plus large encore qu'elle n'était avant l'opération. Nous comptâmes beaucoup sur les efforts de la nature; et en effet, sans que nous l'ayons aidé autrement que par une légère compression et par l'emploi de quelques bandelettes agglutinatives, elle a réduit cette large ouverture aux dimensions d'un pertuis qui admettrait à peine une plume de corbeau. Nous ne tarderons pas à tenter une opération qui, nous l'espérons, sera définitive.

N° 30. *Tumeur érectile veineuse de la lèvre supérieure.* — Une première fois nous l'avons traversée dans tous les sens par de longues aiguilles sans en obtenir aucun bon résultat. Une seconde fois, M. Arentz, chirurgien, l'a comprimée au moyen de cinq fils introduits à sa base d'avant en arrière, et dont les deux chefs, antérieur et postérieur, venaient se nouer sur un rouleau de liége appliqué en avant. Cette seconde tentative ne fut suivie que de l'atrophie du tiers environ de la tumeur. Nous avons de nouveau mis en usage ce procédé en appliquant une plaque postérieure et une plaque antérieure, et nous ne savons pas encore ce que nous aurons obtenu, car il y a très peu de jours que nous avons fait cette nouvelle tentative. Vous savez que dans ce procédé deux choses concourent au même but: 1° la compression; 2° les cicatrices qui succèdent aux déchirures produites par les fils.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Service de M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Nous avons assisté jeudi dernier à la clinique de M. Baudens, avec un grand nombre de chirurgiens de Paris et de l'étranger. M. Baudens devait répéter à l'amphithéâtre sa méthode mixte pour les amputations et les résections. Cette méthode, qu'il a créée sur le champ de bataille, sous l'empire de la nécessité, est essentiellement pratique, et diffère de tous points de celles que nous connaissons. M. Baudens n'a pas fait du nouveau à froid dans le silence du cabinet; toutes les modifications qu'il a apportées à ses opérations reposent sur des considérations chirurgicales d'une très grande valeur.

Avant de suivre M. Baudens à l'amphithéâtre, disons deux mots des malades que nous avons observés dans son service, et qui ont le plus fixé notre attention. Cette revue, à cause des voies nouvelles et éminemment progressives dans lesquelles est entré à pleines voiles le chirurgien qui a laissé tant de glorieux souvenirs en Afrique, nécessiterait, pour chaque fait en particulier, tout un chapitre. Nous réservons cette page instructive pour un autre moment; aujourd'hui nous traiterons de l'ensemble et d'une manière sommaire.

Fractures. Au n° 1, salle 1re des officiers, nous avons vu un capitaine qui, il y a près de deux mois, s'est fracturé l'olécrâne en tombant sur le coude droit au moment où il quittait un omnibus.

Transporté immédiatement à son domicile, ce militaire y fut traité pendant douze jours par les moyens ordinairement employés. A cette époque, comme le mal avait considérablement empiré, il se fit transporter à l'hôpital militaire, dans le service de M. Baudens. L'articulation huméro-cubitale est chaude, douloureuse, distendue par une collection purulente qui s'est fait jour au-dehors par un pertuis situé près du bord radial. Il y avait fièvre, inquiétude, etc.; l'olécrâne était remonté de deux pouces environ. D'après les préceptes émis par M. Baudens, de ne faire d'amputation que très rarement dans les membres supérieurs, parce que les résections peuvent les remplacer avec la plus grande efficacité au point de vue de la guérison, et avec des avantages immenses pour la suite, la conservation du membre fut tentée. Une incision de deux à trois pouces fut pratiquée verticalement à la face postérieure du coude, entre les fragmens. Du pus caillebotté s'échappa en grande quantité, et laissa voir les surfaces articulaires sensiblement altérées. Pansement doux et simple, cataplasme laudanisé; position du membre sur un coussinet de crin; bandage, etc., etc. La fièvre tombe de plus en plus, ainsi que l'éréthisme général; la suppuration devient plus épaisse; les lèvres de la plaie se couvrent de bourgeons, et celle-ci tend à se fermer.

Quelques jours plus tard, formation d'un abcès au-dessus de l'articulation; ouverture large de cet abcès vers la région postérieure du coude, et issue de matières purulentes épaisses. Deux jours plus tard, contre-ouverture pratiquée en dedans sur le bord interne du biceps, pour ménager l'artère humorale qu'il sentait battre sous son doigt. M. Baudens introduisit par la première plaie une sonde à dard qu'il fit sortir sur la pulpe de son index, dont la face dorsale refoulait l'artère en dedans; M. Baudens fait, dans une foule de cas analogues, le plus heureux emploi de la sonde à dard, dont il a retiré de très grands services aux armées pour les contre-ouvertures.

Aujourd'hui cet officier nous a paru dans de très bonnes conditions; du pus de bonne nature s'échappe au-dessus du coude, par les plaies antérieure et postérieure; des humidités purulentes sortent aussi par une petite ouverture qui correspond directement à la fracture et aux surfaces articulaires. Plus de fièvre, sommeil bon, appétit, bonne digestion: tout nous fait espérer une issue heureuse d'un accident qui, au premier abord, semblait exiger impérieusement l'amputation.

Ainsi donc, l'amputation nous paraît conjurée; la continuité de la suppuration et l'altération des surfaces articulaires pourront peut-être exiger une résection, mais le danger nous semble fort éloigné; il y a tout lieu d'espérer une guérison avec plus ou moins d'ankylose.

M. Baudens nous a montré un autre militaire, salle 4, lit 9, qui, en descendant un escalier, a fait une chute sur le coude, et s'est brisé l'olécrâne.

Entré immédiatement à l'hôpital, la lésion a été constatée par la plupart des officiers de santé de l'hôpital militaire, et notamment par MM. Alquié, Denis, Cambay; les fragmens étaient remontés de dix-huit lignes sous l'action du muscle triceps.

Traitement. Le membre est placé dans l'extension la plus absolue. L'olécrâne est maintenu rapproché des intestins par une pression exercée avec le pouce d'un aide; le pouce est remplacé par une compresse pliée en pyramide, assez large toutefois pour dépasser latéralement les bords de l'olécrâne et plus en avant qu'en arrière, afin de ne pas laisser dans ce point un coin qui serait par la suite douloureusement supporté par le membre, quand le malade sera au lit. Cette compresse pyramidale est ensuite fixée par des jets de bande, placés autour du coude en huit de chiffre. Un gantelet, un bandage roulé, ont été au préalable appliqués sur la main et sur l'avant-bras; ce bandage, arrêté à quelque distance du coude, est ensuite repris pour recouvrir l'appareil placé sur l'olécrâne, et remonter jusqu'à la racine du membre. Une attelle droite étendue du poignet à l'épaule, et protégée par un petit coussinet de crin à ses extrémités pour ne pas blesser les surfaces sur lesquelles elles portent, complète l'appareil de M. Baudens pour la fracture de l'olécrâne. En fixant cette attelle sur la face interne du membre à l'aide d'un bandage roulé, le bras reste dans une extension forcée, et les fragmens sont dans un contact immédiat et parfait.

Une ou deux saignées du bras sont pratiquées dans les vingt-quatre heures. Le membre repose sur un coussin de crin, fabriqué à l'instant avec du crin et un drap ployé en plusieurs doubles; sur ce coussin repose une large toile cirée pour conduire l'eau dans un vase, et sur le bras sont déposés à mesure qu'ils se fondent, de distance en distance, et pendant huit à dix jours sans interruption, des morceaux de glace.

Vainement a-t-on objecté que cette extension ne saurait être supportée par le malade sans de grandes douleurs; l'expérience a démontré que cette objection est sans valeur aucune. Vainement a-t-on prétendu que les fragmens se renverseraient du côté de l'articulation; erreur. Vainement a-t-on dit encore que les fractures d'olécrâne ne peuvent guérir sans une substance fibro-cartilagineuse intermédiaire aux fragmens; erreur encore.

Sans doute quand, suivant la méthode vicieuse de tous les praticiens de la capitale, on place le membre dans une position plus ou moins fléchie, sans doute alors, les fragmens n'étant plus en rapport direct, la nature, par un admirable travail, a crée une substance intermédiaire; mais ce travail n'est que de prévoyance et pour suppléer à l'insuffisance du traitement. M. Baudens guérit les fractures d'olécrâne sans substance intermédiaire, par un cal solide et à peine sensible. Ses malades conservent la liberté la

[illegible] des mouvemens, [illegible] nous avons pu nous en convaincre, et comme MM. V. Gimelle et Liber, des Invalides, l'avaient constaté peu de jours [illegible] nous. On sait que M. Baudens, entre [illegible] malades, a traité S. A. R. le duc de Nemours d'une fracture de cette nature, et le prince ne conserve a[illegible] trace de cet accident.

Que si l'on place le membre dans une flexion même légère, dit M. Baudens, alors les fragmens se touchent plus ou moins en arrière; l'olécrâne se [illegible] uche en se renversant en avant, et quand après guérison on veut redresser le bras, il y a impossibilité parce que son sommet vient arc-bouter contre l'humérus. De plus, s'il existe une substance intermédiaire aux fragmens, l'olécrâne se trouve allongé et ne peut plus rentrer dans la cavité olécrânienne qu'il dépasse. Le bras reste alors forcément fléchi, à moins que le cal soit tendre et puisse céder.

Dans ce cas il serait préférable de ne pas traiter du tout les fractures d'olécrâne, et de les abandonner en permettant au malade des mouvemens; il se formerait entre les fragmens une fausse articulation, toute [illegible] des mouvemens existerait, seulement ils seraient moins forts puisque le triceps aurait perdu de sa puissance.

Les considérations données par M. Baudens nous ont vivement frappé; malgré notre désir d'être laconique, nous n'avons pu résister au plaisir de les reproduire. Ajoutons que, vers le quinzième jour, M. Baudens fait exécuter au lieu fracturé des mouvemens de flexion, en soutenant très fortement l'olécrâne pour prévenir sa rupture.

Puisque nous sommes au chapitre des fractures, disons que, tandis que de toutes parts nous voyons naître des récriminations vraiment puériles pour l'amidon, la dextriné, le papier, etc., le chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou emploie depuis dix ans avec un plein succès un appareil dont l'application nous a paru des plus heureuses sous tous les points de vue, et que l'Afrique a vu naître.

M. Baudens était dans l'Atlas avec un corps d'armée, privé de toute ressource; il fait briser une caisse à biscuit, en détache un planche, la recouvre d'herbage, et appuie sur le plancher la jambe d'un soldat atteint de fracture. Pour fixer le membre et remplacer les mains des aides sur le genou et sur le pied, il fixe, à l'aide de jets de bandes circulaires, des liens très longs placés d'une part sur les côtés du genou, et d'autre part sur la plante du pied. Les liens du genou sont renversés sur la face postérieure de la planche dont le sommet dépasse le genou pour faire poulie et remplacer la contre-extension, et viennent se fixer en bas avec les liens de la plante du pied qui représentent l'extension, de sorte que le membre est maintenu solidement dans l'extension et la contre-extension.

M. Baudens s'étant aperçu que le talon portait, fit plus tard placer un chevalet à l'extrémité digitale de la planche afin de réfléchir les liens de l'extension et de soulever le pied légèrement. Plus tard encore, M. Baudens a ajouté à cette planche deux montans latéraux articulés, de sorte que la planche primitive est devenue une caisse.

Cette caisse renferme un drap, dans la duplicature duquel du crin est disposé en coussin; le membre repose sur ce coussin, et y fait son lit. Un bandage à dix-huit chefs préalablement placé sur le coussin est ensuite appliqué sur le membre. Les côtés du drap qui dépassent la caisse sont roulés sur eux-mêmes et font l'office d'attelles, puis les côtés de la caisse sont relevés et fixés au chevalet à l'aide d'un crochet.

Quand on a affaire à une fracture du péroné, et tel est le cas que nous avons vu chez M. Baudens, on fait pratiquer des trous sur le côté interne de la caisse, et des liens placés sur le pied sont ramenés par les trous afin de porter le pied en dedans et le fragment inférieur en dehors.

Dans la fracture de jambe, on peut également, pour prévenir le chevauchement latéral, porter un ou deux liens sous le membre, et les reporter l'un en dehors, l'autre en dedans de la caisse pour exercer une puissance opposée d'action. M. Baudens a recours à ce moyen, principalement pour les fractures de cuisse.

Pour nous résumer, l'appareil de M. Baudens est facile à se procurer partout, il est d'un prix modique, son application est aisée, il remplit parfaitement toutes les indications chirurgicales. Nous avons vu des guérisons si parfaites, qu'il était impossible de reconnaître le plus petit chevauchement. Le pansement se fait sans le secours d'aucun aide et sans donner des secousses au cal. En un mot, nous ne saurions mieux faire que d'engager les praticiens amis du progrès à aller juger par eux-mêmes de l'appareil à fracture de M. Baudens.

Phlébite.

Plusieurs cas de phlébite, et notamment à la suite des saignées du bras, se sont offerts dans le service de M. Baudens. Ce chirurgien a essayé de tous les traitemens avec des succès variables. Aujourd'hui il se borne à l'emploi d'un bandage roulé sur tout le bras, aidé de la glace en permanence pendant huit à dix jours sans interruption. Chez le malade que nous avons vu guérir par ce moyen, la phlébite avait gagné toute la face interne du bras. Une pression commencée du creux axillaire au pli du bras donnait issue à une quantité notable de pus, provenant de l'intérieur de la veine céphalique dont le tube, sensible sous le doigt, avait acquis beaucoup de grosseur.

M. Baudens fait concourir à l'emploi de la glace, dont il a eu l'heureuse idée, les moyens généraux. Quand il y a fièvre, quand le malade est fort, il fait une saignée générale et recommande la diète. Quand, au contraire, il craint un commencement de résorption purulente, quand le malade est faible, il recommande la tisane d'eau de poulet, la limonade vineuse, le sulfate de quinine combiné à l'opium et les frictions stibiées sur le thorax. Par cette méthode de traitement, M. Baudens obtient des succès fort remarquables.

Ongle incarné, traitement de M. Baudens.

Un bistouri est tenu comme une plume à écrire; le gros doigt du pied est tenu comme une plume au moment de la taille. Le tranchant du bistouri plonge perpendiculairement jusqu'à l'os, à trois lignes au-dessus de la racine de l'ongle pour dépasser les limites de la matrice de l'ongle; il est ensuite dirigé obliquement en avant, puis, par un mouvement de flexion des doigts sur la main qui tient l'instrument, toute la portion d'ongle incarné est coupée ainsi que les chairs fongueuses dans un seul temps, en deux ou trois secondes au plus. La rapidité de cette opération lui ôte tout ce qu'ont de douloureux les autres modes opératoires. La guérison de cette petite plaie simple a lieu en quinze jours, et le mal ne se reproduit jamais. Cinq fois cette opération a été faite depuis deux mois, au Gros-Caillou, et toujours avec un succès rapide.

Phymosis.

Le gland est refoulé fortement en arrière par des pinces à anneaux dont les mors embrassent le prépuce. Le sommet du prépuce est fixé entre le pouce et l'index de la main gauche, qui doit tirer sur lui de manière à renverser le plus possible la muqueuse en dehors. Un bistouri, tenu de la main droite, coupe tout ce qui dépasse la pince qui refoule le gland en appuyant lui-même sur cette pince qui doit lui servir de guide. Quoi que l'on fasse, la muqueuse est en excès, et c'est précisément le but que M. Baudens se propose. En effet, il renverse la muqueuse en dehors, afin de la mettre en rapport par son bord saignant avec le tissu cutané. Il la maintient renversée à l'aide d'une compresse percée d'un trou étroit, pour loger le gland avec effort. Cette compresse, ramenée en arrière, doit être fixée à la racine du gland, et, en peu de jours, la cicatrice par première intention est opérée. Voilà encore un progrès réel.

Amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne.

A la salle 6, n° 8, nous avons vu le malade amputé dans l'articulation tibio-tarsienne; le moignon se durcit par la marche; il est parfaitement matelassé, et la cicatrice est à peine visible.

Le journal la *Gazette des Hôpitaux* ayant rendu compte de cette remarquable opération, nous ajouterons que ce militaire marche parfaitement bien sur son pilon sans point d'appui étranger. Espérons que M. Baudens ne tardera plus à présenter cet amputé à l'Académie, dont il fixera certainement l'attention.

Anévrisme.

Dans la même salle, au n° 19, est couché un militaire atteint d'un anévrisme du pli du bras, par suite d'une saignée. Le sac remonte jusqu'à l'épaule. M. Baudens essaie de le réduire par un bandage contentif; il a déjà obtenu des résultats satisfaisans, et quand il pourra reconnaître l'artère brachiale, il en fera la ligature.

Arrachement d'une oreille.

A la salle 3, n° 12, est couché un cuirassier qui a eu l'oreille complètement enlevée par les dents de son cheval. M. Baudens a cherché, par la suture, à faire reprendre la partie détachée, que le militaire lui avait apportée dans la poche. Bien que l'accident ne datât que d'une demi-heure, l'oreille n'a pu se greffer sur la portion saignante. M. Baudens a pensé un instant à fabriquer une oreille artificielle à l'aide de l'autoplastie, mais la difformité qui résulte de la perte de l'oreille est si facile à déguiser à l'aide des cheveux, qu'il y a renoncé, préférant ici, au désir de briller, les devoirs que l'humanité lui commandait.

Cataracte.

M. Baudens a opéré en notre présence une cataracte par abaissement; l'aiguille de Dupuytren est celle dont il a fait choix. Introduite dans le lieu d'élection ordinaire, la convexité en haut, pour ne pas diviser en travers les fibres de la cornée opaque et ne pas léser les nerfs ciliaires, l'aiguille a bientôt paru par sa convexité au-dedans du cristallin. M. Baudens a démontré ici, pendant l'opération, combien le conseil de détruire d'abord la capsule cristalline est puéril à moins de complications, et comme quoi il ne sert qu'à prolonger cette opération délicate. Une modification que nous avons remarquée dans son mode d'opérer consiste à embrocher le cristallin vers son tiers supérieur et à le déprimer verticalement. Étant ainsi accroché, M. Baudens prétend que le cristallin n'échappe pas à l'action de l'instrument, qu'il est plus facile à déprimer et qu'il tend moins à remonter.

L'opération a été faite avec cette facilité, cette aisance et cette habileté qui caractérisent si éminemment le chirurgien en chef de l'hôpital du Gros-Caillou. L'opération terminée, le malade a pu distinguer une pièce de monnaie, des pinces, des ciseaux, voire même les couleurs rouge et bleue; puis il a été replacé au lit. Pour prévenir la congestion oculaire, M. Baudens emploie ici, avec beaucoup de succès, concurremment avec les moyens généraux, la glace sur la région oculaire. Ce sédatif calme et soulage puissamment les malades.

Hydrocèle et hydro-orchite.

M. Baudens emploie avec un succès très remarquable un nouveau traitement pour combattre l'épanchement séreux de la tunique vaginale du testicule. Son traitement compte déjà treize cas de guérison et pas un revers; il consiste à forcer le liquide à s'échapper au fur et à mesure qu'il se forme à travers un trajet fistuleux artificiellement établi.

Pour faire cette fistule, M. Baudens a imaginé de recouvrir une aiguille à acupuncture ordinaire d'une canule comme celle du trocart; seulement une ouverture placée au centre de ce tube métallique communique avec le canal dont il est percé; l'aiguille, armée de la canule, est introduite doucement dans le sac; avec sa pointe, l'opérateur explore le testicule, étudie sa position, puis la fait ressortir à un pouce ou dix-huit lignes au-dessous de son entrée. Le scrotum est ainsi traversé de part en part comme il le serait par un séton; on retire l'aiguille pour ne laisser en place que la canule, et à l'instant le liquide contenu dans le sac s'écoule à l'extérieur par le trou dont est percée cette tige à sa partie médiane. On fixe la canule à l'aide d'un fil jeté autour d'elle en formant le 8 de chiffre, et on la laisse ainsi six à huit jours. Pendant ce laps de temps, le liquide sécrété sort goutte à goutte; on débouche de temps en temps le canal, qui tend à s'obstruer, et quand le liquide, s'échappant à la circonférence du tube, on peut compter sur la durée d'une fistule, on retire celle-ci. Cette fistule persiste encore une huitaine; elle se ferme et la guérison est radicale. Nous avons vu, dans un cas d'hydrocèle volumineuse, M. Baudens pousser de l'air dans le sac pour le stimuler, et la guérison a été radicale en quinze jours. Par ce mode opératoire, on évite les deux grands écueils du procédé ordinaire pour la guérison de l'hydrocèle; savoir: la lésion du testicule et les dangers du passage du liquide injecté dans le dartos. Par ce procédé encore on peut traiter sans danger toute espèce d'hydrocèle enkystée, du cordon, congéniale, simple ou compliquée. Mais c'est surtout dans l'hydro-orchite qu'il donne des résultats remarquables. Il suffit, dit M. Baudens, qu'une couche de liquide, même fort légère, sépare le testicule engorgé du feuillet pariétal, pour que cette couche isolatrice préserve l'organe malade de l'action des médicamens employés sur le scrotum. Il n'existait pas d'instrument assez perfectionné pour soutirer le liquide; nous en avons créé un, et nous avons fixé l'attention des praticiens sur un fait dont l'ignorance a nécessité bien des fois l'ablation de testicules qu'on aurait pu conserver. M. Baudens se propose d'employer ce moyen pour combattre l'ascite.

Après cette remarquable leçon de clinique, M. Baudens nous a conduit à l'amphithéâtre, où cédant aux prières d'un auditoire empressé, il a démontré pendant deux heures sa médecine opératoire.

Nous ne pouvons que mentionner ici sans les décrire les procédés opératoires de M. Baudens. Nous reviendrons sur chacun d'eux en particulier.

M. Baudens a créé une nouvelle méthode opératoire il y a déjà dix ans. Cette méthode, qui doit porter son nom parce qu'à lui seul en revient tout l'honneur, est formée de matériaux puisés dans le mode circulaire, ovalaire et à lambeaux; en empruntant ainsi à chacun des trois modes opératoires ce qu'ils ont d'avantageux, pour rejeter leurs défectuosités, M. Baudens est parvenu à faire de toutes pièces une nouvelle méthode éminemment supérieure aux trois autres.

Sa méthode a reçu le baptême de l'expérience; plusieurs centaines d'amputations faites par cet habile chirurgien, viendraient au besoin déposer de sa bonté. Nous allons suivre M. Baudens en commençant par les opérations qui se pratiquent sur le pied, et en remontant avec lui jusqu'à la racine du membre pelvien.

Amputation partielle des orteils. Premier procédé: combinaison du mode circulaire et du premier temps du mode à lambeau. — Deuxième procédé: formation de deux lambeaux latéraux parfaitement égaux et désarticulation, en laissant sur la face palmaire et dorsale du doigt enlevé deux pointes de V parfaitement semblables.

Amputation dans la continuité des os du métatarse, en formant un lambeau antérieur commencé à la racine des orteils et relevé jusqu'au lieu où on veut scier le grillage osseux. Ce grillage peut être scié en travers ou obliquement, selon sa lésion.

Amputation, résultat de la désarticulation du premier métatarsien d'avec les cunéiformes, et section avec la scie des quatre derniers métatarsiens; lambeau antérieur.

Amputation tarso-métatarsienne, avec lambeau antérieur.

Amputation, résultat de la désarticulation du scaphoïde avec les cunéiformes, et section du cuboïde dans la continuité; lambeau antérieur.

Amputation médio-tarsienne au lieu d'élection de Chopart, avec lambeau antérieur. Ce lambeau, comme pour les opérations qui précèdent, doit se composer de toutes les parties molles de la région dorsale du pied.

Amputation tibio-tarsienne, avec section des malléoles et vaste lambeau antérieur.

Amputation sus-malléolaire; section ovalaire de la peau, pointe de l'ovale en bas; section des muscles en forme de lambeau, puis section des os. On obtient un cône dont le sommet est osseux, la partie moyenne charnue et la base cutanée; la cicatrice se fait en arrière.

Amputation au-dessous du genou. Même procédé opératoire.

Amputation tibio-fémorale. Même procédé opératoire, en conservant dans le creux poplité un bouquet musculaire contenant les vaisseaux et nerfs.

Amputation de la cuisse. Premier procédé: Section ova-

laire de la peau, pointe de l'ovale en bas et au-dessus de la rotule; section circulaire des muscles en deux temps. Le lambeau tombe de lui-même, et va former une cicatrice posté[illegible]ure.

Deuxième procédé : Quand on ampute sur le champ de bataille, ou bien encore quand la cuisse est très forte, on ne pourrait suffisamment relever le tissu cutané. Dans ce cas, nous formons, dit M. Baudens, d'abord deux lambeaux cutanés, en y comprenant la couche superficielle des muscles ; ces lambeaux sont tirés en haut et à leur base, nous portons le couteau pour amputer circulairement et en creusant les parties musculaires restantes. Ce procédé, décrit depuis dix ans dans un cours, et publié depuis huit ans dans la *Gazette des Hôpitaux*, nous a été emprunté par un confrère, estimable d'ailleurs, qui se l'est approprié.

Amputation coxo-fémorale. Lambeau antérieur en pénétrant d'emblée dans l'articulation ; section de ce lambeau après qu'un aide a engagé sous lui ses deux mains pour comprimer l'artère ; désarticulation et division dans le sillon qui sépare la région fessière des parties molles postérieures. Ce procédé n'a été mis que deux fois en usage sur le vivant ; la première par M. Baudens, la deuxième par M. Sédillot : dans l'une comme dans l'autre, la guérison a eu lieu.

M. Baudens a appliqué ensuite au membre supérieur sa méthode mixte, qui est ici la répétition en quelque sorte de ce que nous avons dit pour le membre pelvien.

Il est passé ensuite aux résections ; celle de la tête humérale nous a paru trop remarquable pour n'en rien dire. En voici les principaux temps :

Incision dans le sillon qui sépare le grand pectoral du deltoïde en commençant bien haut sur la tête de l'humérus et en dedans de l'acromion. Ici issue de la coulisse bicipitale, section du tendon de la longue portion du [illegible]ceps, à droite et à gauche de cette coulisse les grosses et petites tubérosités où s'attachent les tendons qui retiennent pendant l'opération les surfaces articulaires, en contact comme dans un étau ; division de ces puissances musculaires ; dès lors la tête sort facilement, et il est aisé de la réséquer.

Toutes ces opérations ont été faites avec une précision et une netteté admirable ; nous connaissions M. Baudens de réputation, nous avons beaucoup gagné à le voir à l'œuvre. Nous ne craignons pas de le placer à la tête des premiers et des plus habiles opérateurs au point de vue pratique ; ses brillans succès l'ont placé depuis long-temps en première ligne. Maintenant nous ne pouvons mieux faire que d'engager les élèves de l'école et les praticiens à aller voir comme nous M. Baudens, ils le trouveront empressé, plein d'obligeance, et ils pourront dire si nous nous sommes trompés. XX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

A l'occasion du procès-verbal, M. Adorne réclame sur la rédaction du dernier compte-rendu de nos séances, publié dans la *Lancette*, assure que c'est avec des réactifs parfaitement purs qu'il a constaté la présence de l'arsenic dans le tritoxyde de fer, et pour le prouver il fait agir un appareil de Marsh, séance tenante, qui pour l'essayer, n'a d'abord donné aucune espèce de taches ; mais y avant introduit quelques grammes de peroxyde de fer hydraté, aussitôt des taches portant tous les caractères des arsénicales se sont manifestées.

D'après lui, tous les peroxydes de fer qu'il s'est procurés, ne lui ont pas fourni des taches aussi nombreuses ; quelques-uns même point du tout, spécialement quand ils n'ont subi aucune préparation préalable.

M. Adorne fait ensuite l'historique des divers appareils dits de Marsh, ainsi que des modifications qu'ils ont éprouvées, fait ressortir les inconvéniens qu'ils conservent encore dans l'état actuel de la science, qui sont :

1° D'exposer à une détonation si on allume avant que l'air soit entièrement sorti de l'appareil ;

2° De donner toujours lieu par là à une grande perte de gaz ;

3° Et quelquefois à celle de la substance à examiner, perte souvent irréparable ;

4° De ne pouvoir régler à volonté le dégagement du gaz dans l'appareil, ce qui oblige (surtout quand on préfère le simple flacon muni d'un tube recourbé, comme M. Orfila et autres) à des débouchemens fréquens, toutes les fois que l'on veut introduire ou sortir quelque chose de l'appareil, et par conséquent à une perte de temps et de gaz qui peut apporter des doutes dans l'expertise ;

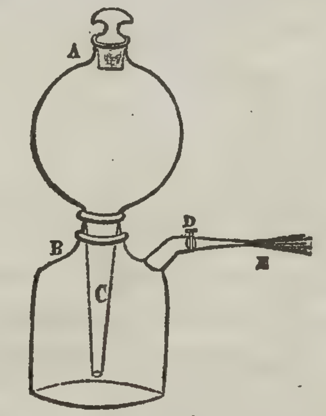
5° D'être encore gênés dans leur action, par la mousse qui s'élève de tout liquide renfermant des matières organiques animales. Si préalablement on ne l'a détruite par un courant de chlore lavé.

6° D'admettre encore dans la composition de plusieurs d'entre eux, des corps qui peuvent en modifier les résultats, tels que liége, laiton, etc.

7° De déterminer souvent une explosion par pression intérieure quand le dégagement du gaz est trop rapide.

M. Adorne propose à la Société un instrument dont il se sert depuis 1838, qui remédie à tous ces inconvéniens, et qui offre en outre plusieurs avantages que n'ont point les autres, tels que la possibilité d'appréciations quantitatives, sans être obligé de faire passer le gaz dans un tube chauffé, etc.

Cet appareil consiste dans un flacon en cristal, offrant à sa partie supérieure une ouverture usée à l'émeri, et à côté une petite tubulure recourbée armée d'un robinet en verre, et terminée par un tube effilé mobile de même substance. Ce flacon est surmonté d'un autre vase de même capacité et de forme ronde, se prolongeant à sa partie inférieure par un col conique, usé également à l'émeri à sa base, qui vient s'introduire dans le flacon jusqu'à un centimètre du fond.



M. Adorne signale ensuite un phénomène particulier, qu'il a obtenu plusieurs fois mais non constamment, dans l'appareil de Marsh, lorsqu'il ne contient que du zinc, de l'eau, de l'acide sulfurique et un ou deux centigrammes d'arsenic, c'est la production d'une espèce d'huile qui s'attache au vase et dont la formation s'accompagne d'un dégagement d'une forte odeur de phosphore avec une légère clarté. Tant que cet effet a lieu, les taches arsenicales ne se manifestent point ou très faiblement, et si alors on ajoute une nouvelle portion d'acide sulfurique, le phénomène cesse à l'instant et ses taches paraisssent mais en plus petite quantité que d'ordinaire.

D'après cela M. Adorne se demande, s'il ne serait pas possible que l'arsenic fût composé de phosphore, d'hydrogène, de carbone et d'oxygène ? Il engage en conséquence les chimistes à s'occuper de ce point intéressant de la science. Cette huile a été présentée à MM. Pelletier, Chevalier. Caventou et autres chimistes distingués, et a fort attiré leur attention. M. Adorne a montré à la Société un appareil de Marsh offrant ce phénomène.

Enfin M. Adorne fait observer que la Société médicale d'Emulation, étant une des plus distinguées de France, tenant le premier rang après l'Académie royale de médecine, ne pouvait rester étrangère à la question importante qui s'agite en ce moment ; savoir, de l'empoisonnement par l'arsenic et surtout du traitement le plus efficace à lui opposer, les praticiens ne sachant auj[illegible] [illegible]rop[illegible] [illegible]le m[illegible]dication recourir.

M. A[illegible]orn[illegible] [illegible]juant [illegible] lui, que jusqu'à de nouveaux résultats, [illegible] manière [illegible]e combattre cet empoisonnement, consiste :

1° A évacuer [illegible]lus prom[illegible] possible, par le vomissement, le poiso[illegible] [illegible]géré, en em[illegible] des moyens capables de le déterminer, t[illegible] en protégea[illegible] [illegible]anes et gênant l'absorption, [illegible]mme des [illegible]ons huileuses, [illegible].

2° D'empêche[illegible] [illegible]bsorption de la p[illegible]rtion non évacuée, en rendant insolub[illegible] [illegible] moyen du peroxyde hydraté de fer, *m[illegible] privé d'arsenic* q[illegible] à son tour, devra être évacué le plus promtement possible [illegible] l'huile de ricin, po[illegible] que les acides connus dans les pr[illegible]es voies, ne le rendent point de nouve[illegible] absorbable.

3° De comba[illegible]es symptômes pathologiques qui pourront [illegible] manifester par [illegible]oyens appropriés.

4° Dans le c[illegible] où il serait bien démontré que la nature cho[illegible] de préférence [illegible] reins pour éliminer de l'économie l'arsénic, M. Adorne con[illegible]llerait plutôt l'usage prolongé des bains chauds que celui des [illegible]sons aqueuses proposées par M. Orfila, ces dernière[illegible] [illegible] l'acide arsénieux, qu'elles rencontrent dans les prem[illegible] [illegible]cilitant l'absorption. D'ailleurs très fréquemment [illegible] plus promptement l'action diurétique par des toniques, [illegible] stimulans, des alcooliques même, que par les boissons [illegible] qui ne leur seraient préférables, que dans les cas où i[illegible] tensio[illegible], irritation, ou déjà inflammation des reins.

M. Adorne cr[illegible] aussi que les saignées, surtout pratiquées dans le principe [illegible]ant la réaction, ne facilitent l'absorption du poison, en f[illegible]sant un vide dans le système sanguin, qui toujours augmente l'action des vaisseaux absorbans.

Enfin comme il est constant que ce point de la science n'a point acquis le degré de clarté dont il est susceptible, et que de nouvelles recherches sont nécessaires, il donne des éloges à ceux qui s'en occupent, et propose à [illegible]été de nommer une commission qui devra suivre les expér[illegible] qui se font en ce moment, et lui en rendre compte pou[illegible] désormais le doute qui existe dans l'esprit de plusieurs de nos confrères soit éclairé, et que chaque praticien sache comment il devra se conduire près d'un empoi[illegible].

Cette pro[illegible]on ayant été appuyée par la plupa[illegible] des membres, elle a [illegible]mi[illegible] aux voix et adoptée. En conséquence MM. Adorne, Leblanc, Caffe, Belhomme, Lacorbière, Mojon et Gilette ont été nommés membres de cette commission.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Richerand.

9 octobre. — PREMIÈRE SÉANCE PRÉPARATOIRE.

Juges du concours.

Professeurs de l'École. MM. Marjolin (président), Andral, Breschet, Gerdy, J. Cloquet, Velpeau, Cruveilhier ; Chomel et Richard (suppléans).

Membres de l'Académie de médecine. MM. Bégin (secrétaire), Amussat, Gimelle, Lagneau, Villeneuve (suppléant).

Après la lecture des pièces, MM. les compétiteurs sont appelés à faire acte de présence.

Ont répondu : MM. Vidal (de Cassis), Bérard jeune, Robert, Michon, Ph. Boyer, Chassaignac, Blandin, Malgaigne, Lenoir, Laugier, A. Sanson, Sédillot, Huguier, A. Thierry.

N'a pas répondu, M. Moulinié (de Bordeaux).

M. Marjolin lit une lettre de M. Monod qui annonce qu'il se retire du concours.

La question écrite sera donnée jeudi 12 novembre à midi. — Six heures seront accordées aux compétiteurs pour la remise de leurs compositions.

La première lecture publique aura lieu vendredi 13 novembre à quatre heures du soir.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 12 NOVEMBRE 1840. (15e ANNÉE.) N° 134, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Clinique chirurgicale. — *Séance d'ouverture.*

M. Velpeau a repris son cours lundi dernier, et a traité, pour sujet de sa première leçon : *De la nécessité d'un bon diagnostic.* Voici un extrait de son discours.

Un mot sur l'appréciation des choses en chirurgie.

Avant de reprendre nos entretiens cliniques, j'ai besoin, Messieurs, de m'expliquer sur quelques points de diagnostic chirurgical. Vous ne venez, vous ne devez venir dans les hôpitaux que pour juger, pour apprécier chacun à votre façon ce qui s'y observe. Il est donc essentiel de voir dès à présent comment on doit arriver au jugement des choses en chirurgie. Pour spécifier une maladie, il faut en avoir *jugé, apprécié* les signes ; pour admettre l'efficacité d'un remède, il faut avoir *jugé* les raisons invoquées en sa faveur ; comme pour accepter l'opinion d'un homme, il faut, n'est-il pas vrai, en connaître, en avoir *jugé* les élémens. Tout cela, Messieurs, vous le voyez, rentre dans le domaine du diagnostic ; mais du diagnostic largement, philosophiquement envisagé. Un mot donc sur le diagnostic.

« La science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art, et en est la plus utile comme la plus difficile. Le discernement du caractère propre de chaque genre de maladies et de ses différentes espèces, est la source des médications curatives. Sans un diagnostic sûr, précis, la théorie est toujours en défaut, et la pratique souvent infidèle. » (Louis, *Tum. fong. de la dure-mère.*)

C'est là, me direz-vous peut-être, une vérité banale dont personne ne conteste la justesse depuis que Louis l'a formulée. En parlant de la sorte, Messieurs, vous iriez droit à l'erreur. S'il est vrai que, d'une manière générale, personne ne récuse l'importance du diagnostic, il l'est aussi que dans l'application, que dans les cas particuliers, une foule de chirurgiens semblent n'en pas tenir compte du tout. Distinguer une luxation d'une fracture, un anévrisme d'un abcès, une hernie d'un ganglion, une névralgie d'une carie articulaire, ne paraît indifférent à qui que ce soit ; mais le même accord n'existe plus si, au lieu de ces grandes catégories, on aborde les divisions secondaires du cadre nosologique. Ici vous auriez les ophthalmies, les tumeurs du crâne, les tumeurs du cou, les tumeurs du sein, les tumeurs du testicule, les maladies de l'urètre, les tumeurs blanches, les érysipèles, les cancers, etc., etc., à reprendre en sous-œuvre sous le point de vue du diagnostic précis. Expliquons-nous à ce sujet.

Tumeurs du crâne. Par tumeurs du crâne, entr'autres, j'entends parler de celles qui se trouvent sous la peau, qui se développent insensiblement, qui n'ont aucun caractère de malignité. Les fongus, les cancers, les exostoses, etc., sont soigneusement séparés de cette première classe par tout le monde, et ne doivent point m'occuper. Si quelqu'un se borne à désigner de pareilles tumeurs sous le nom de *loupes* ou de *tannes*, comme on le fait souvent, je dirai d'abord que les loupes et les tannes forment deux maladies fort différentes ; ensuite, qu'aujourd'hui loupe s'entend d'une tumeur graisseuse, et qu'il n'y a presque jamais de lipôme au crâne. Veut-on s'en tenir au mot *tumeur* ? Alors de quelle tumeur s'agit-il? D'un stéatome, d'un athérôme, d'un mélicéris, d'une tanne? Car ces quatre espèces de tumeurs s'observent au crâne. On répond : qu'importe. Assurément il importe, et voici en quoi : la tanne, je suppose formée d'une matière adipeuse que contient un kyste tégumentaire, ne peut être enlevée que par une dissection délicate, et doit être extirpée en totalité si l'on veut en prévenir la récidive. L'athérôme et le stéatome, au contraire n'exigent aucune dissection, puisqu'ils représentent des masses grumeleuses et un kyste comme déposés entre les diverses couches de tissus, à la manière des corps étrangers. Dans le premier cas, l'opération ne laisse pas que d'être minutieuse ; dans le second cas, elle est d'une simplicité remarquable. Si la première n'est pas faite avec tout le soin nécessaire, avec certaines précautions déterminées, la tumeur se reproduit presqu'inévitablement ; l'autre n'est à peu près jamais suivie de récidive, de quelque manière qu'on la pratique. On voit donc qu'avant d'agir, il importe de ne pas confondre les deux cas; autrement vous appliqueriez au stéatome un procédé long, délicat, dont il n'a que faire, ou bien vous vous serviriez pour les tannes d'une opération tout à fait insuffisante. Or, c'est par le diagnostic qu'on évite de pareilles difficultés, d'aussi fâcheux contre-sens chirurgicaux.

Maintenant, j'entends dire que ce diagnostic n'est pas toujours facile ; il en est même qui soutiennent qu'il est impossible. Difficile quelquefois, impossible rarement ; facile 19 fois sur 20 : voilà ce qu'on peut répondre à de pareilles assertions. D'ailleurs, de ce qu'une chose est difficile, faut-il en conclure, quand elle est utile, qu'on ne doit pas la tenter, qu'il est superflu de s'en occuper? La logique, ce me semble, dit tout le contraire.

Ophthalmies. Autrefois, on croyait avoir suffisamment précisé une inflammation de l'œil en la signalant sous le nom *d'ophthalmie.* Vous trouverez encore aujourd'hui beaucoup de praticiens qui n'en exigent pas davantage. Ecoutez-les : ils vous racontent le nombre d'ophthalmies qu'ils ont eu à traiter, les remèdes qui leur ont procuré le plus de succès dans le traitement des ophthalmies. Questionnez-les, d'un autre côté, sur le genre d'ophthalmie qu'ils ont eu à traiter ainsi, sur l'espèce de phlegmasie oculaire que leur médicament guérit le mieux, et ils ne vous répondront pas, ou plutôt ils vous diront que les distinctions où vous voulez les conduire, sont des subtilités inutiles. Ce langage, Messieurs, vous le trouverez dans les hôpitaux, dans la ville, dans quelques livres, et parmi vos condisciples. Comme il y a là un danger, je dois vous le signaler, et tout faire pour le repousser. Vous admettez sans doute que l'humanité peut espérer, pour l'avenir, mieux encore que ce qu'elle possède aujourd'hui, sous le point de vue du traitement et des dangers des ophthalmies. Eh bien ! il est à peu près impossible d'y arriver, sans sortir préalablement de ce vieux langage. Vous recueilleriez des faits par centaines, en faveur de tel ou tel remède, que la science ne profitera jamais de vos observations, si vous vous en tenez au mot *ophthalmies* ; car un de vos confrères pourra vous opposer un nombre égal de faits contradictoires tout aussi vrais, et qui restent tout aussi stériles que les vôtres pour la pratique commune. Qui ne voit en effet, qui ne sait actuellement, que le nitrate d'argent, par exemple, fort utile quand il s'agit d'une conjonctivite, d'une efficacité presque miraculeuse à de certaines doses, dans certains cas de conjonctivite purulente, ne laisserait pas que d'être dangereux, employé de la même façon contre l'iritis ou contre la kératite profonde? Donnez le calomel à haute dose, et vous aurez des résultats complètement inverses ; il n'entravera pas la marche des conjonctivites, tandis que l'iritis lui cédera presque toujours. La même remarque s'applique avec la même force aux nuances diverses de la blépharite, de la kératite, de la conjonctivite, prises isolément. Comment donc profiterez-vous des travaux de celui qui se borne à dire : J'ai guéri nombre *d'ophthalmies* avec le calomel, avec le nitrate d'argent, avec telle ou telle pommade? puisque la maladie qu'il désigne par-là en englobe une foule d'autres qu'il confond ainsi, et dont plusieurs seraient aggravées plutôt que guéries par le remède proposé.

Partez d'un diagnostic clair, précis, bien établi, et tout, au contraire, deviendra simple, facile; tous les essais, toutes les expériences auront un sens, une valeur. Les résultats annoncés par l'un pourront aussitôt être contrôlés par l'autre ; comme en physique, ou en histoire naturelle, comme en chimie, les observations, les efforts de chacun auront à s'exercer sur quelque chose de positif, sur des objets définis, les mêmes pour tout le monde. A ce prix, mais à ce prix seulement, le progrès est possible en chirurgie. Avant tout, occupez-vous donc du diagnostic des maladies ; analysez les ophthalmies si vous tenez à en parler, à les traiter en connaissance de cause, autrement qu'en empyriques, en routiniers aveugles. Quelles seraient vos excuses pour ne pas le faire? La paresse ! Ah ! Messieurs, ce défaut, on ne l'avoue pas, il n'est pas de votre âge, fuyez-le ; il ferait le malheur de votre vie ; le tout est de s'y mettre, de bien commencer ; essayez pendant quinze jours, un bon livre à la main, ou bien avec un guide qui soit au courant près des malades, et vous verrez que, les premières difficultés vaincues, le reste va ensuite comme de soi et se classe avec la plus grande aisance dans l'esprit. Seulement, n'allez pas d'abord trop vite ; si avant de vous être fait une idée nette des caractères spéciaux des maladies, vous voulez en apprécier l'ensemble, vous perdrez votre temps et vous ne tarderez pas à vous décourager, vous retomberez dans la confusion commune ; comme un écolier qui veut parler purement une langue sans se donner la peine de bien en interpréter la grammaire, écrire exactement les mots sans en avoir appris l'orthographe.

Ce premier malheur serait la source, que dis-je, serait? est la source de tous les maux en médecine. Suivez-le dans ses conséquences morales. J'admets que l'un de vous s'y expose et que, d'une façon ou d'une autre, poussé par le hasard ou par le talent (car de fausses études n'excluent absolument ni l'instruction ni le talent) il arrive à quelque poste éminent, qu'il se fasse oculiste, qu'il devienne chirurgien d'hôpital, qu'il se livre à l'enseignement. Là vous le verrez se débattre dans la route incorrecte de ses premiers pas et retomber bientôt dans le chaos signalé tout-à-l'heure. Avec de la bonne foi et du courage il se remettrait à l'œuvre ; mais non. S'il eût eu du courage, le principe ne lui serait point échappé ; une fausse route, la vanité, le besoin de donner tort à ceux qui suivent un chemin plus droit, se réuniront dans son ame et le porteront à nier les avantages d'un diagnostic qu'il sent ne point savoir manier. Le voilà dès lors essayant, traitant, expérimentant sans savoir ce qu'il fait et concluant toutefois avec assurance ; jugeant tout après avoir tout faussé? Qu'un pareil homme atteigne une position d'élite ; soit comme praticien, soit comme professeur, soit comme écrivain, et vous devinez, je pense, une partie du mal qu'il poura faire. Il est tant de gens aux yeux desquels le succès justifie tout, que son exemple seul serait déjà une calamité. La masse de ceux qui étudient, qui apprennent, trop neuve encore ou trop dépourvue d'expérience pour apprécier sûrement les choses, pour *diagnostiquer* la valeur différentielle et fondamentale des hommes, hésitera si elle ne se laisse pas entraîner. Ce serait un miracle si celui qui enseigne l'importance d'une étude rigoureuse, parfois ardue, qui bannit le vague, l'hypothétique, l'emportait tout-à-coup aux yeux de la foule, quand autour de lui, d'autres hommes également considérés, entassent raisons sur raisons pour prouver que ce qu'il prêche est inutile, impossible et superflu. N'en est-ce pas assez pour perdre toute une génération, pour frapper de mort toute espèce de progrès pendant une longue période ! N'est-ce pas de la sorte que des hommes marquans se montrent de siècle en siècle pour faire rétrograder la science?

Voulez-vous un autre exemple? Prenez les tumeurs du cou : quand vous saurez qu'il y a au cou des tumeurs formées par du pus, par du sang, par de la sérosité, par de la matière squirrheuse, mélanique, encéphaloïde, colloïde, calcaire ; par des varices, des anévrismes, des hypertrophies, des exostoses, etc., etc. ; que ces tumeurs occupent tantôt les ganglions lymphatiques, tantôt les nerfs, tantôt les veines ou les artères ; tantôt ce tissu cellulaire de la région, tantôt le corps thyroïde, le larynx ou le pharynx, quand elles ne viennent pas de la poitrine ou de la base du crâne, vous vous demanderez, je n'en doute pas, à quoi peuvent servir scientifiquement, les observations de remèdes ou d'opérations tentées sur des tumeurs du cou, si l'observation ne spécifie pas la nature de la tumeur ainsi attaquée? Les anévrismes et les varices doivent être soigneusement distingués de toute autre tumeur, chacun en convient ; mais en disant qu'il n'en est pas de même d'un kyste purulent, séreux, d'une tumeur gonglionnaire, on émet une erreur. Le kyste purulent? il faut le fendre largement ; le séton, les injections irritantes n'en triompheraient pas. C'est tout le contraire pour le kyste séreux : pratiquez-en la ponction et injectez y quelques cuillerées d'eau iodée, et vous guérirez celui-ci sans courir le moindre danger, sans causer de gêne au malade. Les ganglions? rien n'est facile comme leur extirpation, quand il n'est plus permis d'en espérer la résolution, et ils ne comportent, vous le savez, ni ponction, ni fente, ni séton, ni injections, s'ils ne sont le siége d'aucune collection liquide. Dans le corps thyroïde même, que de tumeurs diverses à ne pas confondre ! On traite et on guérit un goître purulent comme un abcès ; on traite et on guérit le goître séreux par la ponction et l'injection iodée, comme l'hydrocèle ; pour le goître avec kyste hématique, il faut le séton ou de grandes incisions multiples ; la ligature des vaisseaux convient seule aux goîtres anévrismatiques ou variqueux ; le goître par hypertrophie n'a rien à attendre de la chirurgie, si ce n'est l'extirpation qui, pourtant, selon moi, ne doit plus être tentée ; une tumeur cancéreuse bien circonscrite pourrait être attaquée dans la glande thyroïde comme ailleurs, par les caustiques ou l'instrument tranchant. Et comment prendre de prime-abord le meilleur parti, comment même se décider à quelque chose, sans avoir diagnostiqué la variété de goître qu'il s'agit de traiter? Que ce diagnostic soit parfois difficile, embarrassant, personne ne le conteste ; mais de là à prétendre qu'il est sans intérêt de tout faire pour en pénétrer les élémens, il y a toute une science. Que font les contempteurs du diagnostic exact en pareil cas? ils tâtonnent sans cesse : aujourd'hui un remède, demain un autre ; ou bien ils appliquent le même remède et la même opération à tous les cas, et s'écrient ensuite, selon que le hasard les a bien ou mal servis : « Tel remède guérit très bien le goître ; telle opération est dangereuse dans le traitement du goître ; » c'est absolument comme le chirurgien qui pratique une grave opération, qui cherche une tumeur profondément située, sans connaître l'anatomie : n'étant sûr de rien, il ne va qu'en tremblant, ne sachant pas ce qu'il divise ; il hésite, tergiverse, marchant en aveugle, il est forcément ou pusillanime ou téméraire.

Non, Messieurs, ce n'est pas trop dire, et vous ne devriez jamais l'oublier : *le diagnostic est aux indications thérapeutiques ce que l'anatomie, sous toutes ses formes, est à la médecine opératoire.*

Le *sein*, à cause du rôle sérieux qu'il joue chez la femme, est sujet à de nombreuses variétés d'engorgemens, d'engorgemens chroniques surtout. Or, ces engorgemens, même aigus, forment des classes dont chacune a une marche, des suites, un siége distincts, réclame un traitement différent.

Cela suffit, à ce qu'il semble, pour que le diagnostic doive en être soigneusement établi par tout praticien qui

se charge de les traiter, pour que les exemples qu'on en cite sans en spécifier l'espèce restent au moins comme non avenus dans la science. Le malheur d'un diagnostic vague est bien plus grand encore pour les engorgemens, les tumeurs chroniques du sein, que pour les maladies aiguës de cet organe. Il peut y avoir là une pure hypertrophie ou bien une transformation lardacée simple que la compression, des pommades résolutives, certains médicamens internes feront disparaître ; on y observe des kystes hydatiques, qu'une large incision vide et permet de guérir ; des kystes séreux dont la ponction et l'injection iodée débarrassent les malades ; des kystes hématiques ordinairement multiples qui exigent chacun une incision ; des collections de pus qu'une incision tarit, et qui en ont imposé plus d'une fois pour des tumeurs concrètes qu'on s'apprêtait à enlever.

Les différences, on le voit, ont déjà leur importance ici; mais que dirons-nous des tumeurs squirrheuses, cérébriformes, colloïdes, tuberculeuses, fibreuses, fibrineuses, et des variétés que chacune de ces espèces renferme ? Des observations nombreuses m'ont appris, comme à d'autres, que le squirrhe, quelle qu'en soit la forme, ne cède jamais si ce n'est au fer ou aux caustiques ; que le squirrhe globuleux, bien circonscrit, une fois detruit ou enlevé, est loin de revenir toujours ; que le squirrhe rameux se reproduit très souvent après l'opération ; que le squirrhe diffus, ou en plaques ligneuses de la peau, que le squirrhe tuberculeux disséminé se reproduisent à peu près constamment. Je sais, d'un autre côté, que les masses, soit encéphaloïdes, soit colloïdes, soit mélaniques, ont aussi une tendance extrême à se reproduire. Je sais en outre que les tumeurs tuberculeuses coïncident le plus souvent avec des tubercules pulmonaires ; que d'ailleurs, le temps et certains topiques peuvent en amener la fonte purulente ; que s'il n'y a rien aux viscères, on en guérit radicalement les malades par l'extirpation. Je sais enfin que les tumeurs adipeuses, fibreuses, fibrineuses, n'ont rien de *malin*, qu'elles ne compromettent ni la vie, ni la santé générale par leur nature, et qu'une fois enlevées elles n'ont aucune tendance à se reproduire. Armé de ces notions, je dis aux malades affectés de tumeurs hématiques, ou fibreuses, ou graisseuses : Vous ne guérirez de votre mal que par l'opération ; après l'opération, la tumeur ne reviendra point ; les topiques, les médications internes et externes, quelle qu'en soit la nature, ne vous réussiront pas ; mais il y a peu de danger à temporiser, à garder votre tumeur. En face d'une masse tuberculeuse, je dirai : Modifiez votre constitution, essayez telle pommade, telle solution, et *peut-être* guérirez-vous à la longue sans opération. Je ne toucherai ni au squirrhe diffus, ni au squirrhe à tubercules disséminés, et je n'aborderai qu'avec crainte, pour ainsi dire qu'en tremblant, le squirrhe rameux. En présence du squirrhe circonscrit, des tumeurs encéphaloïdes, colloïdes, mélaniques, je dirai, au contraire : L'opération seule peut vous guérir ; sangsues, pommades, compression, etc., n'y peuvent rien ; hâtez-vous, car plus le mal est ancien, plus vous courrez risque d'en voir les germes pénétrer sourdement au sein de vos tissus, de vos fluides. Pour en éviter la récidive, le nombre des chances est en raison de l'ancienneté du mal. Faites-vous donc opérer, ou le mal vous tuera. Je réserverai ainsi les sangsues, la compression, le régime antiphlogistique, les moyens résolutifs pour les engorgemens d'origine simplement inflammatoire. Si chacun voulait suivre la même voie, on ne compromettrait plus par d'interminables discussions, et la valeur de certains remèdes, et la vie d'une foule de malades. Savez-vous, en effet, ce que font ici les antagonistes du diagnostic précis ? On peut les diviser en quatre classes :

1° Quelques-uns ont une confiance extrême dans les médications simples, internes ou externes, et s'imaginent que, prises au début, la plupart des tumeurs du sein sont guérissables sans les secours de la chirurgie. Leur conviction, favorisée par celle des malades, des gens du monde, par certaines théories médicales, tient surtout à ce que le hasard aura placé sous leurs yeux une grande proportion d'engorgemens, de tumeurs phlegmasiques simples, qu'ils ne se sont point donné la peine de distinguer des tumeurs véritablement insolubles.

2° D'autres croient qu'il faut opérer toutes les tumeurs de la mamelle, qu'on en guérit de la sorte un nombre considérable. Ceux-là n'hésitent pas, parce que leur bistouri n'ayant guère porté jusque-là, sans qu'ils s'en soient doutés, que sur des tumeurs fibreuses ou fibrineuses, ils généralisent ainsi à tort l'absence de récidive qu'ils ont observée.

3° On en voit, au contraire, qui, ayant eu le malheur de se trouver en présence de squirrhes ou d'encéphaloïdes, restent bientôt persuadés que les tumeurs du sein sont inguérissables, qu'il vaut mieux ne point les opérer ; qu'il faut ne songer qu'à en modérer la marche, à en pallier les accidens.

4° Dans la quatrième classe, vous voyez ceux qui s'intitulent *praticiens* par excellence; englobant tout sous le titre d'engorgemens, de tumeurs du sein, ils s'étonnent de tout; ils appliquent à tout un même traitement : sangsues, petites saignées, compression, pommades fondantes, médications internes, sont employées par eux pendant des mois contre les productions hétérologues, comme dans les cas d'hypertrophies, d'engorgemens simples. Quand plus tard ils se voient obligés d'en venir à l'opération, ils ont, au moins à les entendre, essayé tout ce que la prudence exigeait, et préparé le succès définitif du dernier moyen, du grand remède. La conduite de ces derniers, bonne contre les suites de phlegmasies, inutile, nuisible même contre les tumeurs non malignes, devient très dangereuse dans les cas de squirrhe, d'encéphaloïde, de masses colloïdes, de mélanose, parce qu'elle donne le temps de se généraliser à une maladie contre laquelle elle ne peut évidemment rien.

N'est-il pas vrai, Messieurs, que pour être utile autant que possible, le véritable praticien ne doit appartenir à aucune des quatre catégories précitées ; qu'en présence d'un malade il est mieux de pouvoir dire en connaissance de cause avant de commencer : Ceci guérira sans opération; cela doit être enlevé ; ici, rien à faire ; là, vous avez tout à craindre de la récidive, qué de dire, à l'instar des commères : essayons d'abord tel remède, puis tel autre, puis celui-ci, puis celui-là, et nous verrons à la fin ! Que penseriez-vous aujourd'hui d'un médecin qui se vanterait de soumettre toutes les maladies de poitrine à la même médication, sous prétexte qu'il est parfois difficile de distinguer la pleurésie chronique, les épanchemens thoraciques, la pneumonie latente, une vomique, un vieux catarrhe, etc., de la phthisie tuberculeuse, et qui viendrait ensuite donner une telle conduite comme un modèle digne de votre admiration ? Les hommes engagés dans ce fâcheux dédale resteront, vous le concevez, quelque talent qu'ils aient, quelque retentissement que puisse avoir leur nom, complètement stériles pour leurs successeurs. On dira d'eux, ce que nous disons de nos devanciers : leurs observations ne montrant pas la nature du mal qu'ils ont eu à traiter, seront incapables de rien prouver, de rien éclairer ; y en eût-il des milliers, que ce serait toujours à recommencer.

Les *engorgemens testiculaires*, plus encore que ceux de la mamelle, sont journellement invoqués par les chirurgiens auxquels je fais allusion. Là, disent-ils, on voit céder aux préparations d'iode ou bien aux préparations mercurielles, telle tumeur, tel engorgement que les plus grands praticiens condamnaient à l'extirpation. Donc, voyez la conclusion, il est inutile de s'appesantir avec tant de soin sur le diagnostic différentiel de pareilles tumeurs; donc, il n'est pas permis de recourir à la castration avant d'avoir soumis le malade, quel qu'il soit, aux différentes médications générales et locales indiquées par les auteurs. Rien n'est plus perfide qu'un pareil raisonnement. Si des hommes habiles ont conseillé l'opération là où d'autres ont réussi avec des remèdes plus simples ; qu'est-ce que cela prouve, si ce n'est que des hommes habiles peuvent, à la rigueur, prendre dans le testicule un genre de tumeur pour l'autre ? Je vois donc dans ce fait, moi, une raison pour chercher de nouveaux moyen de ne pas confondre les caractères essentiels des diverses tumeurs, et rien contre l'importance du diagnostic.

Dire qu'il faut avant tout traiter indistinctement les engorgemens du testicule par les mercuriaux ou les médicamens iodés, c'est avouer implicitement que de tels remèdes peuvent, en définitive, guérir les tumeurs squirrheuses, encéphaloïdes, colloïdes, mélaniques, fongueuses, sanguines ; les tumeurs épiploïques dégénérées, les hématocèles anciennes, etc. Et quel est le pathologiste instruit et de bonne foi qui oserait de nos jours émettre un si exorbitant paradoxe ? Avec un bon diagnostic verrions-nous des hydrocèles traités par des remèdes internes et par divers topiques plus insignifians les uns que les autres pendant six mois, un an et davantage ? Avec un bon diagnostic, l'hématocèle qu'on guérit avec deux incisions, comme un abcès, ou avec une injection iodée, comme une hydrocèle, ne serait plus attaquée par la castration ou par un tas de drogues qui n'ont sur elle aucune sorte de prise. Un diagnostic exact empêcherait d'extiper les testicules simplement tuberculeux. Un bon diagnostic étant établi, vous sauriez que l'orchite simple peut se terminer à peu près toujours par résolution, tandis que l'orchite tuberculeuse est presque toujours nécessairement suivie d'abcès multiples. Un diagnostic précis enfin vous permettra de ne conseiller le traitement mercuriel que pour l'orchite syphilitique, le traitement iodé que pour l'engorgement tuberculeux ou par simple hypertrophie, c'est-à-dire là où ces médicamens sont véritablement avantageux. Vous arriverez de la sorte à ne parler de castration que pour les tumeurs réellement incapables de guérir autrement ; mais pour celles-là vous y procéderez sans délai et ne perdrez pas un temps précieux en tâtonnemens ridicules ou inconsidérés. Quand vous publierez des faits dans un tel esprit on vous comprendra ; la science les enregistrera ; ils feront nombre pour la suite.

Là-dessus, comme pour les maladies du sein, ne nous en tenons donc plus à la simple épithète *d'engorgement* ou de tumeur ; allons un peu plus vers le fond des choses, si nous voulons que la pathologie marche, que le pronostic devienne juste, que la thérapeutique se perfectionne, que la chirurgie mérite le nom de science. Ne conservez les mots vagues que pour les cas absolument douteux, et que chacun n'aille plus mettre les bornes de son savoir à la place des limites de la science, ou même de ce que savent ou peuvent savoir les autres hommes.

J'en suis humilié, Messieurs, quand je jette un regard, sous ce point de vue, sur les efforts auxquels se livre la médecine, et que je les compare à ce qui se passe en chirurgie ! Pourquoi la percussion, le plessimètre ? Pourquoi le stéthoscope, l'auscultation, la mensuration, la succussion en pathologie médicale, si ce n'est pour apprécier mille bruits divers du poumon, du cœur, de la poitrine ; mille variétés de matité, de sonoréité d'organes, de cavités soupçonnées malades ? Quel est le médecin qui ne rougirait pas en 1840 de rester court, quand on le prie de spécifier les râles pulmonaires, les bruits circulatoires, et de baser là-dessus son diagnostic ? Cependant voyez où en est la chirurgie, elle qui a donné l'exemple autrefois, elle qu'on appelle la *partie positive* de l'art de guérir ? Amenez-la dans le champ des maladies articulaires, des maladies articulaires chroniques en particulier ; vous constaterez avec surprise, j'aime à le croire, qu'elle s'en tient encore sur ce point, comme dans le dernier siècle, au mot insignifiant de *tumeur blanche*.

Vous lirez dans les journaux, dans les dictionnaires, dans les ouvrages classiques eux-mêmes, vous entendrez partout dans la description des tumeurs blanches, que Monsieur un tel emploie avec succès tel remède, telle médication contre les tumeurs blanches. N'est-ce pas comme si un médecin annonçait un remède contre les maladies de poitrine ou contre les maladies du bas ventre ? N'y a-t-il pas en effet dans une articulation comme dans le thorax, comme dans l'abdomen, des élémens anatomiques variés, des tissus très différens les uns des autres, susceptibles d'être envahis séparément par les maladies ? Le mal ne peut-il pas être entre la peau et les ligamens, avoir son point de départ à la face externe de sa capsule ou de sa membrane synoviale, comme dans la cavité de l'articulation ? L'usure, la destruction des cartilages, la carie, la nécrose des surfaces osseuses, comme l'ostéite et l'état tuberculeux du parenchyme même des os, n'en sont-ils pas quelquefois sa source ? Songez-y une seconde, et dites-moi quel rapport vous pouvez trouver sous le point de vue du danger et du traitement entre ces différentes sortes de lésions, entre une maladie de la face externe et une maladie de la face interne de la capsule, entre une fongosité de la synoviale et la carie des têtes articulaires, entre l'usure purement mécanique d'un cartilage et le tubercule des os, par exemple ; comment donc éclairer réellement un pareil sujet, si pour l'explorer on ne s'arme pas du flambeau de l'analyse ? A quoi donc peuvent servir les essais, les expériences, les publications de ceux qui n'y entrent et qui n'en sortent que les yeux fermés ? qui continuent de confondre sous un même titre des objets si dissemblables ? qui croient dire quelque chose quand ils parlent de *tumeurs blanches* ? Croyez-le, Messieurs, la science exige, à notre époque, un changement profond, sous ce rapport, dans les études cliniques. En faire convenir les hommes impartiaux et attentifs ne sera pas difficile; mais on n'en convaincra ni les ignorans vaniteux, ni les petits esprits, ni les praticiens routiniers et prétentieux, ni les rivaux à cervelle envieuse, et encore moins les industriels de profession. C'est donc à ceux *dont le siége n'est pas fait*, à ceux d'entre vous, Messieurs, qui sont au début de leur carrière, de s'y mettre à franc collier, au lit des malades. L'esprit de ceux-là finira bientôt par se trouver à l'aise dans la plupart des questions que je viens d'effleurer ; les autres ne s'y hasarderont pas, on doit s'y attendre, à moins que ce ne soit pour embrouiller ce que vous vous serez efforcés d'éclaircir. Ne comptez pas sur eux ; convenons même tout d'abord que nombre d'organes ou de maladies offriront toujours à l'endroit du diagnostic d'extrêmes difficultés aux tentatives que je sollicite.

Voyez l'urètre ; les rétrécissemens de ce canal ont fait l'objet de bien des recherches ; leur fréquence est proverbiale, et ce n'est certes pas l'occasion de les examiner qui manque. Cela n'empêche nullement la confusion de régner avec force sur tout ce qui les concerne. On les rencontre le plus souvent à la profondeur de quatre pouces, dit celui-ci ; un autre prétend qu'on les trouve à cinq, six, sept et huit pouces, et même jusqu'à neuf pouces du méat ! Pour en triompher, il faut une dilatation graduée aux yeux du grand nombre, tandis que d'autres veulent une dilatation brusque. Tel ne permet que de petites bougies, un autre préfère de grosses sondes pour commencer. Ici on vante la cautérisation ; là ce sont les mouchetures, les scarifications ; un autre se sert d'alun ; et puis vous entendez des hommes graves qui les disent incurables. A quoi tient ce chaos ? Il tient à trois genres de causes : 1° A ce que les mseures de l'urètre ont été mal prises, et à ce que l'existence, le siége, la forme des rétrécissemens de ce canal, abstraction faite de sa longueur, sont parfois fort difficiles en soi à préciser. 2° A ce que les notions obtenues par l'exploration de l'urètre sont toutes individuelles et non transmissibles d'un praticien à un autre, si bien qu'il faut y aller chacun pour soi. 3° A ce que les hommes qui exploitent la chirurgie comme une marchandise, ayant trouvé là une route où le défaut d'instruction est fort à l'aise, tout en conduisant à la fortune, se sont emparés du sujet dans un esprit qui ne leur permet pas d'y voir clair, et qui empêchera d'ailleurs toujours la véritable science de puiser utilement à leurs travaux. Avec un diagnostic sûr, consciencieux, on parviendrait à tout spécifier dans l'urètre comme ailleurs. Mais comment l'espérer, au milieu des conditions que je viens de signaler ? Qui vous dira que le rétrécissement annoncé par M. un tel existait réellement là où il a cru le trouver ; qu'il était à tel degré, qu'il a cédé à tel moyen, etc., etc., quand vous saurez que la même sonde qui, dans les mains de tel, n'avançait pas d'une ligne, entre sans la moindre difficulté, une heure après, par les soins d'une autre personne, et quelquefois aussi du même praticien ?

Ce que je dis de l'urètre, je le dis aussi bien de la prostate de la vessie et du col de la matrice, organes où le charlatan, l'homme inhabile et l'ignorant voient tout ce qu'ils veulent, sans que le praticien le plus instruit et le plus consciencieux soit toujours en mesure de les confondre et de les désabuser. L'absence d'un bon diagnostic n'est pas moins regrettable dans tout cela que pour les tumeurs du sein ; mais la possibilité de le rendre rigoureux y est encore plus hérissée d'obstacles. Il faudrait ne confier de telles questions qu'à des chirurgiens très exercés ou de la plus grande bonne foi ; or, elles sont presque

toujours et partout la pâture d'hommes spéciaux qui s'en emparent justement à cause du vague dont elles restent entourées et pour en faire un genre d'industrie mercantile qui ne va point à la véritable science.

Au lit des malades, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique privée, il est possible ordinairement de mettre les élèves, les médecins en état de toucher du doigt et de l'œil une espèce quelconque de tumeur, d'ophthalmie, de maladie articulaire. N'est-il pas vrai que cela est rarement faisable, quand il s'agit de l'urètre, de la prostate de la vessie, de l'ovaire, du col de l'utérus? Pourtant, cela ne serait ni moins utile, ni moins indispensable ici que là. Que faire donc en pareil cas? Accepter ce qui est éclairci, redoubler d'efforts pour rendre net ce qui est obscur, convenir de ce qui comporte le doute, n'accueillir qu'avec défiance ce que nous en disent les praticiens peu éclairés, les spécialistes de profession; rejeter tout ce qui ne portera pas le cachet de la bonne foi et de la précision; attendre pour le reste des temps meilleurs.

Vous m'avez entendu prononcer le mot *érysipèle*; il y a là, Messieurs, une image à faire ressortir. J'ai souvent eu l'occasion d'appeler votre attention sur la nécessité de porter l'analyse au milieu des groupes morbides représentés par ce nom. Vous pourrez constater vous-même dans cet hôpital, avec quelle facilité on en établit le diagnostic, et cependant, vous remarquerez partout ailleurs que le mot *érysipèle* continue de représenter, comme jadis, des inflammations fort diverses. Aussi voyez le beau résultat que la pratique en retire: Les émissions sanguines guérissent l'érysipèle, dit l'un; non, dit l'autre, ce sont les purgatifs et les vomitifs. Un troisième soutient qu'on en triomphe avec l'onguent mercuriel ou l'axonge, remèdes que repousse comme inutiles un quatrième, tandis qu'un cinquième donne l'érysipèle comme réfractaire à toutes les médications! Tout cela parce que, n'ayant pas fait un point de départ suffisant entre quatre ou cinq maladies de nature et de siége très différens, on croit avoir guéri des érysipèles quand on n'a traité, en fait, que des phlegmons diffus, des phlébites externes, des angéio-leucites, des érythèmes soit simples, soit compliqués. S'il est vrai, comme j'en ai la conviction, que l'érysipèle proprement dit diffère essentiellement par sa nature, ses symptômes, sa marche, la thérapeutique qui lui convient, des quatre autres phlegmasies dont je viens de parler, ne voyez-vous pas que rien, absolument rien de positif, d'incontestable ne pourra être dit sur son compte, tant qu'on ne l'en distinguera pas, tant que son diagnostic ne sera pas, avant tout, exactement établi. Que prouvent, en effet, les observations de M. A..., qui prétend arrêter un érysipèle avec des sangsues, quand je sais qu'il ne sépare pas l'angéio-leucite de l'érysipèle; ou celles de M. B... qui réussit avec l'onguent napolitain, quand j'ai vu que pour lui, érythème, phlegmon diffus, angéio-leucite, érysipèle ne sont qu'une même inflammation? Absolument rien. Ainsi, encore une vaste question de pathologie chirurgicale qui n'avancera point sans une réforme dans le diagnostic. Si je disais combien il en existe d'autres auxquelles s'applique la même réflexion, vous en seriez effrayés; mais non, je m'arrête dans la crainte de jetter le découragement au milieu de vous, de montrer trop de misères à ceux dont l'âme ne s'attend à trouver, dans la chirurgie, que des cadres partout éclairés de lumière aussi vive que régulièrement distribuée. Je n'ajouterai qu'un mot; c'est qu'après la révision du diagnostic, c'est celle de la thérapeutique qu'il est urgent de reprendre dans les hôpitaux; nous aurons donc à suivre dans le courant de l'année qui commence, un sentier fort épineux, si nous ne voulons point sortir de la voie dont je viens de vous laisser entrevoir une partie des aspérités.

En tout et partout, le diagnostic sera notre point de départ, notre boussole. Pour mettre le diagnostic en rapport avec l'état actuel de la science, il faudrait, veuillez vous en souvenir, une connaissance aussi exacte que possible de ce que la pathologie possède de certain, des sens très exercés, une expérience personnelle très étendue, une intelligence et un jugement qui tinssent compte de tout. Si tous ceux qui s'y adonnent étaient doués de ces qualités, le diagnostic atteindrait promptement un haut degré de précision, et la thérapeutique marcherait vite. Mais à l'impossible nul n'est tenu. A défaut de ce qui devrait être, de ce qui serait à désirer, nous devons prendre ce qui est. Pour moi, qui ne prétends dans tout cela qu'au mérite de la bonne foi et au désir ardent de bien faire, de vous mettre en mesure d'éviter quelques écueils, je ne vous demande, Messieurs, que du zèle, de l'attention. Lisez, écoutez, observez, puis interprêtez, jugez les faits; et, je ne crains pas de l'affirmer, nous ne tarderons pas à nous entendre, à marcher de concert... *Si voluerint fata.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 10 novembre.

M. le professeur Lallemand est présent à la séance.

— *Eau hemostatique. M. Martin-Solon* fait un rapport officiel sur une eau dite hémostatique et anti-phlogistique, adressée par M. le ministre du commerce de la part de l'inventeur, M. C. Ce rapport est défavorable à l'auteur.

— *Histoire de la syphilis. M. Cullerier* avait été chargé de rendre compte d'une note adressée à l'Académie par M. Robert-Broun, médecin allemand. Cette note contient plusieurs questions relatives à l'histoire de la syphilis; l'auteur les soumet à l'Académie et désirerait qu'elle en fit le sujet d'une discussion. M. Cullerier expose tout cela, et ajoute que l'auteur fait un ouvrage sur l'histoire de la syphilis et serait bien aise que l'Académie l'aidât par la discussion des questions qu'il lui soumet. (On rit.)

L'Académie passe à l'ordre du jour sur cette demande.

— *Médecine Broussaissienne. M.* Fourcreau lit une note sur l'ontologie dont il a été question dans la dernière séance. Cette note ne porte que sur des généralités insaisissables à l'analyse.

Une discussion assez orageuse est entamée à l'occasion de cette lecture.

M. Rochoux soutient que le mot ontologie est synonyme d'hypothèse, et qu'à mesure que les siences deviennent exactes, l'ontologie diminue ou disparaît.

M. Gerdy saisit cette occasion pour intenter un terrible precès à la médecine de Broussais. Cet auteur, selon lui, n'aurait ajouté à la médecine de Pinel que des erreurs graves, et substitué son ontologie gastro-entérite à l'ontologie de ses prédécesseurs. Pinel ne faisait pas de la fièvre essentielle un être matériel, ainsi que Broussais le lui faisait dire; il regardait la maladie comme une affection générale, ou l'expression d'un état de souffrance de tous les organes. Qu'a fait Broussais? il a concentré la source de l'affection dans l'estomac, ce qui est une erreur. Toute maladie spontanée est générale, selon M. Gerdy. Pinel n'employait le mot fièvre adynamique, fièvre ataxique, que comme un substantif abstrait, à l'instar du mot scrofule, etc.

M. Bouillaud écarte la question des mots comme inutile, et s'en tient à la question des choses: il veut parler de la doctrine de Broussais. Les premières attaques de Broussais sur les fièvres essentielles avaient pour but de prouver que l'état adynamique, ataxique, n'était qu'un phénomène, un effet d'un état organique, et non la maladie elle-même, ainsi qu'on l'avait cru jusqu'alors; il a résolu le grand problème posé par Bichat concernant le véritable siége des maladies. C'est en cela que consiste la grande et immortelle révolution opérée par Broussais; il a rattaché toutes les fièvres à un certain état maladif des organes, et a démontré sa thése aussi bien que les connaissances de son temps le lui permettaient.

M. Gerdy conteste la réalité des assertions de M. Bouillaud. Selon lui, Broussais n'a fait que localiser les affections spontanées dans l'estomac, ce qui est *le comble de l'absurde* (expression textuelle). Les anciens admettaient, avec plus de raison, un état maladif général dans toute affection spontanée. La pneumonie elle-même, qui se développe spontanément, n'est pas une affection locale. Il en est de ces maladies, comme d'un empoisonnement. Tout l'organisme est affecté d'abord, vient ensuite la réaction de la lésion locale qui est secondaire et plus ou moins tardive.

M. Gerdy dit, en terminant, avoir combattu pendant toute sa vie la doctrine de Broussais, qu'il croit erronée, sa thèse a roulé sur ce sujet et il est prêt à s'escrimer encore, parce qu'il croit que ce qu'il a soutenu est la vérité. La sortie animée de M. Gerdy a excité plusieurs fois l'hilarité en sa faveur.

MM. Bouillaud et *Castel* demandent à parler.

L'heure étant avancée, la suite de la discussion a été remise à la prochaine séance.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de pathologie chirurgicale concernant la nouvelle nomination qui doit bientôt avoir lieu.

Durant le comité secret, une discussion excessivement animée a eu lieu dans les bureaux de l'Académie, entre M. Bouillaud et M. Velpeau relativement à la méthode des saignées coup sur coup. Des paris ont été proposés.

Tout annonce que la prochaine séance va être fort orageuse: il ne s'agit de rien moins que du progrès de la médecine française du dix-neuvième siècle, dont le représentant principal est aujourd'hui M. Bouillaud.

— *Nouveau système de déligation.* — Dans le dernier compte-rendu, nous avons parlé de la communication de M. Rigal, de Gaillac. Voici de nouveaux détails sur l'ingénieuse invention de ce chirurgien:

Le docteur Rigal de Gaillac expose les principes généraux d'un nouveau système de déligation chirurgicale, fondé sur la combinaison des linges pleins avec les tissus ou les fils élastiques de caoutchouc. Simplicité, contention exacte au milieu des mouvemens les plus variés, tels sont les caractères spéciaux des bandages qu'il propose, et dont la pratique a depuis deux ans sanctionné l'emploi.

Les pièces de linge de M. Rigal sont presque toujours des triangles simples ou doubles et des frondes, sauf la calotte grecque et la demi-calotte qu'il veut substituer à tous les couvre-chefs connus.

Il enseigne à distinguer les tissus et les brins de fil élastique relativement à leur extensibilité plus ou moins grande, à leur ressort plus ou moins puissant.

Ces cordages fixés aux pièces de linge, ou passés dans des anses de ruban qu'on y a cousus, dans des boutonnières qu'on y a pratiquées, sont dirigés vers les parties les plus propres à fournir un point de résistance. M. Rigal énumère rapidement les avantages que le corps humain offre sous le rapport de ses formes, aux manœuvres qui font la base de son système. Malgré la généralité de ses vues, et en dépit de leur réalisation facile, M. Rigal ne croit pas qu'on puisse faire table rase des acquisitions successives de l'art en matière de déligation, et il pose de sages réserves en faveur de l'emploi des bandes pour la compression régulière des membres.

Pour arriver aux résultats qu'il annonce, et qui seront l'objet d'un traité *ex professo*, M. Rigal s'est inspiré des travaux de M. Mathias Mayor, auquel il se plaît à rendre un éclatant hommage en l'avouant pour maître.

Il a senti le besoin d'aller au-delà des conceptions du réformateur de Lausanne, et il démontre sur un mannequin vivant la supériorité du *linge plein* tel qu'il le conçoit sur le *mouchoir*; celui-ci gode, quand celui-là se moule à ravir sur les parties qu'il recouvre.

Après avoir dit un mot sur la question d'économie, M. Rigal décrit et pratique la plupart de ses pansemens. On a remarqué surtout ceux qui ont pour but de favoriser les restaurations de la face, en particulier l'opération du bec-de-lièvre et la cheïloplastie. Ici les fils élastiques s'adaptent à des pièces ou des bandelettes de sparadrap et cette alliance promet des succès quand on saura l'appliquer à la suture sèche des plaies faites par le chirurgien ou survenues en différentes régions et selon toutes les directions possibles.

M. Rigal indique des applications d'autres genres.

Les tissus élastiques peuvent rendre d'importans services pour l'hémostasie. On doit les substituer aux lanières de laine ou de soie des tourniquets. Avec une compression moindre, mais toujours active, on suspendra sûrement la circulation des artères, on fera gonfler les veines sans enrayer l'abord du sang au-delà du lien, et ces vaisseaux seront ouvers et couleront avec plus de facilité. Cette dernière remarque s'applique surtout à la phlébotomie de la jugulaire.

Dans les fractures obliques des membres inférieurs surtout, le chevauchement résulte de la rétraction permanente des muscles, et, jusqu'à ce jour on n'a pu opposer que des forces mortes à des forces vivantes; pour lui, les fils élastiques sont de la fibre musculaire factice. Leur puissance rétractile s'exerce aussi d'une manière incessante. Il est aisé de l'accroître, de la diminuer à volonté par le nombre ou la grosseur des faisceaux que le chirurgien ne tardera pas à substituer aux liens extenseurs et contre-extenseurs.

Les sections hypodermiques des tendons, des aponévroses ont enrichi l'art de guérir de merveilleux procédés. La théorie des déformations, basée sur l'action musculaire, appelle les tissus élastiques au secours de la thérapeutique; leurs fils donnent le moyen de créer en quelque sorte de toutes pièces des muscles agissant en sens inverse des déplacemens. On augmentera ou modifiera, encore dans ce cas, les forces par le nombre des fibres dont l'orthopédiste formera *ses ventres charnus*; des anses de simple ruban de fil inextensible fourniront les tendons temporaires; des pièces linge, solidement arrêtées, deviendront des aponévroses.

Enfin, pourquoi ne pas emprunter aux bandes de caoutchouc les moyens contentifs des hernies? On en compte un si grand nombre de rebelles aux moyens ordinaires.

Il est dans la destinée de la chirurgie d'approprier à son usage, de faire servir au soulagement des maux qu'elle combat les conquêtes successives de l'industrie. De nombreux exemples justifieraient cette assertion. M. Rigal a la conviction intime qu'une invention offerte en pâture aux caprices de la mode tournera désormais au profit de l'humanité souffrante, au profit de l'hygiène publique.

Rapport de M. Caffe sur un travail de M. HOEBEKE, *relatif à l'hydropisie des organes génitaux chez la femme.* (Société médicale d'Emulation, séance du 4 novembre.)

Messieurs, vous avez désiré que je vous rende compte d'une Essai sur les Hydropisies des organes de la génération chez la femme, par M. le docteur J.-P. Hoebeke. Je restreindrai la question à l'hydrométrie, ce qui est aussi la première partie du travail de l'auteur; celle qui a été souvent négligée et dont le diagnostic difficile compromet le plus la réputation du médecin, et le moins la vie de la femme quand elle est indépendante d'une affection organique grave.

L'hydrométrie est une maladie assez rare, ce qui ne saurait être une raison pour en négliger l'étude. L'appréciation et la recherche des cas rares en médecine contribuent, en effet, beaucoup plus à l'avancement de la science par l'intérêt qu'ils soulèvent, par les vérités qu'ils font soupçonner et qu'ils découvrent, qu'une longue nomenclature de faits vulgaires, à causes évidentes, à déductions bornées. L'ancienne Faculté de médecine de Paris, et encore aujourd'hui quelques facultés étrangères, ont bien compris tout l'avantage que la physiologie et l'anatomie dite philosophique devaient retirer de l'étude des cas rares, quand elles ont entretenu à ces fins des chaires spéciales.

L'hydrométrie consiste dans l'accumulation et la rétention d'un liquide séreux, albumineux ou muqueux, dans la cavité utérine. La distension de l'utérus par d'autres liquides constitue d'autres affections qui se désignent sous d'autres noms.

L'état de jeune femme mariée est, d'après les auteurs, la condition pendant laquelle on rencontre l'hydrométrie. Dugès, de Montpellier, la croit possible seulement après le coït et pendant la jeunesse. Quelques faits sembleraient porter le doute sur une assertion aussi positive; de jeunes filles, vierges encore, et des femmes qui ont franchi l'âge critique, ne sont ni les unes ni les autres exemptes d'irritations, d'inflammations de l'utérus et par conséquent de collections liquides dans cet organe. Bien plus, je pense que la fille non déflorée et la femme au retour d'âge sont plus exposées à cette maladie que la femme soumise aux exigences maritales, et voici comment j'explique ma dissidence d'avec les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, depuis Hippocrate, qui l'avait déjà très bien exposé:

La jeune vierge devenue pubère éprouve une vive empreinte mise en évidence à cet âge, et qui marque sa puissance, plus ou moins dissimulée, suivant le climat, l'éducation, la profession, l'hérédité. Le sein, dont les ondulations traduisent les mouvemens du cœur, se dispose, ainsi que l'utérus, à recevoir et préparer l'aliment du nouvel être que ces mêmes désirs ont pour but d'appeler à la vie. Un système tout entier d'organes devient le point de départ des penchans les plus vifs, dont l'influence modifie toute l'économie, principalement les organes de la génération et leurs annexes. Cette flamme, qui se voile avec effort quand elle ne trouve pas son véritable et légitime aliment, la conjonction des sexes, est bien de nature à réagir sur son propre foyer, et à tourner au détriment de l'utérus tout ce qu'elle recélait de force expansive. Ne serait-ce pas là le premier degré de son irritation, dont l'inflammation serait le second, et l'hydrométrie une des nombreuses terminaisons. Les conseils du médecin sont rarement invoqués dans l'espèce; la pudeur individuelle, soutenue par celle des familles, les soupçons calomnieux du public, qui propagent l'idée d'une grossesse, contraignent au silence et à l'obscurité de la retraite la pauvre fille, qui n'est coupable que parce qu'elle a refusé d'accomplir les vœux imprescriptibles de la nature, qui veut et assigne les fonctions à chaque organe.

L'absence de douleurs ou leur peu d'intensité, la marche lente de la maladie, son issue rarement funeste, sa guérison très souvent spontanée, le silence toujours obligé du médecin, toutes ces circonstances rendent compte du peu de notoriété acquise aux cas d'hydrométrie chez les filles vierges.

Ce n'est peut-être pas avec plus de raison que l'on soutiendrait contre moi la rareté des hydropisies de la matrice chez les femmes qui ont cessé d'être menstruées, puisque c'est l'âge de la plus grande fréquence des affections organiques de l'utérus, telles que dégénérescence de diverses natures, et que, d'autre part, elles n'ont pas obtenu l'immunité pour les affections des autres époques de la vie.

Frank admettait déjà trois espèces d'hydropisies utérines: 1° l'ascitique; 2° l'hydatique, *vesiculosus*, saccatus vel cysticus; 3° l'hydropisie des femmes grosses, *hydrometra gravidarum*.

La formation de sérosité dans la cavité de l'utérus tapissée par une membrane muqueuse a pu être révoquée en doute, mais on fait observer que l'on a des exemples de ces collections dans d'autres cavités au niveau de muqueuses, dans le sinus maxillaire, dans les trompes; la portion de liquide non résorbée s'enveloppe d'une véritable poche, d'un sac, en un mot, elle est enkystée; cette disposition pathologique est indispensable; autrement il faut admettre une occlusion de l'orifice utérin, qu'un grand nombre de causes peuvent produire, telles que des fausses membranes, de la mucosité épaissie, une induration du col, la pression d'une tumeur voisine, et même encore le spasme avec resserrement de l'orifice, etc. Cette dernière hypothèse se réalise quand une certaine quantité, mais non la totalité du liquide s'écoule à des distances plus ou moins rapprochées.

Les hydromètres dont on a pu faire l'autopsie étaient toutes enkystées, et dépendantes de lésions anatomiques de l'utérus; cependant toutes n'ont pas cette gravité, puisque des femmes ont pu parfaitement guérir de cette maladie, ensuite être fécondées et accoucher heureusement. Delamotte, Bonnet, Vesale, Conrad et d'autres en rapportent beaucoup d'exemples.

Aujourd'hui il est impossible d'assigner les véritables causes de l'hydropisie ascitique de l'utérus; on est obligé de revenir forcément aux causes générales des hydropisies, rupture d'équilibre entre l'exhalation et la résorption. On voit par ces termes tout ce qu'il y a de vague, quand on veut apprécier avec valeur la cause de l'hydromètre ascitique essentielle, rare il est vrai, je l'ai dit en commençant, mais quelquefois réelle.

Cette dernière espèce d'hydropisie se montre sous deux variétés; l'une qui est permanente, l'autre qui est périodique. Fernel cite quelques cas qui étaient à forme périodique.

Notre confrère belge, M. Hoebeke, qui vous envoie son mémoire sur l'hydromètre, rapporte une observation à type périodique ou fugace, dont quelques-unes des circonstances seraient infailliblement mises en doute si nous les retrouvions chez un auteur ancien. Vous allez, Messieurs, la juger vous-même; car je vous ferai suivre le texte même de cette observation, insolite à certains égards.

— Marie Taudrin, âgée de trente-trois ans, habitant la commune de Ruffiac, frontière des Landes, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution débilitée par le travail, la mauvaise nourriture et le séjour dans un lieu malsain, mariée depuis douze ans, me fit appeler le 26 mai 1835. Elle était atteinte d'une hydropisie utérine périodique dont les caractères étaient tels, qu'on en trouve bien peu d'exemples semblables dans les auteurs.

Chaque mois cette femme rendait par le vagin de vingt-cinq à trente livres d'une eau claire, limpide, légèrement citrine et ensuite perdait pendant deux jours quelques gouttes d'un sang très peu chargé de matière colorante. (L'auteur oublie de dire en combien de temps étaient évacués les vingt-cinq à trente litres de sérosité). Après cette évacuation, elle se portait parfaitement bien; mais une nouvelle collection aqueuse se formait bientôt après; elle était sûre de s'en débarrasser naturellement le mois suivant. Cet état maladif durait depuis huit mois lorsque je fus appelé; elle était restée sans le secours de la médecine pendant ce long laps de temps, pour deux raisons; la première, parce qu'elle n'éprouvait de souffrance que lorsque l'abdomen était fortement distendu; la seconde, parce qu'elle craignait de manquer d'argent pour acheter des remèdes. Ce ne fut donc qu'à la dernière extrémité que je fus consulté.

Il lui fut impossible de me donner aucun renseignement sur la cause de sa maladie; elle lui était venue naturellement, sans secousses, sans lésions physique ou organique sensible, sans altération de fonctions; en un mot, sans s'en apercevoir, si ce n'est par un amaigrissement extrême et par une faiblesse générale, qui de jour en jour allait en croissant.

L'abdomen était d'une grosseur extraordinaire, la dyspnée considérable, les battemens du cœur réguliers, isochrones aux battemens de l'artère radiale; les digestions se faisaient mal; elle avait une constipation fatigante; les urines coulaient fréquemment, mais en petite quantité et sans douleurs; le ballottement extérieur donnait la certitude d'une collection aqueuse; point d'engorgement viscéral; le pouls faible, lent et concentré; le facies pâle, ainsi que la langue et les gencives; les orbites bordés d'un cercle bleuâtre.

L'inspection des parties génitales me fit trouver le col de l'utérus très raccourci, infiltré; le corps également infiltré, volumineux et léger relativement à son volume. Le ballotement interne ne produisait aucun signe de corps étranger dans la cavité utérine. Rien ne fatiguait autant la malade que la constipation. J'ordonnai deux onces d'huile de ricin, l'eau d'orge nitrée, des lavemens émolliens.

Le 28, l'huile de ricin avait produit son effet; mais survinrent des douleurs de reins qui lui annoncèrent que les eaux allaient bientôt s'écouler. En effet, dans la nuit du 25 au 30, le kyste se rompit et son lit fut entièrement innondé.

Le 7 juin, je la trouvai parfaitement bien: son ventre était plat et dans un état satisfaisant; les digestions se faisaient librement; plus de constipation; elle avait du goût pour les alimens; son pouls même était meilleur; les règles avaient fini de couler.

Je crus alors devoir mettre en usage le traitement suivant: pour tisane, décoction de racines d'asperges avec une demi-once de sel de nitre par pinte; frictions sur tout l'abdomen avec une décoction de feuilles de digitale pourprée; prendre matin et soir deux pilules faites d'après la formule suivante:

Digitale pourprée en poudre récente,	4 onces.
Sille en poudre récente,	id.
Assa fœtida,	id.
Nitrate de potasse,	id.

F. s. a. 72 pilules.

Pour régime, lait en abondance, le matin et le soir. A midi, du bouillon de viandes et des viandes rôties; point de vin, qui est ordinairement acide dans nos campagnes.

Le 6, le mieux persistait; peu de changement remarquable.

Le 10, les urines coulaient plus abondamment que de coutume.

Le 15, l'abdomen était augmenté de volume. La malade prit depuis lors 6 pilules dans 24 heures; dose continuée jusqu'au 30. Cela n'empêcha pas qu'une accumulation de liquide ne se formât de nouveau et ne s'écoulât comme précédemment. La malade m'assura n'en avoir rendu que la moitié de ce qu'elle avait l'habitude rendre. Les menstrues revinrent comme de coutume.

Le 5 juillet, j'ordonnai 4 pilules le matin et le soir; augmentation de feuilles de digitale pour les frictions; continuation de la même tisane. Les urines coulaient alors si abondamment, qu'elle était obligée de se lever quatre fois par nuit pour les évacuer.

Pendant le cours de ce mois, il n'y eut pas de développement sensible de l'abdomen. Le 6 août, il se manifesta encore un léger écoulement de liquide, une livre à peu près. Les règles reparurent immédiatement, et ptus abondantes. Le 18, la malade se trouva indisposée; la langue saburrale; il y eut inappétence, langueur d'estomac. Je la purgeai avec les pilules de Baches. Le 30, guérison complète; plus d'évacuations vaginales; les règles furent plus abondantes et durèrent plus long-temps.

J'employai alors le vin de Séguin à la dose d'une demi-once matin et soir. La malade suspendit les pilules et les frictions pour les reprenere plus tard. Elle remplaça la tisane d'asperges par l'eau d'orge nitrée, on lui fournit du vin de Bordeaux. Il n'y a pas eu de rechutes depuis cette époque, et cette femme se livre maintenant à tous les travaux de sa condition, et n'observe plus de régime de vie.

Cette observation, longuement rapportée, après avoir évalué la quantité de liquide expulsé, laisse ignorer un fait capital, le moyen employé pour mesurer cette quantité elle-même, que l'imagination de la malade et des assistans a nécessairement exagéré, ce dont le médecin ne s'est pas défendu; on est autorisé à le croire ainsi en l'absence de preuves, quand on avance un fait extraordinaire.

Enfin, M. Hoebeke assigne autant qu'il lui est possible les caractères différentiels de l'hydrométrie. Comme pour toutes les maladies, en suivant la marche habituelle, il passe au pronostic et au traitement, qui consiste, ainsi que le savent les praticiens, dans le ramollissement du col de l'utérus et dans la dilatation de son orifice avec l'éponge préparée, la racine de gentiane; la ponction avec le pharyngotôme au travers des lèvres ou le plus près possible du cul-de-sac vaginal est de beaucoup préférable à la ponction sus-pubienne au moyen d'un troquart, et qui fut proposée par le célèbre Vésale. Dans ces derniers temps, ce qu'ignore sans doute M. Hoebeke, M. Récamier a fait pénétrer l'instrument jusque dans l'extrémité vaginale utérine.

Les efforts de M. Hoebeke pour ajouter des recherches nouvelles à un sujet aussi pauvre de données scientifiques que la maladie connue sous le nom d'hydrométrie, méritent vos encouragemens. J'ai donc l'honneur, Messieurs, de vous proposer de lui accorder le titre qu'il sollicite, de membre correspondant de votre Societé.

CAFFE.

CHRONIQUE.

Intoxication arsenicale. Première expérience sur des chevaux; en présence des deux commissions nommées par l'Académie de médecine et par la Société médicale d'émulation.

Dimanche, 8 novembre a eu lieu la première expérience sur trois chevaux, en présence do deux commissions, ainsi que nous l'avions déjà annoncé. M. Orfila s'est fait inutilement attendre. M. Rognetta cependant lui avait écrit deux jours auparavant, le priant instamment au nom de la science de vouloir bien s'adjoindre aux commissions pour exécuter lui-même la méthode qu'il préconise. M. le doyen n'a même pas daigné répondre! Cela est d'autant plus fâcheux qu'il ne manquera peut-être pas plus tard de dire à l'Académie qu'on a mal exécuté ses prescriptions.

La solution arsénicale a été préparée sous les yeux de M. Burdin, président de la commission de l'Académie, à la pharmacie de M. Caventou. M. Charlard, pharmacien très connu, qui assistait à l'expérience, a bien voulu partager convenablement la solution sous les yeux des commissions, de manière que chaque dose contînt 3 grammes d'acide arsénieux dans 750 grammes d'eau.

L'état des chevaux ayant été bien examiné et noté, le premier aide de M. Leblanc leur a administré la potion; tout le liquide a été exactement pris sans aucune perte. Un peu d'eau a été donnée ensuite pour entraîner dans l'estomac la portion de poison qui aurait pu être restée dans l'œsophage. Cette administration a eu lieu à onze heures du matin. Les commissions ont alors désigné un cheval pour être traité d'après la méthode antiphlogistique et diurétique; c'était le plus grand, le mieux portant, le plus vigoureux de tous: ceci a été noté au procès-verbal; un second pour être alcoolisé, un troisième pour être abandonné sans traitement. Un membre de cheque commission est resté de planton jusqu'au soir, chargé de tout noter, en attendant que les autres membres revînssent à des heures différentes. L'examen de chaque médication a été fait en leur présence, soit par M. Leblanc lui-même avec toute l'exactitude scrupuleuse qu'on lui connaît, soit par une autre personne.

Trois quarts d'heures après, les symptômes se déclarant, le traitement a commencé.

Le cheval de M. Orfila a été saigné, et abreuvé d'heure en heure de boissons nitrées. Dix-sept à vingt bouteilles d'eau et deux onces et demi à trois onces de nitre lui ont été administrés dans l'espace de cinq à six heures. A chaque prise, les souffrances de ce pauvre animal ont paru visiblement augmenter: les tremblemens, l'anxiété, la dyspnée, l'état filiforme du pouls, la décalorification cutanée, les vacillations sont bientôt devenues extrêmes, et il est tombé enfin comme foudroyé. Il a expiré à cinq heures et demie du soir, au milieu de convulsions intenses de très courte durée.

Le cheval abandonné sans traitement a présenté des symptômes beaucoup moins intenses; il a mangé un peu dans la soirée, et aujourd'hui mercredi, troisième jour révolu, il est mourant.

Le cheval alcoolisé a éprouvé, dans la seconde médication, un accident inattendu qui l'a mis de suite hors d'expérience; une bouteille d'eau-de-vie et de vin ayant été versée dans la trachée et les bronches par suite d'un mouvement brusque de l'animal, sa tête étant fortement fixée en l'air et par conséquent son épiglotte relevée. A l'instant il est tombé mort asphyxié, en rejetant une partie de la liqueur par les narines. L'ouverture de la trachée a démontré que ce canal et les bronches étaient pleins d'écume et de liquide alcoolique. Les commissions et les autres personnes présentes ont été d'avis unanime que ce cheval était hors de compte, le même accident étant dernièrement arrivé à M. Orfila lui-même sur des chiens.

L'expérience n'a pu, par conséquent, être suivie que sur les deux premiers animaux.

Le résultat de cette première expérience, bien que nul pour la méthode stimulante, n'est pas moins remarquable sous d'autres rapports. Il démontre, en effet, que la méthode antiphlogistique et diurétique a agi dans le sens du poison et hâté d'une manière effrayante la mort.

A dimanche prochain, neuf heures du matin, nouvelle expérience, dans le même local, rue du Faubourg-Poissonnière, 13.

(*Article communiqué.*)

— M. LABAT commencera un nouveau Cours de lithotritie théorique et pratique, lundi 16 novembre, à quatre heures, rue de Grenelle-St-Germain, 59, et le continuera tous les jours à la même heure. Durant chaque séance, MM. les élèves seront simultanément exercés au manuel opératoire des diverses opérations qui sont du ressort de la lithotritie.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

SAMEDI 14 NOVEMBRE 1840. (15e ANNÉE.) N° 135, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

[L]e Journal paraît les Mardis, Jeudi[s,] [S]amedis.
[B]ureau, rue Dauphine, 22-24.
[A]nnonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f..
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Ouverture des leçons de clinique.

Mardi, 10 novembre.

M. le professeur Chomel a prononcé aujourd'hui le discours d'ouverture des leçons cliniques pour l'année 1840-41; un grand nombre d'élèves y assistaient, et les paroles du professeur ont été écoutées avec une attention soutenue. M. Chomel s'est borné aux généralités de la pathologie et de la thérapeutique, et s'est étendu assez longuement sur *l'expérimentation médicale*.

« Messieurs, a-t-il dit, constater le plus exactement possible les phénomènes qui existent chez les malades, déduire de ces faits des conséquences rigoureuses, telle est la règle qui m'a toujours guidé dans ma pratique, et dans l'enseignement dont je suis chargé depuis longues années; et j'éprouve maintenant le besoin d'appliquer cette règle aux grandes divisions de la pathologie.

Qu'est-ce que la maladie? La règle que nous nous sommes imposée nous oblige, au lieu d'en donner une définition proprement dite, de faire une description abrégée des phénomènes qui la constituent. Pour citer un exemple, connaît-on la nature du cancer? Non, assurément; il faut donc se contenter d'exposer ses principaux phénomènes morbides.

Il en est de même des *causes* des maladies; il n'est pas toujours facile d'arriver à la connaissance exacte de ces causes. Le médecin doit mettre une attention toute particulière à leur fréquence; ainsi, pour le froid, il faut interroger le malade avec soin, à l'effet de savoir s'il y est exposé habituellement, ou bien s'il n'a agi qu'accidentellement et d'une manière passagère. Il faut savoir distinguer le froid *morbifique* de celui qui ne l'est pas, etc. Et il faut bien se garder d'ajouter une foi entière aux réponses des malades; il faut avoir égard à leur intelligence. C'est par le défaut de toutes ces précautions, qu'il existe parmi les médecins une telle diversité d'opinions relativement aux effets du froid, et sur une foule d'autres agens morbides.

Quant aux causes *occasionnelles*, elles peuvent influer différemment, selon les idiosyncrasies des individus qui y sont soumis. Ainsi, pour prendre encore l'exemple du froid, sur mille personnes qui sont exposées au froid, dix seront attaquées de maladie; de là, il faut nécessairement admettre l'existence de certaines *prédispositions* individuelles.

Pour les *symptômes*, rien ne paraît plus facile, au premier abord, que de bien les préciser; mais un peu d'expérience suffit pour nous détromper à cet égard. Il n'est pas toujours aisé de constater ce qui existe, et *de ne constater que cela*; il faut surtout étudier l'état normal de nos malades, et nous ne saurions trop recommander aux médecins de se tenir en garde contre ces *sensations incertaines*, qui, loin d'établir leur diagnostic sur une base juste et vraie, n'ont que trop souvent l'effet opposé. Ainsi, *l'auscultation*, la *percussion*, la *palpation*, deviennent souvent la source d'erreurs funestes, lorsqu'on a la prétention de pousser à l'extrême ces modes d'investigation; il faut s'en tenir aux phénomènes perceptibles. Je ne prétends pas qu'il n'y ait quelques personnes qui aient acquis par une longue habitude, et par une adresse supérieure, la faculté de percevoir des sons que d'autres n'entendent pas; mais fréquemment aussi, l'imagination vient prendre la place du positif, et l'on ne retrouve pas le lendemain ce que l'on avait annoncé la veille.

Si des symptômes nous passons à la *marche* des maladies, il n'est pas toujours facile de distinguer l'aigu du chronique, une affection régulière de celle qui offre de l'intermittence. Combien de fois, par exemple, n'a-t-on pas administré le quinquina, trompé par une apparence de périodicité, dans des affections où ce médicament était entièrement inutile, si même il n'était nuisible?

Quant aux *lésions anatomiques*, il faut étudier avec soin les altérations qu'offrent tous les organes; mais il ne faut admettre que ce qui est perceptible aux sens; et je vous dirai ici, Messieurs, car telle est ma conviction, qu'il y a aujourd'hui quelque tendance à admettre des lésions occultes; comme il existe malheureusement en physiologie un retour marqué à vouloir découvrir l'organisation intime des parties: de semblables interprétations, loin d'être utiles à l'anatomie pathologique et à la physiologie, tendent au contraire à les déposséder de leur rang de sciences exactes.

Dans les recherches sur l'appréciation des moyens thérapeutiques, les observations exactes sont de toute nécessité. Ceci me conduit à vous signaler les difficultés qui hérissent l'*expérimentation* des maladies. Rien n'est plus simple en apparence que cette expérimentation; mais il n'est peut-être pas une seule personne qui exerce l'art de guérir, et qui n'en ait tiré des conséquences fausses. Ouvrez les ouvrages de thérapeutique, et vous y trouverez quelques centaines de remèdes indiqués comme spécifiques; *aujourd'hui, il n'en existe pas un seul*. Constater les effets primitifs des médicamens paraît chose facile: néanmoins, on s'y trompe à chaque instant. Prenez les substances dites diurétiques, dont l'action spéciale a été tellement préconisée: eh bien! dans les hydropisies qui sont le plus souvent symptomatiques de lésions organiques, n'est-il pas vrai que souvent, presque toujours même, on ne trouve pas une seule substance qui puisse augmenter la sécrétion urinaire?

La plus grande difficulté, lorsqu'on veut apprécier l'action des médicamens, est de faire la part de l'organisme dans les changemens qui vont arriver, et à ce sujet, hâtons-nous de l'avouer, il ne nous est pas toujours permis de savoir ce qui arriverait à la maladie si on n'employait aucun remède. Si on veut se livrer à l'expérimentation, il faut avoir les connaissances les plus étendues sur tous les phénomènes pathologiques. Il ne suffit pas de savoir diagnostiquer une maladie pour savoir ce qu'elle deviendra. Ce n'est qu'à la suite d'une longue expérience que le médecin réussit à en préciser la forme et la marche. La plus grande difficulté de l'expérimentation est donc de prévoir l'action du remède. Ainsi, dans la plupart des phlegmasies aiguës, on ne peut pas déterminer s'il y aura ou non des exacerbations, etc.

Examinons rapidement les règles qui doivent guider l'observateur.

1° Il doit avoir des sens fidèles.

2° Son esprit doit être attentif, calme, et exempt de toute idée préconçue.

3 Il faut qu'il connaisse le remède à employer, le sujet et la maladie.

Quant aux remèdes, on ne doit jamais expérimenter ceux qui sont secrets; et à ce sujet, l'Académie de médecine exige avec raison que la composition de toute substance médicamenteuse qui lui est soumise soit révélée, et qu'un remède semblable soit préparé par un des pharmaciens de l'Académie, et comparé avec le premier pour éviter toute possibilité de fraude ou d'erreur. Cependant, il y a bien des médecins qui attachent beaucoup d'importance aux *arcanes*; et j'avoue que j'ai eu la faiblesse, moi-même, il y a quelques années, de consentir à l'emploi d'un arcane contre le tænia; et malgré les succès qui résultèrent de l'emploi de cette substance secrète, je me repens de l'avoir expérimentée.

Il faut connaître les propriétés physiques, chimiques des médicamens, et des doses auxquelles on peut les administrer. A ce sujet, j'ai l'habitude, dans mes cours, de rapporter des cas où l'on a administré des médicamens énergiques à des doses très élevées, et j'ai déjà relaté plusieurs fois ce qui m'est arrivé lorsque j'expérimentai la strychnine, à l'hôpital de la Charité, il y a plusieurs années.

M. Pelletier m'envoya six pilules de cet alcali végétal, chacune contenant un quart de grain de strychnine; je les donnai, une par dose, à un malade qui avait déjà pris des quantités considérables d'extrait alcoolique de noix vomique. J'augmentai progressivement la dose jusqu'à un grain, sans produire sur le malade aucun effet marqué. Ayant épuisé les six pilules, j'en fis demander d'autres, et l'on m'en renvoya deux de 1 grain chaque; je les donnai toutes deux au malade: il fut aussitôt pris de convulsions tétaniques de tous les membres et du diaphragme. Ces symptômes alarmans cédèrent heureusement à l'emploi

FEUILLETON.

NOUVELLE NOTE SUR LES INDICATIONS DE L'APPAREIL DE MARSH ET SUR LES EMPOISONNEMENS ARSENICAUX;

Par F.-V. RASPAIL.

En dépit de toutes les comédies qu'on a voulu jouer dans la presse, dans un amphithéâtre privilégié, et même devant les tribunaux, ce qui était un peu moins ridicule et un peu plus révoltant, le monopole de l'intoxication arsenicale s'est vu bien et dûment détrôné par l'opinion publique. La loi agraire s'est glissée dans le domaine de la suprématie professorale, et chaque travailleur, un peu entraîné peut-être par nos mauvais exemples, s'est emparé d'un coin du champ à défricher, pour le compte de la science et de l'humanité, et pour l'acquit de sa conscience; car, Dieu merci! il est encore des savans qui font entrer cette dernière considération en ligne de compte de leurs travaux, encore plus que la considération du *moi et de mes ouvrages*, qui, chez certains esprits, absorbe toutes les autres. Pauvres esprits, qui ne voient qu'eux dans un monde qui renferme tant de choses! Plaignons ceux-ci, et encourageons les autres; la science n'avance qu'avec tout le monde; le monopole n'est propre qu'à la faire rétrograder.

Je viens, dans cette note, réclamer ma part de ce droit public, et exercer ma fraction de souveraineté scientifique; j'apporte mon faible tribut à la masse commune:

Veniam petimusque damusque vicissim.

N° I. savoir-faire et palinodies.

1° Dans les séances données (1) par M. Orfila, en présence d'une commission de quelques médecins et de beaucoup d'employés de l'instruction publique, on s'attendait à voir M. Orfila répondre à cette question bien simple:

« Qu'est devenu votre nitrate de potasse, et comment le justi-
» fiez-vous de ce dont on le soupçonne? » en deux mots, s'il vous plaît.

M. Orfila n'a pas répondu directement à l'apostrophe; mais il a réussi à démontrer que lorsqu'on met une goutte (1) d'acide arsénieux dans l'appareil de Marsh, on obtient de nombreuses taches arsenicales. La réponse ne saurait être plus péremptoire.

2° Les experts de Limoges avaient objecté que le peroxyde de fer renferme de l'arsenic; on n'en tint nullement compte à Tulle. Cette difficulté ne signifiait rien au procès le 19; mais le 29, il paraît que l'objection avait acquis une certaine gravité. On en fit le sujet d'une découverte cachée sous les plis d'un paquet cacheté, le même paquet qu'une main inconnue annonça, dans tous les journaux de la capitale, comme contenant tous les réactifs arrivés de Tulle, sur les ailes du télégraphe. Dans la *séance donnée* le 2 novembre, l'objection a paru avoir encore plus de gravité, car on a daigné la réfuter; tandis que dans *la séance du 29 donnée par l'Académie*, on s'était contenté de promettre la réfutation.

Or, voyons cette réfutation.

« L'arsenic, dit-on, existe dans le peroxyde de fer, à l'état
» d'arseniate. »

(Ce fait date du temps de Schéele, et il est consigné dans tous les ouvrages).

« L'arseniate de fer est insoluble dans l'eau; de là il suit que
» vainement on essaierait, pour le mettre à nu, de traiter par la
» potasse ou l'eau bouillante le composé ferrique. On ne peut y
» parvenir qu'en le faisant bouillir pendant deux heures au moins
» dans l'acide sulfurique. De cette manière seulement l'acide ar-
» senique s'isole du métal avec lequel il se trouvait combiné. »

En supposant que tout cela soit vrai, comme le dit M. Orfila, qu'est-ce que cela signifie contre l'objection?

On vous dit: Vous avez trouvé quelques taches dans l'analyse des intestins de ce cadavre; mais ce cadavre est rempli de colcothar; vos taches ne proviendraient-elles pas de ce colcothar, qui renferme toujours ou presque toujours de l'arsenic?

Réponse de M. Orfila: L'arseniate de fer est insoluble dans l'eau.

Demande: Cela n'est pas toujours vrai; car à l'abri du contact de l'air, l'arseniate de fer conserve sa solubilité, ainsi que l'a démontré Schéele en 1775, dans son travail *sur l'arsenic* (1). Mais dans les expériences au moyen desquelles vous affirmez avoir obtenu ces taches, vous ne vous êtes pas servi d'eau seule; vous avez carbonisé par l'acide nitrique qui dissout l'arséniate de fer, l'acide sulfurique dissout de même le peroxyde de fer et l'arséniate; et il ne faut pas deux heures pour cela. Or, dans l'appareil de Marsh, vous vous servez d'acide sulfurique. Donc l'arséniate de fer, pour être mis en liberté, rencontre, dans vos essais, deux agens énergiques. Donc votre réponse tombe de plein droit. Donc les taches que vous dites avoir obtenues du cadavre de Laffarge peuvent provenir du colcothar dont Laffarge avait été gorgé, lui dont les intestins étaient encore remplis huit mois après son inhumation. Il n'y a pas deux manières de raisonner en logique et en chimie; mais ici, il me semble que vous affirmez et ne raisonnez pas du tout. (A cela on répondra, comme on l'a fait à M. Desportes: *C'est là votre opinion, je vous l'abandonne.* Contentons nous de cette réponse-là; et crainte d'en obtenir trop souvent de semblables, je ne m'occuperai pas trop d'une foule d'autres démonstrations, qu'on ne saurait exposer et réfuter qu'en haussant les épaules, j'en demande pardon à la Faculté; on rougit trop de voir la science livrée à de tels tripotages, pour oser rester trop long-temps sur un pareil terrain. Du savoir faire, arrivons à la palinodie.)

On se rappelle sans doute que nous avons expliqué à M. Orfila comment il peut arriver que l'appareil de Marsh donne des taches d'un bel aspect arsenical, et qui pourtant ne sont pas de l'arsenic. On se rappelle encore comment il a répondu à notre hérésie.

Dans la *séance donnée* le 29 octobre, M. Orfila a découvert que cette hérésie était une vérité; voici comment il s'exprime:

« Douze livres de chair musculaire d'un cadavre normal ont
» été soumises à l'ébullition pendant cinq heures, avec de l'eau
» et de la potasse à l'alcool. Le liquide a été exprimé à travers
» un linge, évaporé à siccité et carbonisé par l'acide azotique.
» On a fait bouillir dans l'eau pendant demi-heure le charbon

(1) C'est le titre que M. Orfila leur *donne* dans les divers journaux qui ne peuvent pas lui en refuser l'insertion: *séances données* à une commission qui est investie, les bras croisés et la bouche close, de l'insigne honneur de rendre hommage à la véracité des réactifs de M. Orfila!.... Séances données, comme on *donne* un thé, une matinée musicale, et comme Néron *donnait* une séance lyrique à la foule de ses dévoués admirateurs!

(1) Il est un fait qui aura peut-être échappé à la commission, mais qui n'a pas échappé à tout le monde, c'est qu'à la suite de cette goutte, on en voit couler fort souvent jusqu'à quatre et cinq; « mais ne regardez pas ce que je fais, n'écoutez que ce que je dis. »

(1) Mémoires de Chimie, t. I, p. 177.

du laudanum à haute dose, et le malade guérit.

Je rapporte ce fait encore aujourd'hui, afin qu'il vous serve de leçon de prudence lorsque vous vous déciderez à expérimenter les substances dangereuses.

Je vous ai dit qu'il faut connaître le malade. On doit l'envisager sous le triple rapport de sa moralité, de son intelligence et de son idiosyncrasie. Combien n'y a-t-il pas de gens qui simulent des maladies sous différens motifs ; et combien de médecins se laissent influencer par ces supercheries? Il est extrêmement probable que les médecins qui ont rapporté les cas extraordinaires de guérisons opérées par le magnétisme et autres moyens analogues, s'en sont laissé imposer par la mauvaise foi et le mensonge.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la connaissance qu'il faut avoir de la maladie. On doit la connaître non-seulement dans ce qu'elle est actuellement, mais dans ce qu'elle va devenir. Ce n'est que de cette manière que l'on parviendra à former un diagnostic précis.

Il y a encore d'autres préceptes pour l'expérimentation. Ainsi il faut savoir si le remède a été employé. Il arrive journellement que le médecin croit que le remède a fait merveille, parce qu'il voit s'améliorer l'état de son malade. Il y a des malades qui changent l'époque et les doses des médicamens ; il y en a d'autres qui cachent ceux que le médecin ordonne, et en prennent qui sont différens. Il n'est point rare de trouver dans les matelas des lits des hôpitaux des quantités de pilules qui y ont été cachées par les malades.

En même temps qu'on prend ces précautions contre des malades, il importe, pour avoir des données exactes sur les résultats des expérimens, d'éloigner de lui toutes les circonstances qui peuvent exercer sur l'effet des médicamens une action quelconque. Le changement de lieu, par exemple, influe notablement sur l'état de plusieurs affections. Ainsi, tel malade qui entre à l'hôpital avec une affection du cœur, et présentait tous ces caractères, tels que dyspnée, œdème, palpitations, etc., désenfle souvent complètement par le seul fait du repos. Si on donnait de la digitale ou des diurétiques à cet homme, on serait induit en erreur si l'on concluait *à priori* que l'amélioration fût due à l'emploi de ces remèdes.

Les mutations atmosphériques exercent une influence remarquable sur l'expérimentation. Si vous expérimentez les remèdes contre les sueurs des phthisiques, il faut voir si le malade est trop couvert, s'il ne dort pas, etc. ; on sait que le sommeil favorise considérablement la transpiration cutanée. Plusieurs expérimentateurs, fort distingués d'ailleurs, n'ont point tenu compte de toutes ces circonstances ; c'est ainsi que l'acétate de plomb a été préconisé à tort.

L'imagination joue un grand rôle dans l'action des médicamens. On a vu des médecins administrer des pilules de mie de pain, et produire des salivations. La fièvre intermittente a cédé, tantôt à l'influence d'une araignée que le malade devait croquer entre les dents, tantôt à de la mouchure de chandelle. — Donc quand on expérimente et tant qu'on ne connaît pas le remède, il faut mettre l'imagination en dehors ; bien au contraire, lorsqu'on est sûr du résultat, on trouvera un puissant auxiliaire dans l'imagination du malade.

Il nous reste à dire que l'expérimentation doit être réservée aux médecins qui ont vieilli dans leur profession, qu'il ne faut expérimenter que quand l'expérimentation peut être utile, et quand les remèdes ordinaires sont sans efficacité.

Il y a des circonstances dans lesquelles il est du devoir du médecin d'expérimenter : dans la rage, par exemple, il doit chercher dans ses inspirations et se servir même des moyens empiriques. Mais ces circonstances sont rares, et je vous cite là un cas unique.

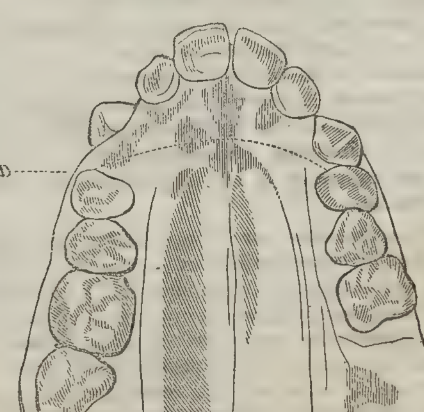
Enfin, une sorte d'expérimentation qui doit être interdite aux médecins, et contre laquelle je ne saurais assez m'élever, consiste à arriver à la connaissance d'une maladie en la communiquant à une autre personne. C'est ainsi qu'on s'est permis d'expérimenter sur la varioloïde : ceci, Messieurs, est fort blâmable. Le médecin doit faire la science dans les limites qui lui sont inspirées par l'humanité et *rien* de plus.

1° *Développement anormal de la portion antérieure de l'os maxillaire supérieur. Obliquité considérable et proéminence des dents incisives de cet os. Guérison après deux mois de traitement;* par M. Brewster, d.-m., chirurgien-dentiste.

2° *Rétraction, chez le même sujet, de la lèvre supérieure. Section du muscle myrtiforme. Guérison.*

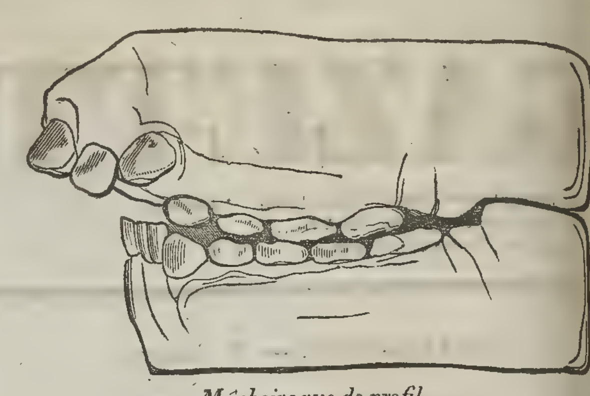
Mademoiselle S..., jeune Anglaise, âgée de dix-sept ans, fortement constituée, et jouissant d'une santé excellente, fut présentée par sa famille chez M. Brewster, dans les circonstances suivantes :

Les dents antérieures de l'arcade dentaire supérieure offraient une obliquité considérable en avant ; cette obliquité était tellement prononcée, que les dents affectaient une direction presqu'horizontale. Le rebord alvéolaire, dans toute sa portion incisive, offrait une telle projection en avant, que le bord tranchant des dents incisives inférieures, représenté sur la figure suivante par les lignes ponctuée *a. a.*, était débordé de deux centimètres par le bord tranchant des dents supérieures correspondantes.



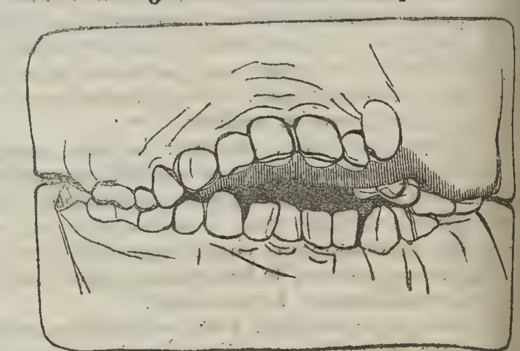
Voûte palatine.

Cette déviation fort rare de l'arcade alvéolaire, car on ne l'observe presque jamais, même dans les cas de projection des dents, dont, la plupart du temps, les couronnes seules sont portées en avant, les racines conservant leur position normale, rendait la mâchoire tellement difforme, que la face offrait l'aspect le plus repoussant, comme on peut en juger par les figures, qui sont la reproduction exacte des empreintes prises sur la malade.



Mâchoire vue de profil.

Cette difformité avait d'autres inconvéniens ; les dents ne se rencontrant pas, il en résultait une brèche énorme qui mettait obstacle à la mastication des alimens et à la prononciation d'un grand nombre de mots.



Mâchoire vue de face.

La saillie du maxillaire et des dents avait fini, par sa longue durée, par repousser en haut la lèvre supérieure, qui était pressée sur elle-même, fortement maintenue et bridée sous le fibro-cartilage de la cloison du nez. Le muscle myrtiforme avait entièrement perdu sa mobilité, de sorte que la lèvre, quoique parfaitement développée d'ailleurs, ne pouvait aucunement remplir les fonctions auxquelles elle est destinée pendant la mastication et pendant la prononciation d'un grand nombre de consonnes. En un mot, la jeune personne mangeait mal et parlait plus mal encore. La voûte palatine, un peu étroite et déviée latéralement, ajoutait encore à ces difficultés déjà trop prononcées. Sous les autres points de vue, mademoiselle S... était une personne d'un physique agréable ; ses traits étaient réguliers, ses yeux beaux et expressifs ; et malgré ces avantages, malgré son éducation et ses agrémens, malgré le riche partage qui lui revenait comme l'unique héritière d'une grande fortune, elle était ainsi destinée à une infirmité hideuse et à des chagrins perpétuels.

Dans ces tristes circonstances, ses parens, qui voyageaient depuis plusieurs années dans différentes contrées de l'Europe, ne manquèrent pas de s'adresser aux dentistes les plus distingués des pays qu'ils visitaient ; et ceux de la plupart des grandes villes de l'Angleterre, de la France et de l'Italie ont sans doute souvenir d'avoir observé mademoiselle S... Tous ces praticiens se sont trouvés d'accord sur l'impossibilité de lui porter secours autrement que par une opération, qui ne consistait en rien

---

» obtenu, et la liqueur, soumise ensuite à l'appareil de Marsh, a » donné des taches blanches opaques, volatiles, insolubles à froid » dans l'acide nitrique, solubles dans l'acide nitrique bouillant, » et ne se colorant pas en rouge brique par le nitrate d'argent. »

M. Orfila pense que « ces taches sont formées de très peu d'arsenic et d'une grande quantité de matières organiques. »

Le cas était embarrassant, on le voit ! un cadavre normal fournit des taches par l'appareil de Marsh. Ces taches sont-elles ou ne sont-elles pas de l'arsenic ?

Elles ne donnent pas le rouge de brique par le nitrate d'argent ; donc elles ne sont pas de l'arsenic. Et cependant M. Orfila pense qu'elles renferment un peu d'arsenic. Pourquoi donc ne donnent-elles pas un peu, un tant soit peu de rouge de brique ? M. Orfila a de si bons yeux pour apercevoir ce rouge là où personne ne voit rien.

Pourquoi M. Orfila persiste-t-il à penser ainsi ? Ah ! certes, ce n'est pas chose facile à deviner ; mais voici un fait qui pourra mettre sur la voie de l'explication.

Les taches des deux assiettes déposées au greffe de Tulle, et que j'ai désignées par les lettres A et B dans *mon mémoire*, ressemblent admirablement bien, pour l'aspect et les réactions, aux taches de ce cadavre normal ; elles ne donnent pas le rouge de brique par le nitrate d'argent. Et M. Orfila n'a pas craint de les déclarer arsenicales, à Tulle, et d'en faire la base d'une accusation d'empoisonnement.

Or, si les taches de Paris n'étaient pas arsenicales, pourquoi celles de Tulle le seraient-elles ?

Mais pourtant si celles de Paris sont arsenicales, elles qui proviennent d'un cadavre normal, pourquoi le cadavre de Laffarge, qui en a donné de semblables, ne serait-il pas considéré comme un cadavre normal ? Je vous le dis, le cas est très embarrassant ! c'est un de ces cas dont on ne se tire que par un *mezzo termine*, un coup d'état de juste-milieu. C'est ce qu'a fait M. Orfila en proclamant les taches de Paris « un peu arsenicales, mais » grandement organiques. » Ne lui en demandez pas davantage, car il vous répondrait : « L'affaire délicate qui est pendante en » Cassation me défend de m'expliquer davantage ; elle ne me » laisse que la latitude de *donner des séances*, et de les publier » à son de trompe dans les journaux. »

Un peu au dessous de ces lignes, M. Orfila ajoute que la chair du bras de Soufflard *a donné de nombreuses taches arsenicales*. Je crois que c'est la première fois que M. Orfila fait cet aveu. Quoi qu'il en soit, la chair musculaire de Laffarge n'a pas donné la moindre tache à l'appareil de Marh ; comment expliquer encore cette anomalie ? En chimie légale, on n'est pas tenu d'expliquer, on ne se condamne pas à *entendre d'étranges argumentations*, on n'en appelle pas au libre jugement de la *foule ignorante* des médecins, pharmaciens et hommes de loi ; on donne une séance aux employés en masse, puis à quelques médecins nécessiteux chargés de contenir les interpellations des médecins studieux et consciencieux : pour la forme, on se fait assister d'une commission investie du droit de voir comme tout le monde, et non de celui de diriger les expérimentations ; et on lui fait entendre qu'on serait bien aise d'avoir son approbation pleine et entière ; et le but est rempli pour quelques mois encore ; on est sorti d'un bien mauvais pas, je vous jure.

Pitié, trois fois pitié sur nos réglemens universitaires ! Que la justice ouvre enfin les yeux sur les prétentions de sa vieille et exotique sœur, l'Université ! Elle seule peut rendre à l'humanité cet insigne service. Attendons, et sortons de ce parterre ; rapprochons-nous de la nature en nous éloignant..... j'allais dire de ces tréteaux..... il est plus poli, je crois, de dire, de ces *séances données* par M. Orfila.

N° II. Appareil de Marsh.

On ne saurait trop applaudir à l'empressement que montrent les savans pour s'occuper d'un appareil tant vanté dans le principe et sur le compte de l'infaillibilité duquel on se ravise de toute part. Il serait bon enfin qu'en chimie légale, on ne servît désormais que des méthodes d'investigation sur lesquelles on n'aurait plus à se raviser. Cela viendra sans doute, quand l'expertise sera l'apanage de tous et non le monopole de quelques-uns ; en attendant, il est bon que chacun prenne part, à l'aide de la discussion, aux diverses publications qui ont pour objet de modifier les méthodes d'expertise. C'est dans cet esprit que je prends la liberté de parler de ces sortes de modifications.

J'ai eu le plaisir de voir, chez M. Adorne, et la figure et les produits de l'appareil qui est de son invention, et dont la *Gazette des Hôpitaux* a rendu compte dans le numéro de mardi 10 novembre 1840.

Cet appareil n'est pas à l'abri de tous les inconvéniens que présentent les autres. Le premier qui s'offre à l'esprit, c'est que l'hydrogène arsenique, pendant les intermittences de l'expérimentation, sera exposé à une compression telle, que l'eau le résoudra en grande quantité, et que le zinc, mis en contact avec cette substance, la décomposera en arseniure de zinc, qui rendra ces parcelles inattaquables par l'acide sulfurique, et dès lors cette quantité d'arsenic sera soustraite à l'expertise légale.

Le second inconvénient, et c'est le plus grave, c'est que le liquide montera dans le tube de dégagement, conjointement avec l'hydrogène, et qu'ainsi toutes les substances autres que l'arsenic contenues dans le liquide pourront successivement venir se brûler et se décomposer à la flamme, pour se déposer réduites sur le tesson de porcelaine. Cet inconvénient se présente, mais avec moins d'intensité, dans les appareils dont le tube est isolé.

On va concevoir, par un exemple, la gravité de cet inconvénient. Supposons qu'on ait à traiter par l'appareil de Marsh le tritoxide de fer : l'acide sulfurique en changera une partie en sulfate de fer soluble dans le liquide qui, montant par capillarité, et glissant contre les parois du tube de dégagement, viendra se réduire à la flamme d'hydrogène et s'étaler sur la porcelaine en *sulfure de fer*, substance dont les colorations infinies affectent si souvent les irisations des taches d'arsenic. Nous invitons les chimistes à analyser soigneusement leurs taches, surtout quand ils auront à traiter des liquides ferrugineux. Les taches obtenues dans ces sortes de cas ne sont souvent pas autre chose.

Je ne m'arrêterai pas aux considérations du prix de revient d'un instrument fragile : dans la province seule ces considérations pourraient avoir quelque poids.

M. Adorne a signalé la présence d'un produit sur la nature duquel j'ai à donner quelques renseignemens qui me semblent utiles.

Nul n'est plus porté que moi à admettre que l'arsenic n'est pas un corps simple. L'antimoine et l'arsenic, ainsi que je l'ai dit ailleurs, ne me paraissent être que deux mélanges ayant la même base en commun ; mais le produit obtenu par M. Adorne, n'est rien moins à mes yeux que le résultat de la décomposition de l'arsenic en phosphore.

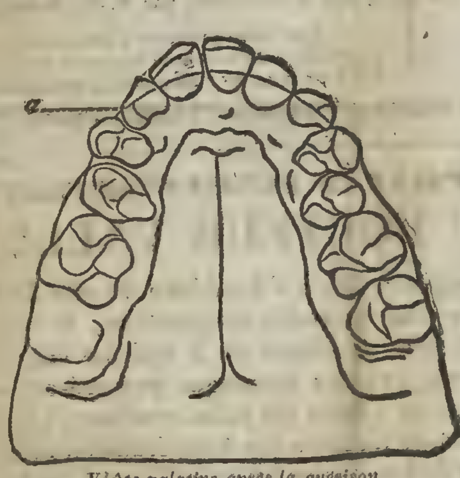
Je n'y ai vu que de l'acide arsénieux et en partie arsenique, sur le point de cristalliser.

En effet, l'acide arsénieux est plus soluble à chaud qu'à froid dans l'eau ; il est très soluble dans l'acide sulfurique. Déposez-en une certaine quantité dans un liquide renfermant du zinc, de l'eau et de l'acide sulfurique ; il s'y dissoudra, non seulement par l'action de l'acide, mais encore sous l'influence de la température élevée par la réaction. Mais à mesure que l'acide sulfurique se saturera de zinc, que la température baissera, les gouttelettes d'acide arsénieux qui se seront appliquées contre les parois du verre tendront à cristalliser, comme cela arrive dans l'eau pure.

moins qu'à l'extraction de toutes les dents incisives et canines ; c'est-à-dire de six dents parfaitement saines, bien faites, et qui, étant redressées et occupant leur place normale, pouvaient former à elles seules de beaux ornemens. Loin de nous la pensée de faire le moindre reproche aux personnes qui ont donné ces conseils, tout fâcheux qu'ils sont, aux parens de la jeune personne ; nous nous plaisons, au contraire, à rendre hommage à leurs talens et aux beaux travaux spéciaux de quelques-uns ; mais il n'en est pas moins de notre devoir de signaler un fait qui déjà a été rapporté par d'autres praticiens ; car ce fâcheux conseil est souvent la seule ressource qui soit proposée, dans des circonstances mêmes moins graves que celles auxquelles nous faisons allusion. On prescrivit en outre d'attacher à l'arcade dentaire supérieure un râtelier supportant des dents artificielles, aussitôt après l'arrachement des dents déviées. On espérait pouvoir procurer ainsi l'atrophie de la portion saillante du rebord alvéolaire. Le remède était pire que le mal ; aussi les parens de la malade se décidèrent-ils à subir le sort qui leur était réservé. En passant par Paris, il y a trois mois, pour se rendre à Naples, ils consultèrent M. Brewster, qui comprit qu'il serait important de conserver les dents en guérissant la difformité ; et il entreprit cette tâche, malgré toutes les difficultés qu'elle présentait. En effet, la petitesse des dents, et le peu de prise qu'elles offraient aux opérations et aux appareils, rendaient encore les chances de succès moins nombreuses.

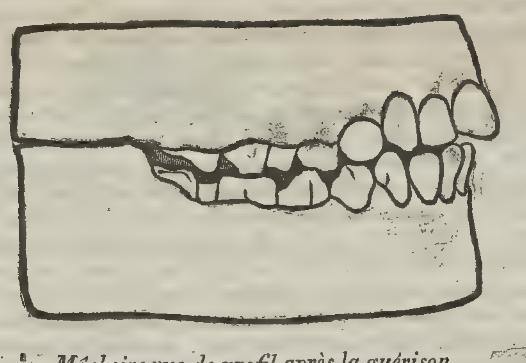
Sans entrer dans des détails techniques tout-à-fait inutiles, nous dirons que les moyens employés par M. Brewster furent dirigés de la manière suivante : Une plaque en or fut fixée derrière l'arcade alvéolaire, sur la voûte palatine. Cette plaque supportait un système de ressorts en spirale qui, prenant un point d'appui sur les dents renversées, étaient appelés à exercer sur elles des tractions graduées et continues.

Ces moyens réussirent au-delà de toute espérance, car dans un espace de temps fort court (moins de trois mois), les dents déviées et le rebord alvéolaire reprirent leur forme et leur direction naturelle, au point que la bouche de mademoiselle F... est, on peut le dire, régulière, et beaucoup plus belle que celle de la majorité des individus de son âge. Les figures qui suivent feront mieux juger que des paroles des énormes améliorations que le traitement a produites. L'arcade alvéolaire présente une courbe normale, les dents des deux mâchoires se rencontrent dans le point de jonction ordinaire.



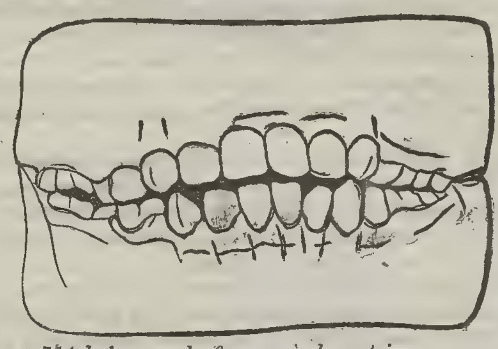
Voûte palatine après la guérison.

La saillie et la projection en avant ont cessé.



Mâchoire vue de profil après la guérison.

La brèche formée par l'éloignement des deux arcades a été comblée.



Mâchoire vue de face après la guérison.

Et en peu de jours mademoiselle S.., a pu manger avec facilité, et se faire entendre beaucoup plus distinctement.

Ce changement merveilleux une fois opéré dans la personne de mademoiselle S..., restait la rétraction de la lèvre, qui subsistait malgré l'amélioration récente que l'on venait d'obtenir. M. Blandin, consulté par M. Brewster, pensa que l'on remédierait à cette seconde infirmité par la section du muscle myrtiforme, et une compression convenable. Cette petite, mais curieuse opération, fut pratiquée par le chirurgien que nous venons de citer, assisté par M. le docteur Olliffe. Le frein de la lèvre fut saisi au moyen d'une pince à torsion, on en fit la section au moyen de ciseaux courbes ; on incisa en même temps deux lambeaux elliptiques de la muqueuse de chaque côté du frein de la lèvre. Ceci étant fait, la lèvre fut renversée en haut, et la section des fibres du muscle myrtiforme opérée au moyen d'une incision qui fut faite en rasant l'os maxillaire dans l'étendue de quelques centimètres.

Après cette opération, on rapproche par un point de suture les lèvres des deux incisions pratiquées sur les côtés du frein ; de cette manière la lèvre fut abaissée, la portion de muqueuse exhubérente détruite, et cet organe put reprendre sa forme normale : le tout fut maintenu en position au moyen d'un appareil contentif, fabriqué dans ce but par M. F. Martin.

Aucun accident ne se manifesta. Le dixième jour, les fils avaient été retirés ; la réunion des lambeaux était complète : l'appareil fut encore conservé pendant quelque temps. Aujourd'hui, deux mois après l'opération, la lèvre est régulièrement conformée ; elle couvre exactement les dents rentrées en ligne, et peut accomplir toutes les fonctions qu'elle est appelée à remplir pendant la préhension des alimens et l'articulation des sons ; la parole, autrefois presque impossible, ou plutôt très pénible et désagréable, a entièrement changé de nature et s'accomplit sans difficulté.

— Cette observation est curieuse sous le point de vue de la petite opération imaginée dans le but de remédier à la difformité de la lèvre, et pratiquée avec succès ; mais ce qui mérite surtout de fixer l'attention, c'est l'amélioration immense apportée à un état de la mâchoire jugé incurable par la plupart des praticiens. Ce fait fera sans doute apprécier toute la puissance de *l'orthopédie dentaire* que quelques succès déjà publiés n'avaient pas assez fait connaître, et dont les meilleurs praticiens s'obstinaient encore à contester les résultats. Nous le disons avec d'autant plus de plaisir qu'il y a là un progrès immense, si on compare ces moyens simples, faciles à appliquer et puissans dans leur action, à la ligature, à l'avulsion des dents, à leur renversement, proposés si souvent, et même en désespoir de cause, pour remédier à une difformité très pénible et malheureusement trop commune, par suite du peu de soins que beaucoup de parens apportent à surveiller la seconde dentition des enfans. S. P., D.-M.-P.

Note sur certaines affections organiques du cœur et sur l'action thérapeutique de l'eau de Vichy ; par le docteur Berton, chirurgien-aide-major de la gendarmerie de la Seine.

J'avais lu, il y a quelques mois, dans un numéro de ce journal et dans un compte rendu de la Société de médecine de Paris, la relation d'un cas de guérison de maladie organique du cœur, par suite de l'usage à haute dose de l'eau de Vichy. Ce fait, où il était question d'un ancien goutteux, consécutivement atteint de rétrécissement valvulaire avec infiltration, etc., m'avait peu frappé et surtout très peu convaincu ; mais je me le suis rappelé depuis, car des circonstances analogues et non moins embarrassantes s'étaient présentées à moi dans la pratique civile. Il s'agissait, en effet, d'un vieillard de soixante-treize ans, chez lequel existaient des étouffemens, de l'anasarque, de l'irrégularité d'abord, puis de l'intermittence dans le pouls, et chez lequel enfin un bruit de râpe très manifeste, lié au premier battement du cœur et se prolongeant de façon à couvrir une partie du second, se faisait entendre. Quelle était précisément ici la lésion ? Voici, du reste, la théorie des bruits anormaux du cœur, celle du moins qui a assez généralement cours, nonobstant quelques faits contradictoires : L'insuffisance au le rétrécissement des valvules artérielles, veineuses ou auriculo-ventriculaires du cœur, donnent lieu aux différens bruits de souffle, de râpe et de lime. Le bruit de soufflet ne suffit pas cependant seul pour établir le diagnostic d'une lésion du cœur, car il se manifeste parfois après des évacuations sanguines à hautes doses. La pléthore peut également y donner lieu. Il paraît susceptible de se lier à certaines conditions de l'hématose. L'insuffisance valvulaire et les concrétions sanguines y donnent également lieu. Les bruits de lime et de râpe correspondent plutôt à des rétrécissemens des ouvertures artérielles ou veineuses du cœur. Les bruits de lime, de râpe ou de soufflet arrivent en même temps que le premier bruit du cœur, correspondent à un rétrécissement des valvules artérielles ; ce même bruit arrivant dans le second temps correspond à celui des ouvertures auriculo-

L'aspect d'une goutte qui tend à cristalliser est oléagineux et limpide ; cette goutte scintille au moindre jour et peut simuler la phosphorescence comme le diamant.

C'est ce qui arrive quand nous laissons refroidir l'eau dans laquelle nous avons fait bouillir de l'acide arsénieux ; c'est à plus forte raison ce qui doit arriver quand il ne reste presque plus d'acide sulfurique dans l'appareil de Marsh ; car l'acide sulfurique doit augmenter la durée de la déliquescence de l'acide arsénieux et le transformer plus ou moins en acide arsenique. Dans ce que M. Adorne a eu la complaisance de me montrer, je n'ai pas vu la présence d'un autre phénomène. Il est évident qu'en ajoutant alors de l'acide sulfurique, vous faites disparaître ce produit cristallisable en le redissolvant de nouveau.

Au reste, une goutte de nitrate d'argent suffirait pour décider la question qui, pour moi, n'offre pas le moindre doute.

N° III. ANTIDOTES CONTRE LES EMPOISONNEMENS PAR L'ARSENIC.

En médecine légale on ne raisonne pas d'après d'autres principes qu'en chimie légale. Seulement il faut avoir soin de poser de bons principes ; c'est-à-dire qu'il faut renverser la plupart de ceux que l'on professe, et les renverser par une série d'expérimentations dirigées dans un bon esprit.

S'il est un principe irréfragable en toxicologie, c'est que le vomissement a, dans certains cas, préservé de l'empoisonnement. Car, si l'on rend tout le poison avant qu'il ait produit ses désastreux effets, c'est évidemment comme si on n'en avait pas pris du tout ; mais si le vomissement est trop tardif, l'empoisonnement a lieu. Pourquoi ? Parce que le poison a eu le temps de s'infiltrer dans les liquides, de désorganiser les solides ; car l'acide arsénieux a une affinité irrésistible pour les liquides et les tissus d'un corps vivant.

Voilà un principe reconnu par l'expérience. Le corollaire de ce principe est que toutes les fois que l'acide arsénieux aura l'occasion de traverser les parois stomacales et de s'infiltrer dans quelque organe que ce soit, il y aura empoisonnement et empoisonnement mortel selon la dose.

N'est-ce donc pas le comble de l'absurde, que d'avoir prétendu *à priori* qu'on pourrait prévenir les suites d'un empoisonnement par les évacuations sanguines ou par les diurétiques ?

Quoi vous attendez que l'arsenic ait passé dans le système circulatoire, pour l'évacuer par la saignée !

Mais partout où il passe, il laisse la désorganisation et la mort ; et vous voulez le faire passer par le système circulatoire ? Quand il en sortira, il aura tout fini.

Quoi, vous attendez que le malade évacue par les urines l'arsenic qui l'empoisonne ! Mais, pour arriver à l'organe urinaire, l'arsenic aura dû passer et circuler par tout le corps ; et partout où il passe, il laisse la mort ! Le malade n'en mourra pas moins, tout en urinant.

En géométrie, on appelle cela *conduire à l'absurde*, et l'on n'en parle plus. En médecine légale on arrive souvent à l'absurde, et l'on en parle encore ; car la réclame et les articles payés admettent cette anomalie-là.

Nos anciens attaquaient le poison dans l'estomac, soit pour l'expulser, soit pour le rendre insoluble et incapable de passer dans le torrent de la circulation. Nos anciens consultaient les règles du bon sens lesquelles ne sont que les corollaires de l'expérience.

Revenons un peu à ce point de départ : l'intrigue s'en trouvera mal, nos études s'en trouveront mieux ; l'humanité est toujours du parti des bonnes études.

Et posons tout d'abord que l'acide arsénieux n'agit pas sur toutes les espèces d'animaux de la même manière. Il est même tel animal, le *loir*, par exemple, et, je crois, le *hérisson*, sur lesquels les plus fortes doses semblent impuissantes, et qui ont dans leurs sacs gastriques et intestinaux de quoi neutraliser l'arsenic d'une manière qui étonne. Il est certain, d'un autre côté, toutes choses égales d'ailleurs, qu'il n'est pas d'espèce parmi les animaux qui supporte moins l'arsenic que l'homme. Mais parmi les hommes, les différences d'âge, de sexe, de tempérament, etc., sont encore dans le cas de faire varier du tout au tout les effets toxicologiques de cette substance.

En conséquence, il faut se montrer très réservé dans les applications des expériences sur les animaux à l'homme. Il serait dangereux, comme on le voit, de tirer quelques inductions thérapeutiques d'une série d'expériences entreprises sur les *loirs*.

D'un autre côté, gardons-nous d'appliquer à la pratique des généralisations systématiques, ainsi que les indications d'une classification plus ou moins ingénieuse de substances.

On a vu guérir un empoisonnement arsenical par l'usage du lait et des breuvages albumineux.

On en a vu guérir par l'ingestion du vin et des liquides alcooliques.

Doit-on conclure du premier cas que les mucilagineux ou antiphlogistiques seuls sont les antidotes de l'arsenic ? Doit-on conclure du second cas que les toniques au contraire doivent jouir de ces prérogatives ?

Ni l'un ni l'autre, car auparavant il faudrait bien avoir défini ce qui est un antiphlogistique et un tonique ; et il n'est pas au monde un seul expérimentateur qui soit en état de nous dire en quoi l'un, par son essence, diffère de l'autre. Si nous le savions, il n'existerait pas autant de systèmes en thérapeutique.

Dans les deux modes de traitement ci-dessus, ne voyons que deux faits isolés, et discutons-en le mode, en ayant recours à la connaissance que nous avons des propriétés des deux agens.

Ces deux agens, s'ils préservent d'un empoisonnement par l'arsenic en certains cas, ne sauraient le faire qu'en empêchant la substance métallique d'arriver jusqu'aux sources de la vie, et partant de se trouver en contact avec les parois absorbantes du tube intestinal. Or, cette action ne saurait être qu'une action chimique et purement chimique, et la vitalité n'y entre pour rien. Cherchons donc à évaluer cette action chimique.

Sans aucun doute, le lait renferme des sels calcaires capables, à la rigueur, de neutraliser et de précipiter l'acide arsénieux ; mais ces sels ne sont pas en quantité telle, qu'ils puissent suffire à tout l'arsenic ingéré ; mais le lait est coagulable par les acides et par le suc gastrique. Un coagulum emprisonne tout ce qu'il surprend dans sa substance, et en soustrait le contact à tout ce qui l'environne. L'arsenic emprisonné dans un coagulum ne saurait être délétère. Quand toute la quantité en sera ainsi emprisonnée, expulsez-la par des vomissemens fréquens, et l'animal sera sauvé, si l'on s'y est pris assez à temps pour que l'estomac n'en ait pas absorbé une assez forte dose.

Voilà pour le laitage et les substances albumineuses. Quant à l'alcool, ce n'est pas une substance coagulable, mais elle est coagulante. Il coagule les substances glutineuses et albumineuses non coagulables par le suc gastrique. Le résultat de son ingestion peut donc être, en définitive, le même que celui du laitage, quoique, sous un tout autre rapport, les propriétés de ces deux substances soient diamétralement opposées.

L'alcool emprisonnera l'acide arsénieux dans les grumeaux d'albumine, d'un côté ; de l'autre, il resserrera les pores de l'estomac, les rendre pour ainsi dire imperméables à l'absorption arsenicale. Dans ce cas, et si le mal n'est pas consommé, il pourra servir d'antidote et d'excellent préparatif au vomissement.

Mais si on poussait plus loin la conséquence, on parviendrait à des résultats erronés, et qui ne manqueraient pas d'être démentis par l'expérience.

ventriculaires. Ces phénomènes se présentent dans un ordre inverse dans le cas d'insuffisance des valvules artérielles ou auriculo-ventriculaires.

Dans les cas d'insuffisance valvulaire et de rétrécissement aortique, double bruit de soufflet, chacun se faisant entendre à chaque bruit du cœur. Enfin, le bruit de soufflet ou de râpe, qui accompagne le bruit ventriculaire, dénote, a-t-on dit, soit un rétrécissement de l'orifice aortique, soit celui de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; mais dans le premier cas, il y a intermittence dans les pulsations artérielles, etc.

D'après cet exposé, l'exemple qui nous concerne aurait donc trait à un rétrécissement de l'ouverture aortique, à une ossification des valvules sigmoïdes; car, en effet, l'intermittence dans les pulsations a été constatée. Ce dernier symptôme n'a pas été, il est vrai, continu; mais, du reste, nous attachons, pour notre compte, une importance très secondaire à ce dernier phénomène, car, outre qu'il nous semble peu satisfaisamment explicable, on le voit paraître, ou manquer dans des circonstances tout à fait problématiques. L'intermittence a suivi l'irrégularité chez notre malade, et a disparu, bien que le bruit de râpe ait toujours persisté. Nous avons vu l'intermittence exister seule, sans que d'autres symptômes vinssent confirmer la crainte d'affection organique de l'organe central de la circulation. M. le docteur Bertrand nous disait, à ce propos, que, d'après son expérience particulière, il considérait plutôt comme un signe favorable la manifestation de l'intermittence chez des personnes affectées de maladie organique du cœur, car presque toujours il avait vu alors la crise et les dangers se dissiper.

Mais il est, dans l'observation qui fait le principal sujet de cet article, plusieurs points essentiels sur lesquels ils nous reste à insister. C'est que notre malade n'avait été antérieurement affecté ni de rhumatisme, ni de syphilis; c'est que sinon une guerison complète, du moins une amélioration et un retour de santé inespérés sont survenus par suite de l'usage à haute dose des eaux de Vichy (deux bouteilles par jour). Déjà, dans le n° du 24 septembre 1839 de la *Gazette des Hôpitaux*, il avait été dit (clinique de M. Chomel) que sur 61 malades atteints d'affections organiques du cœur, observés dans le courant de 1837 et 1838, 7 seulement avaient eu des rhumatismes avant l'apparition des symptômes propres à la maladie du cœur; d'où l'on serait autorisé à conclure que, si le rhumatisme exerce une influence dans la production des affections organiques du cœur, cette influence n'agirait que peu fréquemment et dans un nombre de cas limité. Quant à l'action analogue du virus vénérien, elle paraît bien plus incertaine, bien plus contestable; et c'est le cas de mentionner une opinion particulière de M. le docteur Denis, chargé du service des vénériens à l'hôpital du Gros-Caillou. Selon ce praticien, l'administration peu modérée du deuto-chlorure de mercure, mais spécialement du deutochlorure, aurait pour résultat très fréquent de produire des palpitations, des douleurs cardiaques, et il a la conviction que maintes affections du cœur procèdent de l'usage de ce médicament qu'il a maintenant banni de ses salles.

Quoi qu'il en soit, la lésion de notre malade doit être considérée comme entièrement indépendante de ces différens ordres de causes, et c'est à l'ossification sénile, à ces transports de matière crétacée, si fâcheux à cet âge, qu'il faut l'attribuer; ce qui explique la guérison incomplètement obtenue et la persistance du bruit de râpe après la disparition des autres symptômes. Du reste, l'action médicale de l'eau de Vichy s'est bornée à exalter la sécrétion des reins et à favoriser par suite l'élimination d'une quantité surabondante de fluides. M. le professeur Giacomini dit que ce sont particulièrement les médicamens hyposthénisans qui augmentent les excrétions. Nous faisons également la distinction de l'effet physico-chimique et dynamique des agens thérapeutiques, mais nous n'en pensons pas moins que l'action de l'eau de Vichy est généralement stimulante et particulièrement hyposthénisant relativement aux organes rénaux. Le *Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine*, auquel nous empruntons la première citation, partage d'ailleurs l'avis de MM. Patissier et Goin sur la propriété sur- excitante de ces eaux. C'est donc comme diurétique, comme puissant diurétique, qu'elles ont agi chez notre malade; mais si l'amendement survenu est explicable, il est fortement à craindre qu'il ne soit que temporaire, car la lésion principale persiste, et je ne sache pas que l'action chimique de l'eau de Vichy, qui s'exerce avec tant d'avantage sur certaines concrétions urinaires, puisse jamais s'étendre jusqu'aux transformations et dépôts calcaires qui ont lieu vers d'autres points de l'économie. Si donc, dans le cas relaté trop laconiquement il y a quelques mois dans ce journal, il a pu être question de guérison complète, définitive, c'est que le prétendu rétrécissement des ouvertures cardiaques avait été diagnostiqué après la seule perception du bruit de souffle, lequel peut ne tenir, ainsi qu'il a déjà été exprimé, qu'à des conditions particulières et accidentelles de la circulation, que peut et qu'a pu avantageusement modifier l'action thérapeutique de l'eau de Vichy.

Par exemple, si on attribuait les heureux effets que l'alcool aurait pu produire à sa tonicité seule, il semblerait dès lors que tout tonique serait dans le cas d'agir comme l'alcool. Or, l'huile de térébenthine ou toute autre huile essentielle trouverait la règle en défaut.

Neutraliser le poison et le rendre insoluble, préserver les parois intestinales de son contact immédiat, et l'expulser par la voie la plus courte, qui est la voie de l'œsophage, et l'expulser le plus promptement; je pense que c'est là la base d'un traitement rationnel.

Un sel calcaire, acétate ou carbonate, pétri avec du blanc d'œuf ou plutôt du lait, ou ingéré d'abord, puis le lait ensuite, c'est par là, ce me semble, qu'il faudrait commencer. L'ingestion d'alcool viendrait ensuite; et pour tenir l'arseniate de chaux à l'état de précipité, le bi-carbonate de soude, en faible quantité, ne serait pas inutile. Je soumets ce programme aux expérimentateurs.

Mais cette série d'expériences en suppose une première qui consistera à s'assurer des doses d'arsenic que l'animal est en état de supporter, de celles qui lui sont funestes; le tout constaté à la balance et sur des moyennes de calculs combinées de manière à inspirer toute confiance aux esprits graves et sérieux.

« En procédant de la sorte, disais-je dans une occasion semblable, il y a douze ans (1), vous aurez sans doute beaucoup à faire! immensément à refaire! mais aussi quelle gloire pour vos travaux, quel calme pour votre conscience, une fois que vous serez sûr d'avoir bien fait! »

Combien il est triste de penser qu'après douze ans révolus, ces paroles puissent s'appliquer aux mêmes choses et aux mêmes hommes! Les corps universitaires n'ont pas été institués pour le progrès; qui en douterait encore?

12 novembre 1840. F.-V. RASPAIL.

(1) *Journal général de médecine*. 1828, t. CIV, pag. 68.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Richerand.

(Deuxième séance publique.—Vendredi 13 novembre.)

Messieurs les compétiteurs se pressent dans l'étroite enceinte qui leur est réservée; on a même oublié de leur préparer des siéges. L'auditoire s'amuse beaucoup de la justification de M. Marjolin, qui déclare qu'après de nombreuses recherches, on n'a pu trouver un nombre suffisant de siéges, « *sans doute la Faculté est trop pauvre* », dit-il.

Après l'appel nominal, on procède au tirage au sort des trois compétiteurs qui sont appelés à lire leurs compositions aujourd'hui.

Le sort désigne : MM. Bérard jeune, Malgaigne et Robert.

L'énoncé de la composition porte : « Le périnée, les tailles périnéales. »

La lecture de M. Bérard dure près d'une heure, celle de M. Malgaigne autant.

Une discussion s'engage ensuite entre les juges, pour savoir si M. Robert sera entendu aujourd'hui. M. Marjolin fait observer que le règlement exige qu'il y ait au moins trois lectures par séance; quelques juges, à l'exemple de M. Cruveilhier, déclarent que leur attention se refuse à écouter une troisième lecture. Enfin, la séance est remise.

Le DICTIONNAIRE D'HISTOIRE NATURELLE, édité par M. d'Orbigny, et dont les premières livraisons ont reçu, il y a quelques mois, un accueil si favorable, poursuit le cours de sa publication. Le plan de ce beau travail, la concision de ses articles, l'élévation des idées qui les dominent, peuvent être appréciés déjà. Cet ouvrage manquait, et nos premiers savans ne s'étaient pas encore associés ainsi pour résumer dans un cadre aussi complet les connaissances de l'histoire naturelle. L'ouvrage formera 8 volumes, renfermant la matière de 28 à 32. Ce champ est immense, et l'on conçoit que d'habiles professeurs, la plupart membres de l'Institut, peuvent seuls le parcourir.

L'ouvrage qu'ils exécutent a même une portée que les dictionnaires précédens n'ont pas. Son instruction neuve et forte sera recherchée non-seulement par les gens du monde, mais par les savans mêmes, qui ont besoin d'avoir sous la main un recueil des faits épars dans une multitude de traités et d'ouvrages devenus rares. La justesse de la critique, la nouveauté des faits, la facilité que l'ordre alphabétique offre pour les recherches, sont des qualités qui recommandent vivement la publication de M. Ch. d'Orbigny. Tout y manifeste des soins savans, un goût pur, le désir d'élever ce livre au rang de ceux qui honorent le plus les bibliothèques. Comme ce Dictionnaire tient compte de tous les progrès faits par les sciences, il est le complément naturel de toutes les éditions de *Buffon*, des iconographies du règne animal de Cuvier. Il renferme, en outre, l'étymologie et la définition des termes scientifiques, et plus de 20,000 nouveaux articles.

Un travail si remarquable, si nécessaire, est assuré d'un grand succès; nous lui promettons l'intérêt de tous les hommes qui s'occupent de l'étude des sciences naturelles. L'atlas a été exécuté par nos premiers dessinateurs et graveurs dans cette spécialité. Plusieurs des planches publiées sont des chefs-d'œuvre; rien d'aussi fini, d'aussi achevé n'avait encore signalé les progrès de la gravure et du coloriage en France.

— M. le docteur J. GUERIN, chargé du service des difformités à l'hôpital des Enfans malades, a repris ses Conférences cliniques sur les difformités du système osseux, mercredi, 11 novembre, à dix heures du matin, à l'amphithéâtre de cet hôpital. Il les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine à la même heure. Dans cette seconde partie de son cours, il fera l'histoire étiologique des déviations de l'épine. Les opérations continueront à avoir lieu le mercredi, et les consultations le samedi.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

MARDI 17 NOVEMBRE 1840. (15e ANNÉE.) N° 136, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

DÉCOUVERTE DE L'ARSENIC DANS LE SANG NORMAL.

ASSENTIMENT DES CHIMISTES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS AUX PRINCIPES DE CHIMIE LÉGALE QUE NOUS AVONS SOUTENUS DANS LA *Gazette des Hôpitaux.* — MÉMOIRE ADRESSÉ A L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE BRUXELLES; par M. VAN DEN BROECK, médecin-adjoint de l'hôpital militaire de Mons, professeur de chimie et de métallurgie à l'Ecole des mines du Hainault.

Il se passe depuis quelque temps dans le monde scientifique une chose bien significative en faveur du progrès et de l'indépendance des études, c'est l'assentiment donné par le plus grand nombre des pharmaciens et chimistes de province et par les plus renommés des chimistes étrangers aux principes d'expertise légale que la chaire de la Faculté de Paris a tant méconnus et foulés aux pieds depuis vingt ans.

Les colonnes de ce journal ne suffiraient pas à enregistrer, relativement au seul procès de Tulle, les témoignages de cette révolution scientifique, et, d'un autre côté, nous nous garderions bien de le faire d'une manière nominative, en ce qui concerne les nationaux; on en comprendra facilement la raison principale, qui nous dispense de dire toutes les autres.

Mais je viens de recevoir de Belgique un travail de longue haleine dont l'auteur n'a rien à craindre de ce qu'ont à redouter les chimistes du pays. Il est de notre devoir d'en publier une analyse, d'autant mieux que l'auteur est dans le cas de réclamer une double priorité.

Le mémoire que M. Van den Broeck nous adresse est daté du 8 novembre 1840. Nous l'avons reçu le 14. Il se compose de 37 pages in-folio.

On y trouve une excellente figure de l'appareil de Marsh, qui ne diffère de celui que M. Adorne a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 10 novembre, qu'en ce que le flacon est à trois tubulures, dont l'une est destinée à introduire, au moyen d'un pas-de-vis, une tige en platine qui tient en suspension une feuille roulée de zinc. A part cette modification fort utile pour empêcher le zinc de s'incruster des précipités et de devenir inattaquable par l'acide, l'appareil est en tout conforme à celui dont nous parlons. Seulement le tube de dégagement et à robinet est en argent ou en platine.

M. Van den Broeck s'élève, en face de l'Académie de Bruxelles, contre les méthodes ou plutôt l'absence de méthode de M. Orfila, et surtout contre le dernier rapport de cet expert, rapport que l'auteur qualifie de *l'un des plus équivoques dont fassent mention les annales de médecine judiciaire.*

Il prouve, par une série d'expériences qui portent le cachet de la plus sévère exactitude, que le sang veineux et surtout le sang artériel, à l'état normal, donnent de belles taches arsenicales à l'appareil de Marsh. Voici comment il procède à l'expérience, avec des réactifs sur la pureté desquels ses essais préalables ne laissent pas le moindre doute.

On dessèche le sérum jusqu'à décomposition exclusivement; on ajoute alors du nitrate de potasse en faible quantité; on élève la température, et on arrête l'action du feu dès que la carbonisation est produite. On laisse refroidir, on lave à l'eau, on filtre, on sature par l'acide sulfurique, et on introduit dans l'appareil de Marsh. On obtient ainsi des taches un peu équivoques, mais que certains experts ne manqueraient pas de considérer comme arsenicales devant les Cours d'assises.

On reprend le résidu charbonné resté sur le filtre, on l'introduit dans un ballon avec une quantité d'acide sulfurique suffisante pour faire pâte avec lui; on abandonne le tout jusqu'au lendemain. On expose le vase vingt minutes à la chaleur, on ajoute peu à peu de faibles quantités d'eau, et on fait bouillir pendant deux heures; on jette de temps à autre de petits morceaux de carbonate de soude bien pur, et, quand la saturation est complète, on laisse évaporer jusqu'à siccité. On redissout dans l'eau, de manière que le charbon reste en suspension, et l'on introduit dans l'appareil de Marsh. De cette manière, l'auteur a obtenu, du sang veineux, jusqu'à *dix belles taches d'arsenic larges, brunes, volatiles et fortement miroitantes*, et un certain nombre de petites et faibles d'aspect. Il en a obtenu un plus grand nombre encore du sang artériel pris sur un chat.

Voilà donc de l'arsenic dans un sang normal! sur cinq onces seulement dans la dernière expérience! Que signifient donc quelques taches obtenues devant la loi d'un cadavre mis au pot-au-feu! et que diront un jour nos neveux, quand ils apprendront que, de notre temps, on peut faire condamner un accusé sur un tel témoignage?

Il importe à l'humanité, dit M. Van den Broeck, *qu'un tel exemple ne se présente plus!*

L'auteur fournit divers procédés de purification pour les réactifs qu'on emploie dans l'appareil de Marsh, et réfute victorieusement les procédés de l'expertise de l'Ecole de Paris, par des raisons aussi claires que pleines de justesse. Il propose de distiller l'acide sulfurique après l'avoir mélangé avec la moitié au moins de son poids d'acide nitrique pur et éprouvé. L'acide nitrique en se décomposant oxigène l'acide arsénieux et le transforme en acide arsénique, qui est fixe et reste dans la cornue; l'acide sulfurique qu'on obtient dans le récipient est donc pur d'arsenic.

Quant au zinc, l'auteur admet que, pour quelque procédé que ce soit, le zinc jusqu'à présent peut être suspect de renfermer de l'arsenic; et il propose un moyen de purification, long sans doute et compliqué, mais qui lui paraîtrait fournir une garantie suffisante de pureté. Ce serait de traiter le zinc par l'acide nitrique, de filtrer, saturer par la potasse caustique bien pure, ajouter une petite quantité d'acide hydrochlorique, faire passer un courant d'hydrogène sulfuré et laisser reposer. On décante, et on neutralise la liqueur par la potasse caustique; on précipite ensuite le zinc par le carbonate de potasse, à l'état de carbonate de zinc, que l'on chauffe au rouge dans un creuset de platine; puis on l'introduit dans un ballon de verre chauffé au rouge, dans lequel on fait passer un courant d'hydrogène pour réduire l'oxide de zinc. Sans doute ce procédé est long, mais rien n'est long pour les fabricans de produits chimiques; et rien n'est trop long quand il s'agit d'arriver, devant la loi pénale, à un résultat consciencieux.

Ce mémoire est destiné sans doute à être reproduit dans les actes de l'Académie de Bruxelles; nous l'aurions inséré en entier dans cette feuille, si son étendue ne dépassait les bornes que notre spécialité impose aux publications de cette importance.

F.-V. R.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Conférences cliniques sur les maladies chroniques et les maladies des enfans à la mamelle (1).

1° De la diarrhée chez les enfans.

Au n° 1 de la salle Sainte-Julie, est un enfant âgé de huit mois, atteint de diarrhée aiguë datant de cinq à six jours, avec fièvre et sans vomissemens.

Je pensai que le gros intestin était le siége de la maladie, et je prescrivis un lavement avec le nitrate d'argent; mais je n'obtins par ce moyen aucune diminution dans les symptômes. Cet insuccès, en réfléchissant un peu, ne devait pas nous étonner. En effet, toutes les fois qu'après l'examen attentif d'un petit malade, vous aurez reconnu une diarrhée aiguë s'accompagnant de fièvre, le résultat de l'emploi du nitrate d'argent, dans un pareil cas, sera celui que nous avons eu pour l'enfant dont je vous entretiens. Au contraire, si dans de pareilles conditions, vous avez recours aux évacuans, et plus particulièrement à l'i-

(1) Un service de nourrices venant d'être créé à l'hôpital Necker, M. le professeur Trousseau a commencé une suite de conférences cliniques sur les maladies des enfans à la mamelle; le sujet des leçons portera encore sur les maladies chroniques, longtemps négligées dans l'enseignement clinique. Ces leçons combleront une véritable lacune, et seront d'une utilité réelle pour les praticiens et les étudians; aussi nous nous empressons de les reproduire.

FEUILLETON.

ENCORE L'APPAREIL INAMOVIBLE... QUAND MÊME!

Par Mathias MAYOR.

Au nombre des fautes d'impression qui se sont glissées dans ma réponse à M. Seutin, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 20 octobre dernier, il en est une que je ne puis laisser passer: c'est celle où il s'agit « d'un appareil inamovible de ma façon, du *cataplasme* dont j'entoure le membre cassé, et que je laisse sécher et durcir SANS une gouttière métallique. » Il faut substituer la proposition sous pour qu'il y ait un sens raisonnable. L'absence de cet agent ou d'un corps contentif et résistant quelconque, pendant tout le temps que la pâte de farine de graine de lin reste molle, serait en effet une rare imprudence, et qui ne manquerait pas d'être suivie d'une déviation grave des fragmens, comme cela n'arrive que trop souvent avec tous les appareils dits inamovibles.

C'est, du reste, pour moi une bonne fortune d'être obligé de relever le non sens ci-dessus, car il me fournit l'occasion de revenir tout naturellement sur ce sujet, et sans crainte d'être accusé de prendre des voies détournées et perfides pour rentrer en lice. Je suis sûr, du reste, d'être utile non-seulement aux amateurs de l'inamovibilité, mais encore à tous ceux qui ne seraient que médiocrement disposés en sa faveur.

Voyons donc ce qui arrive après la dessiccation complète du cataplasme en question, surtout lorsqu'il est étendu entre deux linges. Il forme une cuirasse solide autour du membre fracturé, et peut par conséquent contenir seul et très exactement celui-ci; de sorte qu'il est permis d'enlever alors la gouttière ou tel autre tuteur dont on aura dû renforcer provisoirement le corps pulpeux.

Ce dernier, maintenant à l'état solide, se trouve donc placé de manière à pouvoir être détaché, enlevé et réappliqué assez facilement et sans y rien couper, afin de voir et de surveiller l'état des fragmens et des parties molles aussi souvent qu'il sera jugé nécessaire. Mais il est, de plus, élastique, il plie sans trop d'efforts quand on le déploie, et qu'il s'agit de le réappliquer sur un corps plus ou moins volumineux. Il l'emporte donc sous ce rapport sur le carton gommé. Aussi, comment ai-je profité de cet avantage? Après la guérison d'un membre cassé, j'ai pu conserver cette même gouttière, et la faire resservir pour un second et un troisième cas de fracture, quoiqu'il n'y eût guère de rapport entre les trois membres. Il m'importe peu, en effet, que ces nouveaux accidens aient leur siége sur des membres plus épais ou plus minces que celui qui a servi de moule primitif à l'instrument contentif actuel, parce que ce dernier, en vertu de son élasticité et de sa souplesse, peut facilement s'ajuster sur le pourtour des membres en question, les emboîter et les appuyer exactement, s'il est lui-même entouré de liens convenables.

Voici, d'ailleurs, comment je procède maintenant pour me procurer ces moyens commodes de contention, tout en les faisant servir d'abord au traitement vrai ou simulé d'une fracture des extrémités: je fais placer entre deux linges une couche épaisse de pâte très consistante de farine de graine de lin; j'en recouvre de coton ou d'ouate la face qui doit s'appliquer sur les tégumens malades; j'étends ce cataplasme ouaté sur le membre dont je viens de faire la réduction et la coaptation des fragmens; je le presse en tous sens, et en ayant bien soin cependant qu'il existe un espace assez considérable entre les deux bords qui courent parallèlement à l'axe de l'extrémité fracturée, afin qu'ils n'adhèrent pas ensemble, et que je puisse aisément les détacher au besoin. J'appuie ensuite, et je serre convenablement le corps pulpeux avec des liens convenables, afin qu'il s'adapte parfaitement sur la partie du membre qu'il recouvre (les cravates et les linges triangulaires sont préférables dans ce but). Enfin, je soutiens le tout et lui donne la résistance nécessaire avec l'un des nombreux moyens contentifs connus. La gouttière métallique l'emporte également ici et je lui donne la préférence; car elle aussi se moule facilement et très exactement sur le cataplasme, et, à travers celui-ci, sur le membre affecté.

Je pourrais sans doute laisser en place cette dernière, tout le temps que le cataplasme lui-même devra y rester; mais cela n'est pas nécessaire, et l'on fera bien, au contraire, de l'enlever dès qu'on aura acquis la certitude que la dessiccation de la pâte est parfaite, et qu'elle suffit désormais à l'exacte contention.

Et pourquoi ne suffirait-elle pas entièrement à cette œuvre? Elle a été poussée et pressée, pendant qu'elle était encore molle, sur toutes les anfractuosités du membre; elle y a été maintenue, avec exactitude, jusqu'à ce qu'elle se soit solidifiée; elle a, en quelque sorte, pris l'empreinte de toutes ses régions; elle les embrasse et les étreint avec d'autant plus de facilité et d'innocuité, qu'il se trouve là un corps intermédiaire, élastique et mou (le coton), bien propre à mettre à couvert les tégumens sous-jacens contre une pression trop rude. On est libre, au demeurant, de gommer encore les liens qui sont destinés à fixer cette pâte, et on donnera par là, à cet ensemble de moyens contentifs, une plus grande fermeté, une résistance plus complète.

Il va sans dire qu'au lieu de farine de graine de lin, on pourra se servir de celle de céréales, de mie de pain, et de toutes les substances avec lesquelles on fait des cataplasmes, pourvu qu'elles aient la propriété de se durcir et de constituer un corps solide à peu près comme le plâtre coulé! Et pourquoi celui-ci ne constituerait-il pas un des nombreux élémens de l'appareil inamovible?

Le temps que ceux ci mettent à se dessécher varie suivant la saison, la chaleur du malade, le volume et l'épaisseur du moyen, la nature de celui-ci, etc.

Quand un pareil instrument a été moulé sur une extrémité malade, et qu'il a servi à sa consolidation, il peut, ai-je dit, être conservé pour le traitement d'une autre fracture, pourvu que le membre qui est le siége de celle-ci ne soit pas énormément disproportionné avec le moyen contentif qui vient de faire ses preuves ailleurs. Mais on conçoit que celui-ci aura acquis par-là cet autre avantage, de maintenir les fragmens en rapport exact, sans aucun auxiliaire, puisqu'il présentera déjà la résistance et toute la solidité que nécessite un pareil agent pour maintenir les fragmens parfaitement immobiles et en rapport. Toutefois, et afin qu'il atteigne encore mieux ce but, on fera bien de recouvrir encore sa surface concave d'une nouvelle couche de coton ouaté, afin de pouvoir pousser la compression, et par elle la contention, assez loin, sans craindre de blesser les parties molles sous jacentes, lesquelles probablement ne sont déjà que trop maltraitées par la cause vulnérante et par l'attrition des fragmens.

Une friction avec tel agent simple ou pharmaceutique pourra également venir au secours de ces tissus mous; et si l'on avait quelque raison de craindre que l'application de substances trop émollientes fût préjudiciable à ces mêmes tissus, on pourrait, au lieu d'eau, se servir de vin ou de quelque liqueur spiritueuse pour la confection du cataplasme.

Rien de pareil ne saurait avoir lieu avec vos inamovibles, et voici, d'ailleurs, les autres côtés par lesquels mon moyen se distingue avantageusement sur tous ceux qu'on a préconisés jusqu'ici, et qui sont plus ou moins en vogue, à Bruxelles et à Paris:

1° Il se trouve toujours sous la main.
2° La préparation est simple et prompte.
3° Il est facile à appliquer très exactement.

pécacuanha, alors vous obtenez toute autre chose, et vingt-quatre heures seront à peine écoulées, que la fièvre aura diminué d'intensité, sinon complètement disparu, et les selles deviendront normales.

C'est ce qui nous est arrivé pour l'enfant du n° 1. Vingt centigrammes d'ipécacuanha lui furent administrés hier en deux prises, à dix minutes d'intervalle ; il y a eu cinq vomissemens, et la couche n'a été changée qu'une fois seulement au lieu de cinq et six. Je préfère la poudre d'ipécacuanha au sirop de cette plante, dont l'effet est le plus souvent incertain.

— Nous avons dans la salle Sainte-Thérèse, au n° 3, un autre enfant âgé de neuf mois, atteint de diarrhée sans fièvre. Un lavement avec le nitrate d'argent lui a été donné, et l'enfant n'a été changé qu'une fois dans la nuit.

Voici la formule de ces lavemens :

Nitrate d'argent,	de 5 à 15 centigr.
Eau distillée,	100 gramm.

Dans quelques cas le nitrate d'argent est administré en potion, et c'est alors de la manière suivante :

Nitrate d'argent,	1 à 2 centigr.
Eau distillée,	30 gramm.
Sirop simple,	id.

En prendre 5 à 6 cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

Dans le cas où la diarrhée est due au relâchement de la muqueuse intestinale, ce n'est plus le nitrate d'argent que j'emploie ; j'ai recours alors à la poudre d'yeux d'écrevisses, au sous-nitrate de bismuth, à l'extrait de cachou ou de monesia, qui, dans ces circonstances, me réussissent très bien. Je donne ordinairement quinze centigrammes de l'un et de l'autre de ces médicamens.

Autant il est vrai de dire que la constipation est dangereuse chez les enfans qui font leurs dents, parce que cet état du ventre rend les congestions sur les divers organes plus faciles, autant aussi il est dangereux de laisser subsister une diarrhée abondante qui, par la suite, pourrait compromettre la vie du petit malade. Dans le premier cas, il est urgent, à l'aide des moyens convenables, d'entretenir la liberté du ventre. Dans le second cas, on peut, si le dévoiement est léger, ne pas s'en occuper ; mais s'il date de sept à huit jours, si la matière des selles est verte et présente de petits flocons semblables à de l'albumine coagulée, l'on doit alors, sinon supprimer le dévoiement, au moins employer une médication propre à le modérer.

Il est un moyen bien simple de prévenir les accidens qui atteignent les enfans nourris de lait de vache qui, comme celui des hôpitaux, tourne rapidement à l'aigre. Ce moyen consiste à ajouter à chaque litre de lait que l'on distribue aux nourrices pour leurs enfans, une certaine quantité de sous-carbonate de soude. On empêche, à l'aide de cette préparation alcaline, le développement des acides dans le lait, et les conséquences fâcheuses qui s'en suivent.

L'on conseille aussi dans le même but le sucre de Vichy, 50 à 200 centigrammes de sous-carbonate de soude pour 300 grammes de sucre pulvérisé. Cette préparation doit toujours être magistrale, et doit varier suivant les besoins des malades.

2° *De la gastralgie.*

On doit entendre par ce mot une douleur vive ayant son siége dans l'estomac.

Cette affection réclame une médicaton qui doit varier suivant la cause qui l'a fait naître, ainsi que vous allez le voir.

Au n° 13 de la salle Sainte-Anne, est couchée une jeune fille de seize ans, amaigrie sous l'influence d'un mauvais régime : sa langue était sale, son estomac douloureux. En quelques jours, ces accidens ont cédé aux adoucissans et à la magnésie prise à la dose de 50 centigrammes matin et soir, puis au sous-nitrate de bismuth.

Une autre jeune fille de dix-sept ans, couchée au n° 18 de la même salle, réglée, mais en petite quantité chaque fois, vit, voilà trois mois, les règles cesser. L'estomac devint douloureux, surtout quelques heures après le repas. L'appétit diminua, le teint pâlit ; il survint une névralgie de la tête qui occupait tantôt un côté, tantôt l'autre ; goût dépravé (elle mange avec plaisir des grains de café non torréfiés) ; palpitations de cœur, bruit de souffle et de rouet dans les artères carotides ; essoufflement, même dans le repos ; symptômes qui caractérisent suffisamment la chlorose. Nous avons là une vive douleur de l'estomac sans vomissemens ni diarrhée ; douleur reconnaissant pour cause, ainsi que la névralgie de la tête, l'affection générale, la chlorose, et qui, comme elle, devait céder à un traitement rationnel. Nous eûmes donc recours aux préparations martiales, et nous donnâmes deux pilules de limaille de fer du poids de 20 centigrammes chacune. Le lendemain, on augmenta d'une pilule, et dès le troisième jour la gastralgie avait complètement disparu. Aujourd'hui la jeune malade prend 80 centigrammes de limaille de fer ; son teint revient, ses goûts dépravés ont cessé, et l'essoufflement a considérablement diminué. Nous allons continuer les martiaux jusqu'à parfaite guérison. Les accidens pourront bien reparaître, ainsi que cela arrive presque toujours ; mais la malade finira par s'en débarrasser, si, pendant quinze jours, tous les deux ou trois mois, elle revient au traitement que nous employons maintenant.

— Une autre jeune fille, sortie récemment de nos salles, présentait à peu près les mêmes symptômes que celle du n° 18 ; ils ont cédé aux mêmes moyens.

Bien des médecins, trop préoccupés de cette idée, que les préparations ferrugineuses jouissent de la propriété de rappeler les règles chez les femmes atteintes d'aménorrhée, sans faire attention à cette autre propriété, qu'elles ont, dans certains cas de métorrhagie, de diminuer l'écoulement sanguin, conseillent les astringens et le froid pour des métrorrhagies dont le fer seul pouvait triompher.

— Nous avons au n° 29 de la salle Sainte-Anne une femme qui était dans ce cas ; c'est-à-dire que ses règles coulaient abondamment pendant deux jours, joints à cela des symptômes de gastralgie et de chlorose. Dès les premiers jours, je donnai 20 à 40 centigrammes de limaille de fer, qui augmentèrent la douleur : je diminuai la quantité d'alimens. Quelques potages au lait furent bien digérés, et en même temps que j'augmentai le fer, j'augmentai les alimens dans la même proportion. Je suis arrivé graduellement à lui donner jusqu'à cinq grammes de limaille de fer par jour, et la portion, ce qui rarement a lieu dans l'hôpital. Les règles, qui duraient dix jours avant le traitement, furent supprimées par l'effet de celui-ci. Deux mois se sont passés sans qu'elles aient reparu. La jeune fille est alors sortie bien portante. Ordinairement cet état dure trois ou quatre mois, et le flux menstruel reparaît quand la santé est bien rétablie.

Il est d'autant plus difficile de guérir une gastralgie, qu'elle attaque une personne adulte ou qu'elle dure déjà depuis long-temps. Il faut même quelquefois changer de médication, quitter celle que l'on avait d'abord suivie, pour avoir recours à une autre, puis, plus tard, revenir à la première.

La malade du n° 25 nous offre cet exemple. Elle a une gastralgie de trois ans de durée, qui se montrait d'abord irrégulièrement, mais qui, depuis un an, l'a continuellement fait souffrir. Ses règles coulent en grande quantité ; il y a en outre un écoulement leucorrhéique très abondant avant et après les règles. Je songe tout d'abord à la chlorose et au fer ; mais sous l'influence de ce médicament, les douleurs gastralgiques augmentent ; force m'est de le supprimer, et de mettre l'estomac dans des conditions à pouvoir le supporter. Dans ce but, je donne à plusieurs reprises l'eau de sedlitz : l'appétit augmente un peu et je reviens au fer. Je fais appliquer sur l'épigastre un emplâtre de thériaque auquel je fais ajouter un peu d'huile essentielle de térébenthine pour le rendre plus adhésif, et cela afin de hâter la disparition de la gastralgie, et je réussis. Le traitement ferrugineux est continué, et la chlorose marche rapidement vers la guérison.

Mais la leucorrhée persiste aussi abondante. Je prescris, pour la faire cesser, des injections avec le sulfate de fer. A peine l'écoulement est-il cessé, que la malade est prise d'une oppression considérable, qui ne laisse pas que de m'inspirer quelques craintes. L'on suspend aussitôt les injections, et le même jour réapparition de la leucorrhée et cessation des symptômes du côté de la poitrine.

Cet exemple nous montre qu'il ne faut jamais supprimer trop rapidement un écoulement ancien, quel qu'il soit, parce que souvent il est une condition de santé chez la personne qui en est affectée. Ce n'est qu'avec beaucoup de ménagement que l'on doit faire quelques tentatives dans ce but.

Chez notre malade, nous établirons un vésicatoire au bras, que l'on entretiendra pendant cinq à six mois, et, si besoin en est, nous aurons recours à la cautérisation du col utérin avec le nitrate acide de mercure, à moins que la leucorrhée ne cesse spontanément, ce qui arrive assez souvent quand la chlorose est guérie.

3° *Phthisie laryngée syphilitique.*

Nous avons en ce moment-ci, au n° 10 de la salle Sainte-Anne, une femme âgée de trente-huit ans, atteinte d'une affection du larynx fort grave. Voici l'histoire de cette femme : Mariée depuis long-temps, elle n'a point eu à se plaindre de son mari ; elle n'a jamais eu de maladies vénériennes, ni blennorrhagie, ni chancres, ni bubons, etc., lorsqu'il y a cinq ans, elle fut prise d'un coryza chronique. Avant de passer outre, j'appellerai votre attention sur ce point. Du moment que, sans causes connues, vous voyez survenir chez un adulte un coryza s'accompagnant de douleurs gravatives à la base du crâne ; si le malade montre du sang et des croûtes présentant les anfractuosités des cornets, vous devrez diriger vos investigations vers la syphilis. Et si au coryza succède l'ozène, nul doute alors que la vérole ne soit la cause de ces accidens ; car l'ozène simple ne se montre presque jamais qu'au jeune âge.

Trois ans environ après le début du coryza, il y eut augmentation considérable dans l'intensité de la maladie ; douleurs dans tout le nez ; la membrane pituitaire, desséchée, est semblable à une feuille de parchemin ; apparition d'une tumeur lacrymale de chaque côté : carie des os du

---

4° Jamais il ne peut compromettre l'état des parties molles ; car

5° Une couche plus ou moins épaisse de coton protège constamment ces dernières.

6° Il peut être facilement enlevé et réappliqué, puisqu'il constitue un seul et même tout.

7° Sa souplesse et son élasticité permettent que sa capacité soit augmentée ou diminuée sur-le-champ, si le membre lui-même augmente ou diminue de volume.

8° Il permet l'application de toute espèce de topiques.

9° Les pansemens peuvent être réitérés, sans aucun inconvénient, une ou plusieurs fois par jour avec cet instrument.

10° Il est d'ailleurs non-seulement propre à revêtir toutes les qualités des inamovibles les plus fameux, mais il est encore presque perpétuel, puisqu'il peut servir un très grand nombre de fois, et avec plus d'avantage que la première.

Ce dernier avantage peut sans doute avoir son degré d'utilité, en prenant la chose à la lettre ; mais il s'applique essentiellement au membre même sur lequel il fonctionne actuellement, et qui, soit qu'il ait diminué ou augmenté d'une manière quelconque, doit se présenter sous une forme souvent très différente de celle qu'il avait primitivement. On conçoit, du reste, qu'en passant sur un semblable appareil un vernis au caoutchouc, il sera mis à l'abri de l'humidité, et qu'il pourra, par conséquent, fonctionner sur un corps mouillé et sur un membre qui serait en suppuration sans se laisser pénétrer par le liquide et sans se ramollir.

Mais quel nom donnera-t-on à mon appareil, pour ne pas dire à ma méthode ?

A coup sûr, et puisque tous les divers appareils d'une seule et même famille sont connus dans la science sous les doctes dénominations d'amidonnés, d'amylacés, de gommés, d'albuminés, de dextrinés, de cartonnés, de bivalvoïdes, de papyracés, de plâtrés, de déambulatoires, etc., je pourrais bien réclamer aussi, en faveur du mien, celle de cataplasmé. Je n'insisterai pas trop, cependant, sur ce néologisme ; mais je demanderai s'il ne serait pas temps enfin de mettre un terme à cette bizarre et trop ridicule terminologie ? et comment il se fait que des professeurs et des académiciens célèbres s'y complaisent et y prennent encore tant de plaisir ? Oh ! comme ces noms doivent briller aux yeux ébahis de leurs bénévoles lecteurs, et sonner agréablement aux oreilles de leurs nombreux élèves !

La langue française est-elle donc réduite à ce point de dénuement qu'elle ne puisse exprimer l'effet unique qui est produit exclusivement par tous ces inamovibles et amovo-inamovibles ? Ou bien les chirurgiens auraient-ils assez peu de perspicacité et de notions élémentaires en mécanique pour ne pouvoir se rendre compte du but uniforme, absolu et final de chacun de ces agens contentifs ?

Que résulte-t-il pourtant et en définitive de tous ces moyens, quels qu'ils soient ? Un appareil contentif circulaire, et rien de plus ; une espèce de virole de grande dimension, et propre à emboîter solidement et à l'instar d'un corps dur (1), la totalité d'un membre. Eh bien, que ne l'appelle-t-on appareil à contention circulaire ? Ou tout uniment circulaire, etc., sous-entendant le mot contentif ? On ajouterait, cela va sans dire, car c'est trop important au succès thérapeutique, les expressions sacramentelles dextriné, amylacé, cartonné, etc., etc., et on n'oubliera pas surtout celle de cataplasmé, ainsi que les diverses épithètes qui résultent nécessairement de la diversité des substances qui composeront mon amovo-inamovible. C'est un point capital et auquel je tiens tout particulièrement. Mais vous préférez peut-être le grec ? Alors l'appareil pancycloïde ne vous laissera rien à désirer et comblera en même temps une étrange lacune dans l'onomatologie chirurgicale.

Mais cette compression, cet appui solide, ferme et dur sur toute la circonférence d'un membre fracturé, sont-ils donc si indispensables à l'exacte contention des fragmens, qu'il faille les obtenir à tout prix ? Pas le moins du monde ! car la mécanique (et c'est toujours les lois de cette science qu'il faut invoquer, chaque fois que l'on veut apprécier à leur juste valeur nos moyens et nos procédés opératoires), la mécanique et le gros bon sens nous enseignent qu'il suffit de trois baguettes seulement, pourvu qu'elles soient fixées à peu près à égale distance les unes des autres sur un corps cylindrique, un bâton par exemple pour le soutenir assez bien, alors même qu'il serait cassé. C'est ainsi également que la physique et le sens commun nous démontrent très-bien et sans le secours de l'expérience qu'une chaise sur ses trois jambes, comme une colonne sur un trépied, sont assez solidement assises pour donner les plus fortes garanties contre leur chute ou leur déviation.

L'application des moyens contentifs sur les deux tiers ou les trois quarts de la circonférence d'un cylindre osseux et fracturé sera donc suffisante pour maintenir en rapports ses fragmens, et amener leur exacte consolidation, si leur coaptation a été judicieusement obtenue. La pression de cette circonférence indistinctement sur tous ses points est, par conséquent, inutile, lorsque le volume du membre brisé resterait le même, sans augmentation, ni diminution ultérieures. Elle sera à pure perte si le volume diminue, ce qui arrive le plus souvent ; mais elle peut avoir les suites les plus déplorables, si un certain gonflement doit s'opérer, et s'il est question d'un travail inflammatoire plus ou moins inévitable, et contre lequel il importe de se mettre sur la défensive.

Ces considérations m'ont donc conduit à ne jamais entourer un membre fracturé, complètement, par l'agent contentif, mais à laisser, sur une de ses régions et le plus souvent derrière ou au-dessous, un tiers ou du moins un quart de sa circonférence en dehors de cette contention immédiate. Pour cet effet, je ne donne au cataplasme que l'étendue des deux tiers ou des trois quarts du pourtour du membre en question. Aussi ne suis-je jamais embarrassé, lorsque je dois l'enlever et le remettre, en écarter ou rapprocher les bords, suivant que le membre sera devenu plus volumineux ou plus petit.

Mais on va voir combien peu je suis exclusif et comment je sais rendre hommage aux savantes découvertes de mes confrères : c'est que j'ai appliqué ce principe salutaire à tous les inamovibles connus, et soit que j'opère avec du coton, de la filasse, du linge, avec du papier ou du carton, je ne manque jamais d'arranger ces objets divers, avant de les gommer, de manière à ce qu'ils ne puissent recouvrir que les deux tiers ou les trois quarts du pourtour de l'extrémité dont j'ai à soigner la fracture.

Voici du reste comment je procède.

J'arrange des compresses d'ouate, de filasse, de linge ou de papier, ou bien des pièces de carton ; elles ont deux ou trois pouces de largeur plus ou moins, une épaisseur convenable et la longueur que je viens d'indiquer ; je les enduis d'empois, et, après avoir recouvert le membre d'une couche d'ouate, je les couche successivement sur la partie antérieure de ce dernier, en les imbriquant exactement. Puis, quand elles le recouvrent suffisamment, je les serre et moule avec soin et au moyen d'un ou deux linges triangulaires (ou d'autres liens si vous les aimez mieux). Cela seul me suffit s'il n'est question que d'un simple essai et si l'os est intact ; mais s'il est fracturé, je m'empresse d'appliquer immédiatement ma gouttière en fil de fer, de la mouler en la pressant avec les doigts contre le corps gommé, et de l'assujétir avec un lien circulaire convenable. Je suis libre de l'enlever quand le tout est suffisamment sec et solide.

(1) M. Seutin prétend, il est vrai, que celle de son invention n'est que *duriuscule*.

nez, du vomer et des cornets. L'on emploie quelques médications, peu suivies à la vérité, sous l'influence desquelles cependant le mal semble se guérir.

Mais quelque temps après, en déprimant la langue, l'on voit apparaître des ulcères sur le voile du palais, sur la voûte palatine et dans la gorge. Plus tard, destruction incomplète du voile du palais, surtout à gauche. La portion qui reste à droite présente une perforation à sa partie moyenne, et au lieu d'être droite et mobile, elle est relevée vers le pharynx auquel elle adhère ; perforation de la voûte palatine ; passage des alimens dans les fosses nasales : accidens auxquels remédie un chirurgien-dentiste de Paris, à l'aide d'un obturateur fort bien fait. Les douleurs de gorge et d'oreille vont en augmentant d'intensité ; puis enfin, dans le courant du mois d'octobre dernier, la voix, qui chaque jour devenait de moins en moins claire, cessa de se faire entendre : l'aphonie était complète.

D'après la série d'accidens que nous venons d'énumérer, et le lieu où les lésions se manifestèrent, il est impossible de méconnaître ici la syphilis ; et si, en effet, nous avons affaire à cette affection, nul doute, si on ne l'attaque pas avec vigueur, qu'elle ne puisse prendre de l'extension vers le larynx, envahir les cordes vocales et déterminer le gonflement, la carie et la suppuration, en un mot, toutes les altérations du larynx qui, rendant l'asphyxie imminente, nous forceraient de recourir à la trachéotomie.

Je résolus donc d'attaquer le mal avec vigueur. Je prescrivis des frictions mercurielles faites de la manière suivante : appliquer dans le creux de l'aisselle sans trop l'étendre 30 grammes d'onguent mercuriel double ; ce mode de frictions me paraît le meilleur.

Dès le deuxième jour, le gonflement des gencives est considérable, il y a commencement de salivation. Le troisième jour, la salivation est abondante. Le quatrième jour, je fais cesser les frictions, le timbre de la voix est déjà un peu revenu. Je vais, suivant le précepte de Boerhaave, entretenir la salivation pendant six semaines (environ 360 grammes de salive par jour), et après le temps je reviendrai à la même médication, s'il le faut.

Y a-t-il eu ici une simple coïncidence entre l'administration du mercure et l'amélioration obtenue ; ou bien celle-ci est-elle l'effet du médicament. Les faits vont répondre à cette question. Remarquons seulement que la douleur d'oreille et de gorge a été avantageusement modifiée, que la tumeur lacrymale du côté droit au lieu de pus ne laisse plus couler, quand on la comprime, que des larmes quelque peu mêlées de liquide purulent. Disons encore qu'il arrive souvent qu'un mari contracte une blennonorrhagie vénérienne, la communique à sa femme ; que les accidens résultant de cette infection sont d'autant plus graves que la malade, ne se doutant nullement de la cause qui les produit, ne pourra attirer sur ce point l'attention du médecin.

Passons maintenant aux faits à peu près semblables au précédent, qui feront voir l'efficacité de la médication mercurielle.

Voilà environ trois mois, au n°s 18 ou 19 de la salle Sainte-Anne, était couchée une jeune fille qui, par sa profession, se trouvait, plus que toute autre, exposée à l'infection vénérienne. A son entrée dans le service, elle présentait un sifflement considérable dans la respiration ; le voile du palais était en grande partie détruit ; il y avait aphonie complète, diarrhée, ulcération du larynx, tuméfaction de la muqueuse et des cartilages laryngés, suffocation imminente.

Je me tins prêt pour l'opération de la trachéotomie. Auparavant je prescrivis des frictions avec 60 grammes d'onguent mercuriel, en outre 1 gramme de calomel à prendre à l'intérieur. Le deuxième jour de ce traitement, les gencives se tuméfient, la salivation arrive, l'essoufflement diminue. Le cinquième celui-ci a complétement disparu ; il y eut au bout d'un mois réapparition des symptômes d'oppression ; mais ils cédèrent bien vite à quelques bains de pieds sinapisés et à l'emploi du calomel. Après six semaines de traitement, cette fille, contre notre gré, voulut sortir ; nous lui fîmes promettre de revenir à la moindre apparence de récidive, elle n'est pas revenue.

L'année dernière, à mon cours de la Faculté, j'ai rappelé l'histoire d'une jeune demoiselle, trop curieuse pour ne pas être ici rapportée avec quelques détails.

(La suite à un prochain numéro.)

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Calcul d'acide urique de la grosseur d'une noix, chez un homme de soixante-six ans. Lithotritie par M. Civiale. *Guérison.*

Le 28 juin entra dans cet établissement un caluleux âgé de soixante-six ans et d'un tempérament bilioso-sanguin. Les circonstances commémoratives ne présentaient rien qui méritât d'être noté. Le sujet avait toujours joui d'une bonne santé lorsque, il y a environ six ans, il ressentit des douleurs dans les reins, et eut à plusieurs reprises de légères hématuries, auxquelles il ne fit point d'attention. Plus tard, les symptômes de la pierre s'étant manifestés d'une manière bien tranchée, il vint à Paris recueillir les bienfaits de la lithotritie.

Une grande mobilité se faisait remarquer chez ce malade, aussi n'était-ce pas sans difficulté que sa mémoire parvenait à retrouver la série des sensations qu'il avait éprouvées dans le cours de sa maladie. Ajoutons toujours qu'à l'exception des hématuries, qui avaient été assez fréquentes, surtout après les exercices fatigans, les autres symptômes étaient demeurés long-temps vagues et obscur. M. Civiale, en se faisant rendre compte des antécédens, soupçonna qu'il y avait un peu d'atonie de la vessie. Mais si les signes rationnels laissaient quelques doutes, les explorations vésicales ne permirent plus d'en concevoir. Quelques jours furent employés à préparer le malade ; on prescrivit des bains, des lavemens, des boissons adoucissantes, un régime doux et le repos. On introduisit des bougies molles dans l'urètre, pour déterminer le diamètre et le degré d'irritabilité du canal.

Ces précautions prises, M. Civiale procéda, le 2 juillet, à l'écrasement de la pierre, au moyen de son litholabe à mors plats et larges. Le malade supporta l'opération beaucoup mieux qu'on ne l'espérait et que lui-même ne s'y attendait, à cause de sa susceptibilité extrême et de son caractère enclin à concevoir des inquiétudes. Deux séances eurent lieu dans l'espace de huit jours. Les urines entraînèrent une grande quantité de détritus, et le malade se trouva tellement soulagé, qu'il sortit de la Maison de santé pour aller passer sa convalescence chez des amis.

Ce fut seulement trois semaines après que M. Civiale fit une première recherche pour constater l'état des choses. Cette exploration, et une seconde qui eut lieu au bout de quinze jours, donnèrent la certitude que la vessie était entièrement débarrassée. Cependant, la santé générale ne paraissait pas aussi bonne qu'on pouvait le désirer ; il y avait eu des écarts de régime, des indigestions et des fatigues hors de proportion avec les forces, et à deux reprises différentes, des symptômes de catarrhe vésical étaient survenus. Le repos, un régime très doux, des alimens faciles à digérer, des bains journaliers, des lavemens émolliens matin et soir, des boissons mucilagineuses d'abord, acidules ensuite, suffirent pour rétablir l'équilibre, et le malade quitta Paris dans l'état le plus satisfaisant.

Ce fait nous fournit l'occasion de présenter quelques remarques qui ne seront pas sans intérêt pour la pratique. D'abord, quoique le malade fût excessivement nerveux, les signes rationnels de la pierre étaient peu développés chez lui, notamment les douleurs propres aux calculeux. M. Civiale pense qu'on doit s'en prendre à ce que la vessie était frappée d'atonie. On sait que cet habile chirurgien a partagé les calculeux en deux grandes classes, relativement à l'état dans lequel leur vessie peut se trouver. Le viscère est atteint d'hypertrophie chez les uns, d'atonie chez les autres. Or, M. Civiale a démontré que les principales douleurs de la pierre tiennent à ce qui arrive lorsque l'urine cesse de couler ; la vessie, après avoir chassé son contenu, vient s'appliquer sur la pierre, dont le contact détermine les douleurs, souvent vives, que les malades éprouvent, soit en rendant les dernières gouttes de liquide, soit même après avoir uriné. Mais cet effet n'a lieu que dans le cas d'accroissement de la contractilité vésicale, car, chez les sujets dont la vessie est atteinte d'atonie, l'organe se contracte si faiblement qu'il n'expulse même pas la totalité de l'urine, et que ses parois ne viennent jamais s'appliquer sur le corps étranger ; aussi ne remarque-t-on point alors les véritables douleurs de la pierre.

M. Civiale a pour habitude de soumettre les malades qu'il doit opérer à un traitement préparatoire, qui varie selon les cas. Cette précaution nous paraît prudente, et nous avons pu ici en constater les bons résultats. L'état du malade n'était pas en réalité aussi favorable qu'il nous l'avait paru d'abord ; les fonctions digestives se dérangeaient avec une grande facilité ; il y avait de temps en temps des malaises et des inquiétudes qui amenaient de mauvaises nuits.

On mit huit jours d'intervalle entre les deux opérations ; trois semaines s'écoulèrent entre la dernière séance et l'exploration ; la convalescence elle-même fut assez longue. Sous ce rapport, il y a une circonstance importante que nous devons signaler : le malade était aussi prompt à s'exagérer la moindre amélioration, qu'à se décourager pour le plus léger contre-temps. Il se crut guéri immédiatement après les deux séances de lithotritie, qui suffirent à la destruction de son calcul ; il ne mit pas de bornes aux expansions de sa joie. M. Civiale eut beaucoup à regretter de lui avoir permis de quitter la Maison de Santé avant son entier rétablissement ; moins exposé que parmi des amis qui partageaient sa satisfaction, il ne se serait pas abandonné à tous les caprices de son appétit ; d'ailleurs, il aurait suivi un régime plus en rapport avec des organes encore faibles.

Tout n'est pas terminé après l'opération qui enlève la pierre ; il faut encore, par une stricte observance des lois de l'hygiène, ramener peu à peu l'économie à supporter

---

Il m'arrive aussi d'étendre ces compresses en sens inverse et parallelement à l'axe du membre ; mais toujours en les imbriquant et en laissant derrière ou dessous un intervalle suffisant. Dans ce cas, je lie ces pièces longitudinales par trois viroles tranversales en papier ou en linge, que je place au milieu et à leurs deux extrémités, comme aussi j'en étends trois longitudinales sur les compresses qui sont placées en travers. Cette addition concourt à donner à cette gouttière, composée de pièces rapportées, plus d'ensemble et de solidité, et d'en faire un seul et même tout.

On aura beau se rabattre sur l'utilité de la compression dans certains cas d'érysipèle et de développement fluxionnaire ; la gangrène qui survient trop souvent sous l'influence des appareils inamovibles, la nécessité où l'on est de les couper et enlever, plus souvent encore, afin d'éviter des catastrophes, et l'impossibilité où l'on se trouve générablement de les appliquer *illicò* et au moment de l'accident ou peu après, toutes ces circonstances attestent assez le cas que l'on doit faire de ce moyen antiphlogistique dans les fractures un peu compliquées. Aussi, et malgré les perfectionnemens que j'ai apportés à l'appareil inamovible, ne saurais-je le recommander que dans certaines fractures plus ou moins simples, et lorsqu'il n'est nullement nécessaire d'opérer des tractions permanentes dans le but de maintenir la longueur et la direction normales d'une extrémité fracturée.

C'est bien en vain, du reste, qu'on voudrait nous faire croire qu'on devra traiter « diversement et plus cavalièrement », une plaie déchirée et une vive contusion, lorsqu'elles sont accompagnées de fractures, que ces mêmes lésions qui seraient simples. Le contraire ne semble-t-il pas de rigueur et plus logique ? Il n'existe en effet aucun chirurgien qui osât prendre la responsabilité de conseiller l'*embastillement* sans pitié de tissus aussi malades entre des parois sèches, dures, fortement et solidement pressées contre la surface entière d'un membre, lors même qu'il n'y existerait aucune trace de fracture. A plus forte raison devra-t-il faire acte de plus de prudence et de circonspection si ces mêmes lésions sont compliquées de désordres osseux.

La nature guérit sans doute et fort heureusement, quoiqu'on s'y prenne très mal et qu'on la contrecarre dans ses précieuses opérations ; mais si elle arrive mieux et plus vite à ses fins, c'est sans contredit aussi parce qu'on aura mis quelques soins à écarter les obstacles qui s'opposaient au libre déploiement de ses efforts et de ses ressources. Or, il existe un immense intervalle entre ce *quoique* et ce *parce que*, et entre ces deux systèmes de thérapeutique qu'ils représentent. Quand donc le *post hoc, ergo propter hoc*, cessera-t-il d'en imposer aux esprits prévenus, et d'être une formule banale au profit de l'empirisme et de la routine en chirurgie ? En chirurgie ! où tout doit être clair, précis et subordonné aux sciences exactes à la raison !

Et puis, montrez-nous la nécessité grande où sont de nos jours les chirurgiens, dans les cas graves que présentent en général les fractures, de devoir se soustraire à les surveiller avec quelque exactitude. Sont-ils donc si affairés qu'ils ne puissent y vouer tous les huit ou dix jours quelques minutes seulement ! Ce pansement serait-il si douloureux et si fatal pour le malade qu'il fallût s'en abstenir absolument ? Ce dernier n'est-il pas intéressé, tout aussi bien que son chirurgien, à voir de temps en temps si tout est dans l'ordre, si tout va bien ?

Mais serait-ce dans une armée et en présence de l'ennemi, à la campagne, en voyage et loin des hommes de l'art, où les accidens se multiplient et sont les plus graves, que vous jugerez peut-être votre appareil de rigueur, et qu'il devra faire merveille, en l'appliquant *une fois pour toutes ?* Erreur grave, imprudence coupable ! Car c'est précisément alors que votre inamovible réclamera, dans les premiers jours du moins, toute votre sollicitude, et qu'il vous importera de savoir au juste si vous ne l'avez pas appliqué trop tôt et trop inconsidérément ; et s'il ne faut pas s'empresser de le fendre en deux, comme le pratique M. Seutin, avec ses ciseaux vigoureux et *ad hoc ?*

C'est donc sous vos yeux, dans la pratique civile ou dans un hôpital que vous pourrez trouver commode et peu nécessaire de ne plus rien faire après un premier pansement, et que vous vous croirez obligé de ne pas même vous arrêter un seul instant auprès de vos fracturés, et de les abandonner à toutes les éventualités ?

Je ne tiens pas plus que qui que ce soit à prodiguer mon temps auprès du lit d'un malade, et je n'aime pas davantage à le faire souffrir mal à propos ; cependant, je ne crains point de visiter de loin en loin ceux qui sont atteints de fractures, et de soulever leur appareil. Jamais je n'ai reçu le moindre reproche à ce sujet, comme aussi je n'ai jamais eu lieu de me repentir d'une curiosité qui est loin d'être toujours vaine. Il y a plus, pour ce qui concerne ces patiens : c'est que leur pansement, le renouvellement même complet de leur appareil les préoccupent si peu que, pendant ces derniers temps, j'ai, sur deux d'entre eux, pendant plusieurs jours et chaque matin, changé et varié mon appareil *inamovible*, sans qu'ils aient éprouvé la moindre douleur, et sans que la marche vers la consolidation en fût le moins du monde dérangée. Cela devait être ; et pour expliquer pourquoi je faisais mentir si souvent mes appareils inamovibles, je dirai que c'était pour les passer successivement en revue, et sous les yeux de quelques jeunes docteurs et élèves, et que je ne les essayais d'ailleurs que sur des fractures simples, et après plus de vingt jours de traitement par mes moyens habituels, les gouttières métalliques. Rien n'était plus propre à porter la conviction dans les esprits, sur la préférence que les dernières méritent à tous égards.

J'ai, du reste, fait voir à ces mêmes jeunes gens et à quelques chirurgiens étrangers avec quelle facilité on pouvait simuler et éprouver tous les appareils imaginables propres à traiter les fractures, en les plaçant tour à tour et successivement sur des membres parfaitement sains. Ils se sont donc exercés à en formuler et appliquer de tous genres ; et chaque matin, pendant plusieurs jours, nous avons pu discuter et juger le sujet avec autant de justesse et de confiance que s'il s'était agi de la contention plus ou moins exacte de membres réellement fracturés. On conçoit, en effet, que pour s'assurer des qualités d'un appareil contentif quelconque, l'expérience peut en être faite dans vingt-quatre heures avec beaucoup de précision, puisqu'il n'est question que de simples moyens mécaniques appliqués sur des organes parfaitement connus, pour des cas qui sont manifestes et qui relèvent essentiellement des lois de la mécanique. Quelle idée faudrait-il concevoir d'un chirurgien qui, sur des aperçus aussi lucides, ne saurait se faire une juste idée du mode d'action et de la portée technique de semblables agens ? Quelques centaines d'observations recueillies sur le même sujet et au lit des malades frapperaient-elles mieux son esprit que l'aspect seul du moyen ? L'expérience serait-elle plus précieuse pour lui qu'un principe clair et précis ? Et la première n'est-elle pas la conséquence forcée du second ? Tel est bien l'effet des principes quand ils sont vrais ; aussi les chirurgiens ne sauraient assez y recourir et en faire la base de leur conduite.

Combien n'y a-t-il pas de ces derniers qui restent encore aveugles en face de cette source abondante de lumières ? qui ne veulent voir que les résultats de l'expérience, et qui en appellent sans cesse à ce mode d'investigation pour assurer leur thérapeutique ? Cette erreur grave et impardonnable provient de la confusion qui règne encore sous le rapport des principes divers qui dominent la médecine et la chirurgie. Si l'expérience est tout en médecine, on peut la passer sous silence dans la thérapeutique chirurgicale. L'invoquer ici, serait mettre en doute la valeur et

sans inconvéniens le passage des privations qui lui ont été imposées pendant long-temps à des jouissances que la plus belle santé même ne supporte pas toujours.

Pendant la convalescence, chaque trouble de la digestion, chaque accès de fièvre était suivi d'un dépôt muqueux dans l'urine. M. Civiale nous fit observer à cette occasion que, quand un malade a long-temps souffert de la vessie, s'il survient une irritation quelconque dans un autre appareil d'organes, au moment de la convalescence ou même quelque temps après la guérison confirmée, la vessie s'affecte de nouveau; un véritable catarrhe vésical s'établit et dure plusieurs jours, quelquefois même des semaines entières. Cette remarque, dont une longue expérience a confirmé l'exactitude, lui permit de rassurer le malade. Il y a rarement à s'inquiéter des légers symptômes qui surviennent, et plus rarement encore à s'en occuper sous le point de vue médical. Dans le cas dont nous parlons, aucun traitement spécial ne fut prescrit; à mesure que la santé générale se rétablit, l'urine reprit ses qualités normales.

Mais l'atonie de la vessie et sa disposition à être frappée de catarrhe par l'influence de causes légères, déterminèrent M. Civiale à recommander instamment au malade de bien surveiller les fonctions de l'organe, et surtout de s'assurer s'il se vide complètement. Cette précaution ne saurait être trop recommandée. On reconnaît que la vessie se vide ou non entièrement, en introduisant une sonde aussitôt après avoir uriné; s'il ne sort plus de liquide, le viscère possède une contractilité suffisante; dans le cas contraire, il est atteint d'atonie. On doit alors le débarrasser de son contenu en introduisant la sonde une ou deux fois par jour; en même temps on ramène les contractions vésicales par l'usage des injections froides, des lavemens froids, d'un régime tonique, de frictions stimulantes sur l'épine dorsale et les extrémités inférieures. Si on néglige ces précautions, dit M. Civiale, on s'expose à ce qu'il survienne un véritable catarrhe vésical, peut-être une nouvelle pierre; celle-ci sera phosphatique, molle, friable et facile à détruire par les procédés de la lithotritie, mais elle causera plus de douleurs que la première.

X...

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Richerand.

(Troisième séance publique. — Lundi 16 novembre.)

Le sort a désigné MM. Michon, Boyer et Chassaignac, qui ont lu leurs compositions.

— M. le professeur P. Dubois a renvoyé *à mercredi prochain* l'ouverture de ses leçons de clinique, à cause du petit nombre d'élèves présens aujourd'hui dans son amphithéâtre.

Le n° 12 du mois de novembre 1840 de la première année du Bulletin du corps des officiers de santé de l'armée de terre, et des officiers d'administrations militaires, contenant les ordonnances ministérielles et la liste des nominations relatives à ce service, vient de paraître, et nous nous empressons d'en annoncer la publication; on ne saurait contester l'avantage de cet intéressant journal, qui ne coûte que six francs par an, et qui avant peu se trouvera dans la bibliothèque de chaque médecin ou chirurgien militaire.

La création de ce journal est une heureuse idée, il est devenu d'une utilité incontestable pour tous les officiers de santé militaires; et déjà même un grand nombre de personnes étrangères à la médecine s'y sont abonnées. Cette feuille est écrite avec esprit, clarté et précision.

On s'abonne au Bulletin, chez le gérant, rue Neuve-des-Petits-Champs, 78.

la portée des sciences exactes, et en particulier de la mécanique appliquée; car celle-ci, on ne saurait trop le répéter, est la base essentielle de toute bonne chirurgie.

Le mode que j'ai adopté pour interroger et scruter les moyens mécaniques les plus propres à contenir les lésions traumatiques des os, me paraît d'ailleurs non-seulement avantageux, mais nécessaire. Je parle de leur application sur des membres parfaitement sains. — Ce mode permet les essais en tous genres; on peut impunément les combiner de toutes façons et les multiplier à volonté, à chaque instant, et sans crainte d'avoir à déplorer des insuccès et des tortures en pure perte. —Voyez pourtant comme il est, sinon conspué, du moins complètement négligé. C'est que, encore une fois, on veut en appeler à l'expérience; et afin qu'elle puisse prononcer en connaissance de cause, on attend patiemment, pour expérimenter, que des cas se présentent. Mais, est-ce ainsi que vous vous comportez dans les démonstrations et les exercices des autres branches de la chirurgie? Pourquoi cette exception, cette négligence dans ce qui concerne la thérapeutique des fractures? Eh bien! je ne saurais assez recommander aux élèves, et même aux cliniciens, l'adoption de ma manière de faire. Ils pourront par là, et en moins de vingt-quatre heures, avoir une idée claire et précise de tous les moyens thérapeutiques connus; et ils se créeront la facilité de s'exercer à les appliquer avec aisance et bien, lorsque des cas pathologiques se présenteront à eux. Et qui les empêchera, au besoin, de scier ou de briser des os, pour poursuivre leurs essais et s'éclairer mieux? M. MAYOR.

Lausanne, ce 6 novembre 1840.

Concours supplémentaire pour les emplois de médecin-adjoint.

Les officiers de santé militaires employés en Algérie, ayant été empêchés par les exigences du service, de prendre part au dernier concours pour les emplois de médecin adjoint, un concours supplémentaire pour ces emplois s'ouvrira pour eux le 21 décembre prochain, à l'hôpital de Perfectionnement. M. le maréchal, gouverneur de l'Algérie, leur fera délivrer des congés à cet effet.

Les officiers de santé militaires, employés dans l'intérieur, qui désireraient participer à ce concours, sont autorisés à adresser sur-le-champ une demande directe de candidature à MM. les membres du conseil de santé des armées.

Aux termes de l'article 43 de l'ordonnance du 12 août 1836, modifié par celle du 6 février 1839, nul ne peut être admis à concourir pour les emplois de médecin-adjoint s'il n'a servi deux ans dans le grade de chirurgien aide-major ou de pharmacien aide-major, et s'il n'est docteur en médecine.

Les officiers de santé de tous grades, attachés à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, ont offert à M. Bégin une médaille, en témoignage des services rendus par ce praticien dans la direction de cet établissement et du lustre qu'il a jeté sur la chirurgie militaire.

— M. GUERSANT, chirurgien de l'hôpital des Enfans, continuera tout l'hiver ses leçons de clinique chirurgicale sur les maladies des enfans, le jeudi de chaque semaine.

Visites tous les jours à huit heures.

Leçons et opérations, le jeudi à neuf heures.

Consultations tous les jours à neuf heures, excepté le jeudi et le dimanche.

— Depuis le mois de juillet 1840, M. le docteur Huet, du Hâvre, a pratiqué dix-sept fois l'opération du strabisme. A ces faits se joignent quatre autres opérations pratiquées par M. Philips, de Saint-Pétersbourg, en présence de M. Huet.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 19 NOVEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 137, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Cyrrhose du foie compliquée d'un épanchement pleurétique du côté droit.

Au n° 12 de la salle des hommes est couché un malade âgé de trente ans, au teint clair, d'une constitution robuste, et qui avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, l'année dernière, il fut atteint d'une blennorrhagie, à laquelle il attribue, à tort selon nous, les accidens qui sont survenus chez lui depuis. Il y a trois ou quatre mois, ce malade fut pris d'une douleur assez vive dans l'hypochondre droit, douleur qui disparut au bout de huit jours pour reparaître ensuite un mois après. Il y a deux mois environ, il s'aperçut que, lorsqu'il mangeait, il éprouvait une sensation désagréable de plénitude qui l'obligeait à ouvrir ses vêtemens. Peu à peu cette sensation devint fixe, et bientôt le ventre commençait à augmenter de volume; les forces diminuèrent notablement, et à son entrée à l'hôpital, le malade présentait les phénomènes suivans :

Tuméfaction manifeste au ventre, surtout à la partie inférieure. On constata par la percussion une matité sensible dans la région hypogastrique, dans l'épigastre et dans la régiondu colon transverse; le son était tympanique. En percutant de droite à gauche, on distinguait un peu d'ondulation obscure. Il était donc évident qu'il existait chez ce malade une ascite; mais nous avons dû examiner la poitrine, et, en effet, nous y avons constaté des phénomènes assez curieux; la percussion rendait un son obscur à la partie inférieure du poumon, tant du côté droit que du côté gauche; la respiration manquait à droite dans l'étendue de cinq travers de doigt, à gauche de trois seulement. A quoi était due cette obscurité dans la sonoréité pulmonaire? Il n'était pas impossible que le foie, ayant refoulé le diaphragme en haut, ait donné naissance à ce phénomène. Toutefois, lorsque le diaphragme est pressé de bas en haut par un épanchement ascitique; il l'est également partout. Du reste, le malade n'avait point de fièvre; le pouls battait 80 fois par minute. Dans cet état de choses, nous avons dû attendre et observer un peu, pour pouvoir bien établir notre diagnostic.

Vous savez, Messieurs, que les épanchemens dans les membranes séreuses sont presque constamment symptômatiques d'autres lésions, soit des inflammations de ces membranes elles-mêmes, soit des affections de quelques viscères. Lorsque l'hydropisie est bornée au ventre, la lésion a presque toujours son siége dans un des organes contenus dans la cavité abdominale. Ainsi, tantôt c'est une péritonite, tantôt une lésion du foie, etc. D'autres fois l'hydropisie est générale, et dans ce cas elle reconnaît pour point de départ, tantôt une affection du cœur, tantôt une scarlatine, etc. Chez notre malade, il n'y a point d'œdème aux membres, point d'infiltration générale, rien enfin qui indiquât une affection du cœur. Nous avons dû penser à la maladie de Bright; mais ayant soumis l'urine à l'action de l'acide nitrique et de la chaleur, nous n'y avons point constaté la présence d'albumine. Nous n'avons pas besoin de dire qu'il n'y avait aucun indice de péritonite.

Fallait-il songer aux dégénérescences squirrheuses du foie? Mais ces affections atteignent d'ordinaire les sujets âgés et d'une mauvaise constitution, tandis que notre malade n'était pas placé dans des circonstances semblables. D'ailleurs, cet épanchement ne datait que de trois semaines. Du reste, le bord tranchant du foie ne dépasse pas les fausses côtes, et l'on ne peut distinguer aucune bosselure à sa surface. Nous sommes donc naturellement conduits à vous parler de la cyrrhose du foie, dont nous soupçonnons l'existence chez ce sujet. De toutes les affections du foie, la cyrrhose est, sans contredit, la plus fréquente. Sous sons influence, le foie subit des changemens dans sa conformation, dans son volume, et surtout dans sa texture, qui, au lieu d'être d'une couleur brune-roussâtre, et de présenter un tissu assez mince, est fauve, dure, criant sous le scalpel, enfoncée dans une trame celluleuse, sans trace aucune de fibres. C'est ce genre d'affection qui donne naissance, le plus souvent aux ascites; la cyrrhose n'est connue que depuis Laënnec, mais de tout temps on a décrit un ralentissement du foie que l'on attribuait, bien à tort, à la macération de ce viscère dans un liquide, et qui n'est autre chose que la cyrrhose en masse de Laënnec.

Devons-nous diagnostiquer une cyrrhose chez le malade dont nous nous entretenons actuellement? Nous répondrons par l'affirmative, bien qu'il manque deux des signes qui, par leur présence, rendraient le diagnostic certain; nous voulons parler du teint ictérique et du réseau veineux qu'on remarque ordinairement à la surface de l'abdomen, et au moyen duquel une circulation anormale s'établit entre la veine cave inférieure et la supérieure; mais tout nous porte à croire que ces signes ne tarderont pas à se manifester. Quoi qu'il en soit, cette cyrrhose n'explique pas la matité et l'absence de la respiration dans la partie inférieure du poumon droit. Elles ne peuvent pas provenir du foie; car cet organe n'a pas augmenté de volume. En outre, nous avons entendu, ce matin, la respiration bronchique à droite; nous avons constaté l'absence du murmure respiratoire dans l'étendue de la moitié du poumon, toujours du même côté; et la voix de mirliton, perçue par l'auscultation, achève d'établir ici l'existence d'un épanchement pleurétique. Voilà donc deux épanchemens séreux. Ont-ils la même cause? Nous ne pouvons guère admettre cette supposition; car il faut, pour qu'il puisse se former un épanchement pleurétique, admettre une inflammation primitive de la plèvre. Nous ne voulons pas dire par là qu'il n'y a jamais d'épanchemens idiopathiques; mais rappelons-nous qu'ils sont excessivement rares (*rara sunt artis*), et que les exceptions ne servent qu'à établir la règle générale. Dans le cas qui nous occupe, nous ne pouvons attribuer l'épanchement pleurétique au foie, par cela seul qu'il est à droite.

Du reste, ce jeune homme ayant éprouvé autrefois une douleur au côté, nous sommes autorisés à croire à la présence d'une pleurésie dont l'existence à l'état aigu n'avait pas été constatée. Les causes qui ont amené cet état mala dif double sont fort difficiles à déterminer. Dans la pathologie, on est bien obligé d'admettre quelquefois un développement dit spontané, c'est-à-dire tout simplement dont les causes nous sont inconnues; mais il faut bien se garder de croire que pour cela il n'existe pas de causes; la plus grande obscurité règne, tant dans la pathogénie proprement dite, que dans la solution des maladies. Expliquer, par exemple, sous ce double rapport, l'hépatisation du poumon est chose impossible dans l'état actuel de nos connaissances.

Le pronostic de cette affection est nécessairement grave. Cependant l'absence, chez notre malade, des deux signes dont nous avons déjà parlé est une circonstance qui nous fait concevoir un peu d'espoir : car la cyrrhose, quand elle est bien développée, est presque toujours mortelle.

Le traitement est très borné, à cause de l'état général du malade. Nous aurions voulu essayer l'usage des purgatifs, mais une diarrhée qui s'est déclarée depuis quelques jours s'y oppose. Les évacuations sanguines ne sont point indiquées, vue l'absence complète des symptômes fébriles. Les boissons diurétiques et l'application de vésicatoires volans sur le siége de l'épanchement pleurétique sont les seuls moyens thérapeutiques auxquels nous ayons eu recours jusqu'ici. Nous reviendrons sur ce malade.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

Conférences cliniques sur les maladies chroniques et les maladies des enfans à la mamelle.

(Suite du numéro précédent.)

Mademoiselle B..., âgée de vingt-quatre ans, est née à Sainte-Menehould, qu'elle a habité toute sa vie. A l'âge de sept ans, il lui survint à la jambe gauche un exostose fort considérable qu'elle attribue à un coup. Gonflement de l'os sans suppuration, sans rougeur à la peau. Ces symptômes durent pendant sept ans. La douleur était plus vive la nuit que le jour. La malade se souvient que dès qu'elle était au lit, elle était obligée de se relever

---

FEUILLETON.

Observations et considérations nouvelles sur l'anévrisme variqueux; présentées à la Société médicale d'Emulation dans la séance du 7 octobre 1840; par M. Hubert Rodrigues, d.-m., professeur-agrégé et prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier, etc.

La connaissance de l'anévrisme variqueux remonte jusqu'à Galien, qui en a donné une définition claire : il résulte d'une blessure instantanée d'une veine et de l'artère.

Le prince de la chirurgie française, Ambroise Paré, a signalé cette maladie dans le passage suivant : Quand l'artère est ouverte par anastomose, il se fait une maladie; quand l'artère est blessée d'une playe, la peau qui gist dessus, clost et se cicatrise, la playe de l'artère demoure sans être agglutinée, ni bouchée, ni remplie de chair, semblablement pour avoir ouvert une artère en lieu de la veine, faisant la phlébotomie. (Ch. xxxiii.)

D'autres auteurs anciens, parmi lesquels Sennert, ont parlé de l'anévrisme variqueux. (*Opera omnia*, v.)

Hunter est le premier qui l'ait décrit soigneusement; sa première observation a été publiée en 1757, et son mémoire parut en 1759. (*Medical observ. and inquiries*, vol. i, pag. 340; et vol. ii, p. 390.) Ce célèbre observateur saisit d'une manière admirable les principaux symptômes de cette maladie.

Quelques années plus tard Cleghorn en donna une description minutieuse dans une lettre adressée à Hunter, en 1765.

Scarpa a revendiqué l'honneur de la découverte pour son compatriote Guattani, qui en a rapporté deux exemples dans un mémoire spécial. (*De spurio brachii aneurysmate.*) Mais ce mémoire n'a été publié qu'en 1772, par conséquent il est postérieur à celui de Hunter.

Hodgson lui a consacré un article à part dans son Traité des maladies des artères et des veines, mais il n'a rien ajouté aux observations de Hunter et de Guattani.

C'est à M. Breschet qu'appartient d'avoir élucidé plusieurs points obscurs de cette maladie, et d'avoir reconnu quelques symptômes nouveaux d'une grande importance. Hunter avait insisté sur le passage du sang de l'artère dans la veine, sur la dilatation de ce dernier vaisseau et sur le bruit de *susurrus*. M. Breschet a appelé l'attention sur le refroidissement des parties auxquelles se distribuent les ramifications de l'artère blessée, l'affaiblissement de la contractilité musculaire de ces mêmes parties, la teinte légèrement bleuâtre de la peau de ces régions lorsque l'anévrsme est ancien. Morand avait aperçu, avant l'anatomiste de Paris, la dilatation de l'artère dans toute sa longueur.

L'anévrisme variqueux se forme ordinairement après une saignée mal faite, ou à la suite d'une plaie qui intéresse à la fois l'artère et la veine. Il peut aussi arriver par suite de plaies d'armes à feu, par un grain de plomb, par une balle. Dans ces cas le projectile divise seulement les points correspondans de l'artère et de la veine; la paroi superficielle de la veine et la peau restent intactes. La varice anévrismale peut être spontanée; on trouve dans Guattani l'exemple d'un anévrisme variqueux entre l'aorte abdominale et la veine cave. (Lauth, *Collect. d'ant. lat.*, etc.) Syme a vu aussi une communication de l'aorte et de la veine cave inférieure. (*The Edimburg med. and surg. journal*, 1831; Gazette médicale de Paris, 1833.) On ne connaît pas d'observations semblables pour les vaisseaux des membres.

Depuis le mémoire de M. Breschet (Mém. chirurg. sur différentes espèces d'anévrismes, tom. iii des Mémoires de l'Académie royale de médecine), plusieurs cas d'anévrisme variqueux sont venus corroborer la symptomatologie et l'anatomie pathologique de cette affection avec la théorie qu'il en a donnée. Nous allons la soumettre aujourd'hui à une nouvelle épreuve, montrer une forme nouvelle d'anévrisme variqueux et d'anévrisme faux circonscrit, et en appeler à de nouvelles règles thérapeutiques. Quelques observations nous serviront de texte, et c'est sur elles que nous ferons nos réflexions.

Synonymie : Anévrisme variqueux, varice anévrismale, anévrisme par anastomose, anévrisme par transfusion.

Anévrisme faux circonscrit et anévrisme variqueux de l'artère fémorale; ligature selon la méthode d'Anel, hémorrhagie; ligature de l'iliaque externe, l'hémorrhagie reparaît; mort.

Un homme, âgé de vingt-sept ans, cultivateur, voulant percer une planche mince en bois de sapin, avec un couteau très pointu, plaça une des extrémités de cette planche sous la cuisse droite, appuya l'autre extrémité sur la cuisse gauche, l'y tint maintenue avec la main du même côté, tandis qu'il faisait tourner le couteau avec la main droite. La planche se fendit subitement, et la pointe très effilée du couteau pénétra dans la cuisse gauche, vers son tiers supérieur. Un jet très fort de sang rouge sortit de la plaie, et s'échappa par saccades. Le blessé appliqua la main sur la plaie, et fit ensuite une compression soutenue avec son mouchoir plié en cravate et fortement serré autour du membre. Le chirurgien le remplaça par des tours de bande méthodiquement arrangés et par un tourniquet. L'hémorrhagie fut arrêtée; la plaie se cicatrisa, et le blessé put reprendre sous peu de jours ses travaux ordinaires.

Bientôt après une petite tumeur, présentant des battemens incommodes, se forma profondément au-dessous de la cicatrice. On mit successivement en usage divers moyens de compression, ce qui ne l'empêcha pas de prendre de l'accroissement. Le malade sentait cette jambe plus faible que l'autre; le soir il y éprouvait une grande fatigue, et la tumeur était plus volumineuse que le matin. Il était surtout très inquiet de la secousse que les battemens de la tumeur imprimaient à tout le membre, et qu'il ressentait d'une manière plus marquée pendant le repos. L'engourdissement et la faiblesse du membre augmentaient sensiblement. Ces circonstances le décidèrent à se rendre à Montpellier; il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Lallemand, au mois de mai 1838, cinq mois après son accident.

La tumeur est située à la partie supérieure de la cuisse gauche, sur le trajet de l'artère fémorale; sa base a huit centimètres (trois pouces) de diamètre dans tous les sens; sa forme est conoïde, à sommet correspondant sous la peau à l'endroit de la cicatrice de la plaie faite par le couteau. La main appliquée sur la tumeur est soulevée par des battemens très forts, superficiels, synchrones à ceux des artères. En l'embrassant dans sa totalité, on sent un mouvement d'expansion très énergique. L'auscultation médiate et immédiate donne à l'oreille un bruit de râpe très distinct, avec un sifflement comparable à celui d'un soufflet de forge. Les battemens de l'artère iliaque externe, ceux de la crurale au-dessus et au-dessous de la tumeur, sont beaucoup plus forts et plus étendus que dans le membre opposé. Tout le système artériel du côté affecté semble avoir doublé de volume; la différence est même appréciable à la vue. Pendant cette exploration, M. Lallemand éprouve sous les doigts une sensation singulière qui fixe son attention; c'est comme un léger frôlement qui produit sur la pulpe des doigts une espèce de châtouillement dont la persistance finit par être désagréable. Il ne le reconnaît qu'au-dessus de la blessure jusque sur l'arcade crurale et en suivant la veine.

tant la souffrance était aiguë.

A l'âge de quatorze ans, elle fut réglée, et les douleurs cessèrent ; mais l'exostose resta dans le même état.

Le seul traitement que l'on mit en usage fut un emplâtre de ciguë, que la malade conserva pendant un an sans soulagement.

La santé fut bonne (à l'exostose près qui ne causait aucune douleur) jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. A cet âge, diarrhée chronique qui persiste deux ans, et guérit après une multitude de traitemens. Immédiatement après la guérison, il survient une douleur de gorge qui persiste pendant dix-huit mois, sans que l'on fasse aucun traitement. Ce mal de gorge durait un mois, cessait quinze jours, pour reparaître et se dissiper ensuite.

En décembre 1833, il devint continu et beaucoup plus violent.

La malade ne vit de médecin et ne consentit à être traitée que le 10 avril 1834. Il y avait alors au palais une ulcération ronde. Un mois après, il se forma au voile du palais une nouvelle ulcération qui menaçait de le détruire presque complètement.

Chlorure alcalin, nitrate d'argent, iode, sans aucun amendement.

Le 24 juillet 1834, mademoiselle B... consulte un autre médecin, qui conseille des frictions sur le cou avec une pommade mercurielle, et touche les ulcères avec de la créosote.

Après quinze jours de ce traitement, les gencives étaient déjà gonflées, et le gonflement persista pendant six mois. Après ce traitement, il y eut un soulagement notable qui dura quinze jours ; puis tous les accidens reparaissent avec une nouvelle violence.

La malade consulte un autre médecin en novembre 1834. Celui-ci cautérise la gorge avec le nitrate acide de mercure. Au bout de six semaines, guérison complète. On ne fait pas de traitement général. Comme les règles étaient supprimées depuis cinq mois, on donne les préparations de fer, et les règles reviennent en janvier 1835.

Très bonne santé depuis janvier 1835 jusqu'en septembre. En avril, le premier jour qu'elle avait pris de l'eau ferrée, mademoiselle B.... s'aperçut que sa voix était enrouée ; l'enrouement augmenta insensiblement, et en décembre 1835, l'aphonie devint complète.

A cette époque aussi, la déglutition recommença à être douloureuse, sans que d'ailleurs on vît aucune altération dans les amygdales. En même temps, la malade commença à tousser, et depuis lors la toux n'a pas cessé.

A cette même époque, accès de suffocation qui dure trois jours, et qui cède à une saignée, à l'application d'un vésicatoire au devant du cou, et à des purgatifs.

Cette améliration se maintint pendant six semaines.

En mai 1836, frictions sur la langue avec le chlorure d'or. Cette médication dura trente-neuf jours, ce qui fatigua tant la malade, qu'elle ne pouvait plus se soutenir. La suffocation reparaît après les trente-neuf jours, c'est-à-dire le 20 juin 1836 ; cette suffocation va croissant avec une intensité de plus en plus grande, et la malade, le 18 juillet, faillit périr asphyxiée. Une saignée du bras, un bain de pieds avec l'acide hydrochlorique, calmèrent les accès. Toutefois on toucha le larynx avec le nitrate d'argent ; ces attouchemens soulagèrent pendant deux jours, puis n'amenèrent plus d'amélioration.

Comme la suffocation allait croissant, M. le docteur Carré, ne voyant de ressources que dans la trachéotomie, envoie la malade à Paris, près de moi.

Elle arriva le 22 juillet 1836.

Quand elle entra dans notre cabinet, elle avait la respiration sifflante, difficile, lente, profonde, en un mot, elle semblait être dans l'imminence de l'asphyxie. Nous la dirigeâmes immédiatement dans la maison de santé du docteur Pinel, à Chaillot, et nous la revîmes le lendemain, 23.

23 mai, même état. Deux pilules (une matin et soir) de protoxyde de mercure, un huitième de grain ; une friction sur les cuisses avec quatre gros d'onguent napolitain double.

24. Nul changement. Même médication.

25. Un peu moins de gêne dans la respiration. Les gencives commencent à être douloureuses ; même traitement. Insufflation dans le larynx avec une poudre composée de 1 grain de nitrate d'argent pour 1 gros de sucre ; frictions sur les gencives avec l'alun en poudre. Prendre en guise de tabac un mélange de 6 grains de précipité rouge de mercure pour un gros de sucre en poudre, et cela parce qu'il existe des croûtes dans le nez, depuis deux mois et demi. L'odorat même s'était perdu pendant dix-huit mois et est revenu très bien depuis un an.

26. Même traitement. Le matin, respiration beaucoup plus facile. Le soir, la respiration s'embarrasse, mais moins que depuis cinq semaines. Même traitement.

27. Amélioration notable. Depuis cinq semaines la malade ne s'est pas trouvée si bien ; la déglutition est beaucoup plus facile, les gencives sont douloureuses. Même traitement.

Le 28, les gencives sont un peu plus tuméfiées qu'hier, les amygdales sont un peu douloureuses ; le sifflement du larynx est beaucoup moindre qu'il ne l'était même hier. Cependant la malade ne peut encore prendre complètement sa respiration. Continuation du même traitement.

30. Depuis hier matin la respiration est complètement rétablie. Le sifflement a tout-à-fait cessé. La malade peut avaler les liquides sans tousser, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant. Les gencives sont fort gonflées et fort douloureuses. Salivation, pas de toux depuis le 28. Un peu de timbre enroué pendant quelques minutes. Cesser les frictions, continuer les pilules et les insufflations.

1er août. Les narines sont, depuis hier, presque entièrement libres. La respiration est tout-à-fait facile, même pendant un exercice assez violent. La salivation diminue. Les gencives sont toujours douloureuses.

L'exostose des jambes a beaucoup diminué. Continuer les insufflations dans les fosses nasales et les pilules de proto-iodure de mercure.

Aucune douleur laryngée dans les mouvemens de déglutition.

10 août. On a continué jusqu'ici les pilules de proto-iodure de mercure. Seulement les gencives se sont détuméfiées ; la langue a cessé d'être douloureuse.

Depuis quatre jours, de temps en temps, et surtout le matin, il y a de la phonation. C'est un timbre grave et enroué ; mais cela ne se continue pas long-temps, surtout si la malade fait effort pour en augmenter l'intensité.

Il n'y a plus en apparence d'oppression, et les règles ont paru hier 9 août, à deux heures.

Continuer les pilules de proto-iodure de mercure ; aujourd'hui une insufflation.

28 août. Nul changement, si ce n'est que la toux et l'expectoration ont entièrement cessé depuis une semaine. Nous cautérisons l'épiglotte et la partie supérieure du larynx avec une solution de nitrate d'argent au cinquième.

Un jour, en pratiquant cette cautérisation, et en abaissant fortement la base de la langue à l'aide d'une cuiller recourbée, nous découvrons très aisément l'épiglotte profondément divisée de haut en bas par un ulcère considérable ; elle est dentelée sur les bords, comme une crête de coq. Il est évident que l'ulcère est, sinon guéri, du moins tout à fait en voie de cicatrisation. Nous cautérisons à plusieurs reprises.

Continuer les pilules de proto-iodure.

La déglutition ne fait souffrir absolument aucune douleur. La malade n'avale plus de travers ; elle se regarde comme guérie. Nous continuons néanmoins d'insister encore quelque temps sur la médication mercurielle.

Depuis cette époque, mademoiselle B... s'est toujours bien portée ; elle est aujourd'hui mariée, et mère de plusieurs enfans.

Vous voyez avec quelle extrême rapidité ces affections, réputées comme syphilitiques du larynx, cèdent aux mercuriaux ; après quelques jours de traitement seulement, l'amélioration est très sensible. Il doit vous paraître bien démontré maintenant qu'il y a plus qu'une simple coïncidence entre le traitement et le soulagement qui le suit.

Il faut vous faire connaître maintenant la manière dont cette affection se comporte.

Lorsqu'une ulcération de la membrane muqueuse est située dans le voisinage des cartilages et dure depuis long-temps, l'inflammation se communique au périchondre qui s'ossifie ainsi que le cartilage, par cette règle que toutes les fois qu'un cartilage se trouve dans le voisinage d'une partie enflammée, il s'y forme une infiltration du suc osseux. De l'ossification à la nécrose il n'y a qu'un pas. Le cartilage nécrosé est alors comme une véritable épine, qu'un travail de la nature devra éliminer. De là, des abcès et des infiltrations purulentes dans le tissu cellulaire sous-muqueux ; de là aussi, rétrécissement du larynx, et l'asphyxie, si la trachéotomie ne vient en aide au malade.

Lorsque l'affection syphilitique envahit le larynx, c'est toujours par la membrane muqueuse, ainsi que cela se passe pour la voûte palatine, le voile du palais et le pharynx ; puis le mal, faisant des progrès, attaque les cartilages ou les os, et détermine tous les accidens dont nous venons de parler.

Dans le cas où la muqueuse seule est malade, de simples insufflations de poudre dans le larynx suffisent le plus souvent ; mais si l'altération est plus profonde, s'il y a ossification, puis nécrose des cartilages, abcès, gonflement, imminence de suffocation, c'est alors à une médication plus énergique qu'il convient de recourir, et la trachéotomie est bien souvent la seule voie de salut.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

ÉRYSIPÈLE SIMPLE OU ÉRYSIPÈLE PROPREMENT DIT.

(Suite du n° 132.)

Voyons combien la thérapeutique doit être vicieuse et embarrassée, même lorsqu'on a la connaissance des remèdes spécifiques qui conviennent à chaque maladie, quand on ne s'attache pas d'abord à constater leur existence particulière et leurs caractères distinctifs, et quand on néglige ensuite de les traiter autrement que lorsqu'el-

En augmentant la pression, cette sensation devient de plus en plus vive, jusqu'à ce que l'artère est complètement oblitérée; alors on ne sent plus rien. Nous avons nous-même senti ce chatouillement, qui de la pulpe des doigts semblait se communiquer par un léger trémoussement jusques dans la paume de la main. On examine le malade à plusieurs reprises, et les phénomènes dont nous venons de parler se présentent toujours les mêmes. Si on comprime l'artère crurale sur la branche du pubis, la tumeur diminue et les battemens disparaissent, ainsi que le frôlement ; ils augmentent au contraire par la compression exercée au dessous de la tumeur.

Parvenue à ce degré de développement, les moyens compressifs ayant été inutiles, la maladie ne pouvait guérir que par la ligature de l'artère blessée. M. Lallemand pratique cette opération selon la méthode d'Anel ou de Hunter. Après avoir incisé avec soin la gaîne celluleuse de l'artère et l'avoir séparée avec précaution de sa veine et des nerfs, il passe autour d'elle un simple fil ciré, correspondant à 20 millimètres (10 lignes) au dessous de l'arcade sus-pubienne, et la plaie est réunie par première intention. La tumeur s'affaisse peu à peu après la constriction de l'artère, et tous les phénomènes locaux disparaissent.

Les premiers jours qui suivent l'opération se passent bien ; le membre qui s'était un peu refroidi reprend sa chaleur ordinaire; la tumeur a diminué d'un tiers.

Le sixième jour, il se manifesta une hémorrhagie abondante que l'on arrête au moyen de compresses graduées et de tours de bande circulaires. Le soir les pièces de pansement sont traversées par le sang ; on en ajoute d'autres sans toucher aux premières, et on applique un tourniquet.

Le lendemain, le sang a transsudé, la compression est insuffisante, et le malade s'en plaint beaucoup. Pensant que le sang provient du bout supérieur dont la section a été opérée par le fil, M. Lallemand se décide à pratiquer la ligature de l'artère iliaque externe.

Cette ligature est exécutée avec une habileté et une promptitude dignes de l'opérateur ; mais le résultat en est nul. L'hémorrhagie se reproduit, et, quoi que l'on fasse, le malade succombe.

A l'examen des parties que l'on fait avec grand soin, on trouve que la tumeur anévrismale a diminué de plus d'un tiers. Ses parois incisées longitudinalement ont une grande épaisseur, d'une nature fibreuse ; elles présentent plusieurs plaques cartilagineuses aves des points osseux disséminés. La cavité de ce kyste contient des couches de fibrine superposées, les plus extérieures décolorées et denses, les autres devenant d'autant plus colorées et plus molles qu'elles sont plus intérieures. Dans le centre se trouve un caillot récent, de 27 millimètres (un pouce) de diamètre dans tous les sens, terminé par un pédicule qui s'engage dans l'ouverture traumatique de l'artère et fait saillie dans sa cavité. Ce pédicule n'a aucune adhérence avec les bords de la division artérielle, qui sont arrondis. Sur la paroi opposée de cette artère, on aperçoit une autre ouverture communiquant avec la cavité de la veine. Les parois de l'artère sont très amincies et celles de la veine fort épaisses, mais intactes. La capacité de ces deux vaisseaux est beaucoup plus grande que du côté sain. Du côté de la première ligature, le bout supérieur est rempli par un caillot dur, ancien, très intimement uni à la paroi interne du vaisseau. Ce caillot a la forme d'un cône à base supérieure et dont la petite extrémité correspond à l'ouverture du tube artériel; celle-ci est plissée comme l'ouverture d'une bourse par son cordon. Le bout inférieur n'a qu'un caillot de quatre millimètres (deux lignes) d'épaisseur au plus, mou et non adhérent. Dans la cavité de la veine, vis-à-vis la perforation qui établit une communication avec l'artère, il existe un caillot solide et adhérent. Quant à la ligature de l'iliaque externe, elle a été placée à dix-huit millimètres (neuf lignes) de l'origine de l'artère épigastrique. Il s'est formé déjà un caillot assez consistant avec des adhérences faibles. Le péritoine est intact. Le tissu cellulaire environnant est infiltré de sang.

§ I. Cette observation est très intéressante, et mérite de fixer l'attention des hommes de l'art ; car elle se rattache à la fois à la physiologie, à l'anatomie pathologique et à la thraépeutique chirurgicale.

§ II. Les premiers symptômes que l'on reconnaît établissent la présence d'une tumeur anévrismale traumatique, c'est-à-dire d'une tumeur formée par du sang échappé de l'artère fémorale blessée par un corps vulnérant. Cette tumeur est circonscrite ; adossée à l'artère, elle s'est développée peu à peu ; ses parois celluleuses et fibreuses ont éprouvé des transformations ; elle communique avec l'artère par une ouverture étroite, en un mot, c'est un anévrisme faux consécutif. Mais il est des symptômes qui supposent une lésion d'une autre nature ; ainsi la dilatation considérable de tout le système artériel du membre, postérieure à la production de l'anévrisme, ne peut pas être le résultat seulement de la compression de l'artère par la tumeur. Lorsque cette dernière circonstance existe, la dilatation ne se passe que dans le bout supérieur à cause de l'obstacle qui gêne le cours naturel du sang ; tandis que, par le même motif, le bout inférieur et ses divisions perdent au contraire de leur calibre, parce qu'il y arrive une quantité de sang moindre que dans l'état ordinaire. De même ce frôlement particulier, constaté entre la blessure et le cœur, ne peut recevoir une explication plausible de l'anévrisme faux consécutif. Dans cette espèce d'anévrisme, on entend bien quelquefois un bruissement ou *susurrus* qui est produit par le passage du sang de l'artère dans la poche anévrismale à travers une ouverture étroite, mais alors ce bruissement se passe seulement dans la tumeur et un peu au-dessus et au-dessous, à peu près à un travers de doigt. Enfin, le bruit de soufflet n'appartient pas à l'anévrisme enkysté ou sacciforme, comme l'appellent quelques auteurs.

§ III. Ces derniers symptômes dévoilent une communication entre l'artère crurale et la veine qui l'accompagne. La dilatation de l'arbre artériel doit être attribuée au passage du sang de la veine dans l'artère, au moins pour la division inférieure de la tumeur, peut-être même peut-on comprendre dans la même explication l'évasement du bout supérieur, parce que la force d'impulsion du sang noir n'est pas vaincue par le frottement du liquide sur les bords de la plaie artérielle ; elle se conserve jusque dans le conduit artériel où elle rencontre une force opposée plus puissante qui l'étouffe ; mais avant elle a pu, par l'augmentation de la quantité du sang et par le reflux du sang rouge, entraîner la dilatation de l'artère au-dessus de la tumeur dans une étendue bornée. Mais quand la dilatation se continue jusque dans l'iliaque externe pour un anévrisme de la fémorale au tiers supérieur de la cuisse, comme dans l'exemple que nous avons sous les yeux, une pareille explication serait illusoire. Il n'est pas possible non plus de soutenir celle de J. Hodgson, qui n'est autre chose que l'application par analogie de ce qui se passe dans le développement de l'utérus pendant la gossesse. La voici, au reste, pour mémoire :

« La dilatation de l'artère au-dessus de la tumeur paraît être l'effet de cette propriété, en vertu de laquelle le volume des artères s'adapte à celui des parties qu'elles sont destinées à nourrir. La quantité de sang qui, à chaque pulsation du cœur, passe dans la veine par la plaie faite à l'artère, est autant de pris sur celle qui est destinée à la nourriture du membre. Pour compenser cette quantité de sang qui sort par la plaie de ses parois, l'artère principale se dilate de la même manière que lorsqu'elle doit nourrir une tumeur contre nature. » (Traité des maladies des artères et des veines, tom. XI, pag. 361.) Nous en dirons autant de l'ex-

les existent séparément. En effet, si l'on n'envisage, est-ce possible, que les symptômes propres à l'érysipèle proprement dit, n'ayant point à craindre la suppuration, la mortification des tissus, on se gardera bien d'avoir recours à l'emploi de l'instrument tranchant: on se servira plutôt de la pommade au fer, qui sera d'abord complètement inutile contre l'érysipèle simple (car celui-ci, loin de s'éteindre, au bout de quelques jours, aura envahi tout le membre) mais qui, de plus, aura peut-être favorisé le développement des accidens qui suivent les autres affections. Si l'on ne croit qu'à l'existence d'un phlegmon diffus, on en tentera la résolution par tous les moyens antiphlogistiques, par la compression; mais l'érysipèle simple se trouvera là pour en empêcher les bons effets. Enfin si l'on ne fait attention qu'aux phénomènes caractéristiques d'un angéioleucite, les inconvéniens de son traitement spécial seront moins graves par rapport à la confusion avec le phlegmon diffus, mais ils seront tout aussi dangereux relativement à l'érysipèle simple méconnu.

Combien aussi le pronostic est-il différent dans un cas, puis dans l'autre? Peu grave pour ce qui regarde l'érysipèle simple tant qu'il n'est pas compliqué, il devient extrêmement fâcheux quand on n'a pas su trouver le moyen de s'opposer à la formation si prompte du pus dans le phlegmon diffus; et souvent, après deux ou trois jours, il est trop tard pour pouvoir l'empêcher et éviter la mortification immédiate des tissus, les pertes de substance, etc.; tandis que dans l'angéioleucite, au bout de dix à douze jours, la suppuration n'est pas encore établie. Jusque-là la compression peut faire obtenir la résolution; c'est un moyen utile tant qu'il n'y a pas de fluctuation. Jugez donc de la diversité des résultats qu'il faut attendre d'après la manière dont vous aurez établi votre diagnostic, et ensuite selon que vous aurez combiné le traitement.

Nous terminons en répétant ce que nous ne saurions redire trop 1e fois : la seule chose qui a fait de l'histoire des inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés une question obscure et difficile, la seule cause qui a rendu la thérapeutique de ces maladies si incertaine et si mauvaise, c'est cette fâcheuse confusion qui a placé au même point de vue toutes les différentes affections dont nous avons parlé; confusion malheureuse, qui a bouleversé le diagnostic en altérant la fixité de ses bases, qui a nécessairement égaré le pronostic dans la majorité des cas, qui a presque toujours fait mal diriger le traitement, et qui enfin a non-seulement rendu inutile, mais encore a transformé en une foule d'erreurs l'observation des faits que l'expérience a pendant si long-temps livrés à notre étude, sans profit pour la science ni pour l'humanité.

Rien n'est donc plus important, on le voit, que de chercher à pouvoir établir parfaitement les caractères distinctifs et particuliers à l'aide desquels il est facile de reconnaître exactement telle ou telle variété d'affection; avec cette précieuse ressource, quand on saura d'abord sûrement et qu'on envisagera avec plus de sangfroid ce qu'on aura à craindre ou à espérer, il ne restera plus qu'à choisir sans inquiétude et sans embarras le remède le plus convenable, non plus à tort et à travers dans cette foule de médicamens aujourd'hui marqués au coin de l'impuissance et de l'inutilité, mais avec confiance et discernement parmi ceux moins nombreux que nous offre une thérapeutique sagement éliminatrice et dont une expérience attentive et consciencieuse nous garantit le succès. C'est par ce moyen seulement qu'on parviendra à dégager ce point important de pathologie de l'obscurité qui en fait un sujet de controverse et d'embarras, et à savoir employer contre ces affections diverses les seuls remèdes qui conviennent à chacune d'elles. Nous faire arriver à ce résultat, tel est le but que s'est proposé l'auteur de ces leçons; tel est le fruit qu'il désire nous en voir retirer.

Je n'ai pas la prétention, dit M. Velpeau, d'avoir reculé les bornes de la science, d'avoir apporté rien de neuf dans cette question; sans avoir ajouté aux connaissances acquises sur cet objet, j'ai voulu seulement les rendre claires et précises. J'ai cru qu'il était rigoureusement indispensable de m'élever avec énergie contre cette malheureuse confusion que j'ai signalée, de faire envisager les fautes et les dangers dans lesquels elle entraîne; j'ai appuyé avant tout sur la nécessité d'établir une distinction exacte entre les diverses espèces d'inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, d'après les caractères particuliers qui accompagnent chacune d'elles; j'ai examiné avec sévérité et attention l'influence de cette foule de médicamens que l'on administrait partout et toujours, sans que l'on pût jamais, pour cette raison, compter sur leur action uniforme et constante; j'ai fait justice, sans ménagement, de l'emploi de ces médications inutiles et insignifiantes qui ne pouvaient qu'embarrasser la thérapeutique; j'ai dit ce qu'il fallait attendre des moyens bons à conserver, pourvu qu'on ne les administre que dans les cas où ils sont convenables et que j'ai spécifiés avec le plus de soin possible; quoique privés de cette quantité de remèdes que j'ai rejetés, je ne pense pourtant pas qu'il faille se plaindre du peu de ressources qui nous restent, si l'on sait en retirer tout l'avantage qu'elles offrent encore. En vouant à un oubli général tous ces topiques tant vantés dans le traitement de l'érysipèle simple, je suis fâché de ne pouvoir en indiquer d'autres qui puissent les remplacer. Je regrette que celui que j'ai essayé ne présente que des avantages incomplets, encore trop peu satisfaisans; mais je souhaite que l'expérience confirme l'utilité qu'on ne saurait toujours lui refuser, et je fais des vœux pour que les praticiens, éclairés sur les recherches intéressantes que ce sujet laisse à faire, s'empressent de diriger sur ce point leurs travaux et leur attention, et qu'ils arrivent bientôt à suppléer à notre insuffisance actuelle. L..... E.

Académie de Médecine. — Séance du 17 novembre.

Une quantité immense de monde remplissait aujourd'hui la salle et toutes les tribunes de l'Académie. Une double circonstance avait attiré tant de curieux : l'élection d'un nouveau membre dans la section de chirurgie, et la discussion sur la doctrine de Broussais.

Correspondance. M. le docteur Blanche, de Montmartre, fait hommage à l'Académie d'un mémoire imprimé ayant pour titre : « De l'état actuel du traitement de la folie en France, à propos du dernier ouvrage de M. Leuret. »

Dans ce mémoire, M. Blanche s'est proposé de prouver, contrairement à l'opinion de M. Leuret :

1º Que si les recherches d'anatomie pathologique, auxquelles on s'est livré avec tant de zèle depuis quelque temps, n'ont pas encore conduit à la découverte de la véritable cause de la folie, il n'en est pas moins très rationnel de regarder cette maladie comme l'expression d'une altération quelconque de la substance même du cerveau.

2º Qu'il est aussi injuste de soutenir que jusqu'à présent le traitement moral de la folie n'a été formulé que d'une manière vague, que contraire à ce que démontre l'expérience journalière de prétendre que les moyens physiques, comme les bains, les purgatifs, le régime et même les émissions sanguines, ne sont d'aucun secours contre cette maladie.

3º Que, sans méconnaître la nécessité de la fermeté envers les aliénés, et même les avantages dans quelques cas de l'intimidation, il est toujours dangereux de les soumettre à des rigueurs corporelles, et immoral de les réduire à l'obéissance par des violences exercées sur leur personne, soit par la douche, soit par tout autre moyen.

— *Traitement des dépressions du thorax. M. Pravaz* lit une note sur un nouveau mode de traitement des dépressions du thorax à l'aide du bain d'air comprimé. (Commission.)

— *Election de M. Jobert.* L'Académie procède à la nomination d'un nouveau membre. Il y a 125 votans, 125 billets; majorité 63.

Au premier tour de scrutin, M. Jobert a obtenu 83 suffrages, M. Laugier 15, M. Malgaigne 12, M. Sédillot 8, M. Robert 1, M. Leroy-d'Etiolle 1, M. Vidal 1.

En conséquence, M. Jobert a été proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

— *Ontologie médicale.* L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur l'ontologie médicale.

M. Rochoux lit une note sur ce sujet. Il s'est attaché à prouver que dans l'état actuel de la science, une médecine véritablement physiologique est impossible, vu l'imperfection de nos connaissances sur les fonctions des organes. Il établit cependant que la médecine n'aura atteint son plus haut degré de perfection qu'autant qu'elle sera devenue réellement physiologique. La doctrine de l'irritation de Broussais n'est, selon M. Rochoux, que de l'ontologie, c'est-à-dire un système purement hypothétique.

M. Dubois (d'Amiens) lit une note qui a beaucoup intéressé l'Académie par la lucidité et la justesse des idées. L'auteur a donné la véritable définition de l'ontologie d'après Broussais; il a fait voir que les devanciers de ce médecin assignaient aux fièvres dites essentielles un siége, un point de départ dans les organes, et qu'aujourd'hui il y a des médecins qui admettent au contraire des fièvres sans lésion d'organes.

M. Bousquet lit à son tour. Il rappelle les traits principaux de la vie scientifique de Broussais, et soutient que cet auteur n'a que trop abusé de son ardente imagination.

M. Castel improvise ou plutôt expose de mémoire sa réfutation du système de Broussais. Selon lui, cet auteur n'aurait fait qu'introduire dans la science des hypothèses et des erreurs. La gloire de la localisation des maladies appartient à Morgagni. La fièvre n'est pas une maladie aux yeux de M. Castel.

M. Gerdy essaie de renverser complètement les autels élevés à l'auteur de la médecine physiologique. Broussais n'aurait fait que substituer des idées vagues et erronées aux connaissances qui nous avaient été léguées par Pinel. Cet auteur admettait des maladies générales affectant de préférence tel ou tel appareil d'organes. Le système de la gastro-entérite de Broussais n'est qu'une hypothèse absurde. M. Gerdy a parlé à cette occasion des mauvais professeurs, très remuans, très habiles dans le savoir-faire, et qui ont autour d'eux un auditoire nombreux.

Séance levée après cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 1er octobre 1840.

M. Emmanuel Rousseau rapporte un fait remarquable qu'il a observé conjointement avec M. Piorry : c'est une hépatite aiguë survenue chez une femme qui depuis six ans était atteinte de la même maladie à l'état chronique. La maladie aiguë a paru reconnaître pour cause des efforts que cette femme a faits pour porter un fardeau peu de temps avant le développement de l'état aigu, qui s'est terminé par un abcès à la surface convexe du foie. Une ouverture, pratiquée avec un troquart fort petit a donné issue à une grande quantité de pus et guelques jours après à la sortie de cinq calculs de la grosseur d'un haricot. Mais cette ouverture ayant paru insuffisante, a été agrandie au moyen de l'éponge préparée, non pas celle préparée par les pharmaciens, car elle l'est ordinairement mal, mais une éponge préparée ainsi qu'il suit : Une éponge fine et neuve a été trempée dans une forte dissolution de gomme arabique, puis serrée autant que possible avec de

---

plication de Delpech. Dans l'anévrisme variqueux, dit-il, l'artère se laisse distendre au-dessus de l'ouverture, sans doute à cause de la résistance des valvules veineuses. Delpech ajoute que l'artère diminue, au contraire, au-dessous de la communication; ce qui est une erreur manifeste. (Précis élément. des malad. réputées chirurg., 1816.) Le frôlement, suivi dans le sens de la circulation veineuse, est le résultat d'une petite colonne de sang rouge qui se mêle au sang noir retournant au cœur. Quant au bruit de soufflet de forge, que l'on a comparé aussi au bruit d'un rouet à filer, à celui que produit l'air en passant par une petite ouverture, ou au son de la lettre R long-temps prolongé dans la bouche de quelqu'un qui chuchote; ce bruit, dis-je, résulte manifestement de l'échange du sang entre les deux vaisseaux blessés dont les ouvertures restées béantes se confondent, et de la vibration des bords de la plaie.

Depuis long-temps les chirurgiens reconnaissaient ces symptômes comme propres à l'anévrisme variqueux; mais ce n'est que de nos jours que l'on est parvenu à se rendre compte de leur manière d'être.

Quoi qu'il en soit, nous reconnaissons chez notre sujet tous les phénomènes qui caractérisent une tumeur hémorrhagiale circonscrite et un anévrisme variqueux. Cependant il y a quelque chose d'insolite, relativement à la position respective de ces deux maladies, que l'anatomie pathologique va éclaircir. Nous allons entrer dans quelques explications indispensables pour la singularité du fait.

§ IV. Dans la production de l'anévrisme variqueux, un instrument traverse une veine d'outre en outre et pénètre dans une artère voisine. Une compression exacte détermine la cicatrice de la plaie du tissu cutané et de la paroi superficielle de la veine, tandis que le mouvement du sang s'oppose à celle des parois correspondantes de la veine et de l'artère. Si la division des deux vaisseaux est nette et qu'il n'y ait pas entre eux un tissu cellulaire lâche, l'anévrisme variqueux est simple, et constitue proprement la varice anévrismale ou par anastomose. C'est une petite tumeur bleuâtre, superficielle, formée par une veine dilatée, disparaissant par la pression ou par la position du membre; elle acquiert rarement une grosseur considérable. Lorsque les bords de la solution de continuité des conduits artériel et veineux ne sont pas intimement unis, lorsqu'il y a un défaut de parallélisme, ou qu'une compression mal faite gêne le cours du sang au-dessous de la blessure, le sang s'épanche dans le tissu cellulaire intermédiaire, en refoule les lames de manière à former un sac anévrismal, qui servira désormais de communication entre les deux vaisseaux. Alors, indépendamment de la dilatation veineuse, il y a une tumeur dure, circonscrite, pulsatile, éloignée à quelque distance de la veine, et accollée à l'artère; cette tumeur augmente tous les jours de volume. Ainsi, comme on le voit, on rencontre de dehors en dedans la peau et la paroi antérieure de la veine cicatrisées, la paroi postérieure de la veine ouverte, un sac anévrismal intermédiaire, la paroi correspondante de l'artère ouverte, et le sang passant de l'artère dans la veine et de la veine dans l'artère à travers le sac. On désigne encore cette variété de l'anévrisme sous le nom d'anévrisme variqueux, pour la distinguer de la varice anévrismale.

§ V. Chez notre sujet, les choses se sont passées d'une autre manière, et la disposition des parties est bien différente, L'artère avait été traversée de part en part, de dehors en dedans, et la veine blessée d'un seul côté. A la suite de la compression, un caillot ou une substance couenneuse boucha l'ouverture sous-cutanée de l'artère, et mit obstacle à l'écoulement du sang au dehors. Quelques jours après l'accident, le corps qui obstruait la plaie du vaisseau fut chassé, le sang put sortir, distendre le tissu cellulaire qui sert de gaîne à l'artère et celui qui est répandu tout autour, et s'en former un kyste, avec tous les caractères propres à l'anévrisme faux consécutif. La dissection des parties, de la peau vers l'axe du membre, présente, en suivant une ligne oblique de dehors en dedans, la cicatrice extérieure, un sac anévrismatique fibreux et cartilagineux, une ouverture de ce sac dans l'artère, le côté interne de l'artère et le côté externe de la veine intimement unis par l'inflammation adhésive et en communication par une ouverture arrondie, opposée à celle du kyste. Ainsi la varice anévrismale est la plus profonde et en dedans, l'anévrisme faux consécutif est sous-cutané et en dehors, et il n'y a rien entre les parois correspondantes de ces deux vaisseaux.

Cette disposition dans la complication de l'anévrisme enkysté avec l'anévrisme variqueux est unique dans la science. Elle doit tenir à la position du malade au moment de l'accident. Qu'on se le représente le corps penché à gauche, la main droite pressant sur le couteau de haut en bas et de dehors en dedans, la planche déprimant les parties molles de la cuisse en dedans; qu'on réfléchisse au rapport de la veine crurale en dedans de l'artère, et on admettra la possibilité d'une blessure qui attaque d'abord l'artère, et ensuite la veine dans le côté correspondant.

§ VI. La ligature de la fémorale suivant la méthode moderne aurait probablement produit la guérison des deux anévrismes, comme le portent à penser le caillot récent situé au centre du sac et s'engageant dans l'ouverture traumatiqce de l'artère, et celui qui existait dans la cavité de la veine, vis-à-vis la perforation commune. D'ailleurs, l'oblitération du kyste aurait singulièrement aidé à la guérison de la varice anévrismale, en interrompant le passage du sang.

§ VII. L'hémorrhagie qui a occasionné la mort du malade, et dont on n'a pas su se rendre maître, venait du bout inférieur, le sang ayant été porté trop rapidement entre la tumeur et la partie de l'artère qui avait été liée à cause de la dilatation excessive des branches collatérales. Ce retour du sang n'aurait pas été un obstacle invincible à l'oblitération du sac. On a observé ce phénomène dans des anévrismes fémoraux, poplités; et malgré l'inquiétude qu'il doit inspirer, ils ont guéri. M. Lallemand crut que l'hémorrhagie consécutive avait lieu par le bout supérieur du vaisseau, ce qui arrive ordinairement, parce que le sang sortait avec violence et en grande quantité. Toutefois, avant d'avoir recours à la ligature de l'iliaque externe, on aurait pu s'en assurer d'une manière plus positive, en comprimant l'artère tour à tour au dessus et au dessous du point lié; mais surtout en enlevant l'appareil et en agrandissant la plaie. Toute incertitude ayant cessé, il eût été possible de placer convenablement une autre ligature sur le bout inférieur que l'on aurait pu soutenir par une forte compression.

§ VIII. Nous croyons que c'est le troisième cas d'anévrisme variqueux pour lequel on ait tenté la ligature de l'iliaque externe. Le premier se trouve consigné dans la chirurgie militaire de Hennen. C'est un militaire qui reçut à la cuisse une balle de mousquet à Waterloo. Il se forma un anévrisme variqueux à l'artère fémorale; on pratiqua la ligature de l'iliaque externe, la gangrène survint et la mort. (Obs. XXX, p. 185, Londres, 1829.)

Le second cas que voici est rapporté dans le Journal américain des Siences médicales, année 1838.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— On lit dans les journaux anglais la plaisante nouvelle qui suit :

« La reine Victoire s'est fait récemment affilier à la profession médicale, son nom ayant été inscrit sur les registres de la Société royale médico-chirurgicale, après qu'elle a eu adhéré aux obligations imposées à chacun des membres de cette Société. Un pareil honneur avait été également conféré au prédécesseur du roi Guillaume IV. »

la ficelle. La malade guérie, jouit d'une santé meilleure qu'avant son hépatite aiguë. La fistule n'est point encore cicatrisée.

M. Belhomme communique un fait grave d'hémorrhagie mortelle, survenue après une application de dix sangsues. La peau, dit-il, est plus ou moins perméable, plus ou moins susceptible de laisser suinter le sang suivant l'âge ou le sexe du malade ; le système capillaire est aussi plus ou moins développé suivant la constitution, l'état de maigreur et d'embonpoint. L'application des sangsues est d'ordinaire tellement innocente que la plupart des médecins ne recommamandent point à l'attention des parens ou des garde-malades les piqûres de ces animaux.

M. Belhomme croit, au contraire, qu'il faut surveiller beaucoup l'écoulement du sang, et le hasard lui a démontré cinq fois la nécessité d'une sévère précaution. Deux jeunes enfans, affectés de convulsions, faillirent périr des sangsues. Une femme âgée de trente-six ans, dont la peau présentait une texture particulière, puisque le sang jaillissait comme aurait pu le faire un liquide sortant d'un vase percé par un emporte-pièce, serait morte infailliblement si l'on ne s'était hâté d'employer la colophane, le linge brûlé et la compression. Un homme de quarante-cinq ans, eut un tel évanouissement, après une perte de sang considérable par une application de sangsues, qu'on eut beaucoup de peine à le rappeler à la vie. Enfin, M. Belhomme cite le fait suivant :

Un jeune homme de dix-huit ans, affecté depuis huit jours d'une gastro-entérite, se plaignait d'une douleur assez forte autour de l'ombilic : dix sangsues furent appliquées à sept heures du soir, les piqûres coulèrent abondamment jusqu'à minuit ; alors on s'aperçut que le malade était affaibli, et l'on exerça une légère compression sur le ventre, mais le sang n'en continua pas moins de couler, et lorsqu'on vint chercher M. Belhomme, à quatre heures du matin, le malade était dans un état d'anxiété inexprimable, la peau était complètement décolorée, le pouls ne battait plus, et l'on sentait seulement les mouvemens lents et tumultueux du cœur.

Notre confrère se hâta d'arrêter le sang en cautérisant avec le nitrate d'argent, et de réchauffer le malade par des boissons aqueuses chaudes rendues stimulantes par l'addition de l'eau de mélisse. Ce jeune homme fut placé avec précaution dans un lit chauffé assez fortement ; des frictions furent faites sur la région du cœur et sur les membres ; la respiration était toujours entrecoupée et fort pénible. Un instant on crut que ces moyens ranimaient les forces du malade : mais bientôt, malgré tous les soins empressés, il succomba, le cœur avait cessé de battre.

M. Fouquier cite aussi deux cas d'hémorrhagie survenue à la suite d'application de sangsues. Le premier a eu pour sujet un enfant de dix ans atteint d'une pleurésie aiguë, combattue par une application de dix sangsues qui fut faite à dix heures du soir ; le sang coula toute la nuit, et à sept heures du matin, il y avait une pâleur mortelle ; l'écoulement du sang fut arrêté, des sinapismes furent promenés sur les extrémités inférieures, et du bouillon léger fut donné. Cet enfant a conservé pendant plus de deux ans une pâleur fort remarquable.

Le second cas a été observé chez un homme atteint de rhumatisme ; dix-huit sangsues appliquées sur le thorax donnèrent lieu à une hémorrhagie qui occasionna une dyspnée extrême : elle fut combattue par les excitans. Cependant la respiration devint de plus en plus embarrassée, et la mort survint au bout de deux jours. La dyspnée par déperdition du sang en fut cause.

M. Masson (Charles) a vu également une hémorrhagie promptement mortelle occasionnée chez une jeune fille par une application de trente sangsues. Dans un autre cas, une petite fille de sept ans, à laquelle on a appliqué a plusieurs reprises des sangsues, était exsangue lorsqu'il fut appelé. Il arrêta le sang avec le fer rouge, il employa les excitans, le vin généreux, et il plaça la malade de manière que la tête était dans une position déclive. Elle guérit.

M. Sterlin a également vu survenir, chez une jeune fille de sept à huit ans, une hémorrhagie occasionnée par une application de six sangsues. Après l'emploi de plusieurs autres moyens, il fit prendre une infusion de viande. Notre confrère demande si, indépendamment des circonstances indiquées par M. Belhomme, la qualité du sang ne doit pas être considérée comme cause d'hémorrhagie ? Le sang contenant peu de fibrine ne doit pas être plus difficile à arrêter ?

M. Tanchou pense que lorsqu'un malade a perdu beaucoup de sang il ne faut pas le déplacer, pas même le remuer. Ainsi, il a vu un enfant de cinq ans, exsangue par une application de quelques sangsues au col, et qu'il avait eu le soin extrême de placer horizontalement, périr au moment où sa mère le souleva pour aller à la garde-robe. Ainsi, il conseille d'abord l'immobilité complète, puis la position horizontale et même déclive vers la tête, le bouillon coupé ou l'infusion de bœuf en assez grande quantité. Les alimens liquides, dit-il, passent souvent alors instantanément de l'estomac dans les intestins, qui les absorbent en totalité. Dernièrement encore, il a été appelé auprès d'une dame qui, à la suite d'un avortement à deux mois, avait eu une hémorrhagie qu'on a cru un instant arrêtée ; mais bientôt elle reparut, et la malade était exsangue. Il ne la bougea pas, et il lui donna en une heure une bouteille de bouillon léger ; elle fut sauvée.

M. Serrurier a vu dernièrement une petite fille de quatre ans, que quatre sangsues appliquées à l'épigastre avaient rendue exsangue après un écoulement de sang qui avait duré dix heures. Il tamponna avec l'eau Brocchieri, qui eut un succès complet.

M. Sorlin fait remarquer que les avantages retirés par M. Tanchou de l'ingestion du bouillon lui paraissent un peu exagérés ; il pense que le bouillon n'agit alors que comme excitant et non pas comme substance alibile, surtout chez les jeunes gens.

M. Guersant fils fait également observer que pendant les opérations chirurgicales où la syncope a souvent lieu, on donne de l'eau rougie qui occasionne souvent des vomissemens ; le bouillon les provoque aussi assez souvent. Il demande si, en règle générale, on doit conseiller ce dernier moyen ? Peut-être une infusion de viande conviendrait-elle mieux ?

M. Belhomme répond à M. Masson que le malade avait été placé sur un lit de sangle, et que sa tête était à peine soutenue en arrière, ce qui est tout à fait conforme aux idées qu'il a exprimées. Quant aux réflexions de M. Sterlin pour savoir si c'est à la texture de la peau plutôt qu'à la qualité du sang qu'il faut attribuer l'hémorrhagie, M. Belhomme répond que, sans se refuser à croire que la fluidité du sang peut être pour quelque chose dans l'hémorrhagie, il croit surtout que c'est à la texture de la peau qu'il faut attribuer l'accident. Pourquoi les sangsues coulent-elles plus chez les enfans, les femmes, que chez les hommes ? Parce que la texture de la peau est plus lâche, et permet mieux au sang de s'écouler. Ce qui le ferait croire aussi à M. Belhomme, c'est que l'applicatien des sangsues n'est ordonnée que dans les maladies inflammatoires ; et dans ces cas, le sang est plus plastique et par conséquent moins fluide.

M. Belhomme répond aussi à M. Tanchou, qu'il croit au merveilleux effet du bouillon donné au malade, lorsqu'il peut être supporté, comme l'a indiqué déjà M. le professeur Fouquier. Mais il faut remarquer, avec M. Guersant fils, que souvent l'état de prostration des forces s'accompagne de malaise et de vomissemens, qui ne permettent pas aux malades de supporter le bouillon. D'ailleurs, dans le cas dont il s'agit, le malade avait une affection de l'estomac qui pouvait encore déterminer le vomissement ; il fallait d'abord ranimer les forces vitales et ensuite alimenter.

M. Parent a employé avec succès l'eau Brocchieri, en application sur le ventre dans un cas d'hémorrhagie à la suite de piqûres de sangsues. Dans ce cas aussi l'infusion de bœuf lui a réussi.

Dans un cas semblable de sangsues sur le sternum, M. Emmanuel Rousseau ayant infructueusement cautérisé avec le nitrate d'argent, réussit complètement à arrêter l'hémorrhagie avec de petits morceaux de taffetas d'Angleterre placés en pyramides.

M. Sorlin a vu dernièrement un malade qui, ayant d'abord présenté un embarras gastrique, fut pris quinze jours après d'une fièvre intermittente qui céda lentement à l'usage du sulfate de quinine. Toutefois, il restait une sueur excessivement abondante sans lésion organique ; notre confrère eut alors l'idée de la combattre au moyen de l'acétate de plomb à la dose de trois quarts de grain chaque jour, en plusieurs prises. Sept grains avaient à peine été administrés pendant l'espace de huit jours, que le malade fut pris de colique de plomb qui fut combattue par des pilules de scamonée et de jalap ; la purgation ne fut obtenue qu'après l'usage de 48 g. de ces substances ; alors les douleurs cessèrent, ainsi que tous les autres accidens.

Pour extrait conforme : Le secrétaire annuel, DUHAMEL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Richerand.

(Quatrième séance publique. — Mercredi 18 novembre.)

MM. Sanson (Alphonse), Vidal (de Cassis), et Sédillot, ont été désignés par le sort pour lire leurs compositions.

— M. EDOUARD ROBIN, honoré d'une médaille d'or en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs institutions, a ouvert, le 16 novembre, dans son amphithéâtre, rue de La Harpe, 90, deux nouveaux Cours, l'un de Chimie, l'autre de Physique. Le Cours de Chimie commence à midi, et celui de Physique à deux heures.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

SAMEDI 21 NOVEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) No 138, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

1° *Maladies des os.*

Au no 14 de la salle Sainte-Anne, est une femme âgée de trente-neuf ans, qui présente une affection des os du plus grand intérêt. Voici son histoire :

Jusqu'à vingt-trois ans, elle a toujours joui d'une santé parfaite. A cet âge seulement elle ressentit des douleurs qui avaient leur siége dans la région du sternum, et qui étaient plus vives le jour. A cette époque aussi elle s'aperçut que son sternum se déformait. Cependant ces douleurs, qui durèrent six mois, diminuèrent peu à peu d'intensité, et cessèrent même complètement.

Il y a trois ans, de nouvelles douleurs plus violentes que les premières, semblables à des crampes, se manifestèrent dans la région cervicale en arrière ; mais elles cessèrent bientôt. Huit mois plus tard, réapparition des dernières douleurs, gonflement considérable du corps des cinq premières vertèbres cervicales, raideur du cou. Au bout de cinq mois, paralysie incomplète des membres supérieurs, qui sont comme serrés dans un étau, et ne peuvent soulever même un poids de quatre livres ; puis, peu à peu, cessation de ces accidens anesthésiques.

Cette femme n'a jamais rien éprouvé dans les membres inférieurs ; aucune altération des fonctions de la vessie et du rectum ; la respiration n'a jamais été gênée. Rien, en un mot, ne décelait une altération profonde de la moelle.

A l'examen, on constata un gonflement considérable du cou avec infiltration des parties sous-jacentes. Que s'est-il passé ici ? Probablement une hypertrophie des cinq premières vertèbres cervicales, hypertrophie qui, en raison de l'absence d'altération du côté de la moelle épinière, aura été excentrique ; car, si le diamètre du canal rachidien eût été rétréci, des symptômes de compression de la moelle eussent existé ; hypertrophie enfin qui, en comprimant l'origine des nerfs du bras par la diminution du calibre des trous de conjugaison, aura déterminé la paralysie des membres supérieurs.

Ces deux faits sont consignés dans mon Traité de Thérapeutique, art. *Mercure*, paragr. *Maladies des os*.

C'est le troisième cas de ce genre soumis à notre observation. Le premier, c'était à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard. Un homme, ancien militaire, avait autrefois contracté une maladie vénérienne dont il avait bien guéri. Depuis cette époque, aucun signe de vérole constitutionnelle. Trois ans avant d'entrer à l'hôpital, il fut pris d'un gonflement du cou qui alla toujours en faisant des progrès. Il y avait paralysie presque complète, difficulté dans l'émission des urines et dans la défécation, gêne dans la respiration.

Le deuxième, c'était sur une jeune fille de Semur, âgée de dix-sept ans, adressée à M. Récamier, et couchée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul. Elle présentait les symptômes les plus prononcés de l'affection scrofuleuse ; elle était paralysée de tous les membres, et dans l'impossibilité de faire, dans son lit, le moindre mouvement.

Rien, chez cette jeune fille, pas plus que chez l'ancien militaire, ne pouvait faire soupçonner la syphilis. Ils furent tous deux soumis au même traitement, par les mercuriaux. L'homme fut entièrement guéri ; la jeune fille ne guérit qu'incomplètement : elle obtint cependant de cette médication un bénéfice considérable.

Est-il facile de reconnaître si le gonflement des vertèbres dépend d'un vice rhumatismal ; ou bien si la syphilis y a donné lieu? D'après ce qui précède, on peut répondre que non. En effet, ce gonflement, soit qu'il dépende de l'une ou l'autre de ces affections, apparaît avec lenteur ; et bien qu'on ait dit que la douleur dans la syphilis se faisait sentir plutôt la nuit que le jour, les exemples ne sont pas rares où précisément le contraire a lieu. Cependant, si nous réfléchissons que dans le rhumatisme le gonflement porte plutôt sur les apophyses transverses des vertèbres que sur le corps et sur les extrémités articulaires plutôt que sur la continuité des os, nous aurons droit de penser que sur la femme couchée au no 14 de la salle Sainte-Anne, la cause des difformités osseuses qu'elle présente est la syphilis.

Du reste, que la syphilis ou le rhumatisme soit le point de départ de ce gonflement des os, la médication mercurielle réussit également bien dans les deux cas, bien entendu que le rhumatisme sera chronique. Les deux exemples suivans le prouveront suffisamment.

Un villageois de vingt-sept à vingt-huit ans, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard. Il racontait qu'à l'âge de vingt-cinq ans il fut pris de douleurs vagues dans le genou gauche, qui furent suivies du gonflement des extrémités articulaires. Ce gonflement dont les progrès étaient sensibles, s'accompagna au bout d'un an de douleurs vives et d'impossibilité de marcher. Deux ans plus tard, mêmes accidens dans le genou droit. Enfin, trois ans après l'apparition des premiers symptômes, un coude fut envahi de la même manière que les genoux. Jamais cet homme n'avait, disait-il, eu ni blennorrhagie, ni chancre, ni aucun autre symptôme de vérole.

Il fut adressé à M. Récamier, et entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard. Il fut soumis à un traitement mercuriel énergique : pilules de proto-iodure de mercure, bains de sublimé. Deux mois et demi de traitement suffirent pour amener une guérison complète.

Quelques mois après, gonflement de l'un des pieds ; même traitement, même résultat. Le malade n'est pas revenu.

Voici comment nous fûmes conduit à l'emploi de ce traitement : Un jeune groom, ayant passé toute une nuit à la porte d'une maison de jeu pour attendre son maître, vit se supprimer tout à coup une blennorrhagie dont il était atteint. Immédiatement après la suppression de cet écoulement, apparition de douleurs dans les articulations. Il entra à la Pitié ; mais là, après un traitement très varié, les douleurs étant toujours très vives, il quitta l'hôpital et entra dans le service de M. Récamier.

Il y avait tuméfaction de toutes les articulations ; les vertèbres elles-mêmes étaient prises, ainsi qu'on pouvait le supposer aux douleurs qui occupaient toute la colonne. Ne sachant si nous avions là des accidens de syphilis ou de rhumatisme, puisqu'en même temps il y avait eu suppression de blennorrhagie et refroidissement de tout le corps. Vu, du reste, le peu de succès des diverses médications employées à la Pitié, nous prescrivîmes des bains de sublimé, et après six mois de leur emploi notre malade était complètement guéri.

Voilà comme, chez le villageois dont nous venons de vous entretenir, nous fumes amenés à donner les mercuriaux, bien que, d'après les antécédens de cet homme, tout faisait supposer que jamais il n'avait eu d'affection syphilitique.

Pour la femme qui est dans nos salles, nous allons avoir recours à la même médication. Elle prendra tous les jours un grand bain avec sublimé (dix grammes), nous augmenterons cette dose jusqu'à trente ; matin et soir une pilule de vingt-cinq milligrammes de proto-iodure de mercure ; tisane de salsepareille.

Pour les cas de rhumatisme chronique, c'est aux médicamens altérans qu'il faux recourir, et parmi eux le mercure tient le premier rang.

2° *Carcinome utérin. Phlébite.*

Nous avons au no 33 de la salle Saine-Anne, une femme atteinte d'un carcinôme utérin qui a envahi toutes les parties environnantes, le vagin, le rectum et la vessie elle-même. Après des métrorrhagies fréquentes, cette femme s'est présentée dans notre service dans un état très grave.

Nous devons signaler les particularités qui ont accompagné le développement ou plutôt l'apparition de cette maladie. Cette femme n'a pas eu plus de leucorrhées qu'à l'ordinaire, et rien dans les douleurs vagues de l'utérus ne pouvait faire présager la présence d'un carcinôme. Aussi est-ce moins par les douleurs que lui causait cette terrible affection, que par une métrorrhagie qui l'avait beaucoup épuisée que cette femme fut poussée à entrer à l'hôpital.

C'est ici le lieu de faire remarquer que souvent les femmes attribuent à l'âge critique les leucorrhées et les pertes abondantes dont elles sont attaquées, et que, dans cette croyance, elles négligent de recourir aux soins d'un médecin. Aussi, lorsque chez une femme vous verrez des leucorrhées et des métrorrhagies paraissant dépendre de l'époque critique, touchez cette femme, et dans le plus grand nombre des cas vous trouverez une affection carcinomateuse de l'utérus. Nous dirons encore qu'il ne serait pas légitime de dire que le cancer utérin arrive comme conséquence de la métrite, il y aurait là erreur, et l'on peut dire que cette épouvantable maladie se développe le plus souvent sous l'influence de toute autre cause.

Si nous appelons votre attention sur cette femme du no 33, ce n'est pas pour vous parler de la maladie qui amènera certainement sa mort, mais d'une phlébite de la jambe gauche, survenue depuis quelques jours seulement.

Depuis son séjour, cette femme ne souffrait que de sa maladie carcinomateuse, lorsqu'avant-hier des douleurs vives se firent sentir dans toute la jambe gauche, qui prit un développement assez considérable. Avant même d'examiner la partie malade, nous annonçâmes que nous avions là une inflammation des veines de la jambe (*phlegmasia alba dolens*), ainsi que cela arrive souvent chez les personnes atteintes de cancers de l'utérus. En effet, nous découvrons la malade, et nous trouvons la jambe et la cuisse gauches uniformément gonflées, les veines superficielles de ce côté forment une saillie beaucoup plus grande que les mêmes veines dans le membre sain. Si l'on presse de la main la partie postérieure du mollet, la douleur, là, est beaucoup plus considérable que dans aucune autre partie du membre.

Dans cette maladie, ce signe ne manque jamais, et suffit pour la caractériser. Toutefois, cette inflammation, qu'elle soit puerpérale, qu'elle dépende d'une lésion organique de l'utérus ou de toute autre cause, n'est d'aucune gravité, ainsi que vous pouvez le voir chez notre malade. Notez bien cependant que je n'entends parler ici que de la phlébite des membres abdominaux.

Vous avez été accoutumés à regarder la phlébite puerpéral, occupant le membre abdominal comme une maladie excessivement grave ; et lorsqu'il vous arrivera d'avoir à soigner un cas de ce genre, vous agirez avec la plus grande énergie, dans la crainte que la phlegmasie, ne faisant des progrès, s'étende vers le cœur et n'amène les accidens les plus graves, et ce sera de votre part une grave erreur, que, du reste, nous avons nous-mêmes long-temps partagée.

Lorsque nous prîmes le service de M. Récamier à l'Hôtel-Dieu, nous vîmes des phlébites puerpérales que nous traitâmes avec vigueur, soit par les antiphlogistiques, soit par les mercuriaux, toutes guérirent avec lenteur. En réfléchissant à ce qu'il n'y avait presqu'aucune réaction fébrile dans cette maladie, nous pensâmes que l'on avait exagéré beaucoup sa gravité ; et la première malade qui se présenta dans le service avec cette phlébite puerpérale, fut traitée seulement par les cataplasmes émolliens ; et, à notre grand étonnement, la guérison arriva tout aussi bien que dans les cas précédemment soumis à notre observation.

Depuis lors nous n'avons plus eu recours à d'autres moyens, et nous n'avons jamais vu ni mourir des malades, ni survenir d'accidens sérieux. L'on peut donc conclure de là que la maladie appelée *phlegmasia alba dolens* est, en général, une maladie peu grave, et sur les suites de laquelle le médecin devra être rassuré.

Cependant il est vrai de dire que dans certains cas elle se termine en laissant après elle un gonflement du membre, sorte d'éléphantiasis connu dans le public sous le nom d'épanchement laiteux, et qui survient quand l'inflammation a occupé les veines superficielles et les veines profondes. Il y a dans ce cas oblitération de tout le système veineux, dont la conséquence est, comme nous venons de le voir, le gonflement permanent du membre.

Il ne sera pas sans intérêt de vous entretenir un peu de la nature de cette affection.

Une femme, pendant ses couches, est prise d'accidens propres à la phlébite puerpérale ; ces accidens, après quelques jours, semblent céder, puis reparaissent avec autant d'intensité dans l'autre membre pour céder de nouveau et reparaître ailleurs. Eh bien ! il est difficile de ne pas reconnaître là la forme et la nature rhumatismale, surtout si l'on considère que les femmes en couches sont très sujettes à ce genre de maladie, et se plaignent souvent de douleurs, soit des lombes, soit des membres, soit de toute autre partie.

Ce n'est pas ainsi que se comporte une inflammation franche qui se propagerait par continuité d'un membre à l'autre. Celle-ci débutant, par exemple, dans les veines de la jambe droite, remonte de proche en proche jusqu'à la division de la veine cave inférieure, et descend ensuite par la veine iliaque de l'autre côté, pour gagner ensuite les veines du membre gauche.

Le traitement peut encore nous venir en aide. En effet, que l'on emploie les antiphlogistiques ou toute autre médication, que l'on abandonne la phlébite à peu près à elle-même, sa marche n'en est nullement entravée. C'est aussi ce qui se passe dans beaucoup d'autres inflammations rhumatismales.

Nous avons voulu, à propos d'une maladie chronique, vous parler de la phlébite puerpérale, parce que nous aurons occasion de la rencontrer souvent chez nos nourrices.

C'est surtout chez les femmes en couches et chez les nourrices que l'on rencontre ce genre de phlébite : il se rencontre néanmoins chez d'autres femmes, et dans ce cas elle présente ce singulier caractère de venir pour ainsi dire par paroxysmes. Le fait suivant en est un exemple curieux.

Nous avions au no 9 de la salle Sainte-Anne, voilà environ six mois, une femme qui était entrée pour une hydropisie ; quatre jours après son entrée, elle fut prise de phlébite dans un des membres abdominaux qui se dissipa spontanément et assez promptement. A un mois de là, douleurs de ventre assez intense sans diarrhée. Nous annonçâmes une phlébite de la veine iliaque et de la veine cave. Puis plus tard, une troisième attaque ; même diagnostic. Enfin, après une quatrième attaque, cette femme succomba, et nous trouvâmes toutes les veines qui avaient été le siége de l'inflammation oblitérées. La veine porte elle-même était complètement obstruée par un énorme caillot de sang.

Chez cette femme, les fonctions du foie n'avaient point été entravées, ce qui tend à prouver que c'est l'artère hépatique qui fournit à cet organe les matériaux de la bile.

3° *Eczema général.*

Au n° 12 de la salle Sainte-Julie est une femme qui présente une affection eczémateuse de toute la peau et surtout du cuir chevelu, où elle revêt les caractères de la *teigne amiantacée* d'Alibert. Cette maladie date de six semaines; elle est survenue à la suite de la cessation de l'allaitement et de privations auxquelles cette femme se soumettait à cause de ses enfans. Vous verrez souvent cette cessation de l'allaitement, si vous ne prenez point les précautions nécessaires, occasionner diverses maladies de la peau, soit lichen, prurigo, eczema, etc., ou bien des diarrhées chroniques, ou toutes autres affections qui, si elles n'occupent point le même lieu, reconnaîtront la même cause.

Cet eczema pourra, et avec juste raison, vous paraître grave; cependant quinze jours de traitement par les purgatifs et les médicamens dits dépuratifs, ainsi qu'une médication locale, suffiront, j'espère, pour amener une guérison complète. Une bouteille d'eau de Sedlitz a déjà été donnée à cette femme. Elle a pris dix grammes de sublimé dans un bain, et déjà il y a eu du mieux, hormis à la tête (la malade ne s'étant pas lavé cette partie avec l'eau de son bain). On appliquera sur la tête un cataplasme d'abord, et plus tard une pommade avec le précipité rouge. On continuera les bains de sublimé. A l'intérieur quatre-vingt grammes de graines de moutarde, dose légèrement purgative. Tisane d'orge avec sirop antiscorbutique dans la composition duquel, comme vous savez, entrent des crucifères.

Ce sirop, qui jouissait autrefois d'une faveur, du reste, peu méritée dans les affections scorbutiques beaucoup plus nombreuses chez les anciens que de nos jours, a conservé son ancien rang pour les maladies chroniques de la peau, surtout chez les enfans, qui se trouvent bien de son emploi continué pendant plusieurs mois. L'action de ce médicament est de rendre les urines fétides, bourbeuses, comme s'il se faisait une émonction de ce côté, et les sueurs plus abondantes. Le fait est que, sans chercher à expliquer son action, nous avons souvent observé que c'était un excellent moyen contre les affections chroniques.

Nous vous parlions, tout à l'heure, des bains de sublimé; puisque nous en sommes sur le médicament, nous vous rappellerons que nous avons donné à la femme du n° 1 de la salle Sainte-Thérèse des injections avec une solution de ce sel, pour le prurit de la vulve, et que cette femme est bien guérie.

A la salle Sainte-Anne, au n° 44, est une jeune fille à laquelle, pour la même maladie, nous avons également prescrit le même remède; mais le troisième jour de son emploi, nous avons remarqué un gonflement inflammatoire des gencives. Cette jeune fille nous dit qu'elle avait dans la bouche le goût de cuivre (expression qui a bien pu lui être suggérée par un des élèves qui suivent la visite, et dont, à cause de cela, nous tenons peu de compte). Nous avons fait cesser les injections, persuadés que si nous insistions davantage sur leur emploi, nous verrions survenir la salivation.

Lorsque nous étions à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons vu l'emploi d'injections avec cinquante centigrammes de sublimé sur mille grammes d'eau, occasionner une salivation qui dura quinze jours. M. Contour nous disait que dans le service de M. Breschet à l'Hôtel-Dieu, il avait vu la cautérisation du col utérin avec le nitrate acide de mercure, être suivie des mêmes effets. Il y a des personnes dont la susceptibilité est telle, que chez elles la moindre quantité de mercure amène la salivation. C'est ainsi qu'au cours de la Faculté, l'année dernière, nous disions avoir vu plusieurs fois quarante centigrammes de calomel la produire.

Quand nous donnions des injections avec le sublimé, vous avez pu voir que nous recommandions que l'eau fût très chaude. Cette recommandation n'était pas inutile; nous vous dirons pourquoi.

Une jeune femme de Tours, éprouvait depuis trois ans des démangeaisons de la vulve telles qu'à peine pouvait-elle dormir trois heures par nuit. M. le docteur ***, consulté par cette personne, conseilla des injections de sublimé, qui ne soulagèrent que faiblement la malade. Dans un voyage que nous fîmes à Tours, il y a deux ans, nous fumes invité à voir cette femme. Nous prescrivîmes le même moyen, avec cette différence qu'au lieu d'être froides, les injections seraient faites le plus chaudes possible. Nous revîmes cette dame dix jours après, et déjà elle était presque guérie. Voilà trois mois, nous eûmes occasion de la voir encore et nous apprîmes d'elle que la guérison ne s'était pas démentie, que quelquefois cependant les démangeaisons reparaissaient, mais que quelques injections en faisaient de suite justice.

Dans ce cas, l'action du calorique a été évidente; il n'était pas sans intérêt de rechercher si le calorique seul pouvait amener également la guérison. C'est ce que nous avons fait. Chez trois femmes nous avons employé des lotions et des injections avec l'eau chaude seulement, et bien que non guéries, l'amélioration était telle que ces femmes trouvaient leur position très supportable. Ainsi par ce simple moyen, nous avions modifié avantageusement l'affection.

Dans bien des circonstances on ne tient pas assez compte de l'application du calorique. Lorsque dans les affections eczémateuses et pustuleuses, dans la couperose, etc., on ordonne des fumigations de vapeur, on obtient une très grande amélioration, et c'est là même une médication recommandée par les dermatologues. Nous ferons seulement remarquer que souvent ces médecins ordonnent ce qu'ils appellent des douches de vapeurs émollientes; mais pour toute personne qui réfléchit, il sera facile de reconnaître là une erreur assez grossière. En effet, toutes les fois qu'on fait bouillir de la mauve ou de la guimauve dans l'eau, on n'obtient pas de vapeurs de mauve ou de guimauve, mais tout simplement de la vapeur. Sachez cela, Messieurs, afin d'épargner aux malheureux des dépenses inutiles.

L'on peut donc conseiller aux malades l'emploi de la vapeur d'eau seulement. Il ne faudrait pas croire que dans cette circonstance l'action de l'eau chaude seule pût être efficace; en employant des cataplasmes de fécule et en déterminant, de n'importe quelle manière, une vive chaleur, il y a aussi de l'amélioration. Nous devons cependant dire que l'usage des douches de vapeur produisent des effets beaucoup plus satisfaisans, et que, par leur action, les tissus organiques se trouvent plus favorablement modifiés.

Deux mots, Messieurs, de l'influence du calorique sur l'organisation. Si vous entrez dans des verreries, vous verrez que tous les ouvriers occupés à souffler le verre ou à soigner les fourneaux, ont la face profondément décolorée; cependant l'habitude qu'ils ont de faire une énorme consommation de boissons alcooliques, devrait bien produire un effet tout opposé. La même chose s'observe chez les cuisiniers, et en général chez toutes les personnes qui, par leurs professions, sont continuellement exposées à l'action du calorique.

Le froid a un effet opposé. Loin de chasser les liquides des parties soumises à son influence, il les y appelle. Ainsi l'on voit se colorer fortement les mains et le visage de ceux qui, en hiver, sont toute la journée exposés à l'action du froid.

4° *Des larmes chez les enfans.*

L'enfant de la femme qui est au n° 12 de la salle Ste-Julie, avait à son entrée une diarrhée très abondante, que l'ipécacuanha a fait cesser; mais il reste chez cet enfant un symptôme que nous regardons comme très grave; lorsqu'on le tracasse et qu'on cherche à l'agacer, cet enfant s'impatiente, mais il ne pleure pas. Les larmes sont, chez les enfans, un signe de la plus grande valeur.

Toutes les fois que l'on vous présentera un enfant qui ne pleurera pas, craignez, car il est sous l'imminence d'une affection grave, si déjà il n'en est atteint; au contraire, un enfant aurait-il une fièvre très intense, s'il pleure, portez un pronostic favorable. Nous avons fait part de cette remarque à quelques-uns de nos collègues qui exercent dans des hôpitaux d'enfans, et ils en ont maintes fois reconnu l'exactitude.

L'enfant dont nous vous parlons n'est ainsi que depuis quatre ou cinq jours seulement; et quoique pour le moment il ne présente aucun symptôme alarmant, que sa diarrhée ait cessé, qu'il ait peu de fièvre, nous nous gardons bien cependant de lui donner à manger. Nous le tiendrons au lait jusqu'à ce que ses larmes viennent à couler; alors seulement nous pourrons lui permettre quelques alimens.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Chambretz.

Revue clinique. — *Bronchites.*

Première observation. Le malade couché au n° 2, est un infirmier de la maison qui a été atteint d'une bronchite simple et qui entre actuellement en convalescence. Chez cet homme, la bronchite a existé sans douleur, sans gêne de la respiration, sans fièvre, en un mot, sans aucune espèce d'accidens concommitans; aussi la thérapeutique que nous avons suivie a été très simple, puisque nous nous sommes borné à la diète, aux boissons adoucissantes et à l'usage de quelques lavemens simples pour entretenir la liberté du ventre.

Cet homme, qui est aujourd'hui au dixième jour de sa maladie, entre en convalescence et mange déjà la demie. La quantité des crachats se trouve réduite au moins des quatre cinquièmes.

Deuxième observation. Chez le malade couché au n° 4, la maladie est aussi peu intense que chez le précédent; l'expectoration est modérée; mais ici la bronchite a exercé d'abord une légère influence sur l'estomac et l'intestin grêle, se traduisant localement par la perte de l'appétit, l'augmentation de la soif, la rougeur de la langue, qui était sèche dans son milieu; la tension du ventre, et sympathiquement par la chaleur de la peau et la raideur du pouls.

Deux applications de sangsues à l'épigastre ont bientôt entraîné l'affaissement du ventre à laquelle n'a pas tardé à succéder la cessation de la fièvre. La langue est devenue humide, la soif a diminué, la toux a cessé d'être douloureuse, l'expectoration a diminué, l'appétit a reparu. Dès hier nous avons accordé de la bouillie à ce malade qui entre aujourd'hui en pleine convalescence.

Rhumatismes aigus.

Première observation. Le malade couché au n° 6, est entré à l'hôpital le mois dernier pour une arthrite aiguë. Toutes les principales articulations des membres ont été prises simultanément. Plusieurs applications de sangsues ont été faites, et, il y a environ quinze jours, cet homme a quitté l'hôpital, étant complètement guéri, au bout de quatre semaines environ de séjour à la clinique.

Mais une rechute, qui l'amène de nouveau à l'hôpital, n'a pas tardé à avoir lieu sous l'influence de l'impression froide et humide de l'air; les poignets sont devenus douloureux et bientôt après les coudes et les épaules, mais à un moindre degré. Les articulations des doigts ont toutes été prises aussi sans exception. L'inflammation a été tellement intense que la fièvre s'est allumée avec une violence assez marquée.

Dès le premier jour (6 novembre) nous avons fait pratiquer une saignée de trois palettes, à laquelle on a associé la diète et l'emploi de cataplasmes émolliens. Nous n'avons pas voulu que cette saignée fût plus copieuse, car, ainsi que nous venons de le dire, cet homme relevait de maladie depuis peu et était encore faible par suite des évacuations sanguines qu'avait exigées la première attaque arthritique. Nous avons d'ailleurs repoussé l'emploi des saignées locales, car il y avait trop d'articulations de prises à la fois.

Le sang, en se décomposant, avait donné lieu à une couenne très abondante, mais, malgré ce caractère, qui attestait de l'intensité de l'inflammation, la saignée, quoique faible, fut suivie d'une amélioration très marquée; de sorte que, par le seul secours de la diète et des émolliens, nous avons pu amener ce malade à une guérison presque complète.

Le gonflement des articulations, qui avait sensiblement diminué dès le troisième jour après la saignée, a complètement disparu aujourd'hui; toutefois, le malade accuse encore un peu de douleur. D'autre part, les fonctions se rétablissent dans leur régularité. La fièvre a cessé; le malade dort bien; l'appétit est bon, et la demie d'alimens est digérée parfaitement.

Il ne nous reste, quant à présent, à remplir aucune autre indication, si ce n'est d'entretenir la liberté du ventre au moyen de la limonade laxative (avec la crème de tartre).

Deuxième observation. Le malade couché au n° 7, qui est doué d'un tempérament sanguin et d'un certain embonpoint, est entré à la clinique le 6 novembre, pour un rhumatisme aigu datant de deux jours. Cet homme accusait des douleurs atroces, ayant leur siége dans les muscles des cuisses et des jambes, mais principalement dans ceux des fesses. En outre de cela, les articulations des mains et des coudes étaient prises simultanément; et dans ce cas, non-seulement comme dans le précédent il y avait inflammation de plusieurs articulations, mais de plus, plusieurs muscles participaient de cet état. La fièvre était intense, et il y avait beaucoup d'anxiété et un fort mal de tête.

Dès le premier jour une saignée fut pratiquée; des cataplasmes furent appliqués sur les points douloureux; des lavemens furent administrés, et le malade garda la diète la plus complète. La saignée fut renouvelée le lendemain, et un soulagement assez marqué fut la suite de cette seconde émission sanguine.

Le 10 novembre, l'amélioration continuait; le malade pouvait facilement se remuer dans son lit, il avait peu de fièvre, la soif était diminuée, et l'appétit assez développé pour déterminer le malade à demander des alimens qui lui furent refusés.

Nous devons vous signaler, dans l'histoire de ce malade, une circonstance digne d'être notée; lui ayant accordé de prendre un bain, dont l'efficacité en pareil cas nous a été démontrée en maintes circonstances, nous avons vu à la suite les accidens se reproduire en partie. Le malade aurait-il attrapé froid en sortant du bain? C'est ce que nous ignorons. Quoi qu'il en soit, une exacerbation très violente a eu lieu; le poignet droit est devenu très douloureux, et la fièvre a repris assez d'intensité pour nous déterminer à prescrire une application de vingt sangsues autour du poignet affecté.

Troisième observation. Le n° 45 est actuellement convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu. Il est entré le 9 octobre, pour une arthrite diffusible: les articulations des pieds, des genoux, des phalanges, des poignets, des coudes et des épaules, étaient prises en même temps. Nous avons traité ce malade par les antiphlogistiques. La réaction générale était intense, et chez lui nous avons fait grand usage de bains et de cataplasmes. Dès le 26, ce malade n'avait plus de fièvre, et aujourd'hui il est en pleine convalescence et mange la demie.

Nous devons vous dire, toutefois, que le malade conserve encore quelques douleurs articulaires aux membres supérieurs, que les bains sulfureux n'ont pu faire cesser jusqu'à ce moment. Nous persisterons néanmoins dans l'emploi de ces bains, et, s'il le faut, nous aurons même recours aux bains de vapeur; car les uns et les autres procurent une action révulsive salutaire vers la peau, en injectant le système capillaire de cette membrane.

Varioles.

Première observation. Le malade couché au n° 9, d'une constitution forte, et qui n'a pas été vacciné, est entré le 7 novembre pour une gastro-entéro-colite. La langue était sèche, le ventre rénitent; il y avait plusieurs selles liquides par jour. A cet état des organes abdominaux s'ajoutait une angine, et la peau était le siége d'une éruption varioloïde, dont les boutons étaient très distans les uns des autres. Ces boutons offraient des dimensions variables, et ceux d'une même région loin de présenter tous les mêmes caractères, paraissaient appartenir à des périodes différentes. La varioloïde, en effet, a pour caractère de présenter des pustules de différentes grandeurs, espacées, et qui paraissent ne pas remonter à la même époque. Déjà, dès le deuxième jour de l'éruption, quelques-unes de ces pustules étaient en pleine suppuration, chose qui ne s'observe pas dans la variole, où la suppuration ne commence qu'au septième jour; en outre, dans la variole, les pustules présentent plus d'uniformité dans leurs dimensions, et lorsque la suppuration commence, chacune d'elles s'entoure

à sa base d'une auréole rouge qui, se confondant avec celle des pustules voisines, communique à la peau un aspect érysipélateux. Pour démontrer enfin que chez ce malade nous avons bien eu affaire à une varioloïde et non pas à une variole, nous rappellerons que quelques pustules seulement ont présenté l'obilication centrale qui représente un des caractères plus constans des pustules de la variole.

Deuxième observation. Le n° 40 présente un cas de véritable variole, quoique chez lui cette maladie se présente sous une forme très bénigne. Cet homme est entré le 6 novembre, et était alors malade depuis cinq jours. Chez lui la variole est à petites pustules, et dès son entrée toute la surface du corps en était couverte; mais nonobstant cela, il n'y a pas eu de symptômes de gastro-entérite bien prononcés, et la fièvre également a été modérée. Ainsi, pas de nausées, pas de vomissemens, langue modérément rouge, soif peu intense, pas de céphalalgie ni de courbatures, chaleur modérée.

Depuis l'entrée du malade à la clinique, les pustules ont grossi, et alors il est survenu une sorte d'érysipèle facial qui tourmentait beaucoup le malade; la tension à la tête était même telle, que nous avons cru devoir faire appliquer vingt sangsues derrière les oreilles. Cette évacuation sanguine locale a été suivie d'un mieux très marqué; les pustules ont parcouru leur marche avec régularité; et le pus qu'elles renferment aujourd'hui donne à la surface du corps un aspect nacré.

Nous vous ferons remarquer qu'aujourd'hui, au neuvième jour de la maladie, le pouls a repris de la fréquence, quoiqu'il n'y ait pas de symptômes de gastro-entérite. C'est à cette époque que dans les cas graves qui ont présenté au début beaucoup d'intensité dans les accidens généraux, et une gastro-entérite assez prononcée pour éveiller les sympathies du cerveau, ces accidens mêmes se réveillent de nouveau et entraînent souvent les malades.

Troisième observation. Le n° 28 est entré ce matin avec une variole fort simple dont il ne peut pas fixer l'époque d'invasion. Les boutons datent de quatre jours; ces boutons sont rouges et ne présentent pas encore de dépression centrale, caractère qui ne peut tarder à se manifester. Le pouls est fréquent, développé; il n'y a ni céphalalgie, ni nausées, ni courbatures; la peau est douce, halitueuse; la soif est modérée. En un mot, il n'y a pas de symptômes se rattachant à une affection concomitante quelconque, et la variole se présente ici dans sa plus grande simplicité.

La thérapeutique se réduit dans ce cas à fort peu de chose. Nous n'appliquerons pas de sangsues ni à la tête ni au ventre: on se bornera au repos, à l'entretien d'une douce chaleur, à quelques lavemens émolliens et aux boissons adoucissantes (eau de gomme, limonade gommée).

Rougeoles.

Première observation. Le n° 17 est aujourd'hui complètement guéri d'une rougeole qui s'est accompagnée d'une bronchite assez intense. Cette affection, qui s'est d'ailleurs présentée sous une forme assez bénigne, est simple, et n'a été entravée dans sa marche par aucun phénomène concomitant. Cet homme mange aujourd'hui la demie sans en être incommodé, et est en pleine convalescence.

Deuxième observation. Chez le n° 49, l'affection est moins ancienne. Lors de l'entrée du malade à la clinique, le 3 novembre, la rougeole s'accompagnait de bronchite et de cotite; la fièvre en outre était assez marquée, circonstance qui nous a engagé à faire appliquer des sangsues. A dater du septième jour, la fièvre a sensiblement diminué, ainsi que la diarrhée qui au début était assez intense. Aujourd'hui, elle est presque complètement arrêtée; et à propos de cela nous devons vous faire remarquer l'influence que le flux intestinal a exercé sur l'éruption morbilleuse, et qui a consisté dans leur décoloration; ces taches en effet ont été moins rouges qu'elle ne se présentent d'ordinaire.

Aujourd'hui, cet homme est dans un parfait état; l'appétit est bon, mais loin de céder aux exigences du malade, nous ne lui avons accordé que des soupes, pour ne point réveiller le flux intestinal qui a presque entièrement cessé.

Troisième observation. Le n° 33, avec la rougeole, a présenté également une bronchite et une colite. Malgré ces affections concomitantes, la rougeole a suivi une marche régulière; la diarrhée a diminué, et avec elle la tension du ventre. La fièvre elle-même et la bronchite ont également diminué, quoique nous nous soyons abstenu de toute médication active, et aujourd'hui l'appétit était assez prononcé pour que nous n'ayons pu nous dispenser d'accorder de la soupe à ce malade.

Quatrième observation. Le malade du n° 22 nous a offert simultanément une rougeole, une angine, une bronchite et une colite: tout le système muqueux était pris en même temps. D'un autre côté, tous les centres nerveux ont échappé à toute sorte d'influence, et nous n'avons pas eu de réaction de ce côté. En outre, nous n'avons eu ni symptômes de pneumonie, ni coliques, ni tension du ventre, circonstances qui nous ont fait augurer favorablement de la marche des affections existantes. Ce sont ces mêmes circonstances qui nous ont engagé à nous abstenir de l'emploi des sangsues et à nous en tenir à l'usage des émolliens.

Ce malade est entré avant hier: aujourd'hui nous avons constaté une amélioration assez marquée pour qu'il nous ait été permis de lui accorder quelques soupes. K...

HOPITAUX ANGLAIS.

Hoquet symptomatique d'une affection de la moelle épinière, guéri à l'aide d'un séton placé à l'origine des nerfs phréniques; par M. WATMOUGH.

Mademoiselle H..., pansait un ulcère sur la main d'une pauvre femme, lorsqu'elle a été saisie subitement de syncope et est tombée. Une légère convulsion s'en est suivie, qui a duré trois à quatre minutes. En revenant, elle s'est plaint de douleur au dos et d'engourdissement aux jambes. Deux jours après elle souffrait considérablement de douleurs vers la partie inférieure du dos et supérieure des lombes, se plaignait en outre de céphalalgie et de perte de sentiment et de mouvement des extrémités inférieures. Sangsues, saignée du bras, petites doses de calomel, applications contre-irritantes à l'épine.

Le huitième jour de l'attaque elle ne peut être bougée de la position horizontale; garderobes régulières par l'action des purgatifs; légère incontinence d'urine qu'on soulage à l'aide de la teinture de cantharides.

Trois semaines après l'attaque, un hoquet fréquent et opiniâtre se déclare. Ce symptôme s'était déjà montré de temps en temps les jours précédens. Ventouses, sangsues, vésicatoires, quatre cautères sur l'épine; usage interne et externe de l'iode, petites doses de strichnine. Six mois se passent dans cet état sans amélioration; le hoquet devient intolérable; il fait craindre une terminaison fatale. « J'ai placé, dit l'auteur, un séton à l'origine des nerfs phréniques, et huit jours après ce formidable symptôme a cessé; le sentiment et le mouvement des membres sont revenus; l'usage des toniques et d'un plan incliné ont fini par rétablir complètement la malade. »

(*Lond. med. Gaz.*, octobre 1840.)

Constipation guérie par les applications froides. Par M. WHITEHEAD.

M., fermier, âgé de plus de 60 ans, habituellement bien portant, mais dérangé de temps en temps par une constipation incommode, prenait pour se soulager du séné, du thé et du sel d'Epsom. Une dernière fois, la constipation durait depuis trois jours, il prit son remède habituel, mais sans succès, et éprouva des coliques intenses; il répéta plusieurs fois la potion, mais il la rejeta, son ventre devint tendu et douloureux, et cet état se compliqua de fièvre.

Un médecin le traita jusqu'au 5e jour à l'aide de pilules de calomel et de coloquinte, d'une solution de sulfate de magnésie, d'infusion de séné et de jalap; puis d'huile de ricin, d'huile de croton et de plusieurs autres purgatifs puissans, mais sans avantage. Des sangsues et des fomentations émollientes ont été plusieurs fois appliquées sur le ventre; des clystères d'huile de ricin en grande quantité, d'huile de croton, de térébenthine, de tabac, tout cela a été essayé sans autre effet que la syncope. Il n'existait aucune hernie. La tension et le volume de l'abdomen ont augmenté par degrés, mais sa sensibilité a diminué; puis des évanouissemens alarmans se sont manifestés, le pouls est devenu petit et faible, la langue sèche, la voix rauque et tremblottante.

Tel était l'état du malade au dixième jour, lorsque M. Whitehead a proposé l'usage des fomentations d'eau froide sur l'abdomen. Un seau d'eau frappée à la glace a donc été préparé; c'était vers la fin de novembre. Le malade, en voyant ces préparatifs a demandé qu'est-ce qu'on voulait en faire: l'explication qu'on lui en a faite l'a alarmé; on a dû apporter un autre seau contenant de l'eau chaude, et lui faire croire qu'on se servirait de cette dernière. L'abdomen ayant été découvert, on y a appliqué instantanément une nappe trempée dans l'eau glacée, en plusieurs doubles. L'impression que le malade a éprouvée a été terrible: il s'est écrié qu'on voulait l'assassiner. Il a fallu le tenir. A chaque minute la nappe a été changée par une autre pareille. Le bienfait de ces applications ne s'est pas fait long-temps attendre, il a même été instantané, car le ventre s'est détuméfié de suite, et en cinq minutes le malade a éprouvé le besoin d'aller à la garderobe; il a eu sur-le-champ une selle copieuse de matières sèches, et aussitôt après une seconde. De petites purgations ont depuis agi merveilleusement, et le malade a guéri promptement.

(*Ibid.*)

Extirpation d'un kyste de l'ovaire; par M. Benjamin PHILIPS.

A. D...; âgée de vingt-un ans, était bien portante, lorsqu'elle a été saisie vers la Noël, d'une douleur gravative dans la région iliaque droite. Cette douleur a diminué par degrés, et a été remplacée par une tuméfaction légère vers la région ombilicale. Cette tuméfaction a été rapidement progressive, puis s'est accompagnée de douleur. Le docteur Heming lui a prescrit une saignée locale à l'aide des ventouses, et la douleur a diminué; celle-ci n'était pas intense, et était probablement produite par la distension. Au mois de mai, la tuméfaction avait fait d'assez grands progrès pour être visible au dehors, ce qui donnait lieu à des interprétations fort désagréables pour la malade.

Au mois de juin, elle a consulté les docteurs Liston et Locock. M. Liston a de suite diagnostiqué un kyste ovarien, contenant dix pintes de liquide environ, susceptible d'augmentation, réfractaire aux médicamens internes, et exigeant la ponction comme moyen de soulagement; mais il a ajouté que la malade ne devait pas se soumettre à cette opération, vu que l'effet ne serait que temporaire, et que le moyen le plus convenable serait, selon lui, l'extirpation. La malade a goûté cet avis et s'est fait recevoir à London hospital pour subir cette opération; mais le docteur Thomson n'ayant voulu s'en charger, elle en est sortie. M. Hamilton Roe ayant été consulté à son tour, a été du même avis que M. Liston. Enfin, la malade s'est présentée à M. Philips. Ce chirurgien a commencé par s'assurer si le mal n'était pas compliqué de péritonite, et si son volume n'augmentait pas; ensuite par la préparer physiquement et moralement à l'opération. L'opération a été pratiquée le 11 septembre 1840, à dix heures du matin, en présence de MM. Roe, Cledinning, Harrisson, Heming, Bayd, Samwel, Joseph, Prichard, Brow, et d'autres personnes.

La malade étant couchée sur un lit, l'opérateur a pratiqué une incision depuis un pouce au-dessous de l'ombilic jusqu'à plus d'un pouce et demi au-dessous. Cette incision a dû être plutôt grande, vu l'épaisseur extraordinaire de la paroi abdominale sur ce point, qui, malgré la distension, offrait encore une épaisseur de trois quarts de pouce de graisse.

« J'ai disséqué soigneusement les bords jusqu'au sac, j'ai mis en évidence celui-ci et je l'ai accroché avec une érigne, afin de ne pas le perdre après qu'il serait vidé. J'y ai alors plongé un trois-quarts, qui a donné issue à 330 onces de liquide transparent, glaireux, albumineux. Le sac, qui était extrêmement épais, a été extrait par la plaie, laquelle a dû être élargie légèrement. La seule adhérence qu'il présentait était à son pédicule. Ce pédicule était formé par la trompe de Fallope, à laquelle le kyste adhérait fortement dans l'étendue de plus d'un pouce et quart. Autour de ce tube, une ligature a été placée fortement par M. Samwel; les deux bouts du fil ont été coupés à ras et le sac a été extirpé complètement sans la moindre difficulté.

» La malade n'a pas perdu une once de sang durant l'opération, et son pouls ne marquait pas plus de 68 par minute, ce qui a fait présumer qu'elle n'avait pas dû souffrir beaucoup.

» La plaie a été soigneusement réunie par première intention à l'aide d'aiguilles à bec-de-lièvre, et aucun écoulement de sang n'a eu lieu. »

Aussitôt après l'opération cependant, la malade a accusé des douleurs intenses dans la fosse iliaque droite, ce qui a été attribué à l'étranglement causé par la ligature. La malade a eu aussi le hoquet souvent. Lavement opiacé; peu de soulagement. Deux heures après, potion morphinisée; pas mieux. Deux heures plus tard, pilule d'un demi-grain de chlorate de morphine, puis un autre lavement opiacé; potion avec dix gouttes de teinture de digitale, deux gouttes d'acide hydrocyanique. Une pilule d'un tiers de grain de morphine toutes les quatre heures.

Le soir, vomissemens, suintement de sang par la plaie. A minuit la douleur continue à être intense, surtout dans la fosse iliaque droite; ventre généralement très sensible; hoquet de temps en temps. Pouls fréquent, peau chaude; on appréhende une péritonite. Pilules de trois grains de submuriate d'hydrargirium et d'un demi-grain d'opium, toutes les deux heures. Lavement de térébenthine; vingt sangsues sur l'abdomen.

Le lendemain, samedi, à huit heures du matin, la douleur dans la région iliaque a été soulagée par les sangsues, mais elle persiste dans la région ombilicale; sensibilité dans tout l'abdomen à la pression; pas de tympanite; les nausées continuent; physionomie bonne; pouls à 94; peau modérément chaude; pas de garde-robe.

Les jours suivans une foule de symptômes graves sont survenus comme dans toutes les grandes opérations: on les a combattus d'après les règles de l'art; mais la malade est morte le huitième jour.

L'autopsie a été faite en présence de MM. Cledinning, Harrison, Lee et d'autres; la plaie est presque cicatrisée; le fond cependant paraît injecté et répond à une cavité contenant six à huit onces de sang noir, sans coagulum. La ligature est encore sur la trompe de Fallope. L'ovaire de l'autre côté paraît sain. Pas de signes de péritonite. Le gros intestin est enflammé dans son intérieur et couvert de fausses membranes et d'ulcérations. (*Ibid.*)

L'auteur assure que si un second cas pareil se présentait à lui il n'hésiterait pas à l'opérer pareillement, si grande est sa conviction dans la bonté de cette opération.

Etranglement du cordon ombilical sur un fœtus à terme. Mort. Par M. HANNAY.

Madame D.-A., de petite stature, âgée de vingt-huit ans, enceinte pour la troisième fois, venait de se coucher lorsqu'ayant entendu quelqu'un monter chez elle, elle s'est levée subitement. Ce mouvement brusque lui fit éprouver une sensation tumultueuse dans l'abdomen causée par une agitation extraordinaire du fœtus, et accompagnée de douleurs intenses pendant plusieurs minutes. M. Hannay l'ayant examinée, n'a rien trouvé d'extraordinaire; les mouvemens du fœtus avaient cessé; il a prescrit le repos, diète absolue, potion anodyne pour calmer la douleur abdominale. Ceci a eu lieu le 17 novembre.

Le lendemain, les seins de la femme étaient affaissés, les mouvemens de l'enfant n'étaient plus sensibles, tandis qu'auparavant ils étaient très vifs.

Le 20 du même mois, le travail se déclare et se termine dans l'espace de trois heures; l'enfant est mort: il était à terme et du sexe féminin. Le cordon ombilical fait un tour autour du cou. L'épiderme de l'enfant offre des phlyctènes remplies de liquide. Les os de la tête chevauchent considérablement entre eux. En pressant le cordon avec les doigts, M. Hannay a senti une nodosité ferme et dure; il adhère encore au placenta. Un examen attentif a fait voir que le cordon contenait vers son milieu une sorte de nœud très dur et très distinct; les parties en étaient tellement serrées que les tissus avaient perdu la moitié de leur épaisseur, ils étaient en même temps blancs et exsangues. A partir de ce point du nœud, les artères étaient injectées d'un sang très noir, surtout près l'abdomen de l'enfant. La veine contenait moins de sang que les artères. Les artères de l'abdomen et du thorax de l'enfant contenaient

plus de sang que les veines, qui étaient presque vides. Le cordon était moins injecté dans la portion comprise entre le nœud et le placenta. Le placenta n'offrait rien d'anormal dans le volume, mais il était pâle et exsangue. La mère s'est bien portée, et a fait un enfant bien portant depuis.

Dans une discussion qui a eu lieu à l'occasion de ce fait, à la Société médicale de Glascow, M. Lyon dit avoir rencontré un fait analogue ; le nœud du cordon n'était encore que peu serré, et l'enfant est né vivant. M. Pagan en a cité un second. M. James Wilson, accoucheur très exercé, en a mentionné plusieurs de sa pratique. Mauriceau en rapporte d'ailleurs un exemple (Obs. 133) ; l'enfant était aussi né vivant, quoique le nœud fût extrêmement serré. Smellie en a aussi parlé. MM. Blandell, Rogers et plusieurs autres en ont également cité des exemples.

(*Ibid.*)

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

REVUE CLINIQUE DU 5 NOVEMBRE.

Double pied-bot. Complication d'angine couenneuse. (*V.* le n° du 24 octobre.)

La petite fille couchée au n° 4 de la salle Sainte-Thérèse, que nous avons successivement opérée de deux pieds équins compliqués de varus, et qui avait toujours joui d'une bonne santé, a été prise ces jours derniers d'une angine couenneuse. Nous avons touché les points accessibles avec le nitrate d'argent et le jus de citron ; et nous espérons, par ces moyens réunis, entraver la marche de la maladie, ainsi que cela a eu lieu chez la petite malade couchée au n° 7 de la même salle.

Vous savez que des accidens arrivés au pied nous ont forcé de suspendre l'emploi de la bottine, que nous n'avons pu reprendre que ces jours derniers, c'est-à-dire cinq semaines après l'opération. Serons-nous assez heureux, malgré cette circonstance défavorable, pour redresser le pied sans qu'il soit nécessaire de recourir à une seconde opération ?

Double pied-équin-varus chez un sujet rachitique. (*V.* le numéro du 24 octobre.)

La petite fille rachitique, âgée de dix-huit mois, couchée salle Sainte-Thérèse, que nous avons opérée il y a trois semaines d'un double pied-équin-varus, n'a pas éprouvé d'accidens sérieux d'abord. Mais aujourd'hui, la langue est sèche et l'appétit est perdu. Nous avons modifié cet état de la malade par de légers révulsifs sur le tube digestif et des boissons adoucissantes. D'autre part, les pieds étant presque complètement ramenés à leur direction naturelle, nous nous sommes déterminé à renvoyer de l'hôpital cette petite fille, après lui avoir fait l'application de deux bottines dextrinées. Les parens doivent nous ramener cette enfant dans quelque temps, et alors nous vous ferons connaître le résultat définitif obtenu chez elle.

Taille bi-latérale. Gangrène de la plaie. Mort. (*V.* le n° du 3 novembre.)

Nous avons à vous annoncer la mort du petit malade couché au n° 16 de la salle Saint-Côme, âgé de deux ans et demi, qui avait subi la taille bi-latérale depuis trois semaines. Nous avons déjà rappelé combien l'opération a été prompte et facile. Huit jours après il survint des accidens graves ; la fièvre s'alluma, la figure pâlit, l'appétit fut perdu, la plaie devint successivement grisâtre et noire. Les toniques furent administrés à l'intérieur, et différens topiques appliqués sur la plaie (eau chlorurée, vin aromatique, vin miellé, jus de citron, digestif animé) ; mais tous ces différens moyens ont échoué ; la fièvre a continué, et le malade, à la suite d'un affaissement général, a succombé avant-hier. Avant sa mort, il n'avait présenté ni douleur, ni ballonnement du ventre, ni dévoiement, ni toux ; bref, il a succombé à un état de langueur qui n'a fait que s'accroître.

Trois ou quatre jours avant la mort, l'enfant avait accusé des douleurs aux coudes ; circonstance qui nous avait fait soupçonner l'existence d'une certaine quantité de pus dans les articulations. L'autopsie nous a démontré que nous ne nous étions pas trompé sur ce point.

Le cerveau n'a présenté rien de particulier, ainsi que les premières voies respiratoires ; dans la plèvre droite nous avons trouvé un épanchement de trois ou quatre cuillerées d'une sérosité trouble ; une pleurésie qui avait échappé à notre observation avait donc existé pendant la vie. Le tissu du poumon droit était un peu moins crépitant que d'ordinaire ; à sa base nous avons observé deux petits foyers purulens de la grosseur d'un petit pois ; le pus qui y était contenu était à moitié liquide et à moitié concret ; le parenchyme pulmonaire qui avoisinait ces foyers était sain, et nulle part nous n'avons rencontré de tubercules. Le sujet n'était donc pas phthisique, et les foyers n'étaient autre chose que des abcès métastatiques. Les reins, le foie et la rate étaient pâles, décolorés. Les ganglions mésentériques n'étaient pas tuberculeux. La vessie était rétractée, et sa muqueuse présentait sur différens points une coloration rougeâtre peu marquée. La portion membraneuse du canal de l'urètre avait été détruite, et était remplacée par la plaie, dont la capacité pouvait admettre le pouce. La prostate et le tissu cellulaire environnant étaient à l'état normal. La plaie conservait sa coloration gangreneuse. Le rectum était sain.

Il y avait donc eu manifestement résorption purulente ; les abcès pulmonaires ne laissent aucun doute à cet égard, et, selon nous, l'état gangreneux de la plaie avait été le résultat de cette funeste complication de l'opération.

Calcul vésical. Lithotritie (deuxième séance). (*V.* le n° du 3 novembre.)

Le petit calculeux de la salle Saint-Côme, chez lequel nous avons pratiqué une séance de lithotritie jeudi dernier devant vous, avait été préparé à cette opération par l'introduction successive de la sonde et de l'instrument lithotriteur, qui n'avaient pas déterminé d'accidens.

Cette première séance a été assez longue et peu heureuse, ce qu'il faut principalement attribuer à l'expulsion presqu'immédiate du liquide que nous avons injecté dans la vessie ; ce qui nous a réduit à opérer pour ainsi dire à sec. La deuxième séance, qui a eu lieu mardi, n'a pas été plus favorable. Mais, avant d'aller plus loin, nous devons vous dire que le malade, après la première séance, eut un peu de fièvre vers le soir, qui fut calmée par un bain : au reste, pas de douleurs soit à la vessie, soit au canal de l'urètre, et l'appétit a été conservé presqu'en totalité. Quelque difficile qu'ait été la première séance, de laquelle nous n'attendions que des résultats stériles, néanmoins le malade a rendu une quantité assez notable de graviers.

Pendant la deuxième séance, le malade a montré moins de docilité, et les difficultés ont été plus grandes. A peine avions-nous introduit la sonde, que nous avons trouvé des fragmens presqu'engagés dans le col. L'injection, cette fois aussi, n'a pas été gardée, et il nous a fallu manœuvrer à sec. Plusieurs fois nous avons saisi des fragmens, qui bientôt ont glissé entre les branches de l'instrument ; ce qui a été attribué, par M. Leroy d'Etiolle qui assistait à l'opération, à l'instrument qui était trop gros. Alors nous en avons introduit un d'un moindre calibre ; ce qui nous a permis de repousser les fragmens qui avaient de la tendance à s'engager dans le col, sans toutefois pouvoir les saisir et les broyer. Le malade était fatigué ; un peu de sang était sorti par l'urètre, et nous dûmes nous arrêter. A quoi tenait la difficulté que nous éprouvions à saisir le calcul ? M. Leroy, qui a observé des cas analogues, croit que cela tient à ce que la vessie se contracte sur le calcul qui est retiré dans un coin.

Depuis la deuxième séance, le malade a un peu de diarrhée et la fièvre a persisté pendant plus long-temps. L'appétit est assez bien conservé. Mais hier matin nous avons trouvé un gravier arrêté près du méat urinaire ; n'ayant pu l'extraire ni avec des pinces à disséquer, ni avec la curette articulée, il a fallu recourir au débridement avec le bistouri.

Ce matin, le malade est sans fièvre, et nous sommes décidé à pratiquer une troisième séance, car nous craignons, chez cet enfant, l'ennui et les effets du séjour à l'hôpital.

Calcul vésical ; taille bi-latérale. (*V.* le n° du 3 novembre.)

Le petit malade couché au n° 23 de la salle Saint-Côme, maigre, chétif et dont l'indocilité nous a engagé à préférer chez lui la taille à la lithotritie, malgré les fâcheuses conditions de l'état général, est aujourd'hui dans une position très satisfaisante ; la plaie est en bon état, l'appétit est conservé, et nous favoriserons autant que possible cette bonne tendance de la nature par l'emploi des toniques à l'intérieur.

— M. Lallemand, correspondant de l'Académie, a lu, dans la séance du 16 novembre de l'Académie des sciences, un mémoire ayant pour titre : « Loi générale de la reproduction dans tous les êtres vivans. » La nature des recherches qui font l'objet de ce mémoire ne nous permet pas d'en donner ici l'analyse. Dans une précédente séance, l'auteur avait lu un mémoire sur les animalcules spermatiques considérés chez un grand nombre d'animaux vertébrés et invertébrés aux différens âges et dans différens états de santé ; les mêmes motifs nous avaient obligé à garder le silence sur ces recherches, qui d'ailleurs offrent certainement aux physiologistes un grand intérêt.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Richerand.

(Cinquième séance publique. — Vendredi 20 novembre.)

Le sort a désigné MM. Blandin, Laugier et Thierry, qui ont donné lecture de leurs compositions.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

MARDI 24 NOVEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 139, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Note sur les polypes de la matrice; par M. LISFRANC.

Une femme couchée au n° 26 de la salle Saint-Augustin, était affectée d'un petit polype mince, ressemblant à un morceau de ruban étroit. On constatait l'existence de cette tumeur par le toucher; mais quand on examinait avec le spéculum le col de l'utérus devenu très rouge, on n'y observait d'ailleurs rien d'anormal. J'imaginai d'essuyer l'extrémité inférieure de la matrice avec un pinceau de charpie; j'en décollai le petit polype; il fut alors très facile de l'apercevoir.

— Un polype du volume de la dernière phalange du pouce, pourvu de ses parties molles, fut reconnu par le toucher et même à l'aide du spéculum; nous vînmes, le lendemain, pour l'opérer. Nous mîmes inutilement en usage tous les moyens propres à le constater: quelques jours s'écoulèrent et nous le retrouvâmes. Il arrive quelquefois que ces tumeurs remontent dans la cavité de l'utérus, dont l'orifice inférieur se resserre et les rend momentanément inaccessibles à la vue et au toucher.

Plusieurs jours avant et après les règles, et pendant les menstrues, l'orifice inférieur de l'utérus est plus dilaté; c'est alors que le doigt indicateur, introduit dans cet orifice, peut faire reconnaître l'existence d'un polype situé dans l'intérieur de la matrice.

— Une malade de la rue Chabannais éprouvait de temps en temps des douleurs qui ressemblaient à celles de l'accouchement: elle n'était pas enceinte. Plusieurs chirurgiens pensaient qu'elle avait un engorgement de l'utérus; je l'explorai; je partageai d'abord l'opinion de mes confrères, mais il me sembla toucher, à un quart de pouce du centre de la tumeur, une très légère saillie circulaire, que je supposai pouvoir être le pourtour de l'orifice du col utérin, dont les parois auraient été singulièrement amincies; j'essayai à plusieurs reprises de glisser mon doigt sous cette espèce de relief: je n'y parvins pas. Je réfléchis quelques instans; il me vint à l'idée de presser assez fortement sur le centre de l'extrémité inférieure de l'utérus; je sentis des tissus céder à la pression; je la rendis plus forte encore; je portai ensuite brusquement mon indicateur de dedans en dehors, et il s'engagea facilement entre les parois de la matrice et un polype renfermé dans sa capacité. Les règles étaient sur le point de venir; elles arrivèrent le jour même, une métro-péritonite se développa, elle résista à tous les moyens de l'art. L'autopsie justifia mon diagnostic.

Il suffit d'ouvrir les annales de l'art pour se convaincre des difficultés qui existent ordinairement pour diagnostiquer les renversemens de l'utérus. Une femme, couchée au n° 28 de la salle Saint-Augustin, avait été explorée par plusieurs praticiens, qui croyaient à l'existence d'un polype. J'introduisis dans le vagin mes doigts indicateur et médius, je saisis la tumeur et je l'abaissai; je portai dans le rectum le doigt indicateur de mon autre main: je ne trouvai pas la matrice au-dessus du corps que je déplaçais; je conclus que ce corps était la matrice elle-même; plus tard la malade succomba, et l'autopsie confirma mon diagnostic. Mais, peu de temps après, je mis en usage, sur une autre femme, les moyens que je viens d'indiquer; j'y diagnostiquai encore un renversement. Cette femme mourut au bout de quelques mois. L'autopsie nous montra une tumeur fibreuse implantée sur une matrice avec laquelle elle était pour ainsi dire identifiée, et qui, aplatie, offrait à peine le dixième de son volume ordinaire. Il faut conclure de ce dernier fait, qui doit être extraordinairement rare, que l'absence d'une tumeur au-dessus de celle qu'on abaisse, n'est pas toujours un signe pathognomonique du renversement de l'utérus.

Quand, au contraire, au-dessus du corps qu'on attire en bas, on sent, en touchant par le rectum, un autre corps qui a la forme de l'utérus, le premier doit être un polype. Nous en avons, l'an dernier, donné la preuve sur une dame de Courbevoie, chez laquelle une tumeur polypeuse adhérait à toute l'étendue de l'extrémité inférieure de la matrice; je l'ai opérée en présence de MM. Blandin et Chupin; elle est guérie.

— Une dame portait dans le vagin une tumeur ovoïde de la grosseur du poing; à l'aide du doigt indicateur et même du doigt médius, il n'était pas permis d'arriver jusqu'au col de l'utérus. On ne pouvait donc pas ainsi établir un diagnostic certain. Je saisis cette tumeur avec une érigne de Museux: elle céda d'abord facilement aux tractions que j'exerçai sur elle; malgré son volume, elle franchit ensuite sans trop de difficultés l'orifice inférieur du vagin. Je portai l'indicateur dans le rectum, et je sentis au dessous du corps que j'avais abaissé un autre corps qui constituait à peine le sixième d'une matrice à l'état normal; j'introduisis ensuite le même doigt dans le vagin, le long d'un pédicule qui avait au moins un pouce et demi de diamètre transversal; il s'insérait en avant à gauche et en arrière d'une cavité de trois à quatre lignes de profondeur dont on touchait parfaitement bien le fond. Avions-nous à combattre un polype ou une tumeur fibreuse? ou bien encore s'agissait-il d'un renversement de matrice?

Après quelques méditations et un examen très circonstancié de la tumeur, je me décidai à faire sur sa partie moyenne, parallèlement à son axe, une incision exploratrice de la longueur d'un demi-pouce et de la profondeur de trois lignes environ. J'y portai mon doigt indicateur, qui glissa facilement entre les parois d'une espèce de kyste et un tissu dur, que j'en détachai aisément. J'agrandis inférieurement mon incision, et j'énucléai un polype, ou, si vous aimez mieux une tumeur fibreuse des deux tiers du volume du poing; je dégageai alors l'érigne du tissu utérin qu'elle avait embrassé; ils remontèrent dans le vagin; le toucher fut pratiqué un instant après, et déjà la partie de la matrice qui avait embrassé la tumeur que nous venions d'enlever était tellement revenue sur elle-même, qu'il semblait pour ainsi dire que le col de cet organe et son corps étaient presque à l'état normal.

Il coula un peu de sang; la malade avait été très affaiblie par des pertes rouges antérieures à mon opération. Je fis pratiquer le tamponnement dans la partie inférieure du vagin seulement; il fut enlevé quelques heures après: le sang ne reparut pas. De légères douleurs de reins survinrent: une saignée révulsive à 90 grammes (3 onces), pratiquée au bras, les enleva complètement. Il n'est survenu aucun autre accident. J'ai pratiqué le toucher le vingt-septième jour de l'opération: l'orifice inférieur de l'utérus offrait un peu de dilatation; abstraction faite d'une légère hypertrophie, le col et le corps de cet organe étaient à l'état normal. J'ai fait aussi un examen avec le spéculum, et je n'ai trouvé qu'une érosion légère siégeant dans l'orifice intérieur de la matrice. La malade n'éprouvait d'ailleurs aucune douleur. D'après les faits que nous venons d'exposer, il s'était développé très haut dans l'épaisseur des parois de la matrice, en avant, à gauche et en arrière, un polype ou une tumeur fibreuse qui avait dilaté une grande partie de l'organe, en même temps qu'il l'avait allongé; qu'il existait au-dessus de la tumeur un pédicule volumineux formé par le tissu de l'utérus lui-même; que si j'avais coupé ce pédicule à sa partie supérieure, j'aurais ainsi sacrifié au moins les trois quarts de la matrice. L'idée de pratiquer l'incision exploratrice qui m'a si heureusement réussi m'a été suggérée par quelques cas de tumeurs fibreuses ou de polypes peu volumineux que j'avais énucléés dans l'épaisseur du col de l'utérus. M. le Dr Soyer assistait à l'opération: j'ai eu beaucoup à me louer de sa coopération, ainsi que du zèle de mes aides, MM. Baud et Laroche.

Aujourd'hui, quarante et un jours après l'opération, nous avons touché la malade, le docteur Soyer et moi; le spéculum a été appliqué: nous n'avons vu ni senti aucune cicatrice sur le col utérin, dont l'érosion indiquée plus haut a entièrement disparu sous l'influence des injections faites avec l'eau végéto-minérale. La santé de l'opérée est parfaite; seulement la matrice offre un peu plus de volume qu'à l'état normal.

Il sort quelquefois par le vagin une tumeur plus ou moins volumineuse; son diagnostic est-il obscur? on pourrait gratter cette tumeur avec le bout de l'ongle à une certaine hauteur; si on lui faisait éprouver une légère solu-

FEUILLETON.

Débats judiciaires sur un cas de blessure au foie par un instrument piquant et tranchant; par M. SPERENZA, professeur de médecine à Parme.

Le 19 mars 1838, un cordonnier, nommé Giovanni Merlini, âgé de trente ans, bien constitué et bien portant, s'est pris de rixe et a reçu un coup de couteau au ventre, à huit heures du soir. Il s'est rendu à pieds à l'hôpital, qui était éloigné de 2000 pas environ. Le chirurgien de garde s'est borné à le panser à plat, sans prescrire aucun remède, malgré le trouble de ses fonctions physiques et morales.

Le lendemain matin, l'ayant mieux examiné, le même chirurgien a fait son rapport à l'intendant de l'hôpital en ces termes: « Blessure pénétrante de l'abdomen, avec issue d'une petite portion de l'épiploon et lésion probable du foie. »

Le même jour, le chirurgien de la salle ayant vu et examiné le malade, a fait le rapport officiel suivant.

« Blessure au bas-ventre, précisément à l'hypochondre droit, à deux travers de doigt au-dessous du bord antérieur des fausses côtes, légèrement triangulaire; offrant six lignes de longueur à l'angle supérieur, huit lignes environ à l'angle inférieur; à bords peu irréguliers; pénétrante dans la cavité, avec lésion du foie, près du ligament suspenseur, d'un pouce environ de longueur, s'étendant peut-être quelques lignes dans la substance du viscère, accompagnée d'un léger météorisme et de vomissement. Cette plaie, je la crois produite par un instrument pointu, tranchant, mal effilé, de forme non régulière; et comme elle est entrée dans la cavité et a lésé le foie, viscère important à la vie, je la juge dangereuse par elle-même. »

On pratique une saignée abondante et de l'huile de ricin que le malade a vomie. Une heure après on répète la saignée, et l'on administre un purgatif drastique que le malade vomit également. Le vomissement devient de plus en plus fréquent. Dans la soirée, le malade a le délire, est agité et triste; le vomissement persiste, il est bilieux; le météorisme augmente ainsi que la douleur à l'hypochondre: on diagnostique une inflammation du foie et du péritoine. Troisième saignée, lavemens purgatifs drastiques. Le malade paraît plus abattu à la suite de ces remèdes; le vomissement et le météorisme augmentent; aucune évacuation ventrale; le sang n'offre pas de couenne. On prescrit des lavemens de tabac et une quatrième saignée, sans effet avantageux.

Le 21, météorisme extrême, vomissemens incessans, constipation opiniâtre, sentiment de chaleur intérieure. On ordonne des cataplasmes émolliens, de la glace intérieurement: on suspend les autres moyens, vu l'état d'abattement du malade. Néanmoins, vers midi on pratique une cinquième saignée, le malade tombe en syncope; on cherche à le ranimer, mais il devient agonisant: on présume que l'inflammation passe à l'état de gangrène. Le malade est mort, 65 heures après la blessure, sans avoir perdu un seul instant connaissance de son état.

Autopsie judiciaire quarante-cinq heures après la mort. « Le cadavre n'offre aucune contusion ni ecchymose dans aucune région. A la partie antérieure du tronc, précisément au bas-ventre, à l'hypochondre droit, à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal, on voit une plaie placée longitudinalement, de figure triangulaire, à bords nets et égaux, pénétrant presque directement dans la cavité abdominale, sans donner issue à aucun corps. On ouvre le bas-ventre avec précaution et l'on constate que la plaie externe se prolonge beaucoup dans l'intérieur; le péritoine est percé dans l'étendue d'un pouce et demi. La cavité abdominale contient une certaine quantité de liquide ténu, roussâtre, mêlé à de la matière biliaire. Le foie offre le volume et la couleur naturelle. Vers le limbe du grand lobe de ce viscère, précisément à l'endroit qui répond au fond de la vésicule biliaire, existe une plaie de figure manifestement triangulaire, à bords égaux, de dix lignes de long, pénétrant dans toute la substance du viscère par sa face concave, où elle offre une largeur de huit lignes. La vésicule biliaire est turgescente et pleine de bile.

» L'estomac paraît congestionné; sa face interne, colorée en jaune, contient une petite quantité de matière chymeuse jaunâtre. La rate, les intestins, les reins, la vessie urinaire sont à l'état normal. On ouvre le thorax: tous les viscères et les gros vaisseaux sont sains. L'ouverture du crâne démontre les méninges très injectés, mais l'encéphale sain.

» L'examen minutieux de la blessure, sa profondeur, la lésion qu'elle a produite dans le foie, la matière biliaire qu'elle a extravasée, le désordre qui s'en est suivi dans les systèmes nerveux et vasculaires et dans le foie, tout cela nous conduit à penser et à affirmer sur notre conscience que la mort de Giovanni Merlin, a été *absolument et immédiatement* produite par la lésion occasionnée par l'instrument tranchant et piquant qui la blessé. »

Les débats de cette affaire ont eu lieu le 14 janvier 1837, devant les assises de cette ville. D'après le rapport des experts, l'accusé était considéré comme coupable d'homicide. La défense ayant demandé une seconde expertise pour apprécier les faits consignés au procès-verbal, M. Speranza a été mandé. Dans sa déposition, ce médecin a attaqué la conclusion des premiers experts; il était douteux, selon lui, que la blessure fût absolument et nécessairement mortelle, et il pensait que la mort devait être plutôt attribuée à des circonstances individuelles qui auraient rendu la blessure plus grave qu'elle ne l'était par elle-même. Un débat assez animé s'est engagé devant la cour entre les premiers experts qui soutenaient l'accusation d'homicide, et M. Speranza qui attaquait scientifiquement leur sentence.

Un premier argument présenté par M. Speranza était que le blessé ayant été frappé dans un moment de colère, son foie avait dû ressentir très vivement les effets de la lésion, l'observation lui ayant appris que dans de pareils momens les fonctions du foie sont troublées, sa couleur est changée, et la bile elle même est altérée. S'il est prouvé, dit-il, que la seule colère est capable de tuer, quel funeste changement ne peut-elle pas occasionner au physique et au moral, alors que le foie est blessé?

Le blessé, a-t-il ajouté, a parcouru à pied une distance de 2000 pas pour se rendre à l'hôpital. Or, si la blessure était par elle-même aussi dangereuse qu'on l'avait prétendu, la marche aurait dû aggraver l'irritation produite par l'instrument féroiteur, provoquer une grande congestion sanguine, donner lieu à un écoulement de liquides par la plaie, et peut-être aussi à une hémorrhagie mortelle. Cependant, on ne trouve parmi les symptômes mentionnés dans le premier rapport aucun des symptômes graves qui accompagnent ordinairement les épanchemens mortels de sang dans le bas-ventre, tels que vomissement de sang pur, froid général, épuisement des forces, petitesse excessive ou disparition du pouls.

Dans un cas de blessure au foie rapporté par Morgagni (Epître LIII), il s'agit d'un homme qui avait été frappé d'un coup de couteau, et qui a pu pourtant se rendre à pied à l'hôpital; en route il avait eu des vomissements, et aussitôt arrivé il éprouva un froid général, un abattement extrême, l'épuisement du pouls, et mourut une heure après en proférant à peine quelques mots.

Un autre argument sur lequel M. Speranza s'est arrêté est relatif à l'état de la plaie. Le chirurgien de garde avait dit dans son rapport que la plaie donnait issue à une petite portion d'épiploon; le chirurgien expert cependant qui avait fait son rapport

tion de continuité, elle devrait constituer un polype ramolli.

— La belle-sœur de l'un des médecins les plus distingués de Paris paraissait être affectée depuis long-temps d'un cancer utérin que beaucoup de chirurgiens avaient jugé incurable. Je vis la malade : il m'était impossible à l'aide du toucher de parvenir à la partie supérieure du vagin ; quoiqu'il existât des ulcérations profondes et même des végétations, la circonstance du toucher que je viens d'énoncer me fit douter de la certitude du diagnostic fâcheux porté par les hommes distingués qui m'avaient précédé. L'une de mes mains fut fortement enduite d'huile : je l'introduisis avec les précautions convenables dans le vagin ; je reconnus deux polypes pédiculés, l'un plus petit et non ulcéré était au dessus de l'autre. J'opérai, et la malade guérit.

Lorsque vous ne pouvez pas atteindre avec le doigt la partie supérieure du vagin, faites marcher la malade pendant une demi-heure ou une heure. L'exercice abaisse ordinairement un peu la matrice ; souvent alors le toucher parvient à la hauteur convenable.

Si vous ne touchez pas méthodiquement le col de l'utérus, un petit polype celluloso-vasculaire peut vous échapper. Appliquez le doigt au centre de l'extrémité inférieure de la matrice, et décrivez de dedans en dehors des zones, dont la seconde reposera sur la première, et la troisième sur la seconde ; en continuant de procéder ainsi jusqu'au-delà de l'insertion supérieure du vagin, toute erreur devient impossible.

Une dame était affectée d'un cancer utérin réputé incurable ; je partageai d'abord cette opinion émise par des chirurgiens très distingués. Il existait des pertes sanguines assez abondantes ; les végétations faisaient des progrès. Je conseillai de cautériser avec le proto-nitrate acide liquide d'hydrargire ; il sortit quelques jours après par le vagin des parties molles flétries, elles avaient le volume d'un petit œuf de poule. Je touchai de nouveau ; je trouvai sur la partie inférieure de la matrice une excavation de la profondeur d'un pouce au moins : mon doigt reposait sur un tissu mou, facile à déchirer. Je me demandai alors s'il s'agissait bien d'un cancer, et non pas d'une tumeur dégénérée dans la capacité de l'organe ; après y avoir mûrement réfléchi, et persuadé d'ailleurs que cette femme était vouée à une mort certaine si l'art ne tentait rien pour elle, j'explorai encore. Mon doigt indicateur fut appliqué le plus haut possible sur le côté gauche de l'excavation dont j'ai parlé ; je lui imprimai de légers mouvemens de va et de vient, je pressai doucement, je déchirai lentement. J'étais déjà parvenu à une assez grande profondeur, lorsque j'arrivai sur la paroi de la matrice ; je la sentis solide, lisse et polie comme quand on pratique la version du fœtus. Je procédai de la même manière pour les trois autres côtés de l'organe ; j'eus le bonheur d'obtenir les mêmes résultats. J'annonçai l'existence d'un polype.

Le lendemain, je saisis le col de la matrice avec une érigne de Museux ; je l'amenai à l'orifice inférieur du vagin, il y fut maintenu. J'introduisis mes doigts indicateur et médius dans l'utérus, j'y fis pénétrer la curette dont on se sert dans l'opération de la taille ; ainsi je pus extraire presque entièrement une tumeur molle en grande partie dégénérée, et plus volumineuse que le poing. Mais ce qu'il en restait encore était dur, fibreux, et implanté au sommet de la cavité utérine ; je le tordis, je l'arrachai avec des pinces à polypes des fosses nasales, je le coupai avec des ciseaux courbes sur le plat. Des injections faites à grande eau entraînèrent beaucoup de débris du corps fibreux. Le toucher permit de constater que tout avait été parfaitement enlevé. L'écoulement de sang fut très léger.

Des douleurs de reins survinrent. Je mis en usage les moyens indiqués plus haut ; ils réussirent. La guérison eut lieu. J'ai appris qu'une récidive est survenue douze ou quinze mois après ; j'ignore ce qu'est devenue la malade.

J'ai fait publier, il y a plus de quatre ans, dans la *Gazette des Hôpitaux*, l'histoire d'un polype volumineux, situé entièrement dans l'intérieur de la matrice ; il adhérait à presque toute l'étendue de sa face interne ; il fut impossible de le lier. Je l'enlevai avec des ciseaux courbes sur le plat : il n'y eut pas d'hémorrhagie. Il survint de légers accidens, qui cédèrent immédiatement aux moyens que j'ai indiqués dans cette note. La malade guérit. J'ai vu sa famille il y a peu de temps ; elle m'a assuré qu'il n'y avait pas eu de récidive.

Les inconvéniens de la ligature des polypes sont graves et nombreux. Presque toujours on l'applique en aveugle ; souvent les doigts ne peuvent pas l'accompagner assez haut, et souvent aussi elle est mise trop bas. Nous savons qu'il est des tumeurs polypeuses qui n'en meurent pas moins, comme quelques plantes, quand on les coupe à une certaine distance du sol ; mais l'expérience n'a-t-elle pas aussi démontré qu'un grand nombre de ces maladies repullule.

La ligature se déplace ou se rompt quelquefois.

La ligature embrasse assez fréquemment une portion de l'utérus, ce qui a toujours lieu lorsque le pédicule de la tumeur est essentiellement formé par le tissu de cet organe : alors il peut survenir de terribles accidens, quelle que soit la constriction du lien dont on sert. La pathologie et l'anatomie pathologique ont fourni des preuves multipliées de ce fait malheureux.

La ligature expose davantage que la section, les malades aux phlegmasies de l'utérus et du péritoine ; l'expérience a sanctionné cette proposition.

La ligature gangrène les tissus qu'elle a embrassés ; leur séjour dans les voies de la génération, les liquides putrides qu'ils fournissent ne sont pas sans danger.

Quand on pratique la section des polypes, les hémorrhagies sont extraordinairement rares ; d'ailleurs j'ai suivi long-temps la pratique de Dupuytren, j'ai coupé un grand nombre de ces tumeurs ; j'ai toujours vu jusqu'aujourd'hui, que le tamponnement bien fait rend le chirurgien facilement maître du sang. Comme l'illustre chirurgien que je viens de nommer, je préfère en général cette méthode ; je dis en général, car si des hémorrhagies antérieures avaient rendu la femme presque exsangue, la perte nouvelle même d'une petite quantité de sang pourrait être mortelle ; la ligature alors mériterait la préférence ; je la donnerais encore à ce moyen si le polype était renfermé assez profondément dans l'utérus, et si on pouvait le lier.

Un polype est-il trop mou pour résister aux tractions exercées sur l'érigne, saisissez le col de la matrice : j'ai bien souvent procédé ainsi ; je n'ai jamais vu encore survenir le moindre accident.

Les polypes peu volumineux peuvent être facilement détruits par le broiement exercé avec une pince à mors plats et assez larges.

Avant d'opérer les polypes, même cellulo-vasculaires, il faut avoir victorieusement combattu la sub-inflammation qui les complique souvent ; l'oubli de ce principe a causé bien des événemens funestes.

Défiez-vous de l'état parfait de santé que présenteront beaucoup de vos malades quelques jours après l'opération ; elles croiront à tort qu'elles sont guéries, car j'ai vu les moindres imprudences commises avant le toisième septénaire, produire des métro-péritonites dont vous connaissez tous les dangers.

Après les opérations de polypes, l'autopsie montre souvent qu'il existait dans la cavité de l'utérus ou dans les parois de cet organe d'autres tumeurs qui n'ont pas peu contribué à faire succomber les malades.

Les plaies qui résultent de l'ablation des polypes, ne se cicatrisent pas toujours facilement ; elles pourraient dégénérer si on ne les surveillait pas et si elles n'étaient pas convenablement traitées.

L'hypertrophie de l'utérus complique très fréquemment les polypes ; ceux-ci une fois enlevés, elle peut disparaître spontanément ; mais, prenez-y garde, elle augmente souvent. De là naît le principe de s'en occuper sérieusement.

Mais, presque toujours, les femmes qu'on opère ont été soumises à des pertes sanguines d'une plus ou moins longue durée ; voilà un puissant exutoire auquel la nature s'est accoutumée ; l'opération le supprime brusquement ; votre malade courra à de grands dangers ; si quand elle aura réparé ses forces, vous n'employez pas les évacuations sanguines et ces soins hygiéniques propres à conjurer l'orage et à la préserver des congestions sanguines viscérales auxquelles elle est éminemment exposée. Suivez ces préceptes, et grâces à l'alliance heureuse de la médecine et de la chirurgie, trop negligée même aujourd'hui, vous ne verrez guère quelques jours de triomphe se changer en un jour de deuil.

J. Lisfranc.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. J. Cloquet.

(M. H. Larrey, suppléant.)

Hydropisie enkystée des ovaires; complication d'ascite.

R..., âgée de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu d'enfans ni fait de fausses couches, a été réglée pour la première fois à quatorze ans ; elle l'avait toujours été jusqu'à vingt-deux ans, époque à laquelle se déclara sa maladie.

A quinze ans elle eut la fièvre jaune, et depuis lors des fièvres intermittentes pendant deux ans, avec un engorgement de la rate qui se dissipa ensuite.

A vingt-deux ans, elle éprouva de violens chagrins ; ses règles se dérangèrent, elle ressentit des douleurs sourdes dans l'hypochondre gauche ; ces douleurs persistèrent quelque temps ; le ventre commença à se tuméfier, et dans l'espace de deux mois il atteignit un volume assez considérable et assez gênant pour exiger la ponction.

Cette simple opération fut faite du côté gauche, le liquide ne fut évacué qu'incomplètement, et le côté droit resta volumineux. Ce fut après cette première ponction que ses règles se supprimèrent complètement.

Depuis cette époque on a fait vingt-une ponctions. Dans les six premiers mois, on évacuait le liquide tous les dix ou quinze jours. De ces vingt-une ponctions, treize ont été faites du côté droit, quatre du côté gauche et trois par le vagin. Ces dernières, pratiquées par M. Nonat, ont chaque fois évacué presque tout le liquide enkysté. Après la dix-septième ponction, la malade fut exposée à un courant d'air ; bientôt il survint des symptômes de péritonite as-

e

le même jour ne faisait aucune mention de cette circonstance. Je voyais dans cette circonstance, dit l'auteur, une différence essentielle entre ces deux rapports, puisque cette condition pouvait avoir une grande influence sur l'état de la plaie. Je demandai en conséquence si ce prolapsus avait réellement existé, et, dans le cas d affirmative, s'il avait eu lieu à l'instant même de la blessure par l'effet du mouvement du corps, ou bien dans le courant de la nuit que le malade avait passée à l'hôpital. Les rapports auraient dû en faire mention, et si la réduction avait été opérée, le second chirurgien devait non-seulement la mentionner, mais encore dire s'il s'était assuré que la réduction eût été complète. Que si la réduction n'eût pas été opérée, ou qu'étant opérée l'épiploon fût ressorti de nouveau, je constatai là, dit M. Speranza, non-seulement une omission grave dans le rapport, mais encore une réunion incomplète de la plaie dans le pansement. Cette réunion incomplète résultait évidemment même dans le cas où on aurait soutenu que le prolapsus aurait eu lieu durant le séjour du blessé à l'hôpital.

Argumentant sur ces données, M. Speranza trouvait que l'épiploon avait été réduit plusieurs fois, et que ces entrées et issues répétées avaient dû singulièrement aggraver l'état du blessé, provoquer l'inflammation ou exaspérer celle qui existait déjà.

Abordant ensuite la valeur du mode de traitement que le blessé avait subi, M. Speranza trouvait qu'aucun secours préventif des accidens ne lui avait été administré pendant les premières douze heures de son entrée ; une nuit entière s'est passée effectivement sans rien faire, et ce n'est que le lendemain qu'on a songé à le saigner et à lui administrer des remèdes réputés purgatifs. Or, ce retard dans les secours thérapeutiques a été très préjudiciable au malade ; il lui a été funeste, surtout à cause de l'état d'exaltation morale dans laquelle se trouvait son organisme, et qui s'est prolongée jusqu'au lendemain. Dans les blessures, ajoute M. Speranza, la réussite du traitement dépend souvent de la promptitude de son application. « Il n'est pas rare, dit-il, d'après Tortosa, de voir les blessures non absolument mortelles se terminer fatalement, faute d'un prompt secours. (Instituz. di med. foran., t. II, chap. 4.) »

En outre, le blessé a été transporté le lendemain d'une salle à une autre ; or, ce transport a pu contribuer à aggraver son état, vu la position délicate où il se trouvait et la nécessité absolue de repos dans laquelle était son organisme. De sorte que la rixe, la colère, le voyage à pied, les manœuvres réductives de l'épiploon, le retard des secours thérapeutiques, le transport d'une salle dans une autre, tout cela a pu contribuer a empirer son état local et général, sans faute de l'accusé. « On pourrait peut-être croire, dit M. Spéranza. que j'ai voulu faire valoir ces argumens pour être utile à l'accusé : je dois protester contre une pareille supposition ; mon devoir, ma conscience exigeaient de ne pas servir un principe d'injustice dans le sanctuaire même de la justice. »

Passant ensuite à l'appréciation des lésions nécropsiques, l'auteur s'est trouvé aussi en désaccord avec les conclusions du premier rapport ; il ne voit pas dans la blessure les conditions d'une lésion absolument mortelle par elle-même. Il s'attache à prouver, par une foule de citations et de faits, que les blessures du foie ne sont absolument mortelles par elles-mêmes qu'autant qu'elles sont accompagnées de rupture de l'organe, de lésion des gros vaisseaux de ce viscère, ou capables de produire une abondante hémorrhagie, ou de la vésicule ou des canaux biliaires. Or, rien de pareil n'existait chez le sujet en question. En conséquence sa mort ne doit être attribuée qu'à des circonstances malheureuses secondaires, dont les blessures n'auraient pas été la cause immédiate. Ajoutons que ni le foie, ni le péritoine, ni le tube intestinal, ni aucun autre viscère n'étaient manifestement enflammés. Il fallait donc remonter à d'autres causes pour expliquer la mort, et ces causes n'existaient certes pas dans la blessure elle-même, puisque celle-ci ne pouvait causer la mort que de deux manières, par épanchement ou par inflammation consécutive. La question se réduisait donc à ceci : Une blessure par arme piquante qui intéresse le foie dans l'étendue de dix lignes, sans léser ni gros vaisseaux, ni nerfs considérables, ni conduits biliaires, ni la vésicule du fiel, ni être accompagnée d'épanchement soit de sang, soit de bile, et qui n'est pas suivie d'inflammation intense, peut-elle être considérée comme mortelle par elle-même ? Posée de cette manière la question ne pouvait être résolue que par la négative.

« Pour qu'une blessure puisse être jugée absolument et immédiatement mortelle par elle même, il faut qu'on retrouve dans l'examen attentif du cadavre une relation immédiate entre la cause et l'effet. » (*Barzallotti, Lezione di medicina legale.*)

Les adversaires de M. Speranza cependant ont eu recours au trouble des fonctions du foie et du système nerveux occasionné par la blessure pour expliquer la mort ; mais n'est-il pas évident, dit M. Speranza, que d'après ce système, presque toutes les blessures seraient indistinctement mortelles par elles-mêmes, puisque ce même trouble se rencontre à-peu-près dans tous les cas ! Il existe d'ailleurs des cas de blessures du foie parfaitement cicatrisées et guéries. Un maniaque se donna, dans un accès de folie, dix-huit coups de couteau dans le ventre, dont huit pénétraient ; il tomba en syncope et on le crut mort. Il en revint cependant et guérit. Une année après il se précipita par une fenêtre et mourut.

A l'autopsie, on examina toutes les cicatrices des anciennes plaies, parmi lesquelles une pénétrait dans la substance du foie. Le docteur Folchi de Parme, ayant été consulté également par la défense, a été tout à fait de l'avis de M. Speranza. Il a adressé son mémoire à M. Melloni, à Paris, avec prière de consulter quelques chirurgiens ; M. Breschet a répondu dans les termes suivans : « La lecture de ce rapport me porte à croire avec le docteur Folchi, et contre le rapport des experts, que la blessure du foie, considérée sous les rapports avec la vie de Merlini, présente toutes les conditions convenables pour être jugée guérissable ; que considérée avec la mort du même Merlini, elle manque de toutes les conditions qui pourraient la faire considérer comme cause absolue et immédiate de la mort. »

M. Speranza se demanda enfin avec raison si le traitement dynamique suivi par le chirurgien dans le but de combattre une inflammation qui n'existait pas, et de prévenir une gangrène diagnostiquée et partant démentie par l'autopsie, traitement qui a consisté en cinq saignées abondantes coup sur coup, en purgatifs drastiques et en lavemens de tabac, n'aurait pas été la cause de la terminaison fatale de la blessure, surtout les lavemens de tabac dont on connaît l'énergique action hyposthénisante. Il cite plusieurs cas de mort occasionnée par ce moyen. En Angleterre, où les lavemens d'infusion de tabac sont prescrits contre plusieurs maladies, on a vu assez souvent des accidens formidables par leur usage.

Malgré ces raisonnemens et ces faits dont la justesse saute aux yeux des hommes compétens, l'opinion des premiers experts a prévalu dans l'esprit des juges. « La Cour a déclaré l'accusé coupable de violences volontaires, qui ont par elles-mêmes causé la mort de Merlini. En conséquence, elle l'a condamné aux travaux forcés à perpétuité et aux dépens. Ce jugement a été confirmé par la Cour de cassation. »

(*Annali universali di medicina*, 8 octobre 1840.)

— Voilà encore un nouvel exemple de triomphe de la présomption et de l'ignorance sur la véritable science. Il n'est pas un chirurgien qui ne soit frappé de l'inexactitude et de la légèreté déplorable du jugement des premiers experts. Il fallait rien

sez intense, qui se dissipèrent cependant après huit jours de traitement.

Des renseignemens obtenus ultérieurement nous apprirent que cette femme avait eu une vie dissolue, et qu'elle s'était livrée surtout aux excès du coït; de là sans doute une ovarite aiguë passée ensuite à l'état de chronicité avec dégénérescence.

Entrée le 11 août 1840 à l'hôpital des Cliniques, elle présentait l'état suivant :

Sa santé était bonne ; il n'y avait aucun signe de lésions organique ; ses fonctions étaient intactes ; ses règles avaient reparu depuis trois mois.

Le ventre, volumineux, saillant, inégal, dur, indolore, présentait à sa partie supérieure la fluctuation ordinaire de l'ascite. Sur le côté droit de l'abdomen, se montrait d'abord, en relief, une tumeur à base peu circonscrite, pouvant avoir quatre pouces de diamètre, un peu bosselée, dure, et adhérente aux parois de l'abdomen (cette tumeur s'était développée après la dix-septième ponction, en même temps que les symptômes de péritonite, et n'avait subi aucun changement sous l'influence d'un vésicatoire que M. Cruveilhier avait fait appliquer pour en obtenir la résolution.

Au-dessous de cette tumeur, et toujours du côté droit, on en sentait une autre plus volumineuse, moins dure, placée plus profondément, sortant de la fosse iliaque. Une tumeur semblable existait aussi du côté gauche, et remontait jusqu'aux fausses côtes. M. H. Larrey diagnostiqua une hydropisie ascite une tumeur fibreuse des parois abdominales et des kystes des ovaires.

Le 21 août, afin de confirmer ce diagnostic par l'évacuation du liquide épanché dans le péritoine, il fit, à gauche de l'abdomen, une ponction qui donna issue à une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent, et permit une exploration plus complète par le vagin, le rectum et les parois abdominales.

La malade, mise ce jour-là à la diète, fut cependant prise le lendemain d'un malaise général, de céphalalgie, de douleurs lancinantes dans les reins et dans les environs de la ponction ; le pouls devint petit et serré ; le ventre, douloureux à la pression dans certains points, dénotait une péritonite partielle. 4 ventouses scarifiées à la région lombaire ; cataplasmes sur l'abdomen ; lavement émollient ; julep gommeux ; diète d'alimens.

Le 23, les accidens étaient dissipés ; quelques douleurs persistaient encore du côté gauche. Nouvelle application de ventouses.

Les jours suivans, les douleurs disparurent complètement, et pendant près d'un mois l'état de la malade ne présenta rien de particulier. Le ventre avait repris son volume primitif.

Le 17 octobre, la tumeur située dans les parois abdominales était plus saillante que lors de l'entrée de la malade ; les autres tumeurs paraissaient aussi remonter plus haut dans l'abdomen, et déterminaient parfois beaucoup de gêne.

M. H. Larrey pratiqua alors une nouvelle ponction à gauche, et donna issue à six litres de sérosité sanguinolente plus foncée que la précédente fois.

Après cette ponction, la malade fut calme, ne se plaignit d'aucune douleur, et passa une partie de la journée tout à fait bien. Mais le soir, s'étant procuré des alimens, malgré la recommandation expresse de M. H. Larrey, elle fut prise, immédiatement après leur injection, des symptômes d'une péritonite intense avec quelques vomissemens. 25 sangsues sur l'abdomen ; cataplasmes.

Le lendemain le faciès était altéré, les yeux caves, les pommettes saillantes, les lèvres violacées, le ventre très douloureux à la pression ; les vomissemens bilieux qu'elle avait eus la veille continuaient ; la soif était vive ; le pouls serré et si fréquent, qu'il était presqu'impossible d'en compter les battemens. Saignée du bras de une palette ; grand bain ; cataplasme sur l'abdomen ; tisane rafraîchissante ; diète.

Malgré ce traitement, la violence des symptômes ne fit que s'accroître et la malade succomba à six heures du soir.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — Le cerveau, les poumons et le cœur ne présentent rien d'anormal.

L'abdomen contient à peu près trois litres de sérosité sanguinolente mêlée de pus. Le péritoine est enflammé dans toute son étendue, mais principalement vers la région ombilicale. Le lieu dans lequel la ponction a été faite ne paraît nullement être le point de départ de cette inflammation. Les circonvolutions intestinales sont tapissées par une fausse membrane jaunâtre, peu consistante ; il n'existe aucun indice qui puisse faire croire que les intestins aient été blessés par le troquart.

Entre le péritoine et le muscle transverse de l'abdomen se trouve la tumeur dont nous avons déjà parlé ; elle est arrondie, un peu aplatie, dure et entièrement formée de matière encéphaloïde.

Le foie est refoulé en haut, recouvert d'une fausse membrane très épaisse qui l'unit intimement au diaphragme dans presque toute sa portion convexe ; dans un point cependant où il n'y a pas d'adhérences, se trouve un amas assez considérable de matière crétacée granuleuse. Sa consistance est normale ; sa couleur est celle de la rate, mais un peu plus claire.

La rate est un peu atrophiée, couverte d'une fausse membrane très épaisse.

Le rein gauche est un peu atrophié, les calices et le bassinet sont très développés, l'uretère a sa capacité normale.

Le grand épiploon est revenu sur lui-même et assez dur ; il contient entre ses lames plusieurs petits kystes et une tumeur du volume d'une noix, formée de matière encéphaloïde, ayant un kyste à son centre.

Les intestins occupent la moitié supérieure de l'abdomen ; le colon descendant, arrivé au lieu où il se replie pour former l'S iliaque, change de direction, passe sur les tumeurs du bassin d'abord d'arrière en avant, contourne le sommet de gauche à droite, redescend dans un sillon formé par les tumeurs et s'engage dans le petit bassin. Dans tout ce trajet, cet intestin intimement uni aux parois des tumeurs, a peu de capacité.

La cavité du bassin est entièrement remplie par deux tumeurs arrondies unies ensemble et ne paraissant en former qu'une, si ce n'est en haut et un peu en arrière où elles sont séparées par un sillon peu profond, dans lequel j'ai déjà dit qu'était logé le rectum. Ces tumeurs réunies, plus grosses que la tête d'un adulte, proéminent dans l'abdomen. Les parois sont assez épaisses, résistantes, de nature fibreuse. Elles contiennent une grande quantité de liquide verdâtre analogue à de la bile.

La paroi interne est blanche, rugueuse, incrustée de matière crétacée principalement à la partie inférieure. Dans le kyste du côté gauche existe une tumeur pédiculée du volume du doigt, adhérente, et paraissant formée d'hydatides.

A la partie inférieure de ces deux kystes en existent plusieurs autres petits soit uniloculaires, soit multiloculaires ; les uns contiennent un liquide analogue à celui des grands kystes, d'autres seulement de la sérosité limpide. Un de ces kystes, situé à la partie antérieure, contenait de la sérosité opaline dans laquelle étaient suspendus de petits flocons jaunâtres, semblables à des paillettes d'or.

La vessie avait à peu près sa capacité normale ; le vagin ne présentait rien de remarquable. L'utérus était peu développé. Malgré tout le soin que nous avons apporté dans la dissection, il ne nous a pas été possible de suivre les trompes de Fallope, et de reconnaître les ovaires, dont les loges dilatées par la sérosité formaient probablement les kystes que je viens de décrire.

Cette observation nous a paru assez intéressante, complétée surtout par son funeste résultat, pour être rapportée avec quelques détails ; elle a fourni à M. H. Larrey matière à certaines considérations cliniques sur les causes, les symptômes, la marche et la terminaison des maladies des ovaires, mais sans autres particularités notables pour ce fait que la vérification du diagnostic et la nature des altérations pathologiques.

Mémoire sur une nouvelle méthode d'opérer les cataractes capsulaires secondaires, en en pratiquant l'extraction par la sclérotique; par le docteur Sichel.

La cataracte capsulaire secondaire est une des suites les plus fréquentes de l'opération de la cataracte, soit par extraction, soit surtout par abaissement. Dans notre *Traité de l'ophthalmie, de la cataracte et de l'amaurose* (p. 606), nous avons exposé les causes qui favorisent sa production, les précautions qu'il faut employer pour l'éviter, et la manière de l'opérer par l'abaissement ou par l'extraction par la sclérotique. Nous n'avons pas caché les difficultés que présente son abaissement, ni le danger qui peut accompagner son extraction, lors même que celle-ci n'est pratiquée que par une ponction peu large de la cornée. Ce danger augmente surtout dans les cas où des ophthalmies violentes, opiniâtres ou fréquentes, ont précédé ou suivi l'opération de la cataracte primitive. L'extraction par la cornée est surtout à craindre quand il y a des adhérences, des rétrécissemens pupillaires, des opacités partielles de la cornée, ou une très grande disposition de cette membrane à l'inflammation. On doit surtout éviter ce procédé opératoire quand on a pratiqué l'opération de la cataracte sur un seul œil, plutôt pour remédier à une difformité que pour remplir des indications plus positives, circonstance qui se présente quelquefois, non-seulement en ville, mais même dans les cliniques, comme le prouveront deux cas que nous rapporterons plus bas.

L'opération de la cataracte capsulaire secondaire par abaissement devient surtout très difficile et souvent tout-à-fait impossible, lorsque la membrane opaque est adhérente à l'iris dans un ou quelques points seulement. Alors elle s'abaisse incomplètement, remonte toujours quand elle est adhérente à la partie inférieure de l'iris ; ballotte derrière la pupille qu'elle obstrue en partie ou flotte dans cette ouverture, quand elle est attachée à son bord supérieur. Souvent des lambeaux capsulaires fort petits et incomplètement opaques produisent dans ces circonstances des effets auxquels on ne devrait pas s'attendre, et rendent la vue si faible, que des objets de dimension moyenne ne sont pas nettement perçus même à l'aide de lunettes d'une puissance grossissante considérable. Tous les essais qu'on

---

moins qu'une présomption à toute épreuve, pour ne pas se rendre aux raisonnemens sages et pleins de justesse de M. Speranza. Pourtant les experts fiscaux ont obtenu gain de cause contre la véritable science, et l'on a mis sur le compte de l'accusé une mort qu'on doit en grande partie à l'ignorance du chirurgien qui a soigné le blessé. Quelle était donc l'indication qu'il s'était proposé de remplir par les lavemens de tabac dans le traitement d'une blessure abdominale ? Quel avantage pouvait-il retirer de l'administration à outrance des drastiques ? Il est impossible de ne pas reconnaître dans cette médication l'ignorance la plus complète des plus simples notions de la chirurgie et de l'action des médicamens énergiques ; et si une accusation capitale devait être portée dans cette fin tragique, c'est peut être contre l'auteur de cette conduite, car il est très probable qu'il n'en fallait pas davantage pour produire la mort prompte d'un homme blessé depuis peu que de le saigner à outrance, et de lui administrer aussitôt après des drastiques violens et des lavemens de tabac coup sur coup. Sir A. Cooper a vu deux personnes mourir avec une promptitude effrayante, pour avoir pris chacune un lavement fait avec une infusion d'un à deux gros de feuilles de tabac.

Il est impossible d'admettre que le trouble des fonctions du foie et du système nerveux causé par la blessure du foie soit une condition capable d'expliquer la mort, alors que l'on voit les mêmes lésions traitées méthodiquement se terminer par la guérison. On peut donc dire que la véritable question qui formait la base du jugement a été méconnue dans ce cas, et la vérité par conséquent trahie par une fausse science. D'où viennent ces abus monstrueux qu'on rencontre à chaque instant dans les expertises médico-légales ? On s'improvise aujourd'hui médecin - légiste comme on se fait sur-le-champ urétrotomiste, oculiste, ténotomiste ou orthopédiste. Un diplôme, un peu d'audace, des affiches dans les journaux, un ruban à la boutonnière, quelques autres accessoires, comme de savoir pendre quelques cadavres et surtout du savoir faire, tels sont les élémens les plus indispensables de succès.

Les questions les plus ardues de la chirurgie et de l'obstétrique légales se trouvent ainsi souvent entre les mains d'hommes tout-à-fait incompétens, elles sont tranchées à tort et à travers, la vie et l'honneur des citoyens confiés au caprice, à l'ignorance, à l'intérêt, à l'amour-propre, et la société elle-même qui a institué les lois pour la sûreté de tous est dupe de ces manèges déplorables. Quand on réfléchit aux connaissances immenses d'anatomie, de physiologie, de chirurgie, d'osbtétrique que réclame l'exercice de la médecine légale ; quand on songe à l'étendue presque insaisissable de chacune de ces branches, on est vraiment effrayé de voir parfois des hommes à peine versés dans ces études se mêler de décider d'un coup de plume, du fond de leur cabinet, les questions les plus complexes, quelquefois même les plus inextricables de médecine légale. Qu'importe qu'on condamne un innocent, qu'on charge d'homicide un homme coupable seulement de blessure simple ; c'est là une victoire aux yeux des spécialistes !

Nous n'appliquons à personne ces remarques générales.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Vous insérâtes l'an dernier dans votre Journal une série de lettres qui vous furent adressées par M. Magendie et par moi à propos de deux communications qu'à la même époque ce physiologiste fit à l'Académie des sciences : l'une était relative aux propriétés des racines des nerfs spinaux, l'autre aux propriétés des faisceaux de la moelle épinière. Dans la première, M. Magendie établissait : 1° que les racines antérieures sont sensibles ; 2° qu'elles empruntent leur sensibilité aux racines postérieures, qui elles-mêmes la puisent dans le faisceau postérieur de la moelle. Dans la seconde communication, il affirmait qu'un genre d'influence analogue a lieu entre les faisceaux de la moelle épinière, c'est-à-dire que son faisceau antérieur est doué de sensibilité; mais que celle-ci, émanée du faisceau postérieur, est transmise au premier par l'intermédiaire des deux racines. Une partie du deuxième volume des *Leçons sur les fonctions du système nerveux* est destinée à l'exposé de ces résultats.

Loin de rappeler, comme alors, mes prétentions à la découverte de l'un de ces faits, aujourd'hui que j'ai multiplié et varié les expériences sur ce point de physiologie, je viens combattre ces mêmes faits comme erronés, qu'on les regarde comme la propriété de M. Magendie ou la mienne. Le culte dû à la vérité exige qu'on ne craigne jamais de revenir sur une erreur commise.

Dix-sept chiens furent mis en expérience : sur chacun d'eux j'expérimentai sur les racines de dix nerfs rachidiens, ce qui équivaut à 170 répétitions de la même expérience, et constamment « les racines antérieures et les faisceaux correspondans de la moelle ont été insensibles aux irritations mécaniques de toutes sortes, tandis que les racines postérieures et les faisceaux médullaires postérieurs s'y sont toujours montrés extrêmement sensibles. »

M. Magendie, à la page 369 du deuxième volume de son Journal de physiologie, dit avoir obtenu, par l'action du galvanisme, des contractions avec les deux sortes de racines préalablement coupées.

En appliquant alternativement les deux pôles d'une pile de vingt couples aux deux sortes de racines mises dans les mêmes conditions, nous suscitâmes les convulsions les plus violentes en agissant sur les racines antérieures ; tandis que jamais il ne se manifesta même la moindre trace de convulsions en expérimentant sur les racines postérieures. Il n'est peut-être pas sans intérêt de faire remarquer que, dans ces dernières expériences, nous prîmes toujours la précaution d'isoler, à l'aide d'une lame de verre, les deux ordres de racines.

Qu'on emploie donc les irritations mécaniques ou galvaniques, les phénomènes sont si constans, si tranchés, que, sous le rapport de la certitude de leur résultat, je ne crains pas d'affirmer que ces expériences peuvent prendre place à côté des meilleures que la physique possède. Elles démontrent de la manière la plus absolue combien sont distinctes les propriétés des racines des nerfs spinaux, et elles confirment une des plus importantes vérités de la physiologie.

Du reste, je m'engage à répéter ces expériences publiquement à l'Ecole pratique, devant les personnes qui prennent quelque intérêt à cette question, qui est encore l'objet de tant d'opinions divergentes.

Agréez, etc. Ach. Longet, d.-m.-p.,

Professeur particulier d'anatomie et de physiologie.

Samedi 21 novembre.

— *Nota.* M. Longet fera de nouveau ces mêmes expériences mercredi prochain, à midi (heure de son cours public), dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

M. le Dr Place ouvrira le mercredi 25 de ce mois, à 7 heures très précises, au Musée phrénologique, rue de Seine-Saint-Germain, 37, un Cours de phrénologie, qui sera continué les lundis, mercredis et vendredis. Chaque lundi, à la suite de la leçon de phrénologie, M. le Dr Belhomme fera une conférence sur les localisations cérébrales et les maladies mentales. La première conférence aura lieu le lundi 30 courant.

fait pour abaisser ou pour détacher de pareilles capsules ou lambeaux de capsule flottans sont vains ; la membrane opaque mobile et extrêmement légère fuit devant l'aiguille, ou revient à sa position primitive dès qu'on retire l'instrument, bien qu'elle ait été déplacée latéralement ou abaissée. Dans ces cas, j'ai souvent obtenu un succès complet par un expédient particulier : je poussais la capsule opaque et mobile derrière le bord pupillaire le plus rapproché de l'adhérence, et je réitérais cette manœuvre jusqu'à ce que l'opacité ne reprît point ou ne reprît plus qu'incomplètement sa place primitive ; puis j'enjoignais au malade de se tenir soigneusement couché sur le côté vers lequel j'avais poussé sa membrane. Par son poids seul, quelque petit qu'il soit, la capsule mobile s'abaisse alors davantage et se tient abaissée latéralement ; elle devient adhérente à la surface postérieure de l'iris, et ne remonte plus quand le malade, après quelques jours de décubitus sur le côté, se couche sur le dos ou reprend la position verticale. A l'aide de ce procédé simple, j'ai souvent eu un succès complet ; malheureusement il ne réussit pas toujours. Il faillit : 1° quand le lambeau capsulaire est trop petit, ou adhérent à un point du milieu de la marge pupillaire et trop éloigné des bords latéraux ; 2° lorsque la capsule présente plusieurs adhérences trop intimes que l'aiguille ne peut pas détacher ; 3° lorsque la capsule est flottante et retenue par un seul filament long, très mince et extensible, que l'aiguille ne parvient pas à rompre. Dans ces cas, l'extraction devient indispensable ; mais il s'agit d'éviter les dangers attachés à la section et même à la ponction très limitée de la cornée, quand cette ponction doit nécessairement être suivie de l'introduction, quelquefois réitérée, d'instrumens mousses, tels que des crochets ou des pinces dont les manœuvres froissent plus ou moins les lèvres de la plaie, et produisent une tendance à la suppuration et à la formation de cicatrices plus ou moins épaisses, opaques, étendues et difformes.

L'extraction de la cataracte capsulaire secondaire par la cornée devient toujours très épineuse à cause de la difficulté de charger d'avant en arrière, à l'aide de la pince ou de l'érigne, la membrane opaque non adhérente ; elle fuit le plus souvent en arrière, et n'est saisie qu'après beaucoup de tentatives infructueuses. Une procidence de l'iris suivie de staphylôme de cette membrane, d'irrégularité, de rétrécissement, voire même quelquefois d'oblitération de la pupille, peut être la suite fâcheuse de cette méthode. Pour éviter d'une manière sûre ces inconvéniens, nous avons souvent songé à pratiquer l'extraction de la capsule opaque par la sclérotique.

On sait que Bell et Earle, en Angleterre, M. Quadri en Italie, et dernièrement encore M. Siro-Pirondi en France, ont proposé et exécuté sur le vivant, à l'exception de ce dernier, l'extraction de la cataracte lenticulaire primitive par la sclérotique. Si leurs essais n'ont pas eu un succès suffisant pour encourager d'autres chirurgiens à les imiter et pour empêcher les trois premiers de ces chirurgiens d'abandonner cette méthode, cela semble tenir en partie aux inconvéniens généraux d'une vulnération assez étendue du globe oculaire, de l'inflammation qui doit s'en suivre et de la sortie d'un corps volumineux comme le cristallin entre les lèvres de la plaie. D'autre part, le danger de cette méhode m'a paru résulter de la direction verticale donnée à la section de la sclérotique par les chirurgiens qui l'ont pratiquée sur le vivant. Il en est résulté, en effet, que les contractions du muscle droit externe éloignent toujours la lèvre externe de la plaie de l'interne qui est adhérente à la cornée ; que ces contractions, comprimant en même temps les humeurs contenues dans la coque oculaire, leur communiquent une tendance à s'échapper par les lèvres de la plaie, circonstances fâcheuses, dont la réunion doit puissamment augmenter les chances d'inflammation, de suppuration et de fonte de l'œil.

Il devra en être autrement, me dis-je, si, au lieu d'un cristallin volumineux, *on n'extrait qu'une capsule mince* ou un lambeau de cette membrane ; si, au lieu d'une section étendue, *on ne fait qu'une ponction le plus limitée possible*, et si, en outre, au lieu de verticalement, l'ouverture de la membrane fibreuse est faite *transversalement*, parallèlement aux fibres du muscle droit externe, dont les contractions alors n'écarteraient plus l'une de l'autre les lèvres de la plaie.

L'hyaloïde étant toujours plus ou moins déchirée, et le corps vitré plus ou moins ramolli ou liquéfié par suite des opérations de cataracte pratiquées à l'aiguille, je pensai qu'il serait nécessaire, en même temps, de pratiquer la ponction de la sclérotique *le plus haut* possible ; qu'on devrait choisir *les pinces les plus fines*, éviter tout mouvement brusque, trop étendu de cet instrument, dans la crainte de produire à la fois un écartement trop considérable des lèvres de la plaie et une contraction soudaine et trop violente des muscles oculaires. Par ces moyens on préviendrait une perte trop grande des liquides contenus, perte suivie d'affaissement de l'œil avec ou sans inflammation violente. Je me proposai, en conséquence, de mettre ce projet à exécution à la première occasion favorable qui ne tarda pas à se présenter, comme on le verra dans l'observation première.

Les quatre observations suivantes, pratiquées dans la même quinzaine avec un succès complet, prouveront que cette nouvelle méthode opératoire, exécutée d'après les règles que j'avais tracées *à priori*, a en effet les avantages que je lui supposais, et qu'il est permis d'espérer qu'après des essais répétés, on la reconnaîtra pour une acquisition réellement utile dans le domaine de la chirurgie. Ajoutons que cette méthode sera applicable toutes les fois que l'abaissement de la cataracte capsulaire secondaire sera impossible, à l'exception toutefois des cas d'adhérences trop étendues et trop intimes et de rétrécissement pupillaire notable, cas dans lesquels il faudra avoir recours à l'opération de la pupille artificielle.

(*La suite à un prochain numéro.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Richerand.

(Sixième séance publique. — Lundi 23 novembre.)

MM. Hguier, Lenoir et Robert ont été désignés par le sort pour lire leurs compositions.

Ici se termine cette épreuve, dont nous rendrons compte prochainement.

Jeudi 26, MM. les compétiteurs se réuniront pour tirer au sort les noms des orateurs qui traiteront oralement, après vingt-quatre heures de préparation, une question désignée également par le sort. La première séance de cette deuxième série d'épreuves aura lieu vendredi prochain.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 26 NOVEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 140, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Service de M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Opération de strabisme. Nouveau mode opératoire fondé sur des considérations toutes pratiques.

Le strabisme, vous le savez, dit M. Baudens, consiste dans la déviation du globe de l'œil par suite du défaut d'harmonie ou d'équilibre entre les puissances musculaires destinées à opérer les mouvemens. Le muscle droit interne a-t-il une prédominance d'action, le globe de l'œil se porte en dedans et donne lieu au strabisme convergent? est-ce le muscle droit externe qui l'emporte sur le précédent, vous avez le strabisme divergent. Le strabisme dit *l'horrible* a lieu quand, par un excès de puissance de la part du muscle droit supérieur, le globe de l'œil est tiré en haut, tandis que l'œil opposé est tiré en bas. De cette notion sur la cause du strabisme à la ténotomie devenue aujourd'hui générale, et appliquée à presque toutes les parties du corps avec une hardiesse dont le succès seul est plus surprenant encore, il n'y avait plus qu'un pas à faire.

M. Guérin avait depuis long-temps établi que le strabisme ne reconnaît d'autre cause que l'inégale répartition de puissance entre les muscles moteurs oculaires. Comme conséquence naturelle de sa théorie générale sur les difformités du squelette, il avait pensé que la section des muscles, qu'il a généralisée pour toutes les affections de la même origine, serait aussi applicable au traitement des déviations oculaires; mais la crainte, a-t-il dit, d'agir sur un organe si voisin du cerveau, d'une texture complexe, et dont la moindre altération de tissu peut porter du trouble dans les fonctions de l'œil, la crainte surtout de laisser exposé à l'air la plaie nécessaire pour faire la section musculaire, avait jusqu'en ces derniers temps paralysé ses efforts curatifs.

De son côté, M. Stromeyer, digne continuateur des travaux du célèbre et infortuné Delpech sur la ténotomie, se livrait en Allemagne à des essais multipliés sur le cadavre, et de sa voix puissante, répétée par les échos de la presse médicale de Berlin, faisait connaître un mode opératoire qu'il avait créé pour la section des muscles de l'œil.

M. Dieffenbach, dont le nom vous est connu, s'est emparé des idées théoriques de son compatriote, et les a mis en pratique avec tant de succès et de persévérance, qu'en peu de mois il fit cette opération 218 fois.

M. Dieffenbach est donc le premier qui ait opéré le strabisme sur une grande échelle, le premier qui par sa pratique soit venu sanctionner des idées dont l'originalité théorique ne lui appartenait pas. Si à M. Civiale, qui n'a pas inventé la lithotritie, mais qui le premier l'a mise en pratique, n'en revient pas moins tout l'honneur de cette précieuse découverte, M. Dieffenbach, en ce qui concerne le strabisme, doit occuper le même rang.

M. Dieffenbach a établi quelques propositions, dont nous allons analyser les plus saillantes. 1° Les sujets qui louchent d'un œil seulement et en dedans ont très souvent la pupille dilatée dans l'œil dévié, le contraire ayant lieu dans l'œil sain. Dans cet état, la vue avec les deux yeux est double, et elle est quelquefois double dans l'œil dévié. La première partie de cette proposition est d'une vérité presque absolue. Presque toujours nous avons rencontré une grande dilatation de la pupille du côté de l'œil dévié et nous l'attribuons à diverses causes. D'une part, l'œil dévié en dedans ne reçoit dans la direction antéro-postérieure dans la direction de son axe, que des rayons obliques de l'objet éclairé, et pour en admettre un plus grand nombre la pupille se dilate naturellement. D'une autre part, en se portant en dedans, il reçoit moins vivement l'impression de la lumière, et on sait que moins celle-ci est intense plus la pupille se dilate. En troisième lieu, le globe de l'œil dévié ne remplissant ses fonctions qu'incomplètement, puisqu'il ne lui arrive de l'objet éclairé qu'un petit nombre de rayons, que les rayons obliques, il résulte de cet état d'inertie, de ce défaut d'activité fonctionnelle, ce qui survient dans toute partie du corps condamnée au repos, un affaissement de ton, de puissance, la rétine devient paresseuse, la pupille se dilate, et même lorsqu'elle est dilatée, il arrive souvent une telle faiblesse de la vue que les objets situés à cinq pas ne peuvent être perçus nettement, comme je m'en suis convaincu plus d'une fois.

Quant à la deuxième partie de cette première proposition, à savoir: que la vue avec les deux yeux est double; elle ne m'a pas paru rigoureusement démontrée. Sans doute quand nous voulons loucher momentanément par la seule puissance de notre volonté, nous voyons les objets doubles, mais cet effet, qui probablement existe aussi dans les premiers momens de la déviation oculaire, finit par s'affaiblir par le temps et l'habitude. Les individus que nous avons observés nous ont tous dit qu'ils ne voyaient pas double, mais que pour bien juger de la position d'un objet ils sont contraints de fermer un œil. Pour moucher une chandelle, ils n'y parviennent sûrement qu'en recourant à ce moyen, ce qui s'explique d'ailleurs, puisque l'objet n'est pas placé pour les deux yeux au même point d'optique.

2° Le tendon du muscle grand oblique ayant été coupé plusieurs fois, quand l'œil était porté en dedans et en haut, le globe oculaire est tombé brusquement et est venu se placer dans le milieu de l'ouverture des paupières.

3° Quand le strabisme est divergent, il suffit de couper le muscle droit externe pour donner à l'œil une autre direction; mais alors ce strabisme peut devenir convergent, et un peu plus tard, il faut couper le muscle droit interne.

On sait que l'effet opposé n'a jamais lieu; ainsi la section du muscle droit interne ne transforme pas le strabisme convergent en strabisme divergent; cela tient à la présence des deux muscles obliques, qui retiennent le globe suffisamment pour l'empêcher de se porter en dehors. Quelques chirurgiens pensent même que les résultats négatifs qu'ils ont obtenus après la section du muscle droit interne, tiennent à la rétraction des muscles obliques dont ils auraient dû faire aussi la division. Nous ne nions pas qu'il ne puisse en être ainsi dans quelques cas, mais ces cas doivent être fort rares, l'observation et le temps seuls nous en feront connaître, il faut l'espérer, les proportions relatives, ainsi que les signes d'après lesquels, *à priori*, on pourra les reconnaître. Pour le moment nous sommes fondés à penser que les résultats négatifs ont une toute autre cause, cette cause tient à ce que le muscle rétracté n'a point été coupé en entier. Nous reviendrons sur cette opinion, dont nous voulons éviter tout ce qu'elle pourrait avoir de blessant, afin qu'on soit bien convaincu que l'intérêt de la science seul nous préoccupe.

Le strabisme existe à divers degrés: le plus souvent l'œil dévié, quand un côté seul est affecté, se replace dans la position centrale qu'il devrait occuper dès qu'il fonctionne seul et qu'on met un bandeau sur l'œil non dévié. D'autres fois, et cette circonstance est plus rare que la précédente, la déviation persiste et il est impossible de la vaincre même momentanément. On conçoit du reste, qu'entre ces deux grands types, il existe des degrés intermédiaires; ainsi notre malade parvenait à ramener légèrement le globe de l'œil en dehors, quand, avec un doigt, la paupière du côté opposé était tenue fermée; mais ce résultat momentané n'était pas obtenu sans des efforts assez puissans de sa part, et quand il se prolongeait au-delà de une à deux minutes, il survenait dans le muscle oculaire une fatigue avec douleur qui forçait le globe de l'œil à se reporter en dedans.

Les succès constans et nombreux de M. Dieffenbach, à Berlin; de M. Philipps, à Saint-Pétersbourg, qui a fait connaître quatre-vingts cas d'opérations de strabisme, n'ont pas tardé à donner l'éveil aux chirurgiens français. Toutefois, hâtons-nous de le dire, les premiers essais n'ont point été de nature à faire adopter cette opération avec beaucoup d'empressement, et c'est à peine si elle a été faite trente fois en France. M. Roux, qui l'un des premiers l'a mise deux fois en pratique, a déclaré que chez l'un de ses opérés il n'avait rien obtenu, et que l'autre avait éprouvé une conjonctivite très violente. M. Guérin a été plus heureux, M. Velpeau aussi; M. Sédillot n'a obtenu qu'un demi-succès: mais tous trois, comme les

FEUILLETON.

INJECTIONS UTÉRINES (1).

Monsieur le Rédacteur,

Je vous prie de vouloir bien admettre dans votre Journal, les faits suivans avec les réflexions qu'ils m'ont suggérées. Je ne me serais pas décidé à les publier, sans la dernière lettre de M. le docteur Vidal (de Cassis), qui semble trancher un point de thérapeutique dont la solution me paraît encore éloignée. Il est vrai que si l'on devait juger de l'importance d'une question par l'extension de sa publicité et par les polémiques qu'elle engendré, celle des injections intrà-utérines serait bien digne d'occuper l'attention publique; elle a déja fourni le sujet d'une communication à l'Académie de médecine, de deux mémoires, d'un grand nombre de lettres dans la plupart des feuilles médicales; elle a servi de texte aux discussions de plusieurs sociétés savantes, etc., et tout cela en quelques jours! Mais cette importance, il me semble qu'elle la doit moins à sa valeur réelle qu'aux noms des médecins qui l'ont agitée, et à l'appréhension qu'elle a fait naître. Nous avons hâte d'ajouter que la manière dont M. le docteur Vidal vient de formuler l'application de ce moyen, a réduit de beaucoup les dangers qu'on avait à craindre; car, cette question, si elle n'a pas succombé, grâce au talent de son auteur, aux vives attaques qui l'ont accueillie à sa naissance, a subi du moins de grandes modifications, comme on peut le voir par les passages suivans:

Pour faire l'injection, tout étant préparé pour cela, « on pousse le piston de la seringue doucement avec, tout juste, la force employée pour une injection dans le conduit auditif. Lorsque l'injection est bien faite, on observe que, dans les premiers instans, il ne coule rien dans le vagin, mais bientôt on voit refluer le liquide. » (1re brochure de M. Vidal (de Cassis) sur les injections intrà-vaginales et intrà-utérines.) — Voici maintenant ce que nous trouvons dans la 2e brochure: « J'ai mesuré la capacité d'un grand nombre de matrices, et *je n'injecte que le liquide que peut contenir la matrice d'une femme qui n'a pas eu d'enfans;* cette capacité est on ne peut plus bornée, elle admet tout au plus *neuf grains de liquide.* » — Une injection de *neuf* grains de liquide, c'est-à-dire, de 7 à 8 gouttes! Il faut avouer que les injections intrà-utérines réduites à cette expression, qu'on peut bien appeler la plus simple, ne sont susceptibles de quelques dangers que dans des cas exceptionnels, et qu'il ne reste plus, pour les admettre définitivement dans la science, qu'à démontrer leur utilité. Ce dernier point, qu'il fallait d'abord éclairer, est précisément celui qu'on a omis. Mais suivons la marche qu'a suivie la polémique, bien que ce ne soit pas la plus rationnelle.

L'idée des injections intrà-utérines doit se présenter à l'esprit de la plupart des médecins adonnés à l'étude des maladies de matrice; j'ai la conviction que beaucoup d'essais ont été faits sur ce sujet, et qu'ils n'ont pas été livrés à la publicité en raison de leur peu d'importance, peut-être même de leur nocuité. Pour ma part j'ai fait construire, en partie dans ce but, une pince spéculum pour le col utérin, par M. Capron, en 1838. Dans le courant de la même année, M. Tanchou fit un grand nombre d'expériences au dispensaire Sainte-Geneviève, dont j'étais alors l'agent, pour savoir jusqu'à quel point on pouvait porter, sans danger, des médicamens dans la cavité du col de la matrice: des poudres de calomel, d'alun, d'acétate de plomb, de tan, etc., y furent insufflées; on y injecta des solutions de sublimé, de nitrate d'argent (1 gros par once), de bichromate de potasse (solution saturée); enfin le crayon de nitrate d'argent solide y fut lui-même porté sans que jamais il en soit résulté le moindre accident. Ces essais furent faits sur un grand nombre de malades, et les observations en ont été consigées par moi sur les cahiers du Dispensaire. Je crois d'ailleurs que M. Tanchou ne s'est pas départi depuis de cette pratique, et moi-même je la mets journellement en usage. Plus tard nous eûmes l'intention de continuer cette série d'expériences, en injectant des liquides dans la *cavité du corps de l'utérus*: mais là de justes craintes nous étaient inspirées, tant par la connaissance anatomique de cette partie de l'organe, que par celle de quelques faits peu encourageans. M. Nauche, à l'inépuisable expérience duquel je m'étais adressé, m'apprit qu'il avait fait, il y a plus de trente ans, des injections intra-utérines sur plusieurs malades, l'une affectée de cancer et les autres de simple leucorrhée; le liquide (c'était de l'eau tiède) fut poussé avec ménagement au moyen d'une sonde en gomme élastique introduite préalablement dans le col, et d'une petite seringue urétrale. L'opération fut suivie constamment de douleurs dans le bas-ventre qui l'alarmèrent sérieusement, et lui ôtèrent, suivant ses propres expressions, l'envie de recommencer. Voici d'ailleurs ce qu'il en dit dans un de ses ouvrages: « Les injections dans la cavité du corps de la matrice occasionnent souvent des syncopes, des évanouissemens, des douleurs sympathiques qui forcent à y renoncer. » (Des Maladies de l'utérus, par M. Nauche; Paris, 1816, p. 368.) Je recommande ce passage aux prétendans à la priorité. Quoi qu'il en soit, M. Tanchou fit au Dispensaire, en septembre 1838, une injection intrà-utérine de la manière suivante: un spéculum plein fut introduit sur une dame affectée d'une ulcération du museau de tanche; le col étant bien fixé, la canule d'une seringue en verre fut portée dans l'orifice de cet organe à un quart de pouce environ de profondeur; cette seringue avait le diamètre de celles dont on se sert pour l'urètre, mais elle était beaucoup plus longue: elle contenait de l'eau commune avec addition d'une petite quantité de bichromate de potasse; le piston fut poussé avec douceur, mais à peine une faible quantité du liquide fut-elle expulsée, que la malade accusa des coliques dans le bas-ventre. L'opération fut suspendue, et la malade rentra chez elle. Le matin de bonne heure elle vint chez moi me dire qu'elle avait souffert toute la nuit *comme pour avorter*; j'eus même beaucoup de peine a la détromper, car elle éprouvait, disait-elle, des douleurs semblables à celles qu'elle avait ressenties dans un avortement de quatre mois, trois ans auparavant. Ses souffrances se dissipèrent rapidement sous l'influence de quelques bains entiers et d'une potion calmante. Le col utérin de cette malade était assez largement entr'ouvert. Sur plusieurs autres malades dont le col était également ulcéré et entr'ouvert, nous remarquâmes que les injections avec les solutions de nitrate d'argent étaient constamment suivies de coliques lorsqu'on dirigeait le jet du liquide dans la cavité du col, bien que la canule de la seringue fût maintenue à distance de l'organe, tandis que la cautérisation de cette cavité avec le nitrate d'argent solide ne produisait rien de semblable.

De ces diverses expériences ressort un premier fait important, connu déjà depuis long-temps de la plupart des praticiens: c'est que la cavité du col peut être cautérisée et injectée sans inconvénient. Elles tendent à prouver, en second lieu, que l'injection, du moment où elle pénètre dans la cavité du corps de l'organe, produit des douleurs dans le bas-ventre et diverses souffrances sympathiques.

M. le docteur Vidal affirme, il est vrai, que cet accident se manifeste à peine sur le dixième des femmes; mais les faits que

(1) Cet article nous a été remis depuis quelque temps; le défaut d'espace ne nous avait pas permis de l'insérer.

chirurgiens allemands, sont unanimes sur l'innocuité de l'opération en elle-même. M. Roux est peut-être le seul qui, dans un cas, ait eu à combattre de graves accidens consécutifs, lesquels, du reste, n'ont pas eu de suite. A ce fait, nous en opposerons trois cents qui ont été heureux. Un fait seul ne saurait réellement infirmer l'opinion générale, que le strabisme au point de vue de l'opération est sans danger aucun.

Cette opération n'est pas non plus douloureuse; de sorte qu'en vérité, je ne comprends pas pourquoi elle n'obtient pas chez nous plus de crédit.

La division complète du muscle rétracté, et sous l'empire duquel a lieu la déviation du globe oculaire, est le problème à résoudre pour obvier au strabisme. Ce problème a été résolu de diverses manières: chaque opérateur a plus ou moins modifié le mode opératoire; nous-même avons apporté, à ce que nous croyons, un perfectionnement. De sorte qu'aujourd'hui, l'histoire du strabisme, quoique de fraîche date, compte déjà une foule de chapitres complets et de phases nouvelles. Faut-il attribuer ces modifications opératoires au plaisir pur et simple d'innover, de faire du nœuf à tout prix? Laissons ces griefs-là aux esprits inquiets et frélons, et soyons justes envers nos contemporains.

M. Dieffenbach, qui le premier a fait l'opération du strabisme, s'y prend de la manière suivante: les paupières sont tenues écartées par l'élévateur de Pellier, et par un abaisseur particulier que M. Charrière a heureusement perfectionné. S'il s'agit de la section du muscle droit interne, une petite érigne à deux crochets est implantée au point de réflexion de la conjonctive palpébrale sur le globe oculaire, dans la sclérotique; cette érigne est confiée à un aide qui fait effort sur elle pour porter l'œil en dehors. L'opérateur coupe perpendiculairement la conjonctive à son angle de réflexion, engage une spatule étroite sous le muscle droit interne, et le divise avec des ciseaux fins, ou avec un petit bistouri boutonné.

M. Lucas, de Londres, fait d'abord une incision à la conjonctive, puis va implanter son érigne dans la sclérotique, au-delà de cette incision.

M. Guérin, cité par M. Sédillot (*Gazette des Hôpitaux* du 15 septembre), détache la conjonctive de la sclérotique, et la soulève avec une pince à larges bords jusqu'à ce que le muscle soit à découvert. M. Guérin pense éviter l'introduction de l'air dans la plaie en remettant en place, après la section musculaire, la portion détachée de la conjonctive.

M. Roux opère d'après le procédé de M. Dieffenbach, en faisant canneler la petite spatule, afin de diriger plus sûrement le bistouri sur le muscle.

M. Sédillot, pour empêcher l'érigne d'aller trop avant dans la sclérotique, en a fait renfler les crochets à deux millimètres de la pointe.

M. Velpeau (*Gazette des Hôpitaux*, 17 septembre) a modifié l'opération ainsi qu'il suit: « L'érigne, fixée dans la sclérotique, ayant été confiée à un aide, M. Velpeau en a pris une seconde de la main gauche; mais celle-ci, simple, a été dirigée en contournant le globe oculaire d'abord horizontalement au-dessus du muscle à inciser; puis, par un mouvement de bascule de bas en haut, le crochet a été abaissé verticalement et en arrière du muscle sans avoir traversé autre chose que le point de conjonction qui lui a donné passage; alors l'érigne, tirée doucement en avant, y a amené ce muscle recouvert de la conjonctive en forme d'anse, et, au moyen d'un petit bistouri étroit, concave sur son tranchant, et de la forme d'une serpette allongée, lequel a été glissé entre l'œil et l'érigne que tenait toujours sa main gauche. Guidant alors le bistouri sur cette érigne, M. Velpeau l'a retiré en coupant de haut et bas et d'arrière en avant, a ainsi divisé d'un seul coup le muscle et la conjonctive dans l'étendue d'une ligne égale à la hauteur du muscle et à l'épaisseur de l'instrument. »

Cette description, que nous avons rapportée littéralement, est un peu obscure; nous avons toutefois fini par la comprendre, et nous reviendrons sur son sujet.

Nous désirions depuis long-temps pouvoir étudier par nous-même, au point de vue pratique, la valeur du strabisme, et juger du même coup la portée de divers modes opératoires. A cet effet, nous avions réuni près de nous des chirurgiens, parmis lesquels nous citerons M. Belmas, qui, comme nous, voulaient se former une opinion vraie sur cette question. Un fait surtout nous préoccupait: la différence des résultats obtenus en Allemagne et chez nous. Serait-ce qu'en Allemagne l'opération serait mieux faite qu'en France? Du moment que le muscle est coupé, le résultat de l'opération devrait cependant être le même des deux côtés du Rhin. On conçoit en effet difficilement que la section du muscle, qui seul cause la déviation, ne donne pas un résultat immédiat quand cette puissance musculaire a été vaincue en totalité.

Nous avions donc la ferme volonté de couper le muscle droit interne en entier, et nos tentatives sur le cadavre nous avaient démontré que cette division complète n'est pas si facile qu'on le dit. On coupe un tiers, deux tiers du muscle, et si quelques-unes de ses fibres échappent à l'instrument, l'opération est comme non avenue. Or, le muscle, quand l'œil est tiré en dehors, est plat, il s'applique sur le globe oculaire, et n'a pas moins de quatre lignes de largeur; ses fibres, peu serrées, sont facilement séparées par l'instrument que l'on engage sous lui dans l'opération du strabisme, de sorte que nous pensons que maintes fois on a échoué par ce seul fait. Que les incrédules s'exercent sur le cadavre, et lorsqu'ils croiront avoir coupé le muscle, qu'ils vérifient, et ils seront étonnés de la facilité avec laquelle quelques fibres charnues échappent à l'instrument.

Ces raisons nous ont fait rejeter le procédé de M. Velpeau. Dans des mains habiles comme les siennes il pourra réussir, et encore non d'une manière absolue. Nous voyons d'ailleurs un danger à aller pêcher avec l'érigne la corde musculaire; rien de plus aisé que de n'en prendre qu'une portion, trop heureux quand on n'ira pas blesser les tissus profonds et le globe oculaire lui-même, qu'il faut raser avec la pointe de l'érigne pour passer sous le muscle.

Notre malade est un soldat âgé de vingt-cinq ans; son strabisme affecte l'œil gauche; il est convergent et de naissance. En fermant la paupière du côté opposé, l'œil dévié ne peut que difficilement se porter un peu en dehors, et il ne peut s'y maintenir au-delà d'une demi-minute. La pupille est très dilatée de ce côté, et la vue a singulièrement perdu de sa force.

Avant de procéder à l'opération, deux mots sur l'anatomie de la région sur laquelle nous allons agir.

La conjonctive, dans son point de réflexion de la paupière sur le globe oculaire, est doublée, à l'angle interne de l'œil principalement, d'un tissu aponévrotique digne de remarque; elle forme là la caroncule lacrymale, repli membraneux, triangulaire, à base palpébrale et à sommet oculaire. Cette caroncule est placée immédiatement au-dessus du muscle droit interne; et quand, sur le cadavre, on la saisit dans une érigne, on est surpris de son épaisseur; on croirait avoir compris avec elle le muscle; on coupe et on s'assure qu'il n'en est rien. Seulement, après cette section, on voit parfaitement bien le ruban musculaire qui constitue ce dernier.

Quand on enlève avec soin la membrane muqueuse caronculaire, on voit au-dessous d'elle un tissu fibreux constituant un triangle taillé sur le patron de celui de la caroncule elle-même. Ce tissu fibreux est composé de divers faisceaux disposés en éventail, mous, serrés, formant pour ainsi dire un cannevas de petites cordes réunies par du tissu cellulaire lâche. Au-dessous de cette trame fibreuse, on découvre la gaîne aponévrotique, dans laquelle glisse le muscle droit interne. Cette gaîne est lâche, et souvent on l'ouvre du premier coup en divisant les parties qui la recouvrent. Elle est ici l'analogue de la gaîne cellulaire des gros troncs artériels. Quand on l'a ouverte, on aperçoit les fibres horizontales du muscle droit interne. Ces fibres sont rouges, aplaties, en forme de ruban sur le lobe oculaire que l'érigne porte en dehors. Ce ruban n'a pas moins de quatre à cinq lignes de hauteur; un stylet engagé sous lui pour le soulever passe aisément entre les fibres musculaires qui le constituent, et il faut une très grande attention pour les saisir en entier. A son point d'insertion à la slérotique, il s'épanouit en éventail à trois festons: sa largeur est ici plus considérable, et il est plus difficile à embrasser et à soulever qu'un peu plus en dedans.

Une autre remarque toute pratique, c'est que la section de la caroncule et des tissus fibreux sous-jacens, donnent si peu de sang, qu'il est très aisé de les couper couche par couche jusqu'au muscle lui-même, tandis que la section de ce dernier donne lieu à une petite hémorrhagie susceptible de contrarier l'opération. Nous devons en conclure qu'il importe de saisir tout le muscle pour le diviser d'un seul coup; mais que, pour y parvenir sûrement, il faut couper, sans se presser, couche par couche, tous les tissus qui les recouvrent, et agir en ouvrant en dernier lieu la gaîne fibreuse du muscle, absolument comme s'il s'agissait de lier une artère.

Opération. Notre malade ayant été disposé comme dans le procédé de M. Dieffenbach, les paupières écartées avec l'élévateur de Pellier et l'abaisseur de M. Charrière, j'implante dans l'épaisseur de la caroncule une petite érigne à crochets doubles et côniques. En portant l'érigne sur la caroncule et sur les tissus fibreux qui la doublent, nous évitons d'agir, comme dans les autres modes opératoires, sur la sclérotique, qu'un aide maladroit pourrait traverser de part en part. Cette traction, exercée sur l'angle externe ou oculaire de la caroncule, amène la tension des parties qui la constituent, et je vois en saillie une corde tendineuse que j'incise immédiatement de haut en bas, dans une étendue de cinq à six lignes, avec un petit bistouri. Si les tissus aponévrotiques sous-muqueux n'ont pas été coupés du premier coup, je reporte sur eux l'instrument en m'aidant d'une petite pince à dissection. Un aide éponge doucement la plaie, et on aperçoit la gaîne aponévrotique du muscle. Cette gaîne est ouverte de la même manière que les tissus précédens, et quand les bords du muscle sont bien apparens, j'engage sous le bord inférieur, et avec de petits mouvemens latéraux, une érigne-bistouri; cette érigne-bistouri est tout simplement une érigne qui, en petit, représente assez bien l'aiguille à ligature artérielle de Deschamps, quant à sa disposition et sa forme. Après le crochet vient un tranchant comme ce-

---

nous venons de citer, ceux plus nombreux qui nous sont particuliers, et leur conformité avec les observations rapportées par d'autres médecins, nous donnent lieu de croire que, lorsqu'il ne se manifeste pas, le liquide ne pénètre pas dans la cavité du corps de la matrice. La seringue dont se sert M. Vidal actuellement, nous confirme dans cette opinion; elle nous semble d'ailleurs bien exposée à se briser durant l'opération.

L'injection ne réussit pas aussi facilement qu'on semble le croire, à moins que le col ne soit entr'ouvert largement, ou que sa forme soit dénaturée; lorsqu'il a conservé sa forme et sa consistance naturelles, le jet du liquide vient se briser contre l'angle formé par la réunion du col et du corps, et reflue dans le vagin. Nous pensons donc que l'injection, en pénétrant dans la cavité du corps, fait naître des contractions expulsives dont les douleurs accusées par les malades sont les symptômes, ou peut-être l'effet; que cet accident ne saurait être évité, quelle que soit la composition du liquide, parce qu'il a sa source dans le contact d'un corps étranger avec une surface qui n'y est pas destinée. Ces contractions ne pourraient-elles pas, dans certains cas, expulser l'injection par le col et par les trompes en même temps? Les trompes elles-mêmes ne seraient-elles pas susceptibles d'aspirer le liquide? Ces inconvéniens, quelque alarmans qu'ils puissent être, à cause des désordres nerveux qui les accompagnent, ne seraient plus cependant des motifs suffisans de réprobation, du moment où l'injection serait faite d'après la méthode judicieuse indiquée dans la dernière lettre de M. le docteur Vidal, et que son efficacité serait reconnue. Mais, prise à ce point de vue, la question des injections intrà-utérines perd singulièrement de son importance; pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup-d'œil sur les maladies de matrice, et de voir quelles sont celles qui se prêtent rationnellement à ce mode de traitement. — Annoncer, en effet, qu'on les fait passer d'abord toutes par cette épreuve et qu'on ignore quels résultats seront obtenus plus tard, c'est faire preuve d'un doute fort estimable assurément, mais qui ne nous semble pas fondé sur une saine logique.

Le contact d'un liquide, dont on connaît préalablement les propriétés, avec une surface dont la texture et les affections sont également connues, n'est pas une chose tellement en dehors des données de la thérapeutique, qu'on ne puisse bien en prévoir d'avance les effets et en déterminer les indications. En abandonnant son emploi à une sorte de hasard empirique, on s'expose à remplacer par des moyens longs, difficiles, dangereux même, d'autres moyens qui sont d'une prompte efficacité et à la portée de tout le monde. Les maladies de matrice sont, depuis plusieurs années, le sujet de nombreuses et laborieuses investigations; les progrès remarquables qu'elles ont fait dans leur traitement surtout, ne sont peut-être pas encore assez répandus dans les livres, mais ils sont d'une application journalière dans la pratique. Eh bien! pour les hommes qui sont au courant de ces progrès, les injections intrà-utérines ne trouvent que de très rares indications; les maladies contre lequelles on les propose, possèdent des moyens plus simples et plus efficaces. La leuchorrée, qui a son siége spécialement dans la cavité du corps utérin est rare, et lorsqu'elle existe, elle est presque toujours inhérente à des influences générales contre lesquelles viendrait échouer tout traitement local.

On ne songera pas à attaquer par ce moyen les polypes, les cancers, les corps fibreux, pas plus que les phlegmasies aiguës; les ulcérations simples, dont la surface utérine interne peut être le siége, ne sauraient être diagnostiquées sur le vivant, et la texture organique de la partie peut faire craindre l'ouverture de veines assez volumineuses à leur surface: on conçoit sans peine les dangers de l'introduction d'un liquide irritant dans ces vaisseaux; la même disposition peut accompagner les métrorrhagies. Restent donc les rougeurs et les ulcérations du col avec, ou ce qui est très rare, sans engorgement. Mais nous ne sommes plus aux beaux temps de l'amputation de cet organe. On sait maintenant que la plupart de ces ulcérations ne dépassent pas la membrane muqueuse, et qu'elles n'offrent de gravité qu'en raison de leurs complications ou des maladies plus opiniâtres dont elles ne sont que symptômatiques. Or, l'impuissance des injections intrà-utérines ne saurait être douteuse contre la plupart de ces maladies ou de ces complications, dont les déplacemens forment la classe la plus nombreuse. Est-il nécessaire, en vérité, de recourir à des procédés difficiles ou dangereux contre des affections de cette espèce, qui cèdent merveilleusement à quelques cautérisations, à l'application de quelques pansemens ou d'un pessaire? Pendant que j'ai tenu les cahiers du *Dispensaire*, j'ai recueilli l'observation détaillée de plus de cent cinquante cas de ces ulcérations superficielles ou granulées: M. Tanchou se contentait de cautériser la surface interne et externe du col, et les malades, bien qu'exposés à des influences défavorables, bien qu'elles n'abandonnassent point leurs travaux, pas même le jour de la cautérisation, n'en guérissaient pas moins avec rapidité; s'il y avait déplacement considérable de l'organe, M. Tanchou se contentait de placer un pessaire, sans tenir compte de l'ulcération qui dès-lors guérissait d'elle-même. Là, j'ai pu vérifier deux remarques importantes signalées depuis long-temps par ce praticien, savoir: que beaucoup d'ulcérations, même granulées du col, existent sans que les malades en aient la conscience, et qu'elles ont pour siége de prédilection l'orifice du museau de tanche.

Avec la pince-spéculum, dont j'ai parlé plus haut, nous nous sommes assuré que ces ulcérations ne dépassaient l'orifice interne du col, et par conséquent ne pénétraient dans la cavité du corps que dans les cas où la maladie avait dégénéré en une affection très grave; c'est une assertion confirmée par les autopsies.

C'est cependant sur des observations de cette espèce qu'on appuie déjà l'efficacité des injections intrà-utérines. Nous devons le croire du moins d'après la seule observation publiée, observation que l'auteur regarde comme bien concluante, puisqu'il l'a choisie parmi celles plus nombreuses qu'il possède déjà. « Une » malade se présente avec une ulcération granulée du col et en» gorgement de cet organe. » Rien n'autorise à penser que le corps utérin soit malade et la terminaison de la maladie prouve assez l'absence de toute complication capable de la rendre opiniâtre. Cette ulcération, on peut la voir, la toucher, la panser, la traiter, en un mot, comme une affection externe. Que fait-on, cependant? On injecte des liquides *derrière la maladie*, qu'on nous passe cette expression, dans la cavité du corps qui n'est point malade.

On répondra sans doute à cela par la guérison; mais cette réponse n'est pas concluante, car la guérison s'est opérée indépendamment ou malgré les injections intrà-utérines; en effet, lorsque vous faites l'injection, le liquide, en refluant dans le vagin, passe sur l'ulcération et y produit l'effet que vous obtiendriez plus simplement, et qu'on obtient tous les jours en touchant le mal avec un pinceau imbibé du même liquide, ou en injectant simplement ce liquide dans la *cavité du col*; quel peut être dès-lors le résultat de la pénétration du liquide dans la *cavité du corps*? Est-il efficace ou non? Le seul qui nous paraisse incontestable, c'est de produire des douleurs dans le bas-ventre, ainsi que l'observation en fait foi.

Agréez, etc., Dr Eguisier.

lui d'un bistouri ; de sorte que, sans abandonner le muscle, il suffit de le faire glisser au-delà du crochet qui l'a soulevé pour le couper. Comme il pourrait se faire que tout le muscle n'eût pas été ramassé en entier par l'érigne, il est bon d'être muni d'une deuxième, afin de l'engager sur la première, et de ne pas perdre le bénéfice des premières tentatives.

Tels sont les temps qui ont signalé notre opération.

Comme nous voulions bien nous convaincre que le muscle avait été coupé en totalité, nous avons replongé notre érigne-bistouri ; et, à notre grande surprise, nous avons ramené encore un petit trousseau fibreux appartenant à la gaîne du muscle, trousseau dont la présence aurait pu rendre l'opération incomplète.

Notre opéré nous a dit avoir éprouvé une douleur analogue à celle que produit l'entrée d'un grain de sable dans l'œil, très supportable d'ailleurs, puisqu'il n'a proféré aucune plainte. Je lui ai fait pratiquer une saignée de précaution, et une compresse imbibée d'eau froide a été appliquée pendant quarante-huit heures sur la région oculaire ; il n'est survenu aucun accident, pas même une légère ophthalmie, et au bout de huit jours la petite ecchymose oculaire interne, suite d'un léger épanchement sanguin, était dissipée.

Voyons maintenant les phénomènes consécutifs à cette opération au point de vue du strabisme.

Sur le champ l'œil se dévie pour se porter en dehors et s'y maintenir aussi long-temps que le malade le voulait, sans lui faire éprouver la moindre fatigue, et sans que, pour obtenir ce résultat, il fallût baisser la paupière du côté opposé.

Un fait très remarquable s'est alors présenté ; en même temps que l'œil gauche, qui était dévié en dedans, se trouvait redressé et porté en dehors l'œil droit, qui était sain, fut à son tour porté en dedans, de telle sorte que le rôle des deux yeux, eu égard à leur position, était totalement interverti. Cet effet, du reste, n'a point persisté, chaque jour il a été moins manifeste, et aujourd'hui, quinzième jour après l'opération, il est difficile de trouver trace de strabisme d'un côté comme de l'autre.

Voici comment j'explique ce singulier phénomène.

Notre opéré louchait de naissance, et l'impression des rayons lumineux arrivait de l'objet éclairé sur la rétine des yeux, sous deux axes différens : axe direct pour l'œil droit, axe oblique pour l'œil gauche. Pendant vingt-cinq ans, le cerveau, qui recevait l'impression de l'image sous deux axes en désaccord, avait dû, par une étude particulière, redresser ce qu'il y avait de défectueux pour l'un d'eux. Cette étude, faite depuis vingt-cinq ans, était devenue une deuxième nature ; et quand, en redressant l'œil dévié, nous avons dû apporter de la confusion dans les actes du cerveau, ce dernier a dû, à son tour, réagir par un strabisme momentané sur l'œil sain.

Nous avons répété nos expériences sur le cadavre, en présence de plusieurs chirurgiens distingués, de M. Bourgery, entr'autres, dont le nom occupe un rang élevé dans le corps médical, et tous sont restés convaincus comme nous, que la section de l'un des muscles de l'œil n'est pas si facile qu'on l'a dit et écrit, quand on ne veut pas faire de la jonglerie, quand on veut les couper en totalité.

Notre procédé opératoire, exécuté avec tous les détails que nous avons donnés, nous semble devoir guider avec une certitude mathématique la main de l'opérateur, et nous avons lieu de croire que ceux qui le suivront ne seront point exposés à des mécomptes, parce qu'ils auront agi sûrement. *Tollitur causa, tollitur effectus.*

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Carcinome utérin.

Au n° 25 de la salle Saint-Bernard, est une femme âgée de trente-huit ans, profession de culottière, assise habituellement par conséquent, et ne faisant que fort peu d'exercice ; elle s'était toujours bien portée, lorsque, il y a trois mois, et à la suite d'un violent accès de colère, il survint chez elle une suppression des règles, qui ne fut pas suivie d'accidens, et au bout de quelques jours elle put reprendre ses occupations. Quand elle est entrée à l'hôpital, il y a cinq jours, elle nous dit que quinze ou dix-huit jours auparavant, elle avait éprouvé des douleurs semblables à celles de la grossesse, et qu'elle avait rendu par le vagin une masse dans laquelle on n'avait constaté aucune trace d'organisation. Elle a donc fait une fausse couche. A son entrée, elle était pâle, fort maigre, et en proie à des douleurs dont nous parlerons plus tard. La relation de cette femme, en rapport d'ailleurs avec son état général, nécessitait l'examen de l'utérus. En la touchant, on devait s'attendre à ne trouver que les traces de la fausse couche ; mais, à cause de l'absence du teint jaune, des douleurs lancinantes dans la région de l'utérus, signes qui révèlent d'ordinaire l'existence du cancer, on était loin de soupçonner chez elle la présence d'une affection aussi grave. En portant le doigt dans le vagin, on trouve à son extrémité utérine une espèce de *plafond* (passez-nous cette expression), ou paroi plane, présentant des enfoncemens et des saillies d'une extrême dureté, qui correspondent au col de l'utérus ; mais ce col n'offre plus aucun indice de la forme primitive du museau de tanche.

Ayant trouvé une altération aussi grave, aussi significative, nous avons dû adresser de nouvelles questions à cette femme, et nous avons appris que de temps à autre elle ressentait de faibles élancemens, qu'elle comparait à des coups de canif, dans le vagin et dans la région hypogastrique. Elle accusait aussi des douleurs lombaires ; et, au moment où nous l'avons examinée, elle se plaignait de douleurs violentes à la cuisse gauche, qui ont continué à augmeneer depuis, et qui sont arrivées actuellement à un tel degré d'intensité, qu'elles arrachent des cris à la malade et l'empêchent de jouir d'un instant de repos. A quoi sont-elles dues? Nous avons eu occasion d'observer souvent chez des femmes atteintes de cancer utérin, des douleurs extrêmement vives sur le trajet du nerf crural. Souvent un œdème du membre accompagnait l'affection dans les cas de cette nature, il faut chercher dans le bassin les causes du phénomène. Le plus ordinairement c'est une tumeur squirrheuse, ou de toute autre nature, qui comprime les vaisseaux et nerfs voisins. Chez notre malade, il n'y a point d'œdème actuellement, mais il ne serait pas étonnant qu'il en survînt plus tard. Il faut attribuer les douleurs atroces qui ne la quittent pas un instant, soit à une compression mécanique des nerfs par une tumeur siégeant dans l'excavation du bassin, soit à une altération dans la texture de ces organes ; et l'examen ultérieur que nous avons fait chez elle, va nous prouver l'exactitude de notre diagnostic. Dans le but d'acquérir des connaissances exactes à cet égard, nous avons fait une exploration particulière de l'utérus relativement à la douleur, et voici le résultat de notre investigation :

En pratiquant de nouveau le toucher vaginal, et en appliquant en même temps notre main sur l'hypogastre, nous avons pu reconnaître que l'utérus avait contracté des adhérences avec les organes voisins. Mais ne pouvant apprécier de cette manière l'exacte nature de ces adhérences, nous avons porté le doigt dans le rectum ; le toucher par cet intestin a été beaucoup plus douloureux que par le vagin, ce qui arrive le plus ordinairement, car le sphincter se contracte spasmodiquement, et si l'on n'observe les précautions nécessaires, le doigt pousse devant lui un repli de la membrane muqueuse, qui dans cet organe est très lâche. On distingue, chez cette malade, au côté gauche de l'excavation du bassin, entre le corps de l'utérus et le sacrum, et accolée contre le corps de cet os, une tumeur dure, résistante, formée par la masse squirrheuse. Ainsi s'explique parfaitement l'existence de cette douleur des lombes et de la cuisse gauche. Le cancer, comme on le voit, n'est pas borné à son siége ordinaire ; il a envahi le petit bassin, et comprime les vaisseaux et les nerfs qui s'y trouvent.

Telles sont les particularités que présente ce carcinôme utérin, qui est fort avancé. Ajoutons cependant que l'ichor qui découle du vagin n'est pas aussi fétide qu'il l'est ordinairement ; c'est à peine si l'on y perçoit une odeur légèrement cancéreuse. Le pronostic, malheureusement, ne peut laisser aucune espèce de doute.

Dans ce cas, que faut-il faire? Une opération n'est nullement praticable, car le chirurgien le plus audacieux n'oserait enlever cette espèce de paroi cancéreuse qui semble avoir contracté des adhérences avec les os. D'ailleurs (disons-le en passant), les cas de succès obtenus à la suite des extirpations du col de la matrice, ou des tumeurs cancéreuses ayant leur siége sur le corps de cet organe, sont excessivement rares, quoi qu'on en dise, et ne doivent point servir à autoriser une opération chez une malade atteinte d'une affection semblable à celle qui nous occupe actuellement.

Le traitement doit être purement palliatif. Nous avons prescrit des injections à l'eau de morelle ; et dans le but de diminuer les douleurs, nous administrerons l'opium à haute dose. On ne doit point craindre, dans des cas extrêmes comme celui-ci, de porter les préparations opiacées à des doses très élevées. Nous irons jusqu'à *cent grains*, s'il le faut, en commençant, bien entendu, par de faibles quantités, que nous augmenterons graduellement selon les effets produits. Il est bon aussi de varier la forme du médicament ; ainsi, on administrera successivement, l'extrait, le laudanum, la morphine, la codéine, etc.

Pneumo-thorax.

Le pneumo-thorax est une affection assez rare. A peine si nous en rencontrons deux ou trois cas à la clinique pendant l'année. De toutes les affections, la phthisie pulmonaire est celle qui donne lieu le plus souvent à l'accumulation de gaz dans les plèvres. C'est chose assez remarquable cependant que le pneumo-thorax ne survienne pas plus fréquemment chez les phthisiques : c'est que, chez eux, l'inflammation du parenchyme pulmonaire, qui s'étend peu à peu à la plèvre, donne lieu à des accidens pleurétiques, et établit des adhérences ; la perforation devient ainsi impossible dans beaucoup de cas, difficile dans d'autres. Ces remarques, comme on le conçoit, ne s'appliquent pas au pneumo-thorax spontané, comme celui qui survient à la suite d'une blessure, etc.

Nous avons un exemple curieux de l'exactitude de ce que nous venons de dire, chez une malade couchée au n° 8 de la salle Saint-Bernard. Elle est entrée à l'hôpital il y a trois semaines, et à cette époque nous avons constaté chez elle l'existence de tubercules non-seulement dans les poumons, mais encore dans le larynx. Aux signes fournis par l'auscultation et la percussion (et qui révèlent l'existence d'une caverne au sommet du poumon gauche), venaient s'ajouter une diarrhée continuelle, de la maigreur, la fièvre hectique et des sueurs nocturnes.

Tels étaient les phénomènes que présentait cette malade à son entrée à l'hôpital. Avant-hier, à dix heures du matin, elle fut prise d'une douleur subite à la partie supérieure du poumon droit; il survint une dyspnée intense; le pouls battait 132 fois dans une minute ; il y avait dans le même espace de temps 56 respirations. La percussion donne un son tympanique jusque vers la dernière côte du côté droit. L'auscultation pratiquée le même jour fit parfaitement distinguer le tintement métallique.

La nuit s'est passée dans une grande oppression. Ce matin, la dyspnée est un peu moindre ; la sonoréité est aussi diminuée ; l'auscultation présente l'absence complète de la respiration à droite, tandis que celle-ci est puérile à gauche. On n'entend plus le tintement métallique. Enfin, nous avons distingué chez notre malade la voix amphorique très prononcée dans toute la région sous-axillaire droite. Ces phénomènes existent quelquefois en partie dans l'emphysème pulmonaire ; mais dans cette dernière affection l'invasion n'est pas subite, et de plus il y a toujours dans l'emphysème un râle sibilant. Dans le pneumo-thorax, ce râle n'existe pas, et de plus la marche est brusque et les symptômes d'une affection tuberculeuse sont constans. Il est probable qu'il y aura bientôt un épanchement de liquide à la partie inférieure de la cavité pleurale, et qu'ainsi le tintement métallique reparaîtra. Nous avons dû pratiquer la succussion chez cette malade, pour savoir si nous obtiendrions du gargouillement ; en effet, nous l'avons entendu, ce qui nous a étonné, car comme l'épanchement n'existait pas, il était assez extraordinaire que ce bruit se manifestât. Pour nous assurer s'il était bien produit dans le péritoine, nous avons plusieurs fois et rapidement exercé une compression sur l'épigastre, et nous avons de nouveau constaté le gargouillement, qui était produit, évidemment, dans la cavité abdominale.

Ainsi, en résumé, nous avons trouvé chez la malade, comme indiquant l'existence d'un pneumo-thorax, les signes suivans :

1° Tubercules pulmonaires ;
2° Sonoréité augmentée dans un côté ;
3° Absence complète de la respiration du même côté ;
4° Respiration puérile du côté opposé ;
5° Voix et respiration amphoriques ;
6° Voussure de la paroi thoracique qui est le siége de l'affection.

Les moyens de s'opposer aux progrès du mal sont presque nuls. Le médicament auquel nous nous fions le plus, c'est l'opium ; aussi l'avons-nous administré à haute dose. Il est déjà survenu une légère amélioration dans l'état de la malade ; mais elle est peut-être due à ce que les organes s'habituent peu à peu à la pression, et non aux vertus du remède. Le résultat sera funeste ; mais faisons remarquer que le pneumo-thorax n'est pas toujours rapidement mortel, et, à cet égard, j'ai l'habitude de citer dans mes cours le cas d'une femme, morte à l'hôpital de la Charité, d'une phthisie pulmonaire, et qui avait vécu pendant deux ans, quoiqu'atteinte de pneumo-thorax. Nous vous engageons à suivre cette malade avec attention.

Académie de Médecine. — Séance du 24 novembre.

Nouvelle élection prochaine. M. le Président annonce à l'Académie que la section de médecine vétérinaire est appelée à s'occuper de la liste de présentation pour une nouvelle élection en remplacement de Husard. En conséquence le concours est ouvert à partir d'aujourd'hui. Messieurs les médecins-vétérinaires qui voudront se porter candidats n'auront qu'à en écrire à M. le Président.

— La correspondance comprend une lettre de M. Casimir Broussais, qui demande à faire une lecture sur la question qu'on a débattue dans les deux dernières séances, concernant l'ontologie médicale et la doctrine de son père. L'Académie consultée accorde, par tour de faveur, cette lecture aujourd'hui.

— *Histoire naturelle. M. Londe* donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de M. Lesauvage, de Caen, dans laquelle ce savant professeur donne quelques renseignemens sur le dauphin échoué il y a huit jours à Langrune, près Caen. Ce cétacé (l'hyperaudon de Butskopf) avait 25 pieds de long. Il est rapidement tombé dans un état de putréfaction qui a limité de beaucoup les recherches que MM. Lesauvage et Delonchamps se proposaient de faire. Ces professeurs ont cependant pu saisir quelques points importans de l'organisation du cétacé. Il a présenté un phénomène physico-physiologique, dit M. Lesauvage, qui nous a d'abord étonnés, mais à l'explication duquel je crois être arrivé : la putréfaction a commencé presque au moment de l'échouement, et cependant l'animal avait encore donné quelques signes de vie un peu avant. En sa qualité de cétacé respirant l'air atmosphérique, il devait avoir 30 et quelques degrés de chaleur à l'intérieur au moment de la mort, et l'on doit concevoir avec quelle énergie a réagi la quantité énorme de calorique retenue par 4 à 5 pouces de graisse dans ce vaste corps sur les fluides que la vie avait abandonnés. S'il fût mort en mer, il y aurait perdu plus facilement la chaleur; et échoué en cet état, il se fût conservé plus facilement.

— A l'occasion de la communication de M. Londe, M. Virey fait observer que l'hyperaudon est séparé du genre dauphin.

— *Assainissement des marais. M. Londe* fait un rapport officiel sur un mémoire de M. Fleuriau de Bellevue, envoyé par le ministre, et ayant pour objet l'indication des moyens propres à remédier à l'insalubrité des marais de la Charente-Inférieure. Avant de passer à l'examen spécial de ce travail, M. Londe entre dans quelques considérations sur la nature des causes qui produisent l'insalubrité des marais. Ce ne sont pas les gaz recueillis par l'agitation de la vase, puisqu'on ne les rencontre jamais dans les couches d'air qui reposent sur les marais, et puisque ces gaz lorsqu'ils sont préparés dans les laboratoires ne donnent pas lieu aux mêmes accidens que les émanations marécageuses. On a donc dû rechercher quel était cet autre principe morbifique ; c'est ce qu'ont fait dans ces derniers temps Rigaud de Lisle, le professeur Moscati (de Milan), Vauquelin, Dupuytren, MM. Thénard, Boussingault et de Gasparin. Suivant M. le rapporteur, il résulte seulement de ces travaux la preuve de l'existence d'une émanation de nature organique, provenant de la fermentation putride de la vase s'élevant avec les gaz et avec les vapeurs et accompagnant ces véhicules dans la dilatation ou la condensation qu'ils subissent par les variations diurnes de la chaleur atmosphérique, c'est-à-dire augmentant d'intensité suivant que les vapeurs et les

gáz des marais sont plus condensés, et apparaissent, par exemple, sous forme de brouillards et de rosée, comme cela a lieu le soir, la nuit et le matin, et se dispersant au contraire vers le milieu du jour, quand les vapeurs se dissipent.

Arrivant au travail de M. Fleuriau, M. Londe expose des faits qui devraient bien attirer l'attention du gouvernement. Par exemple, il existe beaucoup de communes dans le département de la Charente, dans lesquelles on compte annuellement 1 décès sur 19, 18, 17, et même 16 habitans; tandis que pour le reste de la France, on ne compte annuellement, d'après l'annuaire du Bureau des longitudes, que 1 décès sur 40 habitans. Il est facile de remédier à ces calamités, puisque dans quelques marais que l'on a convenablement desséchés ou qui restent inondés, les chances de mort sont considérablement diminuées. On rencontre, par exemple, dans l'arrondissement de Rochefort, une commune dans laquelle on ne compte que 1 décès sur 65 habitans. Il est d'autant plus urgent de remédier à l'insalubrité de ce département, que les habitans sont en quelque sorte nés gardes-côtes et destinés à défendre 27 ports de mer, la plupart indispensables à l'industrie de plus d'un million d'hommes; que les soldats qui composent la garnison de ce pays coûtent à l'état, par les journées qu'ils passent à l'hôpital, des sommes énormes. Dans une seule ville, pendant une année, ce genre de dépenses, pour une garnison de 900 hommes, a coûté au trésor plus de 300,000 francs.

M. Londe, après avoir exposé les moyens d'assainissement proposés par M. Fleuriau, et qui consistent principalement à réduire les marais au moyen des fossés, en parcelles d'une moindre étendue qu'ils ne sont, à provoquer des plantations, etc.; et pour arriver à ce but, à accorder aux propriétaires des marais des primes d'encouragement, propose à l'Académie de répondre au ministre que les moyens indiqués par M. Fleuriau ne peuvent qu'être extrêmement avantageux aux habitans de la Charente, et par suite à l'état. Ce rapport a été écouté avec un très grand intérêt par l'Académie.

M. Dupuy fait observer que non seulement les hommes, mais même les animaux contractent des maladies autour des marais et meurent. On s'est assuré qu'il suffit de laver le corps d'un animal avec l'eau des marais pour lui donner une affection charbonneuse mortelle, affection qui se communique des animaux à l'homme et devient désastreuse. Il existe en France sept cents mille arpens de terre à l'état de marécage, et dont l'assainissement serait d'une utilité immense pour le pays. Le dessèchement pourrait être opéré rapidement et sans danger pour les ouvriers à l'aide des machines à vapeur, ainsi qu'on le fait en Hollande.

M. Castel reconnaît avec M. Londe, que le principe morbifère des marais est autre chose que les quelques gaz hydrogéniques découverts par les chimistes. Ce principe est septique et rend très prompte la putréfaction des cadavres des sujets qui en ont été victimes. D'après des recherches expérimentales le quinquina est le remède souverain contre toutes les affections produites par les émanations marécageuses.

M. Chervin. J'ai eu l'occasion, dans mes voyages en Amérique, de faire des observations suivies autour de localités marécageuses et de causer avec les médecins de ces localités. Je n'ai pas vu ni appris que la putréfaction fût plus prompte qu'en dehors de ces circonstances. Je me suis assuré de l'exactitude du fait énoncé par M. Castel concernant l'efficacité du quinquina, mais je dois ajouter que cette efficacité était beaucoup plus grande lorsqu'on faisait précéder le quinquina de la saignée. Dans certains cas meme, le quinquina était insuffisant si on ne faisait précéder son administration par la saignée. La même observation a été faite en Afrique dans ces dernières années.

M. Desportes ne pense pas, comme l'auteur du mémoire, qu'un marécage basé sur un sol calcaire, ne donne pas des émanations morbifères. Il cite des exemples à l'appui de son opinion; il demande qu'on propose au gouvernement d'employer au dessèchement des marais les condamnés aux travaux publics, lamortalité des ouvriers des étant très grande.

M. Ferrus a habité les bords de l'Escaut et a eu par là l'occasion d'observer un grand nombre de fièvres marécageuses de différentes formes et intensités. Il a observé, comme M. Chervin, que le sulfate de quinine était souvent insuffisant s'il n'était pas précédé de la saignée, et que la maladie se terminait par la mort.

M. Roche a appris de M. Darsay, qu'un moyen excellent de préserver les ouvriers des marais de la maladie, était de leur faire prendre à leurs repas et dans la journée une boisson contenant quelques grains de sulfate de quinine (1).

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

— *Anévrisme poplité.* — *M. Roux* lit une observation relative à un anévrisme de l'artère poplitée, opéré il y a trois ans par la ligature de la fémorale, et guéri, puis récidivé. M. Roux présente la pièce pathologique; mais l'heure étant avancée, on renvoie ce sujet et la discussion à la prochaine séance. Nous reproduirons ce fait avec plus détail.

— *Ontologie.* — *M. Casimir Broussais* lit une note sur l'ontologie médicale, et défend les idées de son père à ce sujet. Il fait mieux comprendre ce qu'on doit réellement entendre par l'ontologie combattue par feu Broussais, et la différence qu'il y a entre l'ontologie et l'abstraction. Glisson et Vanhelmont lui ont servi d'exemples pour la médecine mythologique ou ontologique. Arrivant à Pinel, M. Casimir Broussais fait voir l'erreur dans laquelle était tombé cet auteur relativement aux fièvres dites essentielles, et les services immenses que son père avait rendus à la médecine par la localisation constante de cette maladie. Il se plaint de l'injustice de certains hommes à l'égard de Broussais; regrette que ses cendres ne puissent se ranimer pour venir dans cette enceinte confondre ses adversaires, et espère que le jour de la justice universelle arrivera. La lecture de M. Casimir Broussais a été écoutée avec intérêt et sympathie.

Le bureau propose l'impression de cette note dans le Bulletin de l'Académie.

M. Bouillaud demande la nomination d'une commission afin de discuter à cette occasion plus à fond qu'on ne l'a fait la doctrine de Broussais. Dans la dernière séance, dit M. Bouillaud, la discussion a été close *ex abrupto* sans entendre les deux parties; l'heure étant avancée je n'ai pu prendre la parole; je proteste contre une pareille mesure et je demande à répondre à mes adversaires à l'occasion du rapport qu'on fera sur la note de M. Casimir Broussais.

M. Gerdy appuie la proposition de M. Bouillaud.

L'Académie, consultée sur ce sujet, a adopté la proposition de M. Bouillaud. En conséquence, les débats recommenceront à l'occasion du rapport.

— *Section du sterno-cléido-mastoïdien. M. Bouvier* présente une jeune fille de treize ans qu'il a guérie d'une contracture ancienne du sterno-cléido-mastoïdien droit par la section sous cutanée de deux portions de ce muscle, suivie de l'application d'un appareil mécanique. L'opération a été pratiquée le 17 juin par le procédé de Dieffenbach, légèrement modifié. Afin d'éviter plus sûrement la lésion de la jugulaire interne, M. Bouvier se servit de l'indicateur de la main gauche comme d'un conducteur, en déprimant la peau de manière à enfoncer ce doigt derrière le sterno-cléido-mastoïdien jusque sous son bord opposé, et en appuyant constamment sur l'extrémité de l'index la pointe mousse du bistouri pendant son introduction sous la face profonde du muscle. Le tranchant de l'instrument se trouvant ensuite dirigé en avant, aucune partie profonde ne pouvait être atteinte pendant la section des fibres musculaires. La tête fut aussitôt en grande partie redressée, et les mouvemens du cou devinrent plus libres. La piqûre de saignée qui avait livré passage à l'instrument était fermée le surlendemain, et six semaines après la guérison était complète. Il ne reste aujourd'hui d'autre trace de la difformité qu'une inégalité sensible des deux côtés de la face, qui est, comme on sait, un effet ordinaire de cette lésion, résultant de l'arrêt de développement du côté de la tête correspondant à la contraction musculaire.

Séance levée après cinq heures.

(1) Les observations de MM. Chervin et Ferrus ont paru extraordinaires, presque incroyables à la plupart des membres de l'Académie. C'est là pourtant l'expression d'un fait réel annoncé et constanté un grand nombre de fois à Rome et dans d'autres parties de l'Italie, où les fièvres marécageuses sont endémiques et extrêmement graves, comme on sait. On saigne à toutes les périodes de la fièvre avant d'administrer le sulfate ou le citrate de quinine et avec succès, et l'on s'est assuré que sans la saignée le quinquina restait au-dessous du mal.

(*Note du rédacteur des séances de l'Académie.*)

NOUVELLES DIVERSES.

Intoxication arsenicale. La commission de l'Académie de médecine, qui fait les expériences de M. Rognetta, ayant exprimé le désir qu'aucune publication ne fût faite avant son rapport, nous avons dû nous confirmer à ce désir. Un journal, cependant, imprimé sous la dictée de M. Orfila, s'étant permis de dénaturer les faits qui ont suivi les expériences faites jusqu'à ce jour, nous sommes invité à déclarer complètement inexact ce que cette feuille a publié sur ce sujet.

— Le docteur Carswell, de Londres, professeur d'anatomie pathologique au collége de l'université, et médecin à l'hôpital de ce nom, vient de donner sa démission de ces deux places pour se rendre auprès du roi des Belges, en qualité de médecin de ce personnage.

Les élèves en médecine de Londres se sont rendus en masse auprès de M. Carswell, et lui ont exprimé le regret qu'ils éprouvaient de sa perte, et leur admiration et comme professeur, et comme praticien, et comme homme.

— Le conseil municipal, appréciant l'utilité de l'OEuvre Ste-Geneviève, vient de lui accorder une subvention, sur le rapport de M. Beau, l'un de ses membres. On sait que cette institution, fondée par souscription et sous la direction de M. Tanchou, est entièrement consacrée au traitement des femmes malades. Par suite, l'OEuvre Ste-Geneviève va prendre plus d'extension. A partir du 1er décembre, ses consultations auront lieu rue Neuve-Saint-Denis, 5, les lundis, mercredis, vendredis, à neuf heures. Un médecin secrétaire ayant des appointemens y sera attaché. M. Tanchou s'adjoindra un médecin par arrondissement pour visiter à domicile les femmes qui ne pourront pas venir le consulter.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

SAMEDI 28 NOVEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 141, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur de la cuisse difficile à caractériser. Incisions.

Le nommé Nicolas Bourrelier, jardinier, âgé de trente-six ans, est arrivé dans le service de M. Velpeau, n° 33 de la salle Sainte-Vierge, le 9 de ce mois, venant des salles de M. Andral, où il était resté près de six semaines.

Voici, d'après ce que dit cet homme et suivant les renseignemens qui ont été donnés, quelle est son histoire, intéressante surtout quant au diagnostic qu'il faut porter sur le cas assez singulier qu'il présente.

Ce malade prétend qu'il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'une légère douleur, d'un engourdissement plutôt dans la cuisse gauche; mais sa santé générale continuait d'être bonne, cette incommodité ne l'empêchant pas de travailler, il ne s'en occupa que pour faire quelques frictions, quelques lotions émollientes. Cependant, il y a environ deux mois, ennuyé de supporter depuis si long-temps cette gêne, qui d'ailleurs commençait à devenir de plus en plus incommode et presque insupportable, il demanda à entrer à l'hôpital et fut admis dans un service de médecine. Là, à ce qu'il paraît, son état fit croire à l'existence d'une névralgie sciatique, car il fut soumis au traitement par l'acupuncture, et confié aux soins de l'interne de service, qui s'occupe avec soin de ce mode de guérison, et semble depuis quelque temps en avoir obtenu beaucoup d'avantages. Une première piqûre fut faite sans qu'il en soit résulté aucun effet; d'autres furent encore pratiquées sans plus de succès successivement et jusqu'à onze, quand survint aussitôt dans l'endroit malade une douleur vive qui augmenta d'intensité, et à laquelle succéda immédiatement un gonflement qui se transforma en une espèce de bourrelet, de cylindre, qui existe encore aujourd'hui, et qui occupe la partie interne et un peu postérieure de la cuisse gauche. En cet endroit, la peau est tendue et rouge en quelques points; si l'on explore la tumeur avec la main, on y imprime d'abord de la douleur, puis on la trouve irrégulière; on sent au milieu une espèce de crépitation qui ressemble à celle produite par deux corps de consistance médiocre qui frottent l'un contre l'autre. On rencontre en effet des bosselures, des duretés, comme quelque chose qui ne serait pas fondu, le tout paraissant circonscrit et renfermé dans une anfractuosité ouverte superficiellement, et dont on croit sentir et limiter les bords.

Du reste, l'état général de cet homme est assez satisfaisant; sa physionomie n'est pas altérée, ses chairs seulement sont un peu flasques, mais le pouls est bon; il n'a pas de diarrhée; il n'a jamais toussé; toutes les fonctions s'exécutent convenablement; enfin, il n'y a aucun sujet de soupçonner quelque affection du côté des viscères.

En résultat, il faut s'arrêter seulement à ce que l'inspection constate, savoir: que le membre est le siége d'une collection liquide probablement mélangée de quelques corps demi-liquides ou solides, tels que grumeaux, caillots, etc. Mais, par là, tout n'est pas dit: cette collection renferme-t-elle du pus ou du sang? ce foyer, quelle que soit sa nature, est-il d'origine idiopathique ou symptomatique? Et, dans cette dernière supposition, quelle partie malade, quel genre d'affection ont pu l'occasionner?

Voyons les cas de maladies principales qui nous viennent tout d'abord à l'idée: ce foyer pourrait être le produit soit d'une affection tuberculeuse lente, ayant atteint tel ou tel des tissus qui entrent dans la composition du membre, soit d'une carie de l'os de la cuisse, soit d'une maladie quelconque de l'articulation coxo-fémorale. On doit aussi songer à la possibilité d'un abcès par congestion provenant d'une affection de l'un ou de l'autre des organes contenus dans l'abdomen ou dans le bassin. Ce cas serait véritablement le plus dangereux. Examinons donc brièvement s'il est le plus probable.

En général, les abcès par congestion ne s'établissent pas de prime-abord; ils ont une cause qui existe, qui s'est manifestée long-temps avant qu'ils ne paraissent eux-mêmes. Ce sont ordinairement des rhumatismes, des refroidissemens, des blessures, des contusions, des coups, une inflammation ou toute autre espèce d'affection que l'on connaît fort bien, qui ont attaqué, lésé le rachis ou le bassin, et qui se traduisent là où ils existent par des douleurs plus ou moins vives durant depuis plus ou moins de temps, et par tous les symptômes qui les accompagnent. Notre malade, sauf le peu de gêne qu'il éprouvait dans la partie supérieure de sa cuisse gauche, n'a jamais rien ressenti nulle part.

Dans le cas que nous supposons, on trouve le plus souvent dans l'abdomen de ces individus quelque tumeur; le long du rachis une bosse, une déformation quelconque, et cela d'autant plus facilement que les malades sont habituellement très maigres. Chez notre sujet, l'exploration la plus minutieuse n'a pu faire découvrir la moindre chose anormale dans ces régions.

Quelquefois, s'il n'existe pas de tumeur bien distinctement sensible, on trouve au moins sous les muscles psoas une augmentation de volume à laquelle correspond une fluctuation qu'on sent se continuer, tenir et communiquer à la grosseur de l'aine ou de la cuisse où s'est formé l'abcès par congestion. Rien de tout cela ne se rencontre chez notre malade, et c'est une chose importante à noter. Quand on saisit sa tumeur toute entière et qu'on la presse, il est manifeste qu'elle est parfaitement limitée aux tissus de la cuisse, qu'elle ne se prolonge nulle autre part que là où on la voit et où on la touche, et qu'en haut, par exemple, elle ne dépasse pas certainement les échancrures ischio-trochantériennes.

Cependant, à la rigueur, ce que nous cherchons peut exister sans qu'on le trouve clairement, si la maladie a frappé quelque partie profonde des os de l'épine ou du bassin; car il est possible que le pus, trouvant immédiatement une issue libre et facile à travers les couches de tissu cellulaire qui remplissent une grande partie de cette région, ou au travers des trous sciatiques, ait filé tout de suite entre les muscles sans y séjourner, sans laisser de traces de son passage, depuis son point de départ jusqu'à l'endroit de la collection; mais encore cela ne se fait point ainsi sans qu'il survienne quelques signes extérieurs de la maladie, au moins de sa douleur; quelquefois, et même presque toujours, soit de la diarrhée, soit de la constipation, soit une modification dans les urines ou tout autre symptôme qui se manifeste par suite de la réaction que la maladie doit exercer sur les intestins, la vessie, l'utérus, le rectum et tous les autres organes qui avoisinent la partie affectée. Encore une fois, chez notre malade, rien de tout cela n'a été observé.

Si nous pensons ensuite que cette collection de pus soit le produit de quelque maladie de l'articulation coxo-fémorale, nous voyons aussitôt que la plus légère inflammation dans cette partie du membre ne saurait se terminer par suppuration sans causer de la douleur, sans faire rester le malade au lit, ou du moins sans le faire boiter s'il veut essayer de marcher. Bourrelier n'a jamais éprouvé qu'une légère gêne qui ne l'empêchait point de se servir encore assez facilement de sa jambe jusqu'après la dernière opération d'acupuncture pratiquée.

Enfin, en examinant s'il serait à supposer que la cause de la maladie qui nous occupe vînt d'une affection du fémur qui est assez souvent le point de départ de ces accidens, nous reconnaissons qu'il n'existe aucun des signes qui accompagnent toujours l'altération de cet os; ainsi, sur aucun point de sa longueur, il n'est gonflé; le périoste n'est ni épaissi, ni induré: tous ces tissus paraissent être à l'état parfaitement sain, et la tumeur n'y adhère certainement pas. Et puis une maladie du fémur ou de l'articulation, n'amène point aussi rapidement que cela est arrivé ici, une collection purulente d'un volume et d'une étendue pareils à ceux de la tumeur qui s'offre à notre examen.

Nous voici donc arrivés à éliminer successivement tout ce qu'il y avait de plus redoutable, car il ne nous reste plus à supposer que l'altération soit du nerf sciatique, soit de l'une de ses branches principales, ou la lésion de quelque vaisseau occasionnée par l'opération de l'acupuncture.

Une circonstance qui doit être remarquée dans l'appréciation des causes que nous recherchons, c'est l'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine du côté malade. Si on voulait prétendre que cette particularité est un des symptômes qui accompagnent diverses affections que nous venons de passer en revue, nous répondrions qu'elle coïncide également avec toute espèce de maladie de la cuisse; que l'état morbide le plus léger de cette partie du membre l'amène le plus souvent; or, depuis sa dernière piqûre, la cuisse de notre malade a été le siége de gonflement, de douleurs, puis d'une inflammation subséquente. Il ne faut donc pas chercher plus loin la cause de cette adénite qui se trouve parfaitement expliquée par ces accidens pathologiques seuls.

Maintenant que nous voilà plus à l'aise pour le pronostic, puisqu'il semble que nous n'ayions plus à craindre une maladie ni du fémur, ni des os du bassin ou de la colonne vertébrale, il faudrait pouvoir établir si cette collection liquide provient d'un dépôt de pus qui se serait formé par suite d'une altération quelconque du nerf sciatique ou dépendances, ou d'un abcès sanguin qui aurait été la conséquence de l'opération de l'acupuncture. Si nous nous arrêtons à cette dernière supposition, nous l'expliquerions fort bien en admettant qu'une des aiguilles, probablement la dernière appliquée, a pu traverser quelque vaisseau d'assez gros calibre, particulièrement une veine, et a occasionné une hémorrhagie, une extravasation de sang qui se sera ensuite accumulé et aura formé un dépôt où l'inflammation aura dû s'établir. Tout cela a pu arriver et doit être présumé avec d'autant plus de raison que la rapidité avec laquelle la douleur s'est fait sentir, le gonflement qui s'est manifesté presque aussitôt après la dernière opération d'acupuncture, rendent cette supposition très admissible.

Mais, d'un autre côté, une ancienne affection des tissus mous de la cuisse, du nerf sciatique, spécialement tuberculeuse ou autre, ne pourrait-elle pas exister, et, par une singulière coïncidence, être arrivée à sa période de suppuration précisément à l'époque où l'on a pratiqué l'acupuncture, de telle sorte que l'irruption subite du pus s'expliquerait encore ainsi? La gêne, l'embarras que le malade ressentait depuis deux ans dans cette partie du membre doivent faire prêter foi à cette croyance; mais dans ce cas, de quel genre d'altération s'agirait-il? Ici, il faut en convenir, notre embarras est extrême, et mieux vaut avouer que nous n'en pouvons rien savoir.

De ces dernières considérations, il résulte donc que dans le doute d'avoir affaire au résultat d'une lésion traumatique des vaisseaux ou à l'altération organique du nerf, dans l'impossibilité de déterminer quel serait le genre de cette altération si elle existe, il faut s'abandonner à la confiance de pouvoir remédier à l'un comme à l'autre de ces cas pathologiques, et recourir, pour y arriver, au moyen qui se présente, le même pour les traiter tous les deux, c'est-à-dire voir là seulement une collection accidentelle à vider par incision; car qu'elle soit formée de sang ou de pus, l'inflammation y a subsisté également et c'est ce même traitement qui convient toujours.

En effet, le bistouri, porté sur deux des saillies les plus proéminentes et les plus fortes de la tumeur, en a fait sortir un liquide composé de sang décomposé et de pus assez bien lié, le tout mélangé de petits grumeaux et de débris de caillots, mais en petite quantité. Le stylet, introduit par ces ouvertures, pénètre profondément et de tous côtés, dans des culs-de-sac, des sinuosités qui font voir que toute la région postérieure de la cuisse est en suppuration.

Nous trouvons alors confirmée l'opinion que nous avions émise d'attribuer la formation de cette tumeur aux conséquences de l'opération de l'acupuncture; elle résulte d'un accident qu'on pouvait prévoir, il est vrai, sans trop savoir comment l'éviter, mais qui est peu fréquent, ou du moins qui n'entraîne pas ordinairement, quand il arrive, de pareilles suites; car il est évident, pour nous, que quelque vaisseau ayant été traversé par une des aiguilles, du sang sera épanché, étendu entre les tissus, et y aura provoqué l'inflammation, qui a amené la formation et le dépôt de la matière mélangée que nous avons vu sortir; et il sera facile de comprendre qu'il n'a pu en être autrement, pour ceux qui connaissent la disposition des couches de tissus musculaire et cellulaire de cette région. En effet, dans cet intervalle qui sépare, surtout en haut, les adducteurs d'avec les muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux, se trouve une masse de tissu cellulaire, dans laquelle l'inflammation, une fois établie, doit s'étendre et se prolonger suivant toute la longueur de ces derniers muscles, accompagnés partout de ce tissu lâche et si perméable; comment alors le pus qui se forme et s'amasse, en tel point que ce soit, ne s'étendrait-il pas depuis l'incision jusqu'au jarret, au moyen de cette nappe cellulo-graisseuse qui occupe tout cet espace et le conduit partout. Il faudrait, pour l'en empêcher, ce qui arrive quelquefois, qu'une inflammation adhésive, un moyen mécanique bien appliqué, au de promptes incisions, vinssent limiter les foyers et arrêter la filtration du pus; autrement les dépôts se propagent comme nous l'avons vu, et le seul moyen à employer le plus tôt possible, est l'ouverture de ces abcès, comme nous l'avons pratiquée.

Ceci n'en reste pas moins un cas grave, mais cependant beaucoup moins redoutable que s'il s'agissait d'une maladie des os de la cuisse, de l'épine ou du bassin.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAUX DE LONDRES.

Strabisme. Ténotomie. Hémorrhagie effrayante. Transfusion. Guérison; par M. Samuel LANE, professeur d'anatomie et de chirurgie.

Georges Firmin, âgé de onze ans, est conduit par son père auprès de M. Lane pour être guéri d'un strabisme moyennant l'opération de Stromeyer. L'opération n'a rien offert de particulier, si ce n'est que l'enfant s'est trouvé mal, et que l'œil a saigné plus qu'à l'ordinaire. Le sang cependant s'est arrêté promptement, et l'enfant a pu se promener aussitôt après. Le soir, le sang a reparu par la conjonctive, et l'écoulement a duré plusieurs heures. M. Lane est parvenu à l'arrêter après une demi-heure de compression. Les parens lui ont appris alors que l'enfant avait été plusieurs fois en danger par des hémorrhagies survenues à l'occasion de quelques petites plaies. Il y a quatre ans, il avait été reçu à Guy's hospital pour une hémorrhagie survenue après l'arrachement d'une dent, et qui avait duré quatre jours. Six mois plus tard, il avait

été reçu dans le même hôpital pour une autre hémorrhagie qu'on n'avait pu arrêter pendant quinze jours. Quelques mois plus tard, nouvelle hémorrhagie d'une petite entaille au doigt, qu'on a arrêté à l'aide de la compression.

En septembre 1839, il avait été reçu à l'hôpital Saint-Georges, pour une affection du genou; des sangsues appliquées ont donné lieu à une hémorrhagie inquiétante; on n'a pu l'arrêter qu'en rapprochant les bords de chaque piqûre par une aiguille et un fil.

Des intermissions ont eu lieu. Le sang s'arrêtait lorsque le malade se levait et qu'il tombait en syncope; il coulait même lorsque le pouls était à peine sensible au poignet. Le sang paraissait peu coagulable et liquide comme s'il était délayé avec de l'eau. Quelquefois cependant il formait un coagulum.

Le troisième jour, l'hémorrhagie a été arrêtée pendant plusieurs heures à l'aide des applications de poudre de gomme adragante et la compression, que l'enfant aidait avec sa main. Cela formait une sorte de croûte dure audevant de l'orbite, mais le moindre mouvement déplaçait ou faisait bouger l'appareil et le sang reparaissait.

Le quatrième jour l'enfant vomissait tout ce qu'il prenait, et était dans une prostration extrême; l'écoulement continuait néanmoins, et le malade paraissait expirant.

Le cinquième jour syncope continue, mouvemens convulsifs. Les matières contenues dans l'estomac sont rejetées dans la bouche, mais le malade n'a pas assez de force pour les expulser de cette cavité; aussi est-il à chaque instant menacé de suffocation. M. Lane propose la transfusion: elle est pratiquée le sixième jour. Jusque-là le sang n'avait pas cessé de couler, la peau est pâle et froide, presque comme celle d'un mort; pouls imperceptible au poignet; les bras et la tête sont dans une telle prostration, qu'ils restent dans toute position où on les place.

Opération. Il est sept heures du soir. MM. Philip et Wicker, et plusieurs autres personnes, sont présentes ou aident à l'opération. L'appareil se compose d'une seringue à bec très effilé et garnie d'un entonnoir dont le tuyau est fixé perpendiculairement à l'axe de la seringue, et vers la base du bec de cet instrument. Cet entonnoir doit recevoir le sang et le verser dans la seringue. Un mécanisme très simple permet d'arrêter à volonté l'écoulement du sang de l'entonnoir.

L'opérateur ouvre une veine du bras après l'avoir disséquée comme dans une préparation anatomique; un stylet d'Anel a été passé sous la veine, précisément à l'endroit de l'ouverture, dans le but de soulever le vaisseau et d'empêcher l'écoulement du sang. L'instrument, qui se trouvait déjà plongé dans de l'eau chaude, a été appliqué, son bec introduit dans l'ouverture de la veine, pour s'assurer qu'il entrait facilement dans l'intérieur de ce vaisseau, puis enlevé, et la seringue a été remplie de sang. Le sang a été fourni par une petite jeune femme, robuste, qu'a saigné M. Ancell. Aussitôt que l'entonnoir en a reçu deux onces, on en a laissé couler un peu dans la seringue, l'air ayant été chassé, on en a appliqué de nouveau le bec dans la veine, ce qui a été très facile; le sang cependant avait commencé à se coaguler, et l'on n'a pas voulu le pousser dans le vaisseau. On retire donc l'appareil, on le lave de nouveau dans de l'eau chaude, et l'on recommence; cette fois le sang a été poussé doucement à mesure qu'il coulait du bras de la femme dans l'entonnoir et dans la seringue. On surveille, à chaque coup de piston, l'état de la respiration et des fonctions du cerveau, d'après les mouvemens des côtes, la coloration de la peau, l'injection des yeux, des lèvres. On a ainsi injecté peu à peu jusqu'à cinq onces et demie de sang, en mettant un certain intervalle entre un coup de piston et un autre. Quatre fois l'appareil a dû être ôté et lavé, à cause de la tendance du sang à la coagulation. Lorsque la femme avait déjà perdu dix à douze onces de sang, sa veine n'en donnant presque plus, nous nous sommes arrêtés.

Les bienfaits de l'opération ont été lents à se manifester, mais le pouls a reparu de suite à la radiale. Une heure, deux heures après, l'enfant était beaucoup mieux; il s'est levé sur son lit, a bu un verre d'eau et de vin de sa propre main, et l'on avait peine à croire à ce retour presque miraculeux de la mort à la vie en peu d'heures. Le sang n'a plus reparu de la plaie de l'œil; l'appétit est revenu, et il a guéri complètement en trois semaines; il est allé passer quelque temps à la campagne, et à son retour il était tout à fait bien portant et déberrassé de son strabisme.

(*The Lancet*, octobre, 1840.)

Intussusception chez un enfant âgé de six mois; par M. Burford.

Le 6 février dernier, j'ai été appelé, dit l'auteur, auprès d'une femme en travail, qui est accouchée heureusement d'un enfant très fort et bien portant. Un mois après l'enfant a eu une légère attaque fébrile qui a été dissipée dans l'espace d'un à deux jours par les remèdes ordinaires. Trois mois après l'accouchement, la mère a éprouvé une *attaque bilieuse très intense* (expression de l'auteur) qui l'a très affaiblie, et a fait diminuer de beaucoup son lait; elle a été obligée de se faire aider par une nourrice, bien qu'elle continuât toujours à donner le sein à son enfant. Cette nourrice lui a beaucoup vanté l'usage de l'huile de ricin durant la lactation, et pour la mère, et pour l'enfant. En conséquence, lorsque celui-ci pleurait, on lui administrait de cette huile; lorsqu'il paraissait constipé ou qu'il avait la diarrhée, également. Ces administrations ont dérangé la santé de l'enfant, et l'on a, en conséquence, insisté davantage sur le même remède. Les choses allant de mal en pis, on a consulté enfin M. Burford: il a trouvé l'enfant dans un grand malaise. En visitant les langes, il a trouvé que les selles étaient sanguinolentes et muqueuses, mais aucunement stercorales. Il prescrit des lavemens et une potion alcaline et sédative. Les lavemens n'ont pu être continués, vu que le liquide ne passait pas et que la manœuvre était très douloureuse. On lui fait boire de l'eau et du lait et un peu de bouillon de veau qu'il vomit sur le champ. Le lendemain il est mal et presque prêt à tomber en syncope; on lui prescrit une cuillerée à café d'eau et de vin qui paraît le soulager. Le lendemain, quatrième jour du traitement, l'enfant est mort.

Autopsie. On ouvre l'abdomen; les intestins sont très distendus et chargés de matière comme dans un cas de mort par imperforation de l'anus, avec cette différence qu'il n'y avait que les intestins grêles seulement qui fussent dans cet état. On ne voit aucune trace d'épiploon, de cœcum ou de colon. On lie les deux extrémités de l'intestin grêle, et l'on est étonné de sentir le rectum et la portion sygmoïde du gros intestin très élargis et remplis d'une masse solide. On coupe et on enlève l'intestin grêle. On divise le rectum, et l'on trouve ramassés dans son intérieur l'épiploon, le cœcum et son appendice et quelques pouces de l'iléum. L'auteur donne la figure de cette énorme intussusception. (*Ibid.*)

— L'affection dont il s'agit est assez fréquente chez les enfans. Nous faisions remarquer, il y a quelque temps avec Lobstein, que la cause la plus ordinaire était à cet âge une sorte de relâchement, de faiblesse du tube intestinal. Cette circonstance paraît s'être bien vérifiée dans ce cas. Nous disions aussi que les signes présomptifs de cette terrible affection, étaient l'écoulement de sang par l'anus, la constipation et le vomissement stercoral: cela s'est aussi vérifié. Un autre signe cependant existait dans le fait dont il s'agit, c'est la présence d'un corps mou dans le rectum, mais on ne l'a pas constaté par le toucher directement; cependant l'obstacle qu'éprouvait le lavement pour passer assure bien de son existence. Le volume extraordinaire de la partie invaginée mettait ce cas au-dessus des ressources de l'art. Les insufflations d'air par le rectum à l'aide d'un soufflet de cheminée, comme moyen désinvaginateur, appliquées avec succès dans quelques cas, étaient tout-à-fait impraticables chez le malade ci-dessus.

Kyste congénital communiquant avec la vessie urinaire; par M. Harvey.

Un homme, âgé de cinquante-deux ans, né de parens bien portans, éprouvait depuis plusieurs années des symptômes d'une affection de la vessie. Il avait une sœur qui souffrait exactement comme lui. Il avait eu une blennorrhagie dans sa jeunesse, et ne pouvait jamais uriner en présence d'une autre personne. Il y a quelques années, il fit un voyage d'Edimbourg à Londres; il éprouva le plus pressant besoin d'uriner, mais n'avait pu le satisfaire, se trouvant toujours à côté de quelques personnes; mais arrivé à Londres, le tout s'est dissipé dès qu'il a pu être seul dans une chambre. Les mêmes symptômes se sont souvent reproduits dans des circonstances analogues. Le malade consulta une foule de praticiens, et fit des traitemens divers sans succès. La prostate s'est hypertrophiée. Plus tard il fit usage des lavemens de tabac, et les symptômes se sont dissipés pendant cinq ans; mais alors la maladie a pris la forme d'une affection rénale, et s'est terminée par la mort. Lorsqu'on le sondait on ne tirait d'abord que peu d'urine, mais ensuite en poussant de nouveau la sonde on en retirait souvent beaucoup.

A l'autopsie, on a trouvé la vessie hypertrophiée et communiquant par une ouverture ronde avec un kyste, placé derrière, capable de contenir 14 onces de liquide. On croyait d'abord, d'après cette apparence, qu'il s'agissait d'un simple kyste formé par éraillement de la membrane musculaire hypertrophiée qui aurait permis à la muqueuse de faire hernie, de s'accoller à la séreuse et de se laisser distendre pour former le kyste. Un examen attentif cependant a fait voir que les trois membranes de l'organe, y compris la couche musculaire, se prolongeaient pour former ce sac comme un anévrisme vrai, et que l'ouverture ronde qui donnait communication aux deux poches était douée d'un sphyncter comme le col de la vessie. Cela expliquait pourquoi l'individu ne pouvait uriner quand il se trouvait en présence de quelque personne. La pièce pathologique ayant été présentée à la Société médicale de Westminster, on a jugé la poche surnuméraire comme congénitale. Ces circonstances placent ce fait au nombre des cas rares. (*Ibid.*)

Mémoire sur une nouvelle méthode d'opérer les cataractes capsulaires secondaires, en en pratiquant l'extraction par la sclérotique; par le docteur Sichel.

(Suite du n° 137.

Première observation. *Cataracte capsulo-lenticulaire molle d'un seul œil opérée par abaissement. Cataracte capsulaire secondaire abaissée incomplètement et flottante. Extraction par la sclérotique. Succès complet.*

Mademoiselle H.... L...., âgée de trente ans, femme de chambre; cataracte capsulo-lenticulaire, molle du côté gauche. Le cristallin est volumineux, toute sa surface est blanche, celle de la capsule est marquée de nombreux points crétacés. Dès que la capsule est ouverte, il s'écoule, ainsi que je l'avais prédit, un liquide d'un blanc sale remplissant presque la moitié de la chambre antérieure en forme d'hypopyon. La capsule est arrachée et abaissée de haut en bas. Elle présente de nombreuses adhérences plus fortes en bas, ce qui fait qu'elle se relève continuellement de bas en haut comme une soupape. L'introduction de l'aiguille bien au dessus du diamètre transversal de l'œil augmente la difficulté qu'il y a de détacher les adhérences inférieures. La malade commençant à souffrir un peu, je laisse la capsule incomplètement abaissée et remplissant encore la moitié inférieure de la pupille. Je prédis qu'elle remontera davantage. Lorsque, après l'écoulement du liquide, la capsule fut abaissée, la moitié supérieure ayant été jetée dans la chambre antérieure, j'ai pu distinctement reconnaître, et les assistans l'ont reconnu avec moi, qu'elle formait une plaque assez arrondie nettement coupée et un peu déchiquetée à son bord supérieur, qu'elle était légèrement épaissie, mais transparente et parsemée d'une multitude de points blancs, crétacés, opaques et élevés. La malade ressentait encore un peu de douleurs après l'opération.

Saignée de 3 palettes, fomentations froides.

7 mai. Les douleurs n'ont pas cessé après la saignée et sont encore violentes à deux heures après-midi, bien que les fomentations glacées aient été continuées sans interruption. La pupille est large, remplie d'une fumée grisâtre dans sa moitié supérieure et dans sa partie inférieure; cette même ouverture est masquée par la capsule qui est grisâtre et également entourée d'une espèce de fumée. L'iris, naturellement bleu, est devenu grisâtre et terne; la conjonctive est injectée.

Nouvelle saignée de 4 palettes, frictions d'onguent napolitain laudanisé; calomélas avec moitié d'opium, 6 paquets, qui seront pris d'ici au lendemain.

Le 8, la douleur a cessé, et M. le docteur Desmares, chef de ma clinique, trouve la malade bien.

Le lendemain 9 mai, la douleur est revenue un peu. Continuation des frictions, du calomel et de l'opium, jusqu'aux prodromes de salivation, moment où on se borne aux frictions avec le laudanum.

Le 14, la pupille est largement dilatée; la capsule, d'un blanc bleuâtre et pointillée, remplit le tiers inférieur externe et semble adhérente. (Légère nourriture.) L'inflammation diminue peu à peu; lorsqu'elle est dissipée, une conjonctivite catarrhale survient et nécessite bientôt, par de petites granulations qui se forment, des cautérisations avec le sulfate de cuivre. La pupille se contracte un peu, mais reste toujours élargie. Sur son côté interne inférieur elle adhère au restant de la capsule, qui est bleuâtre; placée en bas et en dehors dans la largeur de 2 à 3 millimètres, cette membrane présente sur le côté interne supérieur un limbe blanchâtre un peu pointillé plus mince et un peu diaphane, d'environ 1 millimètre de largeur. La malade y voit assez bien, et sort le 27 juin.

10 août. L'inflammation étant entièrement dissipée une seconde opération est faite le 10 août. La capsule est facilement détachée et poussée vers le côté interne; on voit que la portion placée derrière le bord inférieur externe n'était que toute la partie supérieure de la capsule plissée et abaissée. De nombreux filamens larges et serrés, transparens, mais placés assez profondément et n'ayant pas été aperçus avant l'opération, la lient à la partie supérieure et externe de la pupille. J'essaie de la détacher, mais il y a quelques filamens que je ne parviens pas à rompre, à cause de la légèreté de la membrane qui flotte et qui, plusieurs fois abaissée, revient toujours en haut quand je relève l'aiguille. Elle balotte sans avoir une tendance à tomber plutôt d'un côté que de l'autre; par conséquent je prescris à la malade de marcher un peu ou de se tenir assise. Une heure après l'opération la capsule plissée, mobile, occupe la partie inférieure de la pupille, et flotte si fort que j'espère qu'elle va s'abaisser peu à peu.

Saignée de deux palettes, fomentations froides, le soir les frictions d'onguent napolitain et belladone.

11 août. Après l'opération la malade a eu un peu de douleur, qui a bientôt cessé. Le lendemain la pupille est large, la capsule flottante comme la veille, et la conjonctive est à peine injectée. Il ne survient pas d'inflammation, la capsule, roulée sur elle-même, se place dans la partie inférieure des deux chambres oculaires, où elle flotte; elle est blanchâtre et un peu transparente sur ses bords, formant un petit cylindre entr'ouvert sur le côté gauche, et dont le grand diamètre est dirigé d'avant en arrière. Cette capsule ne s'abaissant pas, troublant encore la vue bien qu'elle occupe à peine un quart de la pupille et constituant une difformité assez visible, je l'extrais le 19 septembre 1840, par une ponction transversale large de 5 millimètres environ, pratiquée avec le couteau lancéolaire dans la partie supérieure externe de la sclérotique. La capsule fuit d'abord devant la pince dont les branches sont gênées dans leur écartement par l'étroitesse et par la direction de la plaie; j'introduis plus profondément la pince, en l'ouvrant davantage et en la tournant un peu. Dans le moment même de ce mouvement, l'humeur aqueuse dont il ne s'était rien écoulé après la ponction, et fort peu pendant la première manœuvre avec la pince, s'écoule en un flot considérable, et la sclérotique s'affaisse un peu, mais reprend aussitôt sa forme immédiatement; après que la capsule, bien saisie au milieu du diamètre longitudinal du cylindre, a été extraite, ce qui s'est fait très rapidement et sans obstacle, les lèvres de la plaie se rapprochent; la partie externe de l'iris n'a été qu'un moment portée sur le côté gauche. Je fais fermer les yeux; après quelques instans, en les faisant rouvrir, nous voyons la plaie déjà couverte par la conjonctive; la forme de la pupille est régulière, elle s'est un peu contractée; nous n'appliquons pas même de bandelettes de taffetas d'Angleterre comme après l'extraction, et nous enjoignons seulement à la malade de ne

pas ouvrir les yeux.

Fomentations froides, le soir les frictions.

Il ne survient pas d'inflammation ; la capsule extraite représente un cylindre qui n'est pas creux, mais plein ; la surface est semi-transparente mais recouverte de taches larges et nombreuses, blanchâtres et élevées. En arrière il s'y est attaché un filament de corps vitré qui était gélatineux lors de l'extraction.

9 octobre. La malade, très contente, et voyant parfaitement de l'œil opéré, vient nous voir à la clinique ; elle reconnaît de très petits objets sans le secours de lunettes. Nous remettons donc à plus tard d'en essayer, et nous sommes fondé à espérer qu'avec leur aide, elle verra tout aussi bien que de l'œil sain.

Deuxième observation. *Cataracte capsulo-lenticulaire très adhérente d'un seul œil. Désorganisation commençante de l'iris, tendance à l'atrophie de l'œil, amaurose. Opération réclamée par le malade. Abaissement incomplet; extraction scléroticale pratiquée dans la même séance avec un succès complet, presque sans inflammation subséquente, mais avec persistance de l'amaurose.*

M. G..., âgé de trente-huit ans, employé. Par suite d'une ophthalmie violente de l'œil gauche qu'il a subie il y a deux ans, le malade porte dans cet œil une cataracte capsulo-lenticulaire, de la nature de celles auxquelles Schmidt a donné le nom d'aride siliqueuse, c'est-à-dire que le cristallin est résorbé au moins dans sa plus grande partie ; que la capsule est opaque et épaisse, et que ses deux feuillets sont fort rapprochés, sinon tout à fait en contact (comme les deux valves d'une gousse de légumineuse séchée, d'où le nom imposé à cette espèce de cataracte a été tiré). La capsule est d'une teinte grisâtre claire ; présente à la surface plusieurs plis profonds, et un assez grand nombre de petites stries élevées, entre lesquelles il y a de petits sillons ; enfin, toute la surface de la capsule paraît plus ou moins froncée et ridée. La cataracte est mince d'avant en arrière, comme on peut le voir à son bord supérieur externe, après que pendant plusieurs jours la belladone a été instillée, ce qui, dans cet endroit seulement, a produit un interstice noir d'un peu plus d'un millimètre entre le bord pupillaire et la cataracte. Cette dernière tremblote très visiblement, bien que partout ailleurs qu'à l'endroit indiqué (à l'interstice noir) elle soit étroitement adhérente au petit cercle de l'iris. La texture et la structure du petit cercle, qui est fortement rétracté, sont notablement altérées. Le grand cercle de l'iris se rapproche davantage de l'état normal; la conjonctive est un peu injectée, et la partie palpébrale présente de petites granulations ; la consistance de l'œil est un peu moindre que celle de son congénère ; le malade n'y a pas conservé de perception lumineuse. Toutes ces circonstances, jointes à celles que l'autre œil avait sa parfaite intégrité, et que les difficultés d'abaisser, de détacher ou d'extraire cette cataracte devaient être extrêmes, nous empêchaient de penser aucunement à l'opération. Nous nous bornâmes à faire de cette affection le sujet d'une leçon clinique, et à combattre le reste d'inflammation chronique par un traitement peu actif, lorsque, le 2 octobre 1840, le malade accourt nous dire que, privé d'occupations pendant quelque temps, il vient de trouver une place fort avantageuse, mais qu'on ne la lui accorde que sous condition qu'il se fera débarrasser de la cataracte de son œil gauche. Il réclame donc absolument cette opération.

Après lui avoir fait comprendre qu'il m'était impossible, non-seulement de répondre du succès de cette opération sous le rapport du rétablissement de la vision, mais encore que je ne pouvais promettre de détacher à coup sûr la capsule étroitement adhérente, et de conserver l'intégrité d'un œil déjà sur le point de se désorganiser ; et après l'avoir prévenu qu'il devrait nécessairement souffrir beaucoup après une opération qui ne pouvait s'accomplir sans des efforts et des tiraillemens assez violens, je consentis à cette opération de complaisance, regardant comme une indication suffisante la nécessité où le malade se trouvait de risquer cet œil, et de se faire appliquer plutôt un œil artificiel, dans le cas de la fonte purulente, que de se voir repoussé plus long-temps de toute place lucrative et exposé à la misère.

L'opération est pratiquée à ma clinique le 5 octobre 1840. Des cataractes aussi adhérentes ne se laissant point extraire sans avoir été préalablement détachées, au moins dans une certaine étendue, je me déterminai à tenter l'abaissement, en déclarant qu'en cas d'abaissement incomplet ou impossible, je n'hésiterais point à passer immédiatement à l'extraction par la sclérotique de la capsule détachée. J'introduisis une aiguille au-devant de la capsule, dans la chambre antérieure en la faisant passer par la chambre postérieure et à travers l'espace libre près du bord pupillaire supérieur externe.

Je pus, avec quelque peine, il est vrai, détacher les adhérences partout, excepté à la partie inférieure interne où elles étaient vasculaires, et où leur déchirure, toute incomplète qu'elle était, donna lieu à l'épanchement de plusieurs gouttes de sang ; une petite quantité de ce liquide resta adhérente à la marge pupillaire. La capsule s'abaissa très complètement, en entraînant cette portion inférieure et interne de l'iris, mais toutes les fois que je retirais l'aiguille, elle remontait en forme d'une trape opaque fermant toute la pupille. Après plusieurs essais, je détachai et j'abaissai un petit noyau dur du cristallin ; alors la capsule devint semi-diaphane, plus blanchâtre, un peu luisante, et on put à travers son tissu, reconnaître la forme de l'aiguille. Chaque mouvement de cet instrument entraînait la sclérotique en y produisant une fossette profonde. Ce dernier signe était très fâcheux, car il indiquait un commencement d'atrophie avec liquéfaction du corps vitré et ramollissement des membranes oculaires. Néanmoins je me décidai à tenter l'extraction de la capsule, pour remédier à la difformité.

Le couteau lancéolaire, parfaitement effilé, ne put pénétrer par la partie supérieure et externe de la sclérotique que par une forte pression et qu'après avoir enfoncé cette membrane en forme d'une fossette de 5 millimètres de profondeur environ. Je ne fis pas pénétrer l'instrument jusqu'au plus grand diamètre de son tranchant, de sorte que la ponction n'avait à l'extérieur qu'un peu plus de 3 millimètres de largeur. Cette circonstance rendit plus tard les manœuvres de la pince d'autant plus difficiles, que les lèvres de la plaie de la conjonctive se déplaçaient en se joignant par dessus celles de la plaie de la sclérotique. La capsule saisie, mais trop adhérente à l'iris, s'échappa plusieurs fois d'entre les mors de la pince qui avaient quelque difficulté à la charger. Il était surtout très difficile de faire passer une des branches au-devant de la capsule et l'autre derrière, le bord supérieur externe de la capsule s'étant rapproché de l'iris pendant l'opération et fuyant au-devant de la pince. Enfin, la capsule fut solidement saisie et extraite par un petit mouvement saccadé. Cette membrane était roulée sur elle-même, mais se déployait dans l'eau où elle offrait une surface d'un gris blanchâtre, marquée de quelques petites stries plus blanches, et l'aspect d'un disque ridé, présentant, comme avant l'opération, deux grands plis perpendiculaires. La pupille est nette et ronde ; le bord iridien inférieur interne présente encore une gouttelette de sang.

Le malade n'a presque pas souffert pendant l'opération. On pratique néanmoins une saignée, qui est réitérée le surlendemain, à cause d'une conjonctivite assez intense, accompagnée d'un peu de douleur dans l'intérieur de l'œil. Des frictions d'onguent napolitain sont faites sur le pourtour de l'orbite; on n'en emploie que dix grammes. Quelques purgatifs sont administrés. L'inflammation se dissipe promptement; la pupille devient ronde, régulière, mobile synergiquement avec celle de l'œil sain, mais immobile et dilatée quand l'autre œil est fermé ; la structure et la couleur de l'iris paraissent beaucoup plus normales, depuis que les adhérences ont été détruites par l'effet de l'opération. La perception lumineuse est nulle ; le malade, prévenu d'avance de cette circonstance, est fort content du résultat obtenu, et quitte la clinique le 26 octobre 1840, vingt-un jours après l'opération, sans que son œil opéré présente la moindre trace d'inflammation des membranes externes ou de l'iris.

Contrairement à notre injonction et à sa promesse, il ne revient que le 2 novembre, avec un iritis complet de l'œil gauche et un rétrécissement notable de la pupille, qui est déplacée en haut et un peu en dehors. Le petit cercle iridien est d'une teinte brune tirant fortement sur le rouge, et encadré dans une couronne vasculaire très évidente qui lui donne un aspect étoilé. Un traitement antiphlogistique énergique et proportionné au degré de la phlegmasie, est ordonné pour empêcher l'atrophie à laquelle cet œil a montré une tendance dont l'opération est regardée comme la cause déterminante.

Nous arrêtons ici cette observation, malgré l'intérêt que pourrait présenter un iritis si bien caractérisé, et l'invasion de cette maladie long-temps après l'opération, et probablement par l'effet de causes atmosphériques, dans un œil amaurotique qui avait montré une si grande tolérance pour une double vulnération pratiquée à la fois avec l'aiguille et le couteau lancéolaire.

Troisième observation. *Cataracte capsulaire secondaire. Amaurose. Extraction de la capsule par la sclérotique. Désorganisation particulière de la rétine antérieure à l'opération.*

M. M...., tisserand, âgé de dix-sept ans, à la suite d'un coup sur l'œil gauche, perdit la vue, il y a cinq ans, et fut opéré en octobre 1837, par M. Blandin à l'Hôtel-Dieu. Une cataracte capsulaire secondaire survint et le malade se présente à ma clinique le 7 octobre 1840.

8 octobre 1840. L'iris est tremblotant. La pupille est largement dilatée par la belladone prescrite hier, et la capsule présente l'aspect suivant :

Elle est d'un blanc nacré, brillant dans beaucoup d'endroits. En dedans, il est impossible d'apercevoir ses limites ; mais en dehors sa circonférence est visible. A un millimètre de son bord externe, elle présente deux petites lacunes triangulaires superposées, à travers lesquelles on peut voir le fond de l'œil. Un espace libre, semi-lunaire, existe entre l'iris et la capsule tout-à-fait en dehors, et permet, comme les deux lacunes, de voir ce qui se passe en arrière de la membrane enflammée. L'iris est parfaitement libre, il n'y a entre la capsule et lui aucune adhérence.

Avant de commencer l'opération, et après avoir examiné l'œil avec soin, je prédis que l'extraction de la capsule sera facile, mais que j'aperçois en arrière de cette membrane quelque chose de louche, de trouble, au fond de l'œil. Un instant je me demande si ce phénomène ne serait pas dû à la capsule postérieure du cristallin : mais j'abandonne bientôt cette idée, parce que je reconnais qu'il existe à une trop grande profondeur, et qu'en outre je n'ai jamais rencontré de cataracte secondaire postérieure. Un assez grand nombre de médecins et d'élèves qui m'entourent cherchent en vain à reconnaître cette particularité et m'avouent, pour la plupart, qu'ils ne voient absolument rien. Le malade distingue le jour de la nuit, et voit très confusément passer l'ombre de la main, lorsqu'on la promène au devant de son œil.

Mon chef de clinique qui n'avait pas aperçu d'abord le trouble du fond de l'œil, persuadé que le malade devait voir davantage à travers les lacunes de la capsule, et qu'il exagérait en affirmant qu'il voyait à peine l'ombre de ma main, l'avait pressé vivement de déclarer qu'il n'avait pas dit l'exacte vérité. On verra plus tard pourquoi j'insiste sur ces particularités qui pourraient paraître trop minutieuses.

J'introduis le couteau lancéolaire un peu au-dessus du diamètre transversal de l'œil ; mais la ponction devient très difficile à cause de la mobilité de l'organe. L'ouverture, commencée plus près de la cornée que je ne l'aurais désiré (l'œil ayant fait un mouvement au moment où je piquai la sclérotique), est achevée en divisant en dehors les membranes oculaires au moyen du tranchant externe de l'instrument. J'introduis aussitôt derrière l'iris une pince très fine, et après avoir fait passer l'une de ses branches en avant de la capsule, je saisis cette dernière, et en fais du premier coup et sans difficulté l'extraction. Au moment de l'exécution de la manœuvre à l'aide de la pince, un petit jet d'humeur aqueuse sortit avec assez de force de l'œil, mais s'arrêta aussitôt. Un vaisseau de la conjonctive divisé ne donna que très peu de sang. Le malade ne distingue rien et ne voit que très confusément la lumière du jour. La pupille étant toujours bien dilatée, j'examine le fond de l'œil et je reconnais que mon diagnostic avait été juste. En effet, il y a profondément une opacité d'un blanc grisâtre, concave, assez large, marbrée de quelques stries plus foncées, au milieu de laquelle je reconnais une large strie proéminente en forme de pli ou crête, semblable à celles qu'on voit dans les hydropisies sous-rétiniennes, et entourée de quelques vaisseaux rouges très déliés. Plusieurs des assistans voient, après moi, ce phénomène, mais dans la crainte de fatiguer l'œil, je remets l'examen à plus tard. Le soir, on pratique une saignée de trois palettes.

9 octobre. Le malade n'a pas souffert depuis hier ; la pupille est largement dilatée ; la conjonctive oculaire est à peine injectée dans le voisinage de la ponction. Il n'y a presque aucune perception de la lumière. Il ne survient point d'inflammation.

Le 14 octobre, la paupière est ronde, régulière et noire au premier aspect. Elle se contracte synergiquement avec celle de l'œil sain, mais se dilate immédiatement et reste immobile lorsqu'on ferme ce dernier. Alors on voit au fond de l'œil, dans sa partie inférieure, une opacité concave, d'une teinte gris-jaunâtre fauve tirant un peu sur le brun, et nullement comparable à ce qu'on a vu immédiatement après l'opération. Au lieu de la crête transversale, on ne voit plus qu'une ligne d'un gris un peu plus clair, et dans toute la partie supérieure on remarque à peine l'opacité. Le malade croit distinguer un peu mieux la lumière. La forme, la consistance et la sensibilité de l'œil sont normales. On voit la cicatrice de la ponction en forme de ligne bleuâtre un peu large, entourée d'une légère aréole de rougeur.

Bien que les symptômes soient moins marqués actuellement qu'immédiatement après l'opération, je maintiens mon diagnostic d'une amaurose due à une hydropisie sous-rétinienne, maladie dont je parlerai ailleurs.

Après huit jours de séjour à ma clinique, le malade ne souffrant nullement et croyant s'apercevoir d'une amélioration de sa vision, qui nous paraît imaginaire, demande et obtient sa sortie le 15 octobre 1840.

Le 16 novembre, le malade revient à la clinique. Dans certaine position de l'œil, on ne reconnaît aucun trouble derrière la pupille ; mais quand l'œil est fixé en bas, on reconnaît dans le tiers inférieur de la rétine la bandelette blanche et un peu élevée déjà mentionnée, au dessus de laquelle se trouve une autre strie transversale d'environ 2 millimètres de large et de 6 millimètres de long. L'iris est fortement tremblottant. Le malade dit qu'il commence à distinguer la flamme d'une bougie ; néanmoins, il voit à peine le mouvement des doigts qu'on agite devant son œil.

— Les trois observations qui précèdent prouvent suffisamment que l'extraction des cataractes secondaires par la sclérotique est bien plus facile que leur abaissement, et en même temps beaucoup moins vulnérante. La vérité de cette assertion ressortira encore beaucoup mieux de la lecture attentive de l'observation suivante, recueillie dans ma pratique particulière, et par la comparaison qu'on devra faire entre les résultats de la dernière opération et ceux des trois premières subies par la personne qui en fait le sujet. Ces résultats sont succinctement énoncés dans le titre de cette observation, que nous donnons avec tous ses détails, à cause de l'intérêt qu'elle présente.

(*La suite à un prochain numéro.*)

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX (1).

Bordeaux, 2 novembre 1840.

Monsieur,

Notre vie toute provinciale, à 160 lieues de Paris, ne nous permettant guère d'entamer une polémique suivie avec M***, qui probablement est plus à portée que nous de transmettre aux bureaux de votre Journal ses ingénieuses et spécieuses réflexions, nous bornerons aux lignes suivantes la réponse à sa lettre du 27 octobre, qui devront clore, nous le pensons, toute nouvelle correspondance. (V. la *Gazette des Hôpitaux*, 20 et 27 octobre.)

Nous savions bien à l'avance que notre note sur l'amputation

(1) Nous avons à regret différé la publication de cette lettre faute de place.

coxo-fémorale soulèverait contre nous de ces susceptibilités, de ces petits emportemens de la part d'hommes chatouilleux qui s'offusquent de tout, même des vérités les moins offensantes et les plus utiles, parce qu'elles ont le malheur de ne pas se trouver en harmonie avec certaines manières de voir ou de faire ; mais ce à quoi nous ne nous attendions pas le moins du monde, parce que notre position et notre caractère nous placent à l'abri de tout soupçon à cet égard, ce sont les épithètes et reproches de jaloux ou d'envieux que certes nous croyons n'avoir jamais mérités. Nous repoussons donc ce soupçon comme généralement injuste envers la province et envers nous personnellement. Le voile de l'anonyme qu'a cru devoir conserver M*** nous avait d'abord inspiré le sentiment du silence le plus complet, et cela pour plusieurs motifs faciles à deviner : l'un surtout, la crainte de frapper trop fort l'article très vulnérable de M***, et de tomber peut-être sur une épaule amie que nous aurions regretté plus tard d'avoir blessée, nous a fait hésiter un instant ; d'un autre côté, les propres aveux de M*** nous placent sur un si beau terrain, que nous ne saurions résister au désir de nous en servir dans l'intérêt de la justice même de nos observations.

Quant à l'aveu assez naïf de M***, duquel il résulte que parmi les nombreuses publications de la capitale, un certain nombre sont pour le moins sans portée, sans durée, et dès-lors inutiles, propositions que nous n'avons assurément pas formulées d'une manière aussi injurieuse pour nos honorables confrères de Paris, aux lumières desquels nous-même puisons journellement, nous laissons au monde médical le soin d'en juger l'étendue et la valeur....

M*** aurait dû comprendre, ce nous semble, que nous tenons moins au *statu quo* qu'il paraît se l'imaginer; nous ne voulons pour preuve que la comparaison de notre procédé de désarticulation comparé à celui de notre confrère du Val-de-Grâce, auquel il semble si fortement et si sincèrement attaché. Il aurait dû comprendre aussi que nous n'avons parlé des amputations du col utérin et de la ténotomie qu'après avoir bien lu et pratiqué nous-même maintes fois ces opérations. Nous sommes arrivé à notre dixième amputation du col, et déjà nous comptons un grand nombre de sections des tendons. D'ici à ce que nos prévisions relatives à cette dernière touchant le système oculaire soient infirmées ou justifiées, nous prions M*** de ne pas oublier que les moyens orthopédiques long-temps prolongés sont les seuls garans d'une cure certaine et durable pour le redressement des membres, et nous ne croyons pas qu'on ait encore trouvé un moyen mécanique sûr et convenable pour s'opposer à la mobilité ou à la déviation de l'œil après la division d'un ou plusieurs de ses muscles.

Nous saisissons cette circonstance pour dire, par pure anticipation, que le bourgeonnement du moignon de notre opéré, dont M*** a voulu malignement parler, est aujourd'hui (quarante-cinquième jour) complètement cicatrisé ; que cette cicatrice linéaire est bien établie depuis plusieurs jours, et absolument indolente dans toute son étendue ; que le moignon forme un cône admirable, bien régulier, dont la base serait au niveau de la crête de l'os des îles, et le sommet un peu au devant de la tubérosité sciatique ; que le malade enfin se couche et dort sur le plan correspondant à l'opération, comme sur celui du côté opposé, et que s'il ne court pas encore bien loin avec ses béquilles, il reste facilement assis sur un fauteuil, et fait sa partie de piquet aussi commodément et avec autant d'agrément qu'avant l'opération.

Agréez, etc.

CHAUMET, D.-M.-P.,
Professeur de clinique chirurgicale.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le dernier numéro de votre Journal, vous avez inséré une longue lettre de M. Eguisier, qui commence ainsi: « Je vous prie de vouloir bien admettre dans votre Journal les faits suivans avec les réflexions qu'ils m'ont suggérées. Je ne me serais pas décidé à les publier, sans la dernière lettre de M. Vidal (de Cassis), qui *semble trancher* un point de thérapeutique dont la solution me paraît encore éloignée. »

Je viens vous prier, à mon tour, d'insérer ces deux mots : Je demande à M. Eguisier de me citer le passage de ma lettre où je *semble trancher* un point de thérapeutique, etc. Quand je connaîtrai ce passage, je le justifierai, et je réfuterai M. Eguisier 1° par ce que j'ai déjà dit, 2° par ce qui m'a été répondu, 3° et par la dernière lettre de M. Eguisier lui-même.

Je suis, etc.

VIDAL (de Cassis).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Richerand.

(Septième séance publique. — Jeudi 26 novembre.)

On procède au tirage au sort des noms des compétiteurs, afin de déterminer l'ordre des séries pour la question orale à traiter après vingt-quatre heures de préparation.

Sont désignés dans l'ordre suivant :

MM. Michon,	Chassaignac.
Robert,	Blandin.
Bérard jeune,	Thierry.
Ch. Boyer,	Huguier.
Lenoir,	Sédillot.
Alph. Sanson,	Vidal (de Cassis).
Laugier,	Malgaigne.

(Huitième séance. — Vendredi 27 novembre.)

Première série.

M. Michon. *Des opérations que nécessitent les polypes.*
M. Chassaignac. *De la résection des os dans la continuité.*

DU CITRATE DE FER,

Préparé par M. Béral, pharmacien à Paris, rue de la Paix, n° 12.

Il y a déjà plusieurs années, M. Béral entreprit un travail sur le fer et ses préparations, et présenta à la Société de pharmacie de Paris plusieurs composés ferrugineux remarquables; les formules en furent publiées dans les journaux scientifiques de l'époque, et on les retrouve aujourd'hui dans la plupart des Pharmacopées.

Les expériences récentes et répétées des thérapeutistes ont mis hors de doute les vertus énergiques du fer dans le traitement d'une foule de maladies ; mais malheureusement beaucoup de préparations ferrugineuses ne répondaient pas aux besoins des médecins : les unes étaient facilement altérables ; les autres avaient un goût styptique tellement prononcé, que la plupart des malades ne pouvaient se résigner à en continuer l'usage. Ces embarras firent faire de nombreux efforts à divers praticiens, et l'on connaît les nombreux composés ferrugineux qui ont vu le jour dans ces derniers temps ; poussé vers le même but, M. Béral poursuivit ses recherches sur la préparation du citrate de fer.

Le citrate de fer obtenu par ce pharmacien se présente sous la forme de paillettes transparentes, et d'une belle couleur grenat. Ce ferrugineux contient près de la moitié de son poids de peroxyde de fer, et résiste à l'action des bases alcalines. C'est un des composés ferriques les plus stables ; l'air atmosphérique n'a aucune influence sur lui, et il jouit de la propriété d'être complètement soluble. Ajoutons à cela, qu'une des principales qualités de ce médicament pour la question qui nous occupe ici, c'est de ne pas avoir une saveur désagréable, comme beaucoup de composés ferrugineux.

Ces considérations ont conduit M. Béral à choisir le citrate de fer pour en former la base de plusieurs préparations médicamenteuses, entr'autres, le SIROP FERRUGINEUX, nommé encore SIROP AU CITRATE DE FER.

Ce médicament étant composé d'élémens sur lesquels l'air atmosphérique n'a aucune influence, peut rester toujours identique, conserver toujours une action égale et certaine. Le fer y étant renfermé à l'état de solution parfaite, il est absorbé avec une grande facilité ; aussi peut-on l'administrer à des doses élevées.

De tous les médicamens à base de citrate de fer, le sirop est celui qui contient, sous un même volume, la quantité la plus considérable de fer et de matière sucrée ; chaque cuillerée à bouche renferme *douze grains* ou *soixante centigrammes* de citrate de fer anhydre. (On administre chaque cuillerée séparément dans un demi-verre d'eau.)

M. Béral prépare encore avec le citrate de fer, LE CITRATE DE FER ET DE QUININE, le vin de QUINQUINA FERRUGINEUX, et plusieurs autres composés ferriques que nous ferons connaître plus tard. Disons, en terminant, que nous avons examiné avec soin les produits de ce chimiste, que nous en avons constaté les qualités, et que les praticiens curieux d'employer le fer sous une forme à la fois agréable et sûre, peuvent avoir recours à ses préparations.

Ecole Pratique. — Leçons sur la lithotritie et la lithotomie, par M. Souberbielle, élève du frère Côme.

La première leçon aura lieu dimanche prochain, 29 novembre, à dix heures précises, et les autres continueront tous les dimanches à la même heure, amphithéâtre n° 3.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

Errata. — Quelques erreurs de typographie sont passées inaperçues dans le Mémoire de M. Sichel sur l'opération de la cataracte.

Ligne 8, *lisez* extraction par la cornée, *au lieu de* par la sclérotique.

Page 556, 13e ligne, *au lieu de* j'avais poussé sa membrane, *lisez* la membrane.

2e colonne, 20e ligne, *au lieu de* il en est résulté, *lisez* il en résulte.





Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

MARDI 1er DÉCEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 142, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GERDY.

Maladie du sinus maxillaire du côté droit. Dilatation de cette cavité avec hypertrophie spongieuse de sa paroi antérieure. Soulèvement léger et amincissement du plancher de l'orbite du côté malade. Dépression et destruction partielle de la voûte palatine du même côté. Opération. Mort. Autopsie.

Le 3 de ce mois, fut admise à l'hôpital de la Charité, et couchée au n° 24 de la salle Sainte-Rose, la nommée Sophie Belleville, âgée de seize ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament bilioso-sanguin. Elle n'est point encore réglée. Elle porte à la partie supérieure et interne de la joue droite, une tumeur dont nous indiquerons plus tard le volume et les limites. Tous ses parens se portent parfaitement bien; aucun d'eux, d'après son dire, n'a jamais été atteint de cancer.

Interrogée sur les antécédens de sa maladie, voici ce qu'elle rapporte :

Elle avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsque, il y a environ trois mois, elle garda le lit pendant plus d'une semaine, pour une affection qu'elle caractérise de la manière suivante : douleurs de tête, fièvre, inappétence, hémorrhagies fréquentes et abondantes par le nez. Peu de jours après sa guérison, elle éprouva de violens maux de dents; elle rapporte la cause de ces douleurs aux dents voisines de la tumeur dont nous avons déjà parlé. Quelques jours après la cessation de ces douleurs, deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, elle constata sur sa joue droite, entre le nez et l'os de la pommette, une tumeur du volume d'un gros pois, fixe, profondément située et tout à fait insensible à la pression. Cette tumeur acquit en moins d'un mois à peu près le volume que nous allons déterminer, et cela sans occasionner le moindre accident et même, toujours au dire de la malade, sans donner lieu à aucune souffrance.

Tels sont les renseignemens que nous avons pu obtenir de la malade, qui, nous devons le dire, ne nous paraît pas se rendre un compte bien clair de ce qu'elle nous raconte. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point, quand nous chercherons à établir le diagnostic. Quoi qu'il en soit, voici ce que nous observâmes le lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital (4 novembre 1840) :

Sur la partie antérieure de la joue droite, existait une tumeur ayant le volume et à peu près la forme d'une moitié d'œuf de poule, et limitée extérieurement de la manière suivante : par sa partie supérieure, elle atteignait presque l'angle interne de l'œil et côtoyait la moitié interne du rebord du plancher de l'orbite; en dehors, elle se terminait à peu près au niveau de l'os de la pommette; en bas, elle se prolongeait jusqu'aux gencives; et par sa partie interne, surtout en haut, elle semblait faire corps avec les os du nez. Les tégumens qui recouvraient cette tumeur, quoique un peu injectés, étaient cependant à l'état sain; ils glissaient facilement sur la tumeur, et il était facile de se convaincre qu'ils en étaient tout à fait indépendans. Le nez était déjeté à gauche d'une manière très prononcée. L'œil du côté malade n'était point refoulé en avant; il paraissait néanmoins un peu soulevé en haut. En portant l'extrémité du petit doigt un peu au-dessous de lui, on sentait que le plancher de l'orbite était légèrement soulevé. Tel était l'aspect de cette tumeur. J'ai déjà dit qu'elle était tout à fait indolente. Elle donnait au toucher la sensation d'un corps dur, résistant, situé au-dessous des parties molles, et faisant évidemment corps avec l'os.

En soulevant la lèvre supérieure du côté malade, on voyait la tumeur venir faire saillie sur les gencives sous forme d'un bourrelet rougeâtre assez volumineux. Sur ce point, elle cédait un peu à la pression; mais il était difficile de s'assurer si cette disposition ne dépendait pas autant du gonflement des parties molles de la faiblesse de la paroi du sinis.

Sur la voûte palatine du côté malade existait une tumeur du volume d'une moitié d'amande. Cette tumeur était facilement dépressible à son centre; ce qui fit soupçonner que l'os était détruit sur ce point.

En portant un doigt dans l'arrière-bouche, on ne sentait aucun corps qui fit saillie derrière les fosses nasales. L'air ne passait plus à travers les narines; cette obstruction, au dire de la malade, datait d'une vingtaine de jours; et depuis cette époque aussi, la narine droite ne livrait plus passage au mucus. Cependant il était assez facile d'y introduire une sonde d'un volume ordinaire. La narine gauche était moins gênée.

L'œil du côté malade remplissait très bien ses fonctions. Les dents étaient solides et paraissaient parfaitement saines.

Le malade était d'ailleurs parfaitement tranquille; l'appétit était bon; les digestions se faisaient très bien. Sophie était loin de se douter de la gravité de la maladie dont elle était atteinte.

L'examen dont nous venons d'exposer le résultat fut fait avec le plus grand soin par M. Gerdy. Il s'agissait, avant de prendre un parti, de déterminer : 1° le siège précis de la tumeur; 2° sa nature.

Sur le premier point, si on se rappelle ce que nous avons dit plus haut, il ne pouvait point y avoir de doute : c'était évidemment une affection du sinus maxillaire. Ce serait presque fastidieux d'entrer dans des détails à ce sujet. Mais quelle était la nature de cette affection? était-ce un polype, une hydropisie avec refoulement des parois du sinus, une des variétés de cancer, une exostose, etc.? Considérée sous ce point de vue, la question était beaucoup moins facile à résoudre. Cependant, d'après le rapport de la malade sur les antécédens et la marche de la tumeur, il était permis de mettre immédiatement de côté l'idée d'une affection cancéreuse; car outre que la maladie ne datait que de deux mois, elle n'avait jamais occasionné aucune espèce de souffrance, et s'était développée sans se traduire au dehors par le cortége de symptômes qui décèlent si souvent l'existence d'un cancer. Sophie était forte, vigoureuse, et jouissait, à part sa tumeur, d'une santé parfaite. Ces considérations sur lesquelles nous ne croyons pas devoir insister restreignaient le cercle de la question à une tumeur fongueuse développée dans le sinus, ou à un amas de mucosités dans cette cavité. Dans l'un ou l'autre de ces cas, les parois du sinus auraient été refoulées. L'affection dont était atteinte la malade paraissait donc dépendre ou d'un polype ou d'une hydropisie de l'antre d'Hyghmor; telle était l'opinion de M. Gerdy. Nous devons ajouter cependant, pour être tout-à-fait exact, que le rapide développement de la tumeur, s'il fallait s'en rapporter au dire de la malade, laissait des doutes à ce chirurgien sur l'existence d'un polype. Mais nous avons déjà observé que Sophie ne paraissait pas se rendre un compte bien exact de la marche de son affection, et il semblait permis de ne pas prendre son récit à la lettre. Quant à nous, nous avions cru trouver quelque analogie entre ce fait et celui que le professeur Dubois communiqua à la Société de médecine an XIII, et dont Boyer a rapporté les principaux détails dans son livre de chirurgie (tome VI, page 122 et suivantes). L'opération et l'autopsie nous ont montré qu'il n'en était pas tout-à-fait ainsi.

Quoi qu'il en soit, le cas était grave; il fallait opérer. La malade fut soumise pendant quelques jours à un régime approprié, et le 12, M. Gerdy procéda à l'opération de la manière suivante :

Ayant convenablement soulevé la lèvre supérieure du côté malade, il fit avec un fort bistouri une incision transversale qui pénétra jusque dans le sinus. Arrivé là, il sentit un assez large espace qui ne lui permit pas de douter que l'*antre d'Hyghmor* était dilaté. Dans cette incision, la paroi du sinus n'opposa qu'une faible résistance à l'instrument; nous ne vîmes point sortir de mucosités. Ce premier temps de l'opération mit M. Gerdy complètement sur la voie; il sentit dès-lors que la paroi antérieure du sinus était considérablement hypertrophiée, et qu'il fallait procéder à son extraction.

La perforation préalable du sinus, sur le point que nous venons d'indiquer, est une précaution excellente lorsqu'on conserve des doutes sur la nature de la maladie dont cette cavité est atteinte : elle n'échappa point à M. Gerdy, comme on vient de le voir.

Il fallait maintenant mettre l'os à nu pour pouvoir en-

FEUILLETON.

Concours pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Richerand.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — COMPOSITION ÉCRITE.

Le concours est une chose sérieuse, et malgré ses nombreuses imperfections, le public médical y a toujours foi, il n'en faut chercher la preuve que dans le nombre toujours plus grand d'hommes jeunes, forts et laborieux, qui viennent se soumettre à ses épreuves et à ses émotions, et dans l'empressement que les élèves et les praticiens mettent à suivre minutieusement ses péripéties tantôt inattendues, tantôt au contraire préparées long-temps d'avance. C'est que de toutes nos institutions médicales, le concours, formulé comme il pourrait l'être, est celle qui préparerait à l'enseignement le plus brillant avenir. Inscrivons, en attendant des jours meilleurs, ce nouveau succès. Quatorze compétiteurs ayant déjà donné presque tous de nombreuses garanties de science et de talent, viennent se disputer vivement la possession d'une chaire qui, pendant plus de dix années, a été éclipsée par le moindre cours de médecine opératoire professé, dans les amphithéâtres de l'Ecole pratique. Quel que soit le résultat que nous aurons à signaler, il y aura donc amélioration et progrès, et nous sommes heureux de le publier.

Aujourd'hui la première épreuve de ce concours est terminée, nous avons entendu la lecture de toutes les compositions. Le sujet était vaste et demandait à la fois des connaissances anatomiques profondes et une grande précision chirurgicale : en effet, il s'agissait de décrire le *périnée*, les *tailles périnéales*. Et ici se présentait un double écueil à éviter : les compétiteurs devaient donner un développement proportionné à l'étendue de ces deux sujets.

Plusieurs compositions ont causé une vive sensation, à des titres différens : les unes ont brillé par la critique savante, les autres par le talent d'exposition et l'étendue; telle question anatomique était un modèle de genre, tandis que telle autre question chirurgicale a entraîné des applaudissemens unanimes. Ne pouvant suivre pas à pas chaque lecture, nous nous attacherons à en donner une courte analyse, ainsi que la physionomie générale.

M. Bérard jeune est arrivé dans de fort heureuses conditions : les juges n'étaient pas encore fatigués par la lecture plusieurs fois renouvelée de la même question; l'auditoire lui-même était plus impatient et plus attentif.

Après avoir limité la région du périnée, ce candidat, voulant restreindre la question anatomique au cercle de la question chirurgicale, s'est borné à une courte énumération de la partie postérieure ou anale, pour donner plus de développement à l'étude de la portion périnéale. Il a procédé à cette description par ordre de superposition des couches, mais plutôt sous le point de vue de l'anatomie descriptive, que sous celui de l'anatomie des régions proprement dites, pour plusieurs points de laquelle il a renvoyé à l'histoire des tailles. Cette première partie de la question de M. Bérard s'est fait remarquer par de la méthode et par une grande clarté d'exposition; plusieurs fois il a rattaché à sa description anatomique des applications chirurgicales importantes; disons aussi qu'il s'est prononcé en faveur de la courbure de l'urètre, contradictoirement à l'opinion de MM. Gruithuisen et Amussat.

Après un court préambule historique relatif aux tailles en général, M. Bérard abordant la question, esquisse le cadre malheureusement trop vaste qu'il faudrait remplir pour arriver à traiter l'histoire des tailles périnéales d'une manière complète, et qu'il n'a pu suivre qu'en partie. Puis il a procédé à la description et à l'historique des diverses méthodes dans l'ordre suivant : taille au petit appareil, au grand appareil, latéralisée, latérale, bi-latérale, recto vaginale. Il termine en les proscrivant toutes, excepté la taille latéralisée et la bi-latérale. De vifs applaudissemens ont accueilli M. Bérard à la fin de sa lecture.

M. Malgaigne. La composition de ce candidat est sans contredit celle qui a présenté la physionomie la plus caractéristique, la plus originale. Laissant de côté les formes classiques et purement descriptives, M. Malgaigne s'est attaché, dans sa description du périnée, à suivre les principaux travaux entrepris sur l'anatomie chirurgicale de cette région, et notamment ceux de MM. Velpeau et Blandin. Chemin faisant, il les a tantôt confirmés, tantôt combattus par les résultats de ses propres recherches, qui décèlent toutes une haute portée d'esprit et un habile talent d'anatomiste. Il nous serait difficile de le suivre pas à pas dans cette longue argumentation, pour laquelle il a mis à contribution une force de logique, une originalité d'exposition, et une habileté de critique qui méritent les plus grands éloges.

Nous avons surtout remarqué les passages relatifs à la disposition de l'aponévrose du perinée; la comparaison des travaux de Senn, de Deschamps et d'autres anatomistes, concernant les dimensions et les rapports de la prostate, ainsi que les déductions pratiques, si habilement exposées, que M. Malgaigne a su en faire jaillir.

Même méthode a été mise à contribution pour la question chirurgicale. Après un historique fort complet, et neuf sous beaucoup de points, M. Malgaigne a tracé avec précision les indications de la taille périnéale, a donné une description claire et savante des divers procédés, et a terminé sa lecture par l'exposition des suites de l'opération, et l'examen des succès, des revers et de leurs causes. Tous ces points ont été traités avec le même bonheur, et des applaudissemens prolongés ont prouvé à M. Malgaigne qu'il avait été dignement apprécié; disons même qu'il a fait des envieux, et que le lendemain, un de nos habiles anatomistes témoignait son humeur de ce que M. Malgaigne voulait, disait-il, s'attribuer le monopole de l'anatomie du périnée. (*Historique.*)

M. Boyer. Sacrifiant un peu la partie anatomique de la question à la partie chirurgicale, M. Boyer s'est borné à donner une description claire, mais succincte, de la région périnéale proprement dite. L'histoire des tailles périnéales a gagné à cette disposition; l'auteur les a classées dans les deux chapitres suivans : tailles vésicales, tailles vésico-prostatiques; puis, dans chacune des divisions secondaires, il a procédé par ordre de succession et par noms d'auteurs. Arrivé à la fin de cet historique, il s'est prononcé, en thèse générale, en faveur des instrumens destinés à agir de dedans en dehors; et, relativement aux incisions de la prostate, il a donné la préférence aux petites incisions prostatiques : des faits tirés de sa pratique et de celle de son père ont été fournis à l'appui de cette opinion.

M. Boyer s'est attaché à apprécier avec soin les résultats généraux tant primitifs que consécutifs des opérations de taille périnéale; il a continué cet examen pour chaque grande méthode en particulier, puis pour la modification principale. Il a cherché ensuite à appuyer ses opinions, comme il l'avait déjà fait, par l'exposition des principaux résultats statistiques connus dans la science.

La composition simple et méthodique de M. Boyer a été entendue avec plaisir; ce candidat a fait preuve d'un jugement sain, et de connaissances pratiques approfondies. Ajoutons qu'il est un des compétiteurs qui ont tracé le cadre le plus complet, et qui l'ont le mieux rempli.

M. Michon. Limitant sa description anatomique à la région du périnée qui a trait aux tailles périnéales, M. Michon a tracé

lever le mal jusqu'à sa racine. Les tégumens devaient donc être divisés sans découvrir le maxillaire supérieur ; tous les chirurgiens n'ont pas adopté la même méthode d'incision des parties molles. En 1829, M. Syme, pour une tumeur cancéreuse de cet os, d'un volume assez considérable, fit une incision cruciale dont l'une des branches allait se rendre à la commissure correspondante des lèvres (*Lancette française*, 1829, tom. II, pag. 677.) On sait que M. Gensoul, auquel revient la gloire non seulement d'être allé le premier le plus loin dans l'extraction du maxillaire supérieur, mais encore d'avoir définitivement placé cette opération dans le cadre de celles qui reposent sur des bases certaines et bien déterminées, fait dans la plupart des cas un seul lambeau quadrangulaire qu'il relève sur l'orbite et sur le front. Nous avons vu M. Lisfranc découvrir la tumeur à l'aide d'une incision en V. M. Velpeau a adopté, depuis plusieurs années, un mode de division des tégumens qui nous paraît devoir offrir des avantages dans quelques cas. Ce chirurgien fait une seule incision qui s'étend de la commissure des lèvres jusqu'à la fosse temporale, de telle sorte que l'extrémité supérieure de la plaie tombe à peu près au milieu de l'espace qui sépare l'oreille de l'apophyse orbitaire externe. Par ce procédé, on évite sûrement le conduit de la glande parotide, et on n'a en définitive qu'un seul lambeau que l'on relève sur l'orbite et sur le front, après l'avoir convenablement disséqué. On a eu recours aussi à d'autres modes d'incision que nous ne rappellerons point ici pour ne pas nous écarter de notre sujet.

Chez la jeune malade dont nous parlons, eu égard à la position de la tumeur et à ses limites, M. Gerdy mit l'os à nu par le procédé suivant. La lèvre supérieure fut d'abord divisée dans toute son épaisseur sur la ligne médiane. Cette incision fut ensuite prolongée par en haut en longeant l'aile droite du nez jusqu'à la partie supérieure de cet organe. Le lambeau ayant été convenablement disséqué, l'os fut mis à découvert. S'armant alors d'un fort bistouri, l'opérateur excisa toute la paroi antérieure du sinus. Il s'écoula une assez grande quantité de sang. Dès-lors M. Gerdy put constater d'une manière évidente que l'*antre d'Hyghmor* était considérablement dilaté. La place étant lavée à grande eau, le corps de l'os parut sain, et M. Gerdy ne crut pas devoir aller plus avant.

Le pansement fut fait de la manière suivante : pour conserver une libre issue aux matières, et pour permettre à la plaie de se fermer plus promptement, une assez grosse mèche de charpie enduite de cérat fut passée de la plaie dans la narine droite sous forme d'un séton. La plaie fut convenablement garnie de charpie, et les tégumens furent réunis par la suture entortillée.

La portion d'os enlevée avait au moins deux lignes et demie d'épaisseur ; elle était spongieuse, mais elle n'offrait aucun des caractères du tissu cancéreux.

La malade fut transportée dans son lit, et on lui donna une potion calmante. Dans la soirée, elle était tranquille, et les deux jours qui suivirent l'opération aucun accident ne survint ; mais le troisième jour une hémorrhagie abondante par le nez eut lieu. On fut obligé de tamponner la narrine droite en avant et en arrière. A la suite de cette perte de sang, Sophie fut très faible. Cet accident se renouvela le lendemain et le surlendemain. La malade devint de plus en plus faible et finit par succomber dans la nuit du 21 au 22.

L'autopsie, faite trente heures après la mort, donna les résultats suivans : Tous les organes renfermés dans les cavités splanchniques étaient à l'état sain. Le maxillaire fut enlevé avec soin ; son tissu n'était pas dégénéré. Le sinus sphénoïdal était rempli de pus. Le cadavre ayant été réclamé par les parens, on ne put pas poursuivre plus loin les recherches. G. J.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

Scarlatine. Influence de la santé des nourrices sur les qualités du lait et sur la santé des nourrissons. Laryngite varioleuse. Anévrisme de l'aorte ouvert dans la bronche gauche. Abcès intra-thoracique ouvert dans la trachée.

Au n° 26 de la salle Sainte-Anne est une femme qui, était entrée dans la salle Sainte-Julie avec son enfant, pour être guérie d'un lombago. Voilà environ un mois, une autre femme avait été prise de scarlatine dans cette dernière salle. Cette maladie fut bénigne, et se termina en quinze jours.

Huit jours après le départ de cette malade, la femme, aujourd'hui couchée salle Sainte-Anne, fut prise, dans la nuit du 5 au 6, d'accidens que la religieuse attribua à une indigestion. Le matin, à la visite, nous la vîmes dans l'état suivant :

Faciès de cholérique, peau froide, yeux caves, respiration anxieuse, pouls imperceptible. Nous croyons avoir sous les yeux un cas de cholera ; mais il n'y avait ni vomissemens, ni diarrhée, et la langue était rouge ; le col était couvert d'une éruption scarlatineuse ; le pharynx était rouge, et nous portons un pronostic très grave. Pour chercher à opérer une réaction vers la peau, nous fîmes donner à cette malade une potion ainsi composée :

Eau distillée de menthe,	100 grammes.
Sirop d'éther,	15
Id. d'écorce d'orangers,	15
Id. d'opium,	10

à prendre par cuillerées d'heure en heure, et pour tisane une infusion de menthe vineuse.

Une stimulation fut établie sur la peau à l'aide de sinapismes appliqués aux jambes, aux poignets et à l'épigastre, mais tout cela fut sans succès : cette femme expire maintenant.

La scarlatine est une des pyrexies les plus graves, et qui surprend le médecin le plus attentif.

Parmi les épidémies de scarlatine, vous en voyez de très meurtrières, tandis que d'autres n'enlèvent qu'un très petit nombre d'individus. Sydenham, cet observateur si sévère et si judicieux, n'a probablement vu la scarlatine régner épidémiquement que sous cette dernière forme, puisqu'il regarde cette maladie comme une affection légère. M. Bretonneau, jusqu'en 1824, n'avait observé non plus que des scarlatines bénignes ; mais depuis cette époque il a vu la maladie sévir épidémiquement et avec une violence extrême. Ainsi, dans une commune du département d'Indre-et-Loire, soixante individus, sur une population de trois cents, succombèrent à cette maladie. Nous avons nous-même observé une scarlatine fort grave dans plusieurs villages de la Sologne, en 1828.

Il ne faudrait donc pas croire, parce que vous aurez, pendant quelques années, obtenu des succès dans le traitement de la scarlatine, que cette maladie soit sans danger. Tenez-vous sur vos gardes, car tôt ou tard, vous aurez de cruels mécomptes. Cet exemple vous montre d'ailleurs avec quelle soudaineté la scarlatine revêt un caractère de malignité. A peine l'affection avait-elle débuté depuis quelques heures, et déjà toutes les fonctions étaient profondément troublées, à tel point que cette femme, florissante de santé la veille, est maintenant mourante. Cette malignité dès les premiers momens, ne s'observe au début d'aucune autre fièvre exanthématique ; aussi est-elle un signe diagnostique important.

De l'influence de la maladie sur le lait des nourrices.

Un mot, Messieurs, à propos de cette femme, sur l'influence du lait de la mère malade sur son enfant.

C'est une opinion vulgairement répandue et accréditée que toutes les fois qu'une nourrice contracte quelque maladie, son lait se trouve altéré dans ses qualités et exerce sur l'enfant une influence qui peut lui être funeste. Nous avons nous-même long-temps partagé cette erreur ; et toutes les fois que l'on nous consultait à ce sujet, nous conseillions le changement de nourrice. Aujourd'hui nous donnerions encore le même conseil, mais dans le cas seulement où la maladie se prolongerait, et autant dans l'intérêt de la nourrice que dans celui de l'enfant. Mais si la maladie ne devait durer que quelques jours, il serait complètement inutile de s'adresser à une autre nourrice. Au reste, vous serez sûrs que le lait n'a point contracté de propriétés mauvaises tant que l'enfant ne vomira pas et ne prendra pas de diarrhée. Il pourra maigrir un peu, mais cela résultera de ce que la sécrétion du lait aura été moins abondante. Voici maintenant des faits qui vont confirmer nos paroles.

La femme sortie guérie d'une scarlatine n'a pas cessé d'allaiter son enfant, et celui-ci s'est toujours bien porté. Dans le même lit était une femme atteinte de variole ; l'enfant continue de téter pendant tout le temps que dure cette maladie, et il n'éprouve rien. Une autre femme avait un érysipèle de cause générale ; l'enfant tette toujours et ne présente aucun symptôme de maladie.

Une quatrième femme, couchée encore maintenant au n° 3 de la salle Sainte-Julie, a une fièvre typhoïde, et elle vient au vingt et unième jour sans que l'enfant ne présente ni vomissemens, ni diarrhée. Enfin au n° 9 de la même salle est une femme phthisique : elle a un enfant de huit mois qu'elle a toujours nourri de son lait, et l'enfant est bien portant. En un mot, nous portons sur ce sujet la plus scrupuleuse attention, et nous sommes autorisés à conclure, jusqu'à présent, que les maladies des nourrices exercent en général une influence peu appréciable sur la santé de leurs nourrissons. Mais s'il n'y a pas en général d'influence immédiate, peut-on admettre que l'enfant qui se nourrit du lait d'une mère tuberculeuse n'en souffre pas plus tard ? Nous ne le pensons pas, et quoique nous n'avons pas de preuves directes, nous inclinons à penser que, dans ces circonstances, le lait acquiert des propriétés fâcheuses qui, à la longue, pourront réagir sur l'enfant. Cependant je dois dire que les nourrisseurs des environs de Paris recherchent les vaches tuberculeuses ou *pomelières*, qui donnent un lait beaucoup plus abondant. C'est ce même lait que l'on nous vend à Paris, et il pourrait bien se faire qu'il ne fût pas sans influence sur le développement des tubercules si communs dans notre grande cité. Je n'émets d'ailleurs cette idée que sous forme de doute, confessant qu'il n'existe à cet égard rien de démonstratif.

---

une bonne description du périnée, et s'est attaché à faire ressortir les considérations chirurgicales qui sont la conséquence de la disposition anatomique ; il s'est étendu sur les rapports du bulbe qui diffèrent souvent chez l'adulte et chez le vieillard, comme Bogros l'a fait voir le premier ; et a terminé par une histoire complète des rapports et des diamètres de la prostate, ainsi que des anomalies de cet organe.

Passant ensuite à la question chirurgicale, M. Michon a tracé la filiation des diverses méthodes successivement proposées pour la taille périnéale ; mais si cet exposé a été complet, nous devons dire toutefois que cette composition a laissé à désirer sous le point de vue de l'appréciation des diverses méthodes entre elles, et celle des divers instrumens proposés. Si nous sommes sévères ici, c'est qu'on doit beaucoup attendre de M. Michon ; d'ailleurs, il est homme à prendre dignement sa revanche, et nous pouvons dire, par anticipation, qu'il n'a pas manqué de le faire d'une manière brillante dans sa leçon de vendredi dernier.

M. Chassaignac. La composition de M. Chassaignac s'est surtout fait remarquer par le charme qu'il a su jeter sur sa description anatomique du périnée. Les aponévroses ont été indiquées avec précision, et nous avons suivi avec plaisir l'étude des élémens anatomiques du périnée et de leurs rapports. Cette partie de la question a été traitée d'une manière remarquable,

La question chirurgicale a été bien traitée. M. Chassaignac se distingue par une rare pureté de style et par une grande habileté d'exposition. Nous avons entendu faire de grands éloges de l'ensemble de son travail.

M. Alphonse Sanson. Pourquoi M. Alphonse Sanson, qui a l'habitude des concours et de la facilité, lit-il si mal de bonnes questions, et perd-il ainsi une partie de ses avantages ? Nous devons, dans son intérêt, renouveler ce reproche que nous lui avons déjà fait. Nous avons remarqué l'exposition que M. Sanson a tracée des recherches de Dupuytren sur la taille bi-latérale, et des travaux de son frère relativement à la taille recto-vésicale. Une lecture plus habile eût mieux fait saisir les points importans de cette question.

M. Vidal (de Cassis). Après un préambule tant soit peu prétentieux, M. Vidal a procédé à la description du périnée, et a surtout insisté sur les apouévroses de cette région et sur la description de la prostate et de ses diamètres. Cette question, quoique complète, a laissé à désirer par manque de méthode.

Les tailles du périnée ont été rangées par ce compétiteur sous les trois chefs suivans : tailles vésicales, tailles urétrales, tailles prostatiques, et étudiées ensuite selon l'ordre historique. Nous avons remarqué que M. Vidal réclame en faveur de Ledran l'invention du procédé désigné de nos jours sous le nom de procédé de Dupuytren. Cette composition a été terminée par une modeste appréciation de la taille dite quadrilatérale, dont M. Vidal est l'inventeur. M. Vidal sait beaucoup, et se fait remarquer par une critique intelligente et de bon aloi.

M. Sédillot a su placer sa composition parmi les meilleures du concours ; son style simple et clair, une méthode habile, et des connaissances fort étendues, l'ont fait distinguer. On voit que M. Sédillot est un homme habitué aux concours et aux difficultés de l'enseignement ; il se possède, et sait mettre les diverses parties de son travail en harmonie entre elles ; talent rare, qui a manqué dans plusieurs compositions, remarquables du reste, auxquelles ce concours a donné naissance. M. Sédillot a été fort applaudi.

M. Blandin. La lecture de la composition de M. Blandin était attendue avec une véritable anxiété. Disons qu'elle a été écoutée avec une attention soutenue et un plaisir manifeste. Anatomie et chirurgie, tout a été de niveau, tout a été traité avec la même habileté, dans de justes proportions. Il est vraiment prodigieux que M. Blandin ait pu en aussi peu de temps donner à sa question un développement aussi considérable, une harmonie si parfaite dans ses différentes parties. Ajoutons qu'il a accepté la question dans sa plus grande extension, et qu'il a compris dans sa description anatomique la subdivision postérieure du périnée (région anale) et l'histoire de la taille rectale, que la plupart de ses compétiteurs avaient écartées.

Comprenant sous le nom de région périnéale toutes les parties molles qui remplissent le détroit inférieur du bassin, M. Blandin trace minutieusement l'anatomie descriptive des nombreux élémens qui la composent, celle des organes qui la traversent, tels que le rectum, l'urètre, la prostate, et fait saillir en passant toutes les déductions pratiques ou opératoires qui en découlent. La direction des vaisseaux artériels, leurs divisions, leurs rapports, la disposition des veines du col de la vessie relativement à l'aponévrose, l'anastomose des veines hémorrhoïdales, sont décrits avec détails.

Passant ensuite à l'anatomie des régions proprement dite, M. Blandin réunit ces élémens divers, indique leurs rapports variés, en trace, en un mot, une topographie simple, très précise et complète, en ayant soin de faire deux sections distinctes de la portion anale et de la portion génitale.

Cette description a été complétée par une indication exacte des diverses limites de la région, par celle des variétés que l'âge apporte dans les dimensions des organes ; enfin, par l'énoncé des variétés individuelles que l'anatomiste ou le chirurgien peuvent rencontrer.

Quant à la question chirurgicale, M. Blandin a pris pour point de départ la taille latérale, selon le procédé du frère Côme, et c'est à elle qu'il a rapporté toutes les autres. L'appareil instrumental ; la position du malade, des aides et du chirurgien ; la manœuvre opératoire, tout a été indiqué d'une manière fort complète et avec beaucoup de précision ; puis ont été exposés les soins consécutifs à l'opération, les précautions à prendre contre les hémorrhagies soit veineuses, soit artérielles, et la manière de les traiter ; enfin, l'indication des autres accidens qui peuvent suivre l'incision du périnée, et leurs conséquences.

Passant alors à l'histoire des modifications que la taille périnéale a subies selon les temps, M. Blandin décrit successivement toutes les méthodes et finit par l'exposition des tailles rectales.

Sa composition a été terminée par un parallèle entre les différentes méthodes adoptées aujourd'hui, et M. Blandin s'est prononcé en faveur de la taille bi-latérale. Cette composition est un modèle, et elle a été dignement appréciée par le public.

M. Laugier. Ce compétiteur a éprouvé un véritable accident en succédant, pour faire sa lecture, à celle de M. Blandin ; sa composition en a beaucoup souffert, car M. Laugier a lu avec embarras un travail très remarquable, surtout sous le point de vue chirurgical, et écrit avec une netteté et une élégance peu communes. L'appréciation des procédés, placée à la fin, a prouvé que M. Laugier est non seulement un écrivain habile, mais encore un chirurgien savant et exercé.

M. Huguier a fait preuve de connaissances anatomiques étendues, et cette partie de la composition a été traitée avec beaucoup de soin. La partie chirurgicale n'a pu être aussi bien appréciée, M. Huguier n'ayant pas eu le temps d'achever sa composition. Ce contre-temps ne découragera pas sans doute ce compétiteur, qui pourra dignement reprendre sa revanche dans les autres épreuves, car chacun connaît l'étendue et la précision de son savoir.

M. Lenoir, venant le treizième, avait à se concilier l'attention d'un auditoire fatigué par la lecture de douze descriptions sur le même sujet, et nous pouvons dire, à son éloge, qu'il a complètement réussi. Il doit ce succès à la clarté et à la précision

Laryngite varioleuse.

Nous avons eu au n° 2 de la salle Sainte-Anne, une femme atteinte de variole confluente, qui a succombé le deuxième jour de son entrée. Vous savez, Messieurs, que pendant le cours des maladies éruptives, telles que la rougeole et la variole, il survient quelquefois des symptômes assez semblables à ceux que l'on observe dans le croup, auxquels succède l'orthopnée, puis la mort. A l'autopsie, l'on trouve alors le gonflement des ligamens arythéno-épiglottiques. Les cordes vocales elles-mêmes sont tuméfiées et œdémateuses ; il y a des pustules dans le larynx. C'est ce que vous trouvez aussi chez la femme qui a succombé dans nos salles. Il y a, en outre, une pneumonie hypostatique survenue, très probablement, par la cessation de l'influence du nerf pneumo-gastrique sur la respiration.

Anévrisme de la crosse de l'aorte ouvert dans la bronche gauche.

Nous avons eu au n° 16 de la salle Sainte-Anne une femme âgée de cinquante-six ans, qui, à son entrée, nous raconta avoir été prise tout à coup, à environ trois mois de là, d'une violente douleur de poitrine qui se dissipa en quelques jours. Trois semaines avant son entrée dans notre service, les anciens accidens reparurent de nouveau ; mais cette fois, au lieu de disparaître comme la première, la douleur persista et devint même plus vive. C'était pour en être soulagée qu'elle vint vers nous. Voici ce que nous avons observé sur cette femme : déformation du côté gauche de la poitrine, proéminence de plusieurs côtes à partir de trois travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate ; matité dans une étendue de deux pouces et demi de haut en bas à la base de la poitrine, et près de l'épine au niveau de la neuvième vertèbre dorsale dont l'apophyse épineuse est plus saillante que normalement. La matité a un pouce et demi transversalement au niveau de cette même apophyse. A la base de la poitrine, sur la partie latérale, matité qui se prolonge du côté de la mamelle. Entre ces deux points, la poitrine est moins sonore qu'à l'état normal. En avant, dans la région précordiale, matité occupant le tiers sternal de la clavicule, toute la longueur du sternum du côté gauche, et s'étendant vers la partie latérale du même côté. La main appliquée dans la région sous-claviculaire et au-dessous du creux de l'aisselle, est violemment repoussée par des battemens correspondans au mouvement de systole du cœur.

A l'auscultation, on entend les battemens du cœur dans toute la hauteur de la poitrine à gauche. La respiration s'entend à la partie supérieure, quoique plus faible qu'à l'état normal ; elle est nulle dans le bas, à l'endroit où se trouve la matité. En avant, dans la région sous-claviculaire, aux deux tiers externes, la respiration est soufflante ; en dedans, double bruit de souffle ; plus bas, à la région précordiale, ce bruit de souffle est simple et coïncide avec le deuxième bruit du cœur. Ce bruit de souffle disparaît au fur et à mesure que l'on s'éloigne de cette région. A l'épigastre et plus bas jusqu'au niveau de l'ombilic, la main est aussi repoussée par les battemens de l'aorte abdominale qui semble dilatée surtout au niveau du tronc cœliaque. L'oreille, à l'aide du stéthoscope, perçoit un bruit de souffle très intense ; il existe aussi dans les crurales, mais non dans les carotides. Rien autre chose à noter.

D'après le résultat de notre examen, nous portâmes le diagnostic suivant : anévrisme considérable de la crosse de l'aorte. Nous attribuâmes les premières douleurs que la malade avait éprouvées à la rupture spontanée d'un petit anévrisme faux, ainsi que cela s'observe assez souvent ; la partie de sang épanchée, conséquence de cet accident, aurait été circonscrite ; l'autopsie prouvera que les douleurs ne de- vaient pas être attribuées à cette cause.

Cette femme est restée depuis le jour de son entrée à peu près dans le même état, lorsqu'hier soir, après avoir causé pendant quelque temps avec une de ses voisines, elle alla à la garderobe. Elle eut à peine le temps de regagner son lit, car elle fut prise tout-à-coup d'un énorme vomissement de sang ; elle appela la fille de salle, mais elle succomba avant que celle-ci eût le temps d'arriver jusqu'à son lit.

Cette mort avait été prévue par nous. C'est du reste ainsi que finissent tous ceux atteints de pareilles affections. A propos de cette terminaison, M. Trousseau rappelle le cas d'un homme dans la salle Saint-Bernard, à l'Hôtel-Dieu, chez lequel l'anévrisme de l'aorte ventrale se fit jour dans la partie postérieure du tronc, ce qui est très rare. L'on voyait chez lui l'amincissement de la peau faire des progrès tellement appréciables que l'on put annoncer en quelque sorte l'heure à laquelle la tumeur allait s'ouvrir, et par conséquent l'heure fatale.

Autopsie. Les deux poumons présentent une coloration qui n'est pas la même. Ainsi le poumon droit très volumineux, ne revenant pas sur lui-même, lors de l'ouverture du thorax et s'étendant un peu vers la cavité gauche de la poitrine, est pâle, emphysémateux dans presque toute sa surface externe, surtout à son bord antérieur ; les bronches sont vides et décolorées. Le poumon gauche, au contraire, est d'un rouge foncé tirant sur le violet ; incisé dans toute sa hauteur en arrière, il présente sur l'une et l'autre faces de l'incision une coloration noire due à une congestion sanguine très remarquable ; son tissu a d'ailleurs conservé sa densité normale ; les bronches sont rouges et contiennent, jusque dans leurs dernières ramifications, des caillots sanguins.

Cœur. Hypertrophie du ventricule gauche ; insuffisance des valvules aortiques sans dégénérescence et produite par la dilatation artérielle.

L'aorte, depuis sa naissance jusqu'à l'endroit où elle fournit le tronc brachio-céphalique, est uniformément dilatée ; sa surface interne est parsemée de dégénérescences athéromateuses et cartilagineuses ; le sang qu'elle renferme est fluide. Au niveau du tronc brachio-céphalique, de la carotide et de la sous-clavière gauches, le calibre de l'artère est à-peu-près à l'état normal. La face interne du vaisseau est cependant encore parsemée de dégénérescences. Au moment où l'aorte se recourbe pour devenir descendante, il existe sur un point de sa circonférence une dilatation partielle du volume d'un œuf à-peu-près et reposant en travers sur la colonne vertébrale. Là, le corps de deux vertèbres est altéré ; on sent une dépression manifeste qui correspond au fond de l'anévrisme. Partout les trois tuniques artérielles existent, même au milieu de l'altération osseuse (ce qui est assez rare). La tunique interne de l'artère présente encore là les dégénérescences dont nous avons parlé. Cette tumeur, qui ne contient que du sang fluide, communique avec le calibre de l'artère par une ouverture plus étroite que la cavité anévrismale elle-même. L'aorte, en cet endroit, présente un calibre plus grand que dans l'état habituel. Sur un des points de la circonférence, à droite à l'endroit où l'aorte est coupée perpendiculairement par la bronche gauche, il existe une petite tumeur anévrismale dont l'enveloppe est formée par la tunique fibreuse seule. Cette tumeur, grosse comme une noisette, contient un caillot dans son intérieur ; elle communique d'une part avec la dilatation aortique, de l'autre avec la bronche dans laquelle elle s'est ouverte après avoir contracté des adhérences intimes avec la partie postérieure des membranes de ce conduit aérien.

L'estomac contient une quantité assez notable de sang, dont une partie est coagulée.

Nous n'avons rien trouvé qui pût expliquer les premières douleurs que cette femme avait éprouvées ; et, comme vous voyez, le diagnostic que nous avions porté à ce sujet était entièrement faux. Il ne serait pas impossible, il est même probable que, concurremment avec l'altération organique du cœur, cette femme ait eu des accidens nerveux qui n'ont laissé après eux aucune trace, ainsi que cela s'observe dans l'angine de poitrine, où la douleur est on ne peut plus vive, et où, pourtant, on ne trouve après elle, comme vous le savez, rien ou à peu près rien.

Il n'est malheureusement pas rare de voir la crosse de l'aorte être le siége d'anévrismes ; cependant ces cas ne se rencontrent pas encore si communément chez l'homme, qu'on puisse les étudier avec grande facilité.

Sur les chevaux, au contraire, c'est une affection très commune. L'on trouve chez ces animaux des anévrismes siégeant, soit à l'origine des artères mésentériques, soit dans le tronc cœliaque ; mais il y a là cette particularité vraiment remarquable, que ce sont des anévrismes vermineux. Les petits vers qui se trouvent contenus dans ces dilatations de gros vaisseaux, corrodent les tuniques artérielles, amènent ainsi l'anévrisme, qui, plus tard, pourra déterminer, par sa rupture, la mort du sujet, accident pourtant fort rare chez les chevaux.

Chez les vieillards, la dilatation de la crosse de l'aorte ou de l'aorte elle-même est pour ainsi dire l'état normal, c'est-à-dire que cet état se rencontre chez le plus grand nombre des personnes avancées en âge sans que pour cela elles en éprouvent d'accidens. Cependant, chez eux il se forme souvent une ou plusieurs érosions de la membrane interne, que M. Bouillaud considère avec raison comme la conséquence d'une ancienne aortite ; l'érosion s'étend de cette membrane à la moyenne, de celle-ci à la troisième, et enfin la rupture arrive. Mais dans la plupart des cas, l'épanchement se trouve circonscrit par les adhérences que ce travail détermine dans le tissu cellulaire voisin. M. Bouillaud a vu jusqu'à trois et quatre de ces tumeurs chez le même sujet.

Suivant Laennec, les signes qui décèlent l'existence de ces anévrismes sont très difficiles à constater. M. Bouillaud a rencontré des cas où il n'a trouvé ni bruit de souffle, ni répulsion. Toutefois, la percussion donne un son mat qui n'est pas en rapport avec les dimensions ordinaires de l'aorte et du cœur.

Il n'y avait point eu chez la femme dont nous venons de vous parler de gêne dans la respiration, ou il y en a eu très peu. La respiration était faible dans le poumon gauche, c'est ce qui nous a fait penser que l'anévrisme s'ouvrirait dans la bronche de ce côté, et non dans la trachée-artère, qui elle-même n'était pas comprimée.

Le diagnostic n'est pas toujours facile dans les anévrismes de l'aorte. Il y a en effet des cas où les circonstances semblent se réunir pour induire le médecin en erreur.

Une femme se présente à notre observation accusant des douleurs fixes dans le côté gauche et à la partie antérieure de la poitrine, douleurs survenues à la suite d'un violent effort qu'elle avait fait. Outre cette douleur, il y avait sifflement considérable de la respiration et matité dans la région que nous venons d'indiquer. Nous croyons que ces symptômes, quoique peu nombreux, suffisaient cependant pour nous faire diagnostiquer un anévrisme de la crosse de l'aorte. Quelques jours après, la malade fut prise de crachement considérable de pus, et au bout de quelques semaines, elle sortit tout-à-fait guérie. Il se sera formé un abcès vers la racine des bronches, abcès qui nous en aura imposé pour un anévrisme.

Il n'est jamais permis à un médecin d'abandonner l'anévrisme de l'aorte à lui-même, non pas que je pense qu'on n'en puisse jamais opérer la guérison, mais parce que j'en ai vu qui ont été considérablement amendés par des applications de glace et par de fortes doses d'acétate de plomb prises à l'intérieur. Il y eut dans le service de Dupuytren un exemple remarquable de ce genre.

Un homme qui présentait un anévrisme considérable de l'aorte fut soumis à des applications de glace continuées pendant plusieurs mois ; il prenait en même temps de l'acétate de plomb, que l'on poussa jusqu'à la dose énorme de huit grammes par jour. Il y eut un amendement très grand dans la maladie. Cet homme vécut encore deux années.

On trouve rapportées dans le journal d'Hufeland plusieurs observations considérées comme des guérisons d'anévrismes de l'aorte par les préparations de plomb. L'explication qu'on en donne, c'est que, sous l'influence de ces agens thérapeutiques, il s'opère une diminution dans le calibre des vaisseaux. Ce résultat nous paraît, à nous, peu probable. M. Tancquerel des Planches, dans ses travaux sur l'action des préparations de plomb, n'a point mentionné ce fait. Il dit seulement qu'un de leurs propriétés est de ralentir la circulation. Nous pensons aussi que c'est à cela qu'est dû le soulagement que les malades éprouvent.

---

descriptions, à l'élégance de bon goût et sans prétentions de son style. M. Lenoir a écarté de son plan la portion anale du périnée, et s'est limité au triangle périnéal ; nous avons remarqué son analyse des travaux faits relativement aux aponévroses, et l'exposé de ses recherches particulières sur le système veineux du col de la vessie. M. Lenoir a su en faire ressortir des considérations pratiques du plus haut intérêt.

Passant ensuite à l'histoire des tailles, M. Lenoir a décrit successivement les tailles au petit et au grand appareil, la taille latérale, la taille latéralisée, la taille bi-latérale, et leurs principales modifications. Cette lecture a été écoutée avec une faveur manifeste, et vivement applaudie.

M. Robert a dignement concouru avec M. Lenoir à rendre cette dernière séance attachante. L'auditoire a surtout écouté avec une véritable satisfaction la partie chirurgicale de la question, pour laquelle M. Robert a réuni une clarté d'exposition, une habileté de discussion, qui ont fait de sa question une des plus remarquables du concours. Les élèves ont applaudi avec conviction ; car M. Robert, qu'ils connaissent et qu'ils aiment depuis long-temps, a su mettre dans sa description autant de science qu'il était possible, et se faire comprendre de tous. Une grande habitude de la pratique chirurgicale, et de l'enseignement particulier, pouvait seule lui permettre de remplir comme il l'a fait cette tâche difficile.

Prochainement nous rendrons compte des questions orales ; cette tâche sera moins pénible pour nous et pour nos lecteurs.

X. L.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans la *Gazette des Hôpitaux* (24 novembre), une lettre de M. Longet, dans laquelle il attaque les résultats annoncés par M. Magendie relativement à la sensibilité respective des racines rachidiennes. Suivant M. Longet, la racine antérieure n'a aucune sensibilité. Sous ce rapport donc, l'influence que M. Magendie attribue à la racine postérieure sur l'antérieure ne reposerait que sur des faits *erronés*.

Une pareille assertion est tellement opposée à ce que j'ai vu, et à ce que tout un nombreux auditoire a vu comme moi au Collége de France, que je ne saurais m'expliquer ce qui a pu induire M. Longet en erreur, d'autant plus qu'il avait été lui-même témoin de ces expériences. Or, celles-ci parurent alors tellement concluantes que ni lui, ni personne n'eût l'idée de révoquer en doute l'exactitude des résultats obtenus.

Ce n'est point ici le moment de rappeler ces expériences, qui sont consignées très en détail dans les leçons de M. Magendie que j'ai rédigées (1). J'ajouterai seulement que depuis la publication de cet ouvrage, M. Magendie s'est livré à de nouvelles recherches sur les fonctions des racines rachidiennes, et qu'il est arrivé aux mêmes conséquences qu'attaque aujourd'hui M. Longet.

Du reste, M. Magendie répétera cet hiver ces expériences à son cours du Collége de France. Il communiquera en même temps plusieurs faits nouveaux sur la manière dont la sensibilité est transmise de la racine postérieure à l'antérieure. C'est alors que M. Longet pourra s'assurer par lui-même des causes qui l'ont fait échouer dans la répétition des expériences de M. Magendie ; car le professeur se propose d'insister sur les précautions à prendre pour que les résultats de vivisections aussi délicates soient bien tranchés et à l'abri de toute contestation.

Agréez, etc. C. JAMES.

Paris, 26 novembre 1840.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

(Neuvième séance publique. — Lundi 30 novembre.)

Question après vingt heures de préparation :

1° M. Robert : *De la ténotomie.*
2° M. Blandin : *Des débridemens.*

(1) Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux, professées par M. Magendie, rédigées par M. James. — Deux volumes.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. J. CLOQUET.

Observation d'un lipome pesant trois kilogrammes, et traversé par le nerf radial. Opération (11 novembre 1840).

Beloy, âgé de quarante-quatre ans, d'une constitution forte, charretier de profession, portait au bras gauche une tumeur très considérable. Elle en occupait la région interne, et s'étendait depuis l'aisselle jusqu'au quart inférieur de l'humérus. Dans sa plus grande circonférence, elle avait 60 cent. et 27 dans son plus grand diamètre. Elle avait une forme ovoïde, et le membre ressemblait un peu à un énorme gigot de mouton. La tumeur offrait des prolongemens dont un s'enfonçait dans le creux de l'aisselle et faisait croire qu'il y avait des adhérences avec les organes très importans de cette région, mais on s'était alarmé en vain. On pouvait lui faire subir des mouvemens de déplacement, très minimes il est vrai, mais suffisans pour faire voir que l'humérus n'était pas attaqué ; elle ne présentait aucune pulsation ni aucun bruit, et la peau était saine dans toute l'étendue de la partie malade, sauf dans le point le plus culminant, où une inflammation commençait à s'établir. Cette tumeur datait de quatorze ans, si l'on veut compter depuis l'époque à laquelle le malade s'en aperçut. Le malade n'en avait ressenti aucune douleur, et ce ne fut que l'impossibilité d'exercer son état qui l'amena à l'hôpital. Malgré son vaste volume, cette tumeur n'était pas très pesante, et c'était là un symptôme des tumeurs lipomateuses. Mais ce qui neutralisait sa valeur, c'était l'élasticité considérable dont les parties malades jouissaient ; c'est peut-être ce dernier caractère peu commun aux lipomes qui tint en suspens M. J. Cloquet, et qui lui fit dire, après avoir passé en revue toutes les tumeurs qui pourraient avoir leur siége dans ladite région, « qu'il était plus facile de dire ce que cette tumeur n'était pas, que de dire ce qu'elle était ».

On enfonça une aiguille dans cette masse énorme, et par des mouvemens de circumduction qu'on lui imprima, on s'assura que dans son intérieur il n'y avait pas de cavité. Du reste, il n'y avait pas sensation de fluctuation ; le pouls et l'artère axillaire, quoique recouverte par un prolongement de la tumeur, laissaient entendre des pulsations qui étaient tout à fait semblables à celles du côté opposé, et tous les mouvemens du bras et de l'avant-bras étaient libres.

Le traitement ne pouvait consister que dans l'ablation de la tumeur. Ayant d'avance pris toutes les mesures pour ne laisser que la peau nécessaire pour recouvrir la plaie, on fit, avec un bistouri très court et à tranchant convexe, deux incisions elliptiques, qui se réunissaient à l'aisselle et à la partie inférieure du bras et qui penchaient jusqu'à la tumeur. Pour éviter de blesser les vaisseaux de cette région, on se servit de préférence du manche du scalpel et du doigt, et l'énucléation de la tumeur fut très facile. Cependant, il y eut un moment où il fallut la plus grande prudence pour ne pas couper un grand cordon nerveux qui passait à travers la tumeur.

On prit alors une sonde cannelée, on l'introduisit vers le point où le cordon mentionné s'enfonçait dans le lipome, et avec un bistouri droit on divisa la tumeur du côté opposé au nerf, qui fut dégagé très facilement. La tumeur, une fois enlevée, il en résulta une large plaie que l'on réunit avec des points de suture et avec des bandelettes circulaires.

La tumeur était sous-aponévrotique et occupait la gaîne antérieure et interne du bras ; elle avait une forme ovoïde avec des bosselures volumineuses dont une se prolongeait sur l'artère axillaire. La tumeur ayant été pressée donna trois kylogrammes.

Le lendemain de l'opération, le malade avait une légère fièvre de réaction. Le pouls donnait 90 pulsations, il était un peu fort ; il y avait de la chaleur à la peau, qui cependant n'était pas sèche ; pas de symptômes locaux ; la plaie n'était pas douloureuse : en un mot, tout paraissait présager un bon résultat. On pratiqua cependant une petite saignée du bras droit, et on ne donna au malade que quelques soupes.

Le 13, le malade était à peu près dans le même état que la veille, sauf un léger changement de la langue, qui était un peu rouge et un peu fuligineuse. Empâtement dans la main et dans l'avant-bras du côté malade. On défit l'appareil et l'on vit que les bandelettes circulaires de diachilon étranglaient un peu les parties. On les ôta, on les remplaça par d'autres qui ne faisaient que contenir les lèvres de la plaie, et l'on fit un bandage légèrement compressif, de la main jusqu'à l'aisselle.

Les 14 et 15 se passèrent sans que l'état du malade s'aggravât ; mais l'empâtement, qui s'était manifesté à tout le bras et l'avant-bras dès les premiers jours, ne disparaissait pas ; au contraire, il augmentait insensiblement. On ôta les points de suture ; la suppuration commençait à s'établir ; mais, outre qu'elle n'était pas abondante, elle n'était pas franche non plus ; le pus était liquide et mal lié ; le pouls était soutenu et continuait à donner 90 à 95 pulsations par minute. On fit un pansement avec du linge troué et de la charpie, on pratiqua le bandage compressif susindiqué, et on donna au malade une limonade sulfurique et des bouillons.

Le 16, la suppuration, sans diminuer, ne fournissait qu'un pus séreux ayant un peu de mauvaise odeur. Le membre malade, toujours empâté, commençait à présenter une légère teinte rougeâtre, disparaissant sous le doigt et reparaissant rapidement après que l'on avait cessé la compression, mais ce ne fut que le 17 que Beloy présenta des symptômes très alarmans ; il eut des frissons généraux et répétés ; sa face se décomposa ; ses yeux étaient creux, cernés et vitrés ; les narines étaient très rapprochées ; les les joues creuses ; la peau livide, sèche et presque froide ; le pouls était extrêmement petit ; il y avait dévoiement, prostration générale et hébétude ; la langue était sèche et fuligineuse ; la plaie présentait, particulièrement vers la lèvre postérieure, des phlictènes gangréneuses. Le membre était très peu sensible ; la chaleur y était diminuée ; la légère teinte rougeâtre s'était péniblement accrue et étendue jusqu'à l'épaule, où elle présentait mieux l'aspect érysipélateux. La suppuration était considérablement diminuée. On soupçonna une infection purulente.

M. Larrey fils, qui remplace M. J. Cloquet, fit appliquer de larges vésicatoires à chaque côté de la poitrine ; on pansa la plaie avec de la charpie humectée avec du suc de citron. On donna au malade des lavemens laudanisés, une tisane de riz, et on lui fit des frictions aux extrémités inférieures avec un liniment camphré. Tous ces symptômes empirèrent du 17 au 22. Dans les derniers jours la respiration était très accélérée et pénible, des phlictènes gangréneuses recouvraient presque complètement le bras, et d'autres commençaient à se présenter à l'avant-bras quand la mort arriva à huit heures du soir, le 22 du courant.

Résultat de l'autopsie. Pas d'abcès métastatique dans aucun viscère. Les poumons présentaient le deuxième degré de la pneumonite. Les veines du bras ne contenaient pas de pus ; leur surface interne était un peu plus rouge qu'à l'ordinaire et d'une manière uniforme. Les parois n'en étaient pas plus épaisses qu'à l'état normal. Le cordon nerveux qui passait à travers la tumeur était le nerf radial. Le nerf cubital avait été coupé pendant l'opération. La peau de l'avant bras, celle du bras, celle en partie de l'épaule avait été presque disséquée par une infiltration purulente dans toutes les régions indiquées. Le pus infiltré était, comme celui qui sortait de la plaie, liquide et de mauvaise qualité.

Dr G. FILUGELLI.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

M. Vidal (de Cassis) veut que je lui cite le passage de sa lettre qui *semble trancher* la question des injections intra-utérines. Ce n'est pas dans un passage seulement, mais bien dans tout ce qu'il a écrit à cette occasion que je trouve une réponse à cette demande. N'est-ce pas en effet pour prouver : 1° que ces injections (faites d'après sa méthode) sont innocentes ; 2° qu'elles sont efficaces dans plusieurs maladies de matrice et entr'autres dans le catarrhe utérin et les ulcérations du col, qu'il a publié deux mémoires et je ne sais combien de lettres ? Clore la discussion qui a eu lieu à ce sujet par une dernière lettre qui résout d'une manière *affirmative* les deux termes de cette question, n'est ce pas trancher ce point de thérapeutique ? C'est là du moins ce que j'ai compris, et ce qui a déterminé la publication de mon article. Mais je ne vois pas les rapports que ce motif, exprimé d'ailleurs sous la forme du doute, peut avoir avec la triple réfutation que m'annonce M. Vidal (de Cassis).

J'espère, Monsieur le rédacteur, que vous voudrez bien insérer ces quelques lignes de réponse.

Agréez, etc. Dr EGUISIER.

Paris, 29 novembre 1840.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 3 DÉCEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 143, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Œuf humain simulant un polype de la matrice. Accidens suivis de son expulsion. Péritonite puerpérale. Mort. Autopsie.

Au n° 16 de la salle Sainte-Catherine, était couchée, il y a quinze jours, une femme que nous voyions pour la troisième fois dans le service. La santé de cette femme, âgée d'environ quarante ans, était depuis long-temps détériorée par les causes capables d'altérer les meilleures constitutions : les chagrins, les souffrances, les privations de toutes sortes, et surtout par les fatigues de quinze accouchemens ou avortemens qu'elle disait avoir eus. Elle était sujette, depuis plusieurs années, à des pertes fréquentes qui avaient fini par prendre un caractère assez inquiétant pour qu'elle vînt réclamer des soins. Elle avait donc déjà été traitée deux fois ici ; d'abord par de simples injections astringentes, puis par de légères cautérisations pour quelques ulcérations qu'elle portait au col de l'utérus, et elle était sortie sentant son état beaucoup amélioré, et, elle, se croyant tout à fait guérie. Mais cette amélioration ne dura que quelques mois, et il y a déjà six semaines environ les mêmes accidens reparurent ; les hémorrhagies surtout revinrent plus fréquentes et plus abondantes que jamais ; une dernière alarma tellement sa famille qu'on la fit apporter de suite dans les salles, où elle entra le 11 novembre, dans un état de faiblesse extrême. On employa aussitôt les moyens ordinaires, qui la ranimèrent un peu ; et, le lendemain de son arrivée, M. Velpeau ayant pratiqué le toucher, trouva une tumeur engagée dans le col de l'utérus, sans faire saillie dans le vagin, d'un assez petit volume et peu dure. Il partagea l'idée d'un polype muqueux, qu'un médecin avait déjà constaté, et dont la présence expliquait assez bien, chez cette femme, les accidens hémorrhagiques qui s'étaient manifestés.

D'autres personnes qui l'examinèrent aussi crurent également à l'existence de cette production. Songeant à la débarrasser le plus promptement possible de cette cause présumée de sa maladie, M. Velpeau pratiqua encore le surlendemain le toucher, afin de s'assurer précisément de la position, de la forme et de l'étendue de la tumeur, et pour voir par quel procédé il serait plus convenable d'en essayer la destruction. Trouvant toujours la tumeur à la même place et plus molle encore qu'elle ne lui avait paru la veille, M. Velpeau eut quelques doutes, et sans renoncer à sa première idée, sans s'arrêter positivement à aucun mode opératoire, il pensa que, dans tous les cas, il serait difficile d'implanter des érignes dans un tissu si peu dense sans le déchirer avant de l'avoir attiré suffisamment.

Les choses en étaient là, lorsque dans la journée qui suivit cette exploration une nouvelle hémorrhagie se déclara accompagnée de douleurs au bas-ventre plus vives que d'habitude, et à la suite desquelles, au milieu des liquides expulsés par le vagin, se trouvèrent des lambeaux de membranes et les détritus du produit d'une conception datant d'environ deux mois. On reconnut bientôt que c'étaient les débris de la tumeur, qui n'existait plus dans la cavité de la matrice et qui n'était autre chose qu'un œuf humain dont la membrane caduque, remplie de sang coagulé, était engagée dans le col sous forme d'une masse globuleuse peu dure.

Le lendemain matin à la visite, c'est-à-dire le samedi 14, l'état de la malade n'était pas autre que celui des femmes en pareille position, rien n'annonçait encore que de nouveaux accidens dussent venir le compromettre ; mais dans la nuit du 14 au 15, ils éclatèrent subitement, et le dimanche matin on la trouva en proie à une fièvre violente, ayant la face pâle et altérée, le pouls fréquent et petit, plongée dans un état d'anémie profonde, se plaignant de douleurs vives et continuelles dans toutes la région du ventre, et offrant, en un mot, tous les symptômes qui dénotent le commencement d'une péritonite puerpérale intense. Cette malheureuse complication était ici d'autant plus déplorable que l'état général de la malade contr'indiquait l'emploi des moyens énergiques avec lesquels on peut essayer habituellement d'enrayer la maladie.

On prescrivit ce jour un laxatif, et pour calmer les douleurs du ventre, l'application de quinze sangsues sur le point le plus douloureux de cette région. Un peu de calme momentané fit qu'on ne les posa pas ce jour-là, et M. Velpeau ne le regretta pas trop, espérant que la maladie s'amenderait peut-être sans que l'on eût à courir les risques auxquels on serait inévitablement exposé en débilitant encore cette femme déjà si affaiblie ; mais il fallut bientôt renoncer à cette idée.

Le lundi 16, les symptômes se montrèrent de plus en plus alarmans, le danger devint réel et d'autant plus certain qu'il était encore plus impossible de recourir aux moyens que l'on emploie chez les autres *largâ manu* avec avantage, c'est-à-dire les saignées abondantes et répétées. On fit alors appliquer immédiatement quarante sangsues sur l'abdomen, puis on songea à l'usage de la pommade mercurielle, avec laquelle on fit des frictions à la dose de douze grammes sur toute l'étendue de la région douloureuse de deux en deux heures. On prescrivit de plus l'administration de 10 centigrammes de calomel à l'intérieur chaque deux heures aussi, et l'on recommanda que dans le cas où, sous l'influence de cette thérapeutique, l'état de la malade ne s'améliorerait pas sensiblement on lui appliquât un large vésicatoire sur tout le ventre et des sinapismes aux deux membres inférieurs.

C'était là tout ce qu'on pouvait faire, sans pouvoir cependant compter sur l'efficacité de ces remèdes, à cause de l'imminence du danger qui accompagne toujours ces sortes de maladies. On savait bien, en effet, que si dès le lendemain quelque mieux ne se manifestait pas, la terminaison fatale ne se ferait pas attendre ; c'est aussi ce qui eut lieu ; cette malheureuse femme succomba dans la nuit du 16 au 17, avec la rapidité caractérisant cette affection chez les femmes nouvellement accouchées, qui n'y résistent pas ordinairement plus de deux à trois jours, quelquefois moins. C'est, dit M. Velpeau, une phlegmasie atroce, en citant le cas par lui observé, il y a plusieurs années, à l'hôpital dit de l'Ecole, sur une femme qui, accouchée le soir à cinq heures, fut prise, à sept heures, des symptômes de la péritonite, et était morte le lendemain à onze heures du matin. Cependant les moyens les plus énergiques n'avaient pas été administrés trop tard ni avec ménagement. Malade à sept heures, on lui avait appliqué 60 sangsues à sept heures et demie ; 30 autres furent mises à onze heures du soir, et 40 autres encore à sept heures du lendemain ; le tout indépendamment des moyens hygiéniques généraux, qui ne furent pas négligés.

Du reste, les terribles conséquences de cette maladie ne doivent pas tant surprendre quand on réfléchit à la nature et à l'étendue du tissu que cette affection atteint. C'est sur une plaque, une toile qui tapisse tout l'abdomen, le bassin, qui enveloppe de toutes parts le tube intestinal dans toute sa longueur, qui fait encore des replis nombreux ; c'est, disons-nous, dans un pareil tissu, le plus propre à la laisser se propager dans toute son étendue, que se développe une inflammation aiguë, soustraite, pour ainsi dire, à tous les moyens directs qui pourraient la combattre. Est-il donc si étonnant qu'on ne puisse pas l'éteindre, que sa marche soit si rapide et sa terminaison si promptement et si souvent fatale ? Pensons de plus aux conditions dans lesquelles se trouvent les femmes qui en sont atteintes, soit celles récemment accouchées, soit celles qui portent quelqu'affection du côté des organes de la génération. Chez les unes et les autres la matrice est toujours plus ou moins malade, souvent elle est le siége de lésions profondes, les fluides sont modifiés ou altérés ; enfin de plusieurs côtés surgissent des conditions toutes spéciales, qui rendent la maladie dont nous parlons incomparablement plus dangereuse chez la femme que chez l'homme. N'oublions pas, surtout dans le cas actuel, les affections antérieures de la matrice chez cette femme, dont les organes n'étaient déjà plus sains lorsqu'elle est devenue enceinte, ce qui a été indubitablement une cause singulièrement prédisposante et aggravante pour la maladie qui l'a emportée, et nous comprendrons sans peine les terribles effets de celle-ci.

Nous ne nous arrêterons pas à l'examen des altérations qu'a fait constater l'autopsie, et qui, pour celles causées par la péritonite proprement dite, n'offraient rien qui ne se rencontre habituellement. Ainsi, le péritoine ouvert s'est trouvé rempli par une grande quantité de liquide séro-purulent ; le feuillet postérieur du grand épiploon était injecté par plaque ; le feuillet qui tapisse le cœcum et la majeure partie de l'intestin grêle, offraient de belles arborisations, qui ne dépassaient pas, toutefois, cette portion du tube intestinal.

Mais d'autres altérations existaient du côté des organes génitaux internes ; l'utérus était très développé, et cette femme venait de faire une fausse couche ; cependant le tissu de cet organe était sain ; il y avait bien quelques injections veineuses, mais pas de métrite ; la membrane interne de la matrice n'était pas ramollie : un débris de la caduque y adhérait au niveau de la trompe gauche ; différentes portions de cette dernière membrane étaient restées dans la cavité utérine ; le repli du péritoine qui tapisse la matrice et les ligamens larges, contenaient du pus presque pur ; les ovaires étaient recouverts d'un enduit purulent, concret et comme pseudo-membraneux ; ces mêmes organes et les trompes étaient injectés et très volumineux, il y avait même du pus dans leur intérieur ; dans la cloison recto-vaginale, il y avait une infiltration de liquide lactescent assez épais.

D'où l'on peut conclure que la phlegmasie a eu son point de départ dans les organes génitaux précédemment enflammés et altérés.

Polype envahissant la majeure partie des cavités de la face ; ligature de sa principale branche à l'aide d'un instrument nouveau.

Au n° 46 de la salle Sainte-Vierge, nous voyons pour la troisième fois un jeune homme nommé Sallé (Fidèle), âgé de dix-sept ans, de la commune d'Epieds, département du Loiret, d'où il est déjà venu deux fois réclamer les secours de la chirurgie contre une affection qui, loin de s'amender, a pris un caractère et une extension tels qu'il est fort à craindre qu'elle ne lui fasse jamais grâce. Il s'agit d'un polype qui, ayant pris naissance, il y a quatre ans dans la narine gauche de cet individu, fut soumis une première fois à l'opération de la ligature dans le courant de l'année de son apparition. Soit que celui-ci n'ait pas été détruit à sa racine, soit qu'une nouvelle production du même genre se soit spontanément développée, la récidive eut lieu quelques mois après, et le malade revint dans nos salles, où il fut encore traité de la même manière. Il y a de cela plus d'un an. Depuis cette époque, son polype s'est encore reproduit et a pris une extension telle, qu'en ce moment il remplit exactement toute la capacité de la narine gauche et une grande partie du pharynx ; mais de plus, la joue gauche est distendue par une tumeur assez grosse déjà, qui évidemment dépend de celles que nous venons de spécifier, et est de la même nature ; car ce polype n'a pas atteint seulement la surface des parois internes des fosses nasales, il s'est rejeté aussi sur la surface des parois externes, et peut-être même à travers les cornets est-il déjà parvenu du côté du sinus maxillaire où il ne se manifeste pas encore ; mais on comprend très bien que de sa racine qui embrasse et tapisse tout le plancher de la voûte palatine du côté du nez, qui doit s'étendre au-dessus du pharynx, dans toutes les anfractuosités des os qui forment la base du crâne, on conçoit bien, disons-nous, que de cette racine une branche soit partie, qui, sortant par le trou ptérygo-palatin qui se trouve en arrière des fosses nasales, ait passé de la fosse ptérigoïdienne dans la fosse zygomatique, en dessous de l'arcade de ce nom, et se soit fait place au milieu des muscles de la face qui remplissent une partie de cette région.

Heureusement que telles ne sont pas, d'habitude, l'opiniâtreté, les complications et la terminaison si fâcheuse de cette affection ; mais pourtant les cas pareils à celui-ci ne sont pas très rares ; M. Velpeau se souvient d'en avoir observé plusieurs exemples : une première fois, en 1823, à l'hôpital aujourd'hui dit *de l'Ecole* ; une autre fois, en 1838, à la Charité, sur un enfant mort à la suite des accidens d'une variole confluente, et qui, étant affecté depuis long-temps d'un énorme polype, parti également des fosses nasales, dont les ramifications s'étaient étendues au dedans de tous les os de la base du crâne, dans le sinus maxillaire, dans l'orbite d'où le globe oculaire était rejeté en avant, et jusque dans l'intérieur du crâne, dont les membranes ont été trouvées altérées à l'autopsie. Depuis, M. Velpeau a encore connu deux ou trois exemples à peu près semblables.

Dans cette circonstance, qu'y a-t-il à faire ? Ne pouvant plus espérer de guérir les malades, on doit au moins les soulager autant que possible ; et il est ici d'autant plus urgent de faire tout ce qu'il faut pour tâcher d'y parvenir, que chez notre individu les tumeurs des fosses nasales, et surtout celle du pharynx, sont le siége d'hémorrhagies fréquentes, et que leur volume gêne considérablement les fonctions de la respiration et de la déglutition de toutes sortes d'alimens.

Parmi les différens moyens à mettre en usage, il en est deux qui sont inapplicables dans l'espèce ; savoir : L'excision, qui ne peut être pratiquée avec commodité et avantage que sur des polypes de nature fibreuse, consistante, et non sur des masses molles qui sont comme muqueuses, et formées d'un grand nombre de vaisseaux sanguins ; car il y aurait à craindre la déchirure des tissus qui rendrait l'opération inutile, et l'hémorrhagie inévitable qui pourrait être dangereuse ; puis les caustiques qui ne sauraient être portés dans une région si profonde, à des doses assez fortes ou assez long-temps répétées, pour détruire une pareille masse de tissus. Reste donc la ligature ou étranglement, qui, comme traitement, a déjà échoué deux fois sur cet individu, mais qui réussissant aujourd'hui seulement comme opération, le débarrassera au moins de la tumeur la plus grosse, la plus gênante, celle du pharynx, à la base de laquelle on va tâcher de l'appliquer convenablement.

Pour y arriver, il est mille moyens dont les chirurgiens se sont servis tour à tour, et que nous nous garderons bien de vouloir décrire séparément. Nous dirons seulement, en suivant les principaux temps de l'opération, que, pour ce qui regarde l'introduction du fil qui, de sa bouche, doit revenir par les fosses nasales en embrassant la base de la tumeur qu'il va étrangler, rien n'est plus commode aujourd'hui que l'usage des sondes en gomme élastique ; on en pose une d'une dimension convenable le

long du plancher des fosses nasales, à deux reprises différentes, et on en fait sortir le bec dans l'arrière-bouche, de chaque côté du polype, au moment de son entrée dans les fosses nasales, si c'est possible; sinon d'un même côté, comme il à fallu le faire dans le cas qui nous occupe, la sonde n'ayant pu être introduite que du côté externe de la narine. Puis, à chaque fois, ce bec de la sonde, recourbé avec les doigts et ramené du fond du palais hors de la bouche, est retiré par les fosses nasales, et il entraîne avec lui les bouts opposés du fil, dont l'anse va opérer l'étranglement du polype au moyen du serre-nœud.

Le temps le plus difficile de l'opération est évidemment celui où il faut placer convenablement une anse de fil pour que la ligature soit faite au point le plus avantageux, c'est-à-dire au pédicule de la tumeur, s'il en existe un, ou à sa base, qu'il est souvent presqu'impossible d'atteindre. C'est particulièrement pour cela que plusieurs instrumens ont été inventés et employés par les uns et les autres; nous nous contenterons d'indiquer les principaux; ainsi, le porte-fil de M. Hatin, le premier, que nous sachions, après celui de M. Rigaud, des instrumens fabriqués spécialement pour cet effet, mais qui, un peu compliqué, fut modifié par M. Leroy d'Etiolles, qui proposa un autre instrument plus simple, auquel M. Blandin fit subir aussi quelques changemens.

Telles sont les trois espèces d'instrumens les plus connues qu'on emploie pour porter l'anse de fil derrière la tumeur, quand il n'est pas possible de le faire avec les doigts. M. Velpeau se servait, lui, d'un instrument beaucoup plus simple encore que tous ceux-ci, mais qui n'en était pas moins fort commode pour arriver au but qu'il voulait atteindre; c'était tout bonnement une cuillère d'étain, recourbée en avant à angle presque droit sur son manche; la partie concave, appliquée sur la tumeur et en arrière, attirait celle-ci du côté de la bouche autant que cela se pouvait, et le fil était tiré par les fosses nasales ou conduit avec les doigts le long de la partie convexe à l'extrémité de laquelle il tombait sur le point de la tumeur où devait être fait l'étranglement. M. Velpeau, pour prendre rang à son tour parmi les inventeurs d'instrumens, voulut au moins offrir quelque chose qui fût plus présentable, moins vulgaire, et, d'après les indications qu'il fournit uniquement sur le siége et l'étendue du polype, M. Charrière confectionna lui-même un instrument qui a parfaitement rempli l'idée du professeur par la manière ingénieuse dont il a été conçu et exécuté et à laquelle M. Velpeau n'a pas manqué de rendre justice. L'usage de cet instrument nous a paru si commode et si avantageux que nous ne saurions terminer sans dire quelques mots qui fassent mieux comprendre son utilité et qui indiquent la manière de s'en servir.

Cet instrument, d'une simplicité remarquable, est constitué par une tige métallique aplatie dont l'extrémité, recourbée en avant, s'élargit et forme une plaque convexe à son bord supérieur; sur ce bord existe une rainure audessus de laquelle la lame postérieure de la plaque se recourbe en avant de manière à former une sorte de canal ouvert seulement pour l'introduction du fil qui doit y être logé. Dans toute la longueur de la face postérieure de la tige existe une coulisse qui, arrivée à la base de la plaque, se divise en deux pour se rendre à chacune des extrémités du bord convexe de cette plaque.

Cette coulisse est traversée dans toute son étendue par un fil de fer mobile, dont la pointe vient supérieurement et des deux côtés se fixer dans un trou fait pour la recevoir sur le point correspondant de la lame postérieure qui retient le fil en dessus, de manière qu'en cet endroit le canal est tout à fait fermé quand les fils de fer sont montés et qu'ainsi le fil de la ligature est sûrement maintenu en place pendant l'opération. Pour détacher ce fil de l'instrument, il suffit de retirer par en bas les fils de fer qui rentrent dans la coulisse et qui laissent le fil libre à l'endroit où il a été posé; après quoi l'instrument est rapporté de la bouche, sans que rien puisse l'y arrêter, ni faire accrocher la muqueuse ou quelque partie de la tumeur, comme cela devrait arriver si l'extrémité des fils de fer restait en dehors de la coulisse.

Pour que l'on pût en outre utiliser cet instrument dans les cas de section du polype, M. Charrière a placé sur la face antérieure de la plaque une lame mobile que l'on fait monter et que l'on retire par un procédé analogue à celui qui fait agir les fils de fer ci-dessus, c'est-à-dire un simple bouton qui se trouve fixé en bas et sur la face libre de la pièce mobile.

Le premier essai de cet instrument a parfaitement réussi chez notre malade; le fil étant posé aussi haut qu'il a été possible vers la principale racine de son polype; l'étranglement en a été opéré ensuite au moyen d'un des serre-nœuds dont il y a tant de sortes, et que tout le monde connaît.

Si l'on parvient à détacher cette ramification, la plus considérable et la plus gênante de son polype, ce jeune homme pourra s'en aller non pas guéri, mais au moins soulagé pour quelque temps; et peut-être le reverrons-nous encore une quatrième fois venir nous redemander d'autres secours, si toutefois la maladie vraiment atroce dont il est affecté ne va pas gagner trop rapidement les organes intérieurs, dont la lésion entraînerait bientôt sa terminaison fatale.

L..... E.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'OPÉRER LES CATARACTES CAPSULAIRES SECONDAIRES, EN EN PRATIQUANT L'EXTRACTION PAR LA SCLÉROTIQUE; PAR LE DOCTEUR SICHEL.

(Suite et fin du n° 141.

Quatrième observation. *Cataracte lenticulaire liquide avec un petit noyau mobile et d'une teinte plus foncée* (cataracte morgagnienne). *Broiement de la capsule et abaissement du noyau. Cataracte capsulaire secondaire partielle opérée deux fois à l'aiguille, mais sans succès. Fréquens accès de névralgie et d'ophthalmie rhumatismale violente après ces trois opérations. Iritis, hypopyon. Extraction par la sclérotique. Succès. Presque point de névralgie ni d'ophthalmie,*

Madame la comtesse de D....., âgée de soixante-quatre ans, d'une constitution nerveuse, et ayant eu souvent des rhumatismes et des névralgies rhumatismales, est atteinte d'une cataracte lenticulaire molle de l'œil gauche, d'un gris perlé, un peu nacré çà et là. La pupille étant dilatée, on voit les deux tiers supérieurs de la cataracte d'une teinte gris perlé; dans le tiers inférieur se dessine le noyau verdâtre qui semble nager dans la substance cristallinienne liquéfiée.

C'est une de ces cataractes liquides qui présentent deux ou plusieurs couches opaques, la seule espèce de cataracte morgagnienne que j'aie observée jusqu'ici, et dont j'ai donné une description exacte dans mon Traité de l'ophthalmie de la cataracte et de l'amaurose, p. 489, § 17, en expliquant cependant mal les phénomènes observés. En effet, la dissection et l'extraction de pareilles cataractes m'ont appris depuis que leur couche inférieure est formée par le noyau du cristallin.

Comme je l'avais prédit dès la première déchirure de la capsule, un liquide grisâtre et épais se précipite en gros nuages dans la chambre antérieure, qu'il remplit presque entièrement, en troublant toute la pupille. Je fais quelques mouvemens pour abaisser le noyau et pour l'éloigner de l'iris, sans pouvoir cependant voir l'aiguille. (Fomentations d'eau froide.)

Dans l'après-midi, il se développe une névralgie rhumatismale des plus intenses, occupant toute la moitié gauche de la tête, depuis le front et la tempe jusqu'au vertex et presqu'à l'occiput. Des frictions laudanisées, un quart de lavement avec 16 gouttes de laudanum de Rousseau, et 4 gouttes de laudanum prises par la bouche parviennent à calmer cette douleur et à la faire cesser quatre heures.

Après l'époque où elle avait atteint son maximum, le pouls était plein et dur, une saignée de 4 palettes a été pratiquée à cause de la douleur et de la rougeur commençantes de l'œil. Le lendemain, les frictions laudanisées sont échangées contre celles d'onguent napolitain belladoné. La pupille se dilate beaucoup et reste ainsi; l'œil dérougit subitement. La vision pendant quelques jours ne gagne rien et fait presque craindre une amaurose. Bientôt la malade commence à distinguer les ombres, et finalement les grands objets. Elle voit beaucoup moins dans certaines positions; il faut qu'elle regarde vers son côté droit pour reconnaître les objets. Dans le commencement je ne vois qu'un trouble assez vague dans la moitié interne de la pupille, mais bientôt je reconnais une opacité blanchâtre adhérente à la moitié interne de la capsule. Les douleurs névralgiques et l'injection de la conjonctive ont complètement disparu, et il ne reste plus que quelques vaisseaux très fins sur le côté externe de la cornée. C'est juste entre ces vaisseaux que j'introduis l'aiguille le 27 novembre pour enlever cette cataracte secondaire, opération fort difficile. Le lambeau de capsule qui occupe le tiers externe de la pupille, est extrêmement mince et cède à l'aiguille; il se détache du côté interne, mais ne se laisse pas enlever de haut en bas ni déchirer au milieu. Lorsque je pense l'avoir plongé au fond de l'œil, il revient et reste adhérent en haut. J'essaie de l'abaisser en dehors, il revient toujours dès que je relève l'aiguille, et reste flottant dans la moitié externe de la pupille, attaché à son bord supérieur.

La malade dit avoir souffert davantage de cette opération que de la première. Plus tard, le lambeau de capsule semble aussi être devenu adhérent au bord externe. La pupille, qui s'était rétrécie immédiatement après l'opération, s'est plus tard dilatée de nouveau, mais en devenant régulière.

Elle a persisté dans cet état de dilatation probablement à cause d'adhérences de nouvelle formation. Une légère ophthalmie rhumatismale et quelques douleurs névralgiques sont revenues; elles cèdent au bout de quatre jours aux moyens mis en usage la première fois. Les douleurs se sont encore renouvelées plusieurs fois; elles sont facilement combattues par les mêmes moyens. La vue reste dans le même état, et peut-être elle est même un peu plus trouble qu'après la première opération.

Pendant les changemens fréquens de la température atmosphérique et le froid rigoureux, madame D..... est prise plusieurs fois de douleurs névralgiques semblables à la première et assez intenses, auxquelles succède chaque fois une rougeur considérable. L'usage externe du laudanum et de l'onguent mercuriel, associés à l'usage interne du colchique et de l'eau de Sedlitz arrêtent promptement ces accès et enlèvent l'injection de la conjonctive sans qu'une véritable sclérotite ait pu se former, et sans que l'iris ait été atteint par l'inflammation.

Le 14 janvier au soir, veille du dégel, la malade qui est sortie un peu pendant la journée, en prenant toutes les précautions possibles contre le froid, éprouve le soir un accès de névralgie assez fort, avec très peu de rougeur de la conjonctive. Malgré l'emploi des moyens ordinaires (frictions avec le laudanum et l'onguent napolitain, un bain de pieds, dose de colchique le soir et le lendemain matin) le lendemain, à trois heures après midi, sans que la rougeur ait beaucoup augmenté et sans qu'il se soit développé une sclérotite ou de la photophobie, l'iris a pris une légère teinte verdâtre, et il y a un commencement d'hypopyon d'à peine un millimètre de haut. (Bouteille d'eau de Sedlitz, à 48 gr.; frictions d'onguent napolitain d'heure en heure; bain de pieds; dose de colchique pour le lendemain matin.)

Le 15 janvier, à deux heures, l'hypopyon et la décoloration de l'iris ont complètement disparu; la douleur a presque cessé et la vue, encore troublée, s'est cependant rétablie. (Continuer encore les frictions et l'usage des bains de pieds, et du colchique matin et soir.) La rougeur de l'œil s'est bientôt complètement éteinte, il n'y a plus que de légères douleurs rhumatismales. Aucun changement dans la pupille ni dans l'aspect de la capsule.

Pendant tout l'été de petits accès de névralgie rhumatismale dans le sommet et le côté gauche de la tête se sont fréquemment montrés, rarement les douleurs sont devenues intenses; assez souvent elles ont envahi l'œil en y produisant presque toujours de l'inflammation qui cependant est devenue rarement forte et n'a jamais amené l'iritis. La conjonctive palpébrale inférieure a contracté un léger velouté avec quelques granulations, surtout dans son grand pli; un faisceau de vaisseaux assez gros s'étend du grand pli en haut, et atteint de temps à autre, lorsqu'il y a de l'inflammation, le bord inférieur de la cornée. Le bord externe, et surtout le bord supérieur de la cornée, sont presque constamment légèrement vascularisés. Les fréquentes et notables variations de la température atmosphérique, rendent nul ou passager l'effet de tous les moyens.

Nous employons alternativement le colchique, les légers sudorifiques, la valériane avec les feuilles d'oranger, les bains, les frictions avec le laudanum, avec le baume tranquille camphré, l'application de linge chaud camphré, l'extrait d'aconit et l'opium à petites doses à l'intérieur. Lors d'une inflammation un peu plus forte, un purgatif, des sangsues et l'extrait d'aconit; lorsque la douleur est devenue plus périodique, le sulfate de quinine avec l'opium et l'aconit. Reconnaissant enfin l'inutilité de tous ces moyens, nous en suspendons l'usage, en nous bornant à administrer de temps à autre un peu d'eau de Sedlitz, la teinture de semence de colchique, la magnésie, et à employer en frictions le laudanum et le baume tranquille camphré, alternativement pendant les douleurs.

La capsule est toujours tendue dans les deux tiers externes de la pupille, qui est restée dilatée, bien qu'on n'ait plus employé de belladone depuis la dernière opération. Quelquefois cette capsule m'a semblé ballotter un peu sur son bord inférieur interne resté libre; elle est devenue un peu plus blanchâtre.

2 septembre 1840. Le temps n'ayant pas changé pendant une semaine, et la conjonctive s'étant maintenue assez blanche pendant trois jours de suite, je pratique une nouvelle opération. L'aiguille est introduite à presque six millimètres du bord de la cornée, par un petit endroit blanc placé au milieu d'un plexus d'injection vasculaire: quelques gouttes de sang sortent par la ponction. La capsule se détache bien partout, sauf par son bord le plus supérieur interne, et en même temps le plus blanc et le plus épaissi. Aucun effort ni aucune manœuvre ne peuvent la détacher ni l'amener au dehors. Elle cède beaucoup, et se laisse tirer en bas et en dehors, mais revient toujours en haut par l'élasticité d'un long filament semi-transparent, qui s'attache derrière le bord pupillaire supérieur. Je me décide donc à pousser cette attache supérieure de la capsule en dedans derrière l'iris; j'y réussis assez bien, quoiqu'elle conserve un mouvement d'oscillation qui la fait alternativement se cacher en grande partie derrière le bord iridien interne, et revenir dans la pupille. Je recommande à la malade de se tenir couchée sur le côté droit, sans enfoncer l'œil dans l'oreiller. Elle a un peu souffert pendant l'opération, qui a été assez longue. Je lui fais prendre immédiatement dix-huit gouttes de laudanum de Rousseau, et faire de quart d'heure en quart d'heure une friction d'onguent napolitain laudanisé; au bout d'une heure on ne fera plus les frictions que de demi-heure en demi-heure, et le lendemain d'heure en heure.

Pendant les premières heures qui suivent l'opération, la malade souffre de douleurs névralgiques qui s'étendent du vertex dans le côté gauche de la tête, et plus tard dans le globe oculaire. L'œil n'est pas beaucoup injecté; néanmoins, le pouls étant devenu plein et dur et la peau chaude, je fais pratiquer une saignée de trois palettes. Le soir, bien que la douleur ait diminué, j'administre encore dix-huit gouttes de laudanum de Rousseau; la malade dort depuis onze heures du soir jusqu'à six heures du matin, et le lendemain ne souffre plus du tout. L'œil ne s'est que fort peu injecté. Je m'aperçois, le lendemain, qu'on a mis de la belladone dans la pommade, au lieu de laudanum. Le soir, je fais prendre encore quatre gouttes de laudanum. La malade n'a pas cessé d'ouvrir l'œil; la paupière n'est pas gonflée; la pupille semble nette, et le restant de capsule est caché derrière le bord pupillaire interne; la conjonctive est fort peu injectée. Une cuillerée de magnésie a amené quelques selles. On a accordé un peu de bouillon. Le soir du 3 et du 4 septembre, on administre encore quatre gouttes de laudanum.

Le 5, la conjonctive n'est injectée que du côté externe. La malade a eu, après avoir pris à son déjeûner une tasse de chocolat léger, un dévoiement bilieux; elle n'a pris, le soir, qu'un peu de semouille.

Ce matin, je lui fais prendre une cuillerée à café de magnésie, et quelques heures après un potage aux herbes. Elle voit et compte mes doigts ; la pupille est toujours très dilatée. La malade n'a pas souffert du tout.

6. Elle a parfaitement bien dormi les trois nuits dernières, bien qu'hier elle n'ait pas pris de laudanum. L'estomac est parfaitement remis. Je permets une tasse de chocolat léger pour le déjeûner. Cet aliment donne à la malade un peu de dévoiement passager ; elle revient bientôt à son régime ordinaire. L'œil n'est pas enflammé ; mais je m'aperçois que le lambeau capsulaire a à peu près repris sa position. La vue néanmoins a gagné beaucoup.

Vers le 19 septembre, des douleurs dans le côté gauche de la tête et dans l'œil surviennent soudainement, et amènent rapidement une forte injection. Une cuillerée à bouche de magnésie, et des frictions d'onguent mercuriel laudanisées, ainsi que six gouttes de laudanum prises le soir, font diminuer tous les symptômes le lendemain 20.

Le 21, la rougeur a disparu ; mais l'iris est un peu verdâtre, et il y a une petite strie de pus au fond de la chambre antérieure. Les frictions sont encore continuées ; une cuillerée à bouche de magnésie est donnée, et produit plusieurs évacuations.

Le 22, tous les symptômes ont disparu, malgré le temps froid et pluvieux.

Le 10 octobre 1840, il y a encore dans la partie supérieure de la conjonctive une légère injection qui se prolonge jusqu'au bord correspondant de la cornée. La partie inférieure externe de l'iris est revenue à la teinte grise un peu verdâtre qu'elle avait avant l'opération. La pupille est toujours dilatée ; sa partie externe supérieure est bouchée par le fragment capsulaire qui a la forme d'un triangle irrégulier dont le sommet, attaché en partie derrière le milieu du bord pupillaire supérieur, est d'une teinte gris-jaunâtre. La plus grande partie de ce fragment capsulaire est semi-diaphane, gris-bleuâtre dans toute son étendue ; mais recouverte dans toute sa partie moyenne de stries blanches, élevées et réticulées, qui se perdent peu à peu vers les côtés. Ses bords supérieur et inférieur externe sont assez éloignés du bord pupillaire correspondant, et se trouvent sur un plan distant d'un millimètre environ de celui de l'iris ; ils présentent de temps à autre, pendant les mouvemens du globe oculaire, un tremblottement très sensible, mais qui est moins marqué au centre de l'opacité. La malade distingue sans lunettes d'assez petits objets, comme un peloton de laine orangée, un briquet rouge avec son étiquette blanche, etc., si on les présente assez près de l'œil, tournés en dehors et en face de la partie interne de la pupille. Nous ne renouvelons pas l'essai fait, il y a quelques semaines, avec des lunettes-conserves du n° 5, qui n'a donné pour résultat qu'un très faible amendement de la vision. Toutes ces circonstances mirent hors de doute pour moi, que la faiblesse de la vue devait être attribuée à la présence d'un fragment capsulaire opaque, barrant la partie moyenne de la pupille, la plus essentielle pour la vision, et non pas à la faiblesse de la vision elle-même, ou à un reste d'inflammation.

Une nouvelle opération à laquelle j'avais songé depuis quelque temps, devenait donc indispensable.

Elle fut exécutée le lendemain 11 octobre sans que la malade en eût été préalablement prévenue. La ponction de la sclérotique avec le couteau lancéolaire fut très difficile et beaucoup plus douloureuse que dans les trois opérations précédemment rapportées, la malade très nerveuse contractant la paupière et tournant l'œil en dehors au point que le bord libre de la paupière supérieure vint se blesser contre le tranchant externe de l'instrument. L'hémorrhagie fut assez considérable, parce que quelques-uns des vaisseaux du côté externe de la conjonctive qui étaient toujours restés dilatés furent divisés par l'instrument qui avait pénétré à environ 2 millimètres au dessous du bord supérieur de la pupille préalablement dilatée. La plaie devint un peu petite, et l'action des pinces fut gênée ; ce ne fut qu'à leur troisième introduction que je pus bien saisir le lambeau capsulaire et l'enlever en entier par un mouvement brusque de traction. Il avait la forme et l'aspect que je lui avais reconnu avant l'opération à l'œil nu et à la loupe.

La pupille devient entièrement nette ; elle conserve sa forme et ses dimensions. La quantité de liquide écoulée n'est pas grande ; celle du sang qui continue à couler encore quelque temps après l'opération est au contraire très considérable. La douleur dont la malade se plaint beaucoup continue toujours, et augmente à chaque mouvement de la paupière ; son siége n'est évidemment que dans la conjonctive. Les paupières des deux yeux sont maintenues fermées par des bandelettes de taffetas agglutinatif qui ne sont changées que le lendemain au soir. Les fomentations froides ne peuvent pas être mises en usage à cause de la névralgie rhumatismale.

Frictions abondantes d'onguent napolitain laudanisé d'heure en heure autour de l'orbite ; 12 gouttes de laudanum de Rousseau à l'intérieur ; diète ; infusion de tilleul sucré.

La névralgie survient vers le soir, ce qui ne m'empêche pas de faire pratiquer une saignée de 3 palettes, le pouls étant devenu plein et fort ; 8 gouttes de laudanum avaient encore été administrées à dix heures. La névralgie diminue dans la nuit, ainsi que la douleur de l'œil. La malade dort un peu, et ne souffre presque plus le lendemain. Les paupières ne se gonflent pas.

Le 12, vers six heures du soir, l'œil est ouvert ; la conjonctive est peu injectée, sauf autour de la plaie, dans laquelle le froissement des paupières fait encore mal. La pupille est noire, large et régulière, l'iris normal. Les frictions sont continuées. On permet aujourd'hui deux petits potages.

Quelques douleurs ayant encore lieu le lendemain, et l'iris semblant un peu verdâtre, le calomel avec le soufre doré est administré. Il provoque des vomissemens ; après le deuxième paquet le calomel pur y est substitué, à la dose d'un paquet matin et soir pendant deux jours, et le troisième et le quatrième jour un seul paquet. Les frictions sont continuées. Au bout de quatre jours, la légère décoloration de l'iris, les douleurs et l'injection ont disparu ; cette dernière ne persiste même point autour de la cicatrice de la conjonctive, sous laquelle on voit celle de la sclérotique comme une ligne bleuâtre peu large. Quelques vascularités persistent encore du côté externe dans le diamètre transversal de la conjonctive, et quelques traces vasculaires près du bord cornéen supérieur. Je fais sortir la malade quand il fait beau, malgré le temps froid, pluvieux et changeant ; elle ne couvre l'œil que de lunettes bleues ; elle n'a plus d'attaque de névralgie rhumatismale ; la vision a beaucoup gagné, et s'exerce surtout dans toutes les directions.

Toute trace d'inflammation disparaît ; la pupille reste parfaitement noire, mais elle est beaucoup plus large que celle de l'autre œil et immobile. La vision ne gagne plus beaucoup, elle semble même être moins bonne certains jours ; ce qui paraît dû à l'état nerveux général très variable. Il faut admettre une asthénie de la rétine, due à l'irritation rhumatismale et névralgique de tout le côté gauche de la tête existant depuis long-temps avant l'opération, et à la cécité prolongée pendant cinq ans. J'oppose actuellement à cette débilité de la membrane nerveuse oculaire des frictions stimulantes sur la région fronto-temporale gauche, et les vésicatoires promenés dans la même région. Nous avons d'autant plus l'espérance de voir cesser cette débilité amblyopique sous l'emploi de ces moyens locaux joints aux anti-rhumatismaux, aux calmans et aux excitans généraux indiqués, qu'à l'aide de lunettes à cataracte du n° 30, la malade lit aujourd'hui, 15 novembre 1840, un gros caractère de quatre millimètres (2 lignes) *de haut.*

— Des résultats aussi favorables doivent nécessairement nous encourager à pratiquer dorénavant l'extraction des cataractes secondaires par la sclérotique, toutes les fois qu'elles sont adhérentes, flottantes, peu épaisses, ou dans les autres conditions peu avantageuses au succès de leur abaissement, que nous avons exposées plus haut en tête de ce mémoire. Pour faire mieux juger quels sont les cas auxquels il convient de réserver l'extraction par la sclérotique, et quels sont les avantages de ce procédé opératoire, nous réunirons, dans l'un des prochains numéros de ce Journal, un choix d'observations de cataractes capsulaires secondaires opérées, autant par l'abaissement que par l'extraction par la cornée, les unes avec succès, les autres sans succès, et l'une d'elles même avec un revers des plus fâcheux.

L'extraction de la capsule opaque par la sclérotique nous a fait penser qu'on pourrait peut-être extraire certaines cataractes primitives par un procédé analogue, mais différent par la direction de l'incision, de celui essayé par MM. Bell, Earle, Quadri et Siro-Pirondi. Je veux parler de ces cataractes primitives, dont l'opération réussit bien mieux par l'extraction que par l'abaissement et par le broiement, comme, par exemple, les cataractes lenticulaires molles et demi-molles chez les personnes avancées en âge. On sait que cette opération, exécutée au moyen de la section de la cornée ou de la sclérotique, présente de très grands dangers, surtout à cause de la facilité avec laquelle la suppuration s'établit, et à cause de la difficulté de l'arrêter quand elle a commencé.

Ne pourrait-on pas espérer de diminuer ces dangers en opérant par la sclérotique, mais en incisant cette membrane *transversalement* dans son grand diamètre et dans la direction de la commissure palpébrale externe ? Si cet espace était trop étroit pour permettre la sortie du cristallin *en totalité*, ne pourrait-on pas le faire sortir par fragmens, et n'aurait-on pas l'avantage de pouvoir immédiatement extraire la capsule ou ses lambeaux à l'aide d'une pince, et n'éviterait-on pas par-là les cataractes capsulaires secondaires ? Cette méthode, comme toutes les autres, doit nécessairement avoir ses inconvéniens ; je ne la proposerai donc d'une manière plus positive qu'après m'être livré sur le cadavre et sur le vivant aux recherches et expériences nécessaires. Toujours est-il que je la réserverai à des cas particuliers et limités, spécifiés dans mon ouvrage sur l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose, p. 615, § 127. Ces cas sont ceux dans lesquels on aurait à craindre un échec ou des accidens plus graves, en ayant recours à l'abaissement ou au broiement, méthodes dont, malgré les reproches qu'on peut leur adresser, je n'ai eu qu'à me louer jusqu'ici sous le rapport des heureux et nombreux succès que j'en ai retirés.

Académie de Médecine. — Séance du 1er décembre.

Assainissement des marais. — *M. Dupuy* demande la parole à l'occasion du procès-verbal ; il développe ce qu'il avait annoncé dans la dernière séance concernant le nouveau système de desséchement qu'il désirerait voir adopter en France. Ce système consiste à mettre en usage des machines à vapeur au lieu d'ouvriers. On aurait de la sorte des forces immenses toujours agissantes ; une grande célérité dans le travail, une économie considérable et aucune victime des fièvres pernicieuses. Ce système a déjà été adopté pour le desséchement du lac de Harlem, et l'on a calculé qu'un seul million de dépense suffit pour accomplir une besogne qui coûterait 25 à 30 millions si on l'exécutait par les bras de l'homme, sans compter les victimes nombreuses des malheureux ouvriers qui s'y adonneraient.

— La correspondance comprend une lettre officielle portant l'approbation royale de la nomination de M. Jobert.

M. le président invite M. Jobert à signer la feuille de présence et à prendre place dans l'enceinte.

Secours aux inondés. — Lettre de M. Villeneuve, qui invite l'Académie à venir au secours des victimes des inondations, en souscrivant pour une somme qu'on préléverait des jetons de présence.

M. le président déclare qu'une liste volontaire sera ouverte dans les bureaux, à moins toutefois que l'Académie ne juge plus convenable de consacrer les jetons de cette séance. Cette dernière proposition a été appuyée.

M. Londe trouve peu convenable ce dernier mode de souscription, car il ne serait pas assez généreux et ôterait à ceux des membres de l'Académie qui sont fortunés l'avantage de souscrire largement. Ce mode de souscription ne serait d'ailleurs pas tout-à-fait libre, car c'est la volonté de quelques membres seulement qui dispose en masse des jetons de la séance.

La proposition de M. le président a été mise aux voix et adoptée. En conséquence l'Académie souscrit pour la valeur des jetons d'une séance, qui est de 300 à 400 francs.

Robinet rénal de M. Orfila. — M. le président annonce que M. Orfila a une communication à faire, et bien que les communications ne se fassent ordinairement qu'à la fin de la séance, M. le président déclare qu'il va donner de suite la parole à M. le doyen, parce qu'il a beaucoup d'occupations et ne peut attendre jusqu'à la fin. Cependant M. le président croit devoir consulter l'Académie. (Personne ne répond.) M. Orfila parle :

J'ai, dit-il, à entretenir l'Académie d'un fait qui me paraît offrir beaucoup d'intérêt. Il s'agit de quelques taches de plomb extraites de l'urine d'une personne empoisonnée avec de l'acétate de plomb. Ces taches ont été obtenues à l'aide de l'appareil de Marsh, et se trouvent déposées sur une petite capsule grande comme le cul d'un verre de table. L'urine a été rendue vingt-cinq heures après l'ingestion du poison. Ce fait, dit M. Orfila, est surtout intéressant, en ce qu'il prouve que l'acétate de plomb est résorbé, passe dans le sang, puis revient par les reins, ainsi que je l'ai démontré pour l'arsenic, l'antimoine et le cuivre, et en ce qu'en outre il offre le premier exemple d'analyse de l'urine d'une personne empoisonnée par les sels de plomb. L'urine que j'ai analysée m'a été adressée par M. Villeneuve ; quant aux détails de la maladie, je ne les connais pas assez ; je crois que M. Villeneuve est disposé à vous les faire connaître.

M. Orfila se tourne vers M. Villeneuve, et lui fait signe avec la tête, l'invitant à parler.

M. Villeneuve : Il s'agit d'une fille âgée de vingt ans, qui, dans l'intention de se détruire, a avalé une certaine quantité d'acétate de plomb, 30 à 40 grammes, qu'elle avait chez elle pour usage extérieur. Aussitôt après elle a fait connaître le projet qu'elle venait d'exécuter, a pâli et est tombée en syncope ; la pâleur est devenue générale, et a été suivie d'agitation dans les membres ; puis un vomissement s'est déclaré, lequel s'est répété un grand nombre de fois. Un pharmacien appelé a administré du sulfate de magnésie, puis du sulfate de soude. Des selles abondantes se sont manifestées avec une anxiété précordiale. Quelques heures après, la réaction a eu lieu ; la chaleur, la coloration cutanée et le pouls ont reparu. M. Villeneuve est resté auprès de la malade jusqu'à onze heures du soir, époque à laquelle elle lui a paru hors de tout danger ; il lui a prescrit une potion laudanisée pour le reste de la nuit, qui a été bonne. Le lendemain, la malade paraissait bien. Vingt-six heures après l'ingestion du poison, elle a rendu l'urine que M. Villeneuve a envoyée à son *honorable* collègue M. Orfila. La femme était tout à fait rétablie le surlendemain.

M. Dupuy. On se fait d'étranges illusions sur la présence des parcelles de poison qu'on rencontre dans les urines. On s'est imaginé que le poison se précipite par là comme dans un torrent, et que la constitution en serait dépouillée et rentrerait en voie de guérison du moment que les urines seraient rendues en abondance. Détrompez-vous : de pareils calculs sont complètement erronés. Outre que le poison qui passe dans les urines est en quantité insignifiante, vous n'avez dans ce liquide qu'une substance qui a déjà produit son effet sur le sang et sur les organes, et qui se trouve par conséquent dans les conditions d'un métal presque réduit et sans aucune action toxique. A quoi vous sert donc de poursuivre cette idée de l'expulsion des urines chez les sujets empoisonnés par l'arsenic ou par le plomb ? On entasse erreur sur erreur, et l'on est ensuite conduit à des applications thérapeutiques fort malheureuses. (M. Orfila fait des grimaces effrayantes pendant que M. Dupuy prononce ces dernières phrases.) (1).

Anévrismes. Méthode de Hunter. — *M. Velpeau* a la parole pour répondre à la note lue par M. Roux à la dernière séance. Il relève tout d'abord une inexactitude de langage concernant la méthode dite de Hunter pour traiter les anévrismes. Evidemment, dit M. Velpeau, cette méthode appartient à Anel et non à Hunter. C'est Anel, chirurgien français, qui a le premier opéré à Rome, en liant l'artère brachiale au dessus de la tumeur sans toucher à celle-ci ; Desault l'a imité ensuite pour l'anévrisme poplité, et c'est après Desault que Hunter a opéré d'après le même principe. La méthode doit donc porter le nom d'Anel ; les opérations décrites par Desault, Hunter et Scarpa constituent des procédés divers et non des méthodes.

---

(1) Ce que vient de dire M. Dupuy est si vrai, que, dans le cas de M. Villeneuve, la femme n'a uriné qu'après la réaction salutaire produite par les seules forces de l'organisme. L'organisme seul a donc surmonté les effets du poison, et ce n'est qu'après cette époque, c'est-à-dire après le retour à la santé, que la malade a uriné. Qu'a-t-elle rendu ? quelques atomes impondérables d'un métal innocent. Oui, *innocent*, car l'orage toxique était déjà dissipé ; mais eût-elle rendu les 30 ou 40 grammes par les urines (hypothèse tout à fait invraisemblable d'ailleurs), cela aurait été parfaitement indifférent sous le point de vue toxique, car encore une fois l'effet constitutionnel était déjà produit. Ce que nous disons pour ce fait se vérifie dans tous les autres, quelle que soit l'espèce de poison. L'on comprend au reste que pour que le malade urine, il faut ou que le trouble fonctionnel des organes, déterminé par le poison, soit léger, ou que l'effet ait été combattu par des moyens constitutionnels ; car une fonction ne peut s'accomplir alors que tout l'organisme est en souffrance. Les hommes versés dans l'étude des lois normales et pathologiques de l'organisme comprendront que le fait qu'on veut poursuivre est une véritable chimère, et que M. Orfila prend évidemment les étoiles filantes pour des astres qui se détachent du firmament.

(Note du Réd.)

Arrivant à la question principale, M. Velpeau fait remarquer que les cas d'anévrismes guéris par la méthode d'Anel et récidivés ensuite ne sont pas excessivement rares; il cite plusieurs exemples analogues à celui de M. Roux, et présente une pièce pathologique qui rentre dans la même catégorie : il s'agit d'un anévrisme brachial, traumatique, énorme, opéré par la ligature au tiers supérieur, et qui s'est terminé par la mort le vingtième jour, par suite d'un érysipèle ambulant. A l'autopsie on a trouvé que plusieurs collatérales entretenaient la circulation dans la tumeur, puisque l'injection a passé de l'axillaire dans la poche. Cela ne veut pas dire cependant que la tumeur ne se serait pas guérie avec le temps. M. Velpeau déduit du rapprochement de ces faits que la question du lieu de la ligature dans le traitement des anévrismes mérite révision, et qu'il y aurait selon lui plutôt avantage à se rapprocher du sac qu'à s'en éloigner trop, ainsi qu'on le fait depuis un quart de siècle. Du reste, en Angleterre, dit l'orateur, on partage aujourd'hui cette manière de voir.

M. Roux soutient, pour Hunter, l'honneur de la dénomination de la méthode, d'abord parce que c'est généralement reçu, ensuite parce qu'il y a, selon lui, une grande différence entre le procédé opératoire d'Anel et celui de Hunter. Celui-là a lié l'artère très près du sac, celui-ci s'en est éloigné beaucoup au contraire et d'après un autre ordre d'idées. Le mode opératoire de Desault n'est pas toujours praticable et peut présenter des difficultés sérieuses même dans les cas les plus simples. M. Roux ne pense pas que l'idée que vient d'émettre M. Velpeau, relativement au lieu de la ligature, soit adoptable, surtout dans les anévrismes spontanés, car l'artère est presque toujours malade aux environs de la tumeur.

M. Renault cite deux cas d'anévrismes multiples sur l'aorte du cheval; dans l'un, la tumeur s'était accolée au colon et ouverte dans cet intestin; l'animal rendait de temps en temps du sang par l'anus.

M. Begin parle dans le sens de M. Velpeau. Il a, comme ce dernier, imprimé depuis long-temps que la méthode en question appartient à Anel et non à Hunter. Il est temps, dit M. Bégin, que les Français reprennent ce qui leur appartient et ne se laissent pas plus long-temps dépouiller par les Anglais, qui abusent de notre bonhomie scientifique, etc. Relativement au siége de la ligature, il est variable selon les cas : on s'éloigne, on se rapproche de la tumeur selon que l'anévrisme est spontané ou traumatique, que l'artère est malade ou saine, et que des collatérales importantes se présentent dans le calcul de suites de la ligature.

M. Breschet entretient l'Académie d'un cas qui se trouve en ce moment dans ses salles à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un homme qui est venu de New-York après avoir subi deux fois l'opération de l'anévrisme poplité. Une première fois il eut la crurale liée pour un anévrisme poplité, et en guérit. Une seconde fois il eut la crurale liée à l'autre membre pour un autre anévrisme poplité. Celui ci était en marche de guérison lorsqu'il a récidivé et pris un accroissement énorme. Aujourd'hui toute l'artère fémorale est malade, ainsi que le cœur et les gros vaisseaux de la poitrine. La ligature paraît contre-indiquée.

M. Roux déclare que dans le cas de M. Breschet, il opérerait d'après l'ancienne méthode. Il préfère aussi cette méthode à celle de Hunter ou d'Anel pour la varice anévrismale, cette dernière étant insuffisante.

M. Gerdy discute la valeur des raisons du titre de la méthode dite de Hunter. Il ne s'agit pas, dit-il, dans notre pacifique académie, de questions d'honneur national, de haute politique ou de diplomatie, comme à la Chambre des Députés; nous nous occupons simplement de science, et nous devons être équitables avant tout. Les savans appartiennent à tous les pays; qu'importe qu'ils soient nés au nord, au midi, au sud; que Hunter soit Anglais ou Français, etc.? En allant au fond des choses, M. Gerdy pense que c'est bien avec raison que l'opération a pris le nom de méthode de Hunter; car, à ce grand homme appartient la gloire d'une grande conception, de la découverte d'un principe; savoir : s'éloigner le plus possible de la tumeur afin d'opérer sur un lieu sain, etc.

M. Hippolyte Larrey présente un enfant atteint d'épispadias complet, sans extrophie de vessie.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un des rapports relatifs aux prix à décerner dans la séance générale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

(Dixième séance publique. — Mercredi 2 décembre.)

M. Bérard jeune : *De l'opération de la hernie étranglée.*
M. Thierry : *Des opérations que nécessitent les coarctations.*

Nous dirons, à propos de M. Thierry, que son nom a été omis sans intention dans le compte rendu de la première épreuve que nous avons publié dans le précédent numéro; le feuillet qui le concernait s'est trouvé égaré à la composition : nous ne pouvons que rendre justice à l'instruction de ce candidat et à la disposition générale de sa question. La partie anatomique a été nettement indiquée, et nous avons remarqué dans l'appréciation des tailles périnéales des passages qui prouvent que M. Thierry est non seulement un compétiteur instruit, mais encore un praticien expérimenté.

— M. Desportes, membre de la commission administrative des hôpitaux, vient de mourir. Les services que M. Desportes a rendus rendent cette perte regrettable.

Paris, imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1840. (15e ANNÉE.) N° 144, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 f.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Opération d'une hernie inguinale étranglée. Symptômes de péritonite. Sangsues, minoratifs. Amélioration.

Mercredi dernier, vous nous avez vu opérer un homme couché salle Sainte-Marthe, portant une hernie inguinale étranglée depuis quarante-huit heures: quelques accidens ont suivi cette opération. Aujourd'hui le malade nous paraît tout à fait hors de danger, quoique cependant son état demande encore à être attentivement surveillé pendant un ou deux jours.

Avant-hier, l'état de cet homme était presque complètement désespéré, par suite des symptômes de péritonite, ou simulant cette affection, qui existaient; le ventre était balonné, tendu; il y avait du hoquet; la face était grippée. Mais une circonstance qui nous donnait surtout de l'inquiétude, c'était le changement qui était survenu dans la plaie. Ainsi, la suppuration, qui était bien établie, et qui était représentée par un pus louable, s'était tarie tout à fait; elle avait un aspect blafard; ses bords étaient flasques et affaissés.

S'il y avait péritonite, le siége de cette phlegmasie nous paraissait être principalement le feuillet pariétal de cette séreuse, et, partant de cette supposition, sans oublier que la veille, sur quelque léger indice des accidens qui se préparaient, et ayant égard à la constipation qui persistait, nous avions prescrit un minoratif qui avait procuré des évacuations très abondantes; nous ordonnâmes une application de 50 sangsues dans le voisinage de la plaie.

Le lendemain de cette saignée locale, on ne remarquait pas d'amélioration notable; toutefois, les conditions générales du malade ne nous paraissant pas indiquer une nouvelle émission sanguine, nous nous contentâmes de prescrire des embrocations faites avec un liniment composé d'huile de camomille camphrée.

Le surlendemain, le mieux était assez marqué. Soit qu'il y eût eu imminence de péritonite, soit que celle-ci, étant déjà à son début, se trouvât jugulée par le fait de la saignée locale, toujours est-il que depuis hier la détente de l'abdomen a fait des progrès rapides, la douleur à la pression est moindre, le pouls est revenu à peu près à l'état normal, la figure a pris une meilleure expression, et la plaie tend à prendre un aspect plus favorable. Nous devons ajouter que le malade nous a demandé ce matin des alimens, accusant un certain développement de l'appétit; mais nous avons résisté, car cet appétit ne peut être, quant à présent, qu'une fausse sensation qu'il deviendrait dangereux de satisfaire.

Voilà un fait, Messieurs, qui sans être des plus rares, ne se montre pas avec une grande fréquence; nous avons cru ne devoir pas le laisser passer inaperçu, d'autant plus qu'il nous fournit l'occasion de l'accompagner de quelques remarques cliniques. Et d'abord, ne soyez pas étonnés de l'invasion des symptômes de la péritonite, car à la suite de l'opération de la hernie étranglée, il faut plutôt s'étonner de ne point voir ces symptômes apparaître constamment. Cela se conçoit en effet, car non-seulement, lorsqu'il faut en venir à l'opération, l'étranglement existant depuis 24, 48 heures, ou un temps plus long, les organes herniés ont été meurtris, contus, tant par suite de la constriction à laquelle ils ont été soumis, que par suite des essais répétés de taxis que l'on a exercés pour tenter la réduction sans opération, mais en outre, au moment même de l'exécution de celle-ci, ces organes ont été mis à découvert, ils ont été en contact avec l'air pendant plusieurs minutes, circonstances qui se sont trouvées réunies chez notre malade, chez lequel la rentrée de l'intestin dans la cavité abdominale a été d'autant plus laborieuse et difficile, que cet organe était fortement distendu par des gaz. Toutes ces causes d'irritation que nous venons d'énumérer doivent prédisposer aux phlegmasies, dont elles rendent parfaitement compte dans les cas où on a le malheur de ne pouvoir les éviter.

Nous avons eu occasion, il n'y a qu'un instant, de vous dire que la constipation avait persisté assez long-temps après l'opération pour provoquer, de notre part, l'emploi de quelques minoratifs, et, à cet égard, nous vous devons encore un mot d'explication. En effet, toutes les fois qu'une anse intestinale, faisant partie d'une hernie qui s'est consécutivement étranglée, a ressenti pendant un temps plus ou moins prolongé les effets de la constriction qui constitue l'étranglement, cette anse, disons-nous, conserve après la réduction, et cela pendant plus ou moins long-temps, un état hypérémique, sorte d'état pathologique qui se trouve sur la limite de l'inflammation (entérite); hypérémie inséparable d'un état de torpeur de l'intestin, laquelle entraîne la suspension de son mouvement péristaltique, et conséquemment la stagnation dans le tube digestif des matières fécales. C'est cet état hypérémique de l'intestin, qu'à la suite de l'opération de la hernie étranglée il devient urgent de combattre avec les minoratifs, afin de prévenir d'une part la stagnation des fèces dans l'intestin et le développement de l'entérite.

Extirpation d'une tumeur au col. Kyste primitif renfermant un fluide jaunâtre séro-purulent, ou ganglion cervical dégénéré. Hémorrhagie veineuse.

Vendredi dernier nous avons extirpé en votre présence une tumeur occupant le col, chez un des malades de la salle Sainte-Marthe. Cette tumeur était-elle concrète ou liquide? Nous avons partagé la première opinion et l'opération seule a pu la modifier en nous démontrant notre erreur de diagnostic.

Un nouvel examen de cette tumeur, dès qu'elle a été mise à nu, au moment de l'opération, après la section des ligamens, ne nous a plus permis de méconnaître l'existence d'une fluctuation, d'ailleurs bien évidente, et qui avait constamment échappé à tous nos examens antérieurs à l'opération. Cette circonstance ne nous a pas empêché de continuer la dissection; mais alors, reconnaissant la nécessité de conserver intacte la tumeur, afin d'en rendre l'extirpation plus facile, nous avons redoublé d'attention, et la difficulté a été d'autant plus grande, que la nécessité absolue de respecter les vaisseaux et nerfs de cette région délicate, nous imposait de diriger le tranchant de l'instrument du côté de la tumeur plutôt que du côté du tissu cellulaire ambiant, derrière lequel nous pouvions à chaque pas rencontrer des organes dont la lésion aurait pu entraîner les plus graves dangers. Aussi, plusieurs fois le bistouri a-t-il intéressé la paroi du kyste dans toute son épaisseur, et une certaine quantité de liquide s'est-elle échappée, sans toutefois que sa quantité ait été suffisante pour entraîner un affaissement de la tumeur capable d'ajouter sensiblement aux difficultés de l'opération.

La tumeur, avons-nous dit, était donc simultanément représentée par des solides et par un liquide; les premiers consistant en un kyste à parois assez épaisses, paraissant offrir la contexture des kystes ordinaires qui se développent primitivement, au milieu du tissu cellulaire, à surface intérieure généralement lisse, et sur quelques points seulement légèrement tomenteuse, d'une couleur grisâtre, rouge dans une petite étendue, à surface extérieure bien délimitée du tissu cellulaire ambiant, auquel elle n'adhérait que par des adhérences très lâches; le second, consistant en un liquide jaune-verdâtre, très fluide, d'apparence séro-purulente.

D'après les caractères qui précèdent, il est assez difficile de prononcer péremptoirement si la tumeur était représentée par un kyste ordinaire contenant un fluide *sui generis*, ou par un ganglion cervical dont la fonte suppurative étant arrivée à sa période la plus avancée, l'aurait transformée en un sac offrant, quant à ses parois, une analogie intime avec des kystes qui se développent aux dépens du tissu cellulaire, et contenant le pus ordinaire des abcès scrofuleux. Nous nous prononçons cependant en faveur de la première opinion, non pas pour nous mettre à l'abri des reproches que pourrait nous attirer l'exécution trop facile d'une grave opération, peut-être pour une affection qui, par sa nature, ne la réclamait pas (l'abcès tuberculeux); quoique, à la vérité, cette affection même soit loin de l'exclure, puisque nous ne savons pas jusqu'à quel point il aurait été permis d'en espérer la guérison par la ponction, l'évacuation du pus et l'injection

---

FEUILLETON.

DE L'ALUN DANS LE PAIN.

L'observation de faits récens, entre lesquels je citerai un des plus saillans, m'engage à appeler l'attention sur les effets de l'alun introduit dans le corps de l'homme, et à donner l'éveil sur une falsification trop commune dans la boulangerie de Paris.

Observation. — Madame ***, habitant la rue Montholon, d'une constitution délicate, mais bien portante, éprouvait depuis plusieurs jours un indéfinissable sentiment de gonflement intérieur, accompagné de pincemens à la région épigastrique; lorsqu'elle voulait prendre des alimens, elle ressentait une constriction au cardia qui s'opposait à leur introduction dans l'estomac, et faisait dire à la malade, en plaisantant, qu'elle était bouchée.

Après quelques jours de durée, ces phénomènes prirent progressivement, dans l'espace d'une soirée, un caractère plus alarmant: la respiration devint de plus en plus gênée, sentiment de faiblesse générale, douleurs violentes de l'estomac et des intestins, envies inutiles de vomir; la malade demande instinctivement l'administration d'un émétique; le ventre est tendu, ballonné, sonore à la percussion et distendu évidemment par des gaz. La présence de ces gaz semble expliquer la dyspnée, par l'obstacle mécanique qu'ils opposent au mouvement d'ampliation de la poitrine par l'abaissement du diaphragme.

Traitement: Des topiques émolliens furent appliqués sur les régions souffrantes; on administra des remèdes de même nature, et la malade prit quelques cuillerées d'une potion éthérée. Cette médication avait tout à la fois pour objet de soulager et de donner le temps d'apprécier la nature et la gravité du mal.

L'intensité de tous les phénomènes s'accrut jusque vers le milieu de la nuit. Alors, des selles excessivement abondantes apportèrent un peu de calme; elles se répétèrent à de fréquens intervalles, et ne diminuèrent que dans la matinée du lendemain. La journée fut passable; le soir, la malade témoigna le désir de se lever. Assise depuis un instant dans son fauteuil, elle voulut prendre une *seule* cuillerée de bouillon; à peine était-elle avalée qu'elle se sentit saisir par un indicible malaise, et perdit connaissance: il fallut la coucher aussitôt, mais elle eut immédiatement et presqu'involontairement une selle copieuse. Insensiblement, depuis ce moment, les symptômes se calmèrent, et peu de jours après la santé était rétablie dans son état normal.

Dans le même temps, une dame habitant la même maison éprouvait des accidens semblables et plus violens; ce que l'on peut attribuer à une disposition contraire à celle de la malade qui fait le sujet de l'observation ci-dessus, une invincible constipation.

La domestique, l'enfant, le mari ont éprouvé pendant plusieurs jours des dérangemens dans les fonctions digestives, et je n'exagérerai pas en écrivant que presque toutes les personnes de ma connaissance ont éprouvé des contrariétés de ce genre dans le même temps, les uns plus, les autres moins, selon la susceptibilité organique de chacun.

La simultanéité et l'identité dans les effets autorisaient à accuser de tous ces méfaits une même cause. Fallait-il la chercher dans les influences météorologiques? Qui ne sait combien elles sont problématiques, c'est le véritable échappatoire de l'ignorance. Fallait-il s'en prendre à de simples indigestions? La plupart des personnes affectées sont de vie sobre et régulière, et d'ailleurs se seraient-elles données le mot pour commettre à jour fixe un excès dans leur alimentation! On est ainsi amené par voie d'exclusion à accuser le pain, aliment commun à tous; en effet, soumis à l'analyse, celui-ci a donné une quantité d'alun assez considérable pour en faire goûter à plusieurs personnes, bien qu'on ait opéré sur un assez petit morceau.

C'est une question grave et d'intérêt public de savoir si l'introduction journalière, même en petite quantité, d'une substance comme l'alun, dans l'estomac de l'homme, n'est pas préjudiciable à l'exercice des fonctions digestives; si elle ne l'est pas surtout chez les femmes et les hommes d'étude, en rendant plus opiniâtre la constipation à laquelle les prédispose d'une manière si remarquable leur vie sédentaire, et qui ne sait de combien de malaises est cause la constipation!

Dans tous les traités sur la matière, l'alun est classé parmi les substances dont l'aggression sur les tissus est puissante et nuisible, s'il est administré à doses élevées. C'est ainsi que s'exprime, dans son Traité de matière médicale, un homme qui a beaucoup expérimenté sur l'action des agens thérapeutiques, M. Barbier: « L'alun agit avec beaucoup de force sur les organes; son impression détermine un resserrement soudain de leurs fibres, son contact avec la surface interne de l'estomac occasionne souvent un sentiment désagréable et douloureux à la région épigastrique. Quand on en prend une dose un peu forte, il cause même des nausées, des vomissemens, des coliques, des évacuations par les selles, etc. »

Dans l'excellent Formulaire-Bouchardat de 1840, l'alun à haute dose est considéré comme un poison irritant.

Cependant il est une opinion seule, mais considérable par le nom de son auteur, qui affirme que « l'homme adulte peut avaler à la fois et sans inconvénient plusieurs gros d'alun *même* calciné dissous dans l'eau. (Arch. gén. de médec.; M. Orfila, à l'occasion d'un procès jugé par la cour royale de Paris le 24 janv. 1839).

Cette contradiction, sur un fait d'observation, n'a rien qui doive étonner ceux qui suivent le mouvement de la science; mais elle est déplorable quand on pense qu'elle peut *influer sur l'action répressive de l'autorité et l'engager à tolérer un genre de falsification que beaucoup de savans en Angleterre et en France ont jugée comme éminemment nuisible à la santé publique.*

L'alun a la propriété de donner au pain un coup d'œil de blancheur qui plaît généralement; il rend aussi, dit-on, le pain plus poreux et plus léger. La meilleure qualité de farine n'a jamais besoin d'alun et la présence de ce sel indique une nourriture de qualité inférieure. Cette double circonstance ne peut être sans influence sur la santé publique. Il est certain que la proportion d'alun est d'autant plus grande que les farines sont de qualités plus inférieures. N'est-il pas probable que c'est à la double réunion de ces conditions qu'il faut attribuer les phénomènes d'empoisonnement qui se sont présentés dans la dernière quinzaine de novembre!

Dr Lefeburr.

4 décembre 1840.

De l'emploi de l'électro-magnétisme dans les maladies des nerfs, et des différens procédés d'application des appareils électro-magnétiques à excitation, à courans graduels et à soustraction, dans le traitement des paralysies, de la sciatique, de l'amaurose, de l'épilepsie et de plusieurs autres névroses, des plaies et des tumeurs anciennes de différentes natures, et en particulier de certaines tumeurs articulaires et scrofuleuses; par F. Cervelleri. Broch. in-8°. Naples, 1840.

La brochure de M. Cervelleri, dont le titre précède, nous paraît devoir être accueillie avec faveur par les praticiens qui s'oc-

dans la poche de substances réputées capables d'en provoquer l'adhésion, mais parce que l'examen de la pièce pathologique, loin de démontrer sans réplique que nous avions bien affaire à un ganglion lymphatique ayant subi une fonte purulente complète, nous paraît témoigner en faveur d'un kyste spontané, développé au dépens du tissu cellulaire du col.

Amputation d'une tumeur du sein. Tentative inutile pour obtenir la réunion immédiate dans toute l'étendue de la plaie. Réunion superficielle. Accumulation abondante de sang et de pus. Irruption subite du liquide ayant détruit en partie les bienfaits procurés par la réunion immédiate. Remarques à cet égard.

Nous ne reviendrons pas sur l'histoire entière de la femme couchée au n° 1er, chez laquelle nous avons fait, dans l'un des jours derniers, l'amputation d'un sein, pour une tumeur de mauvaise nature qu'elle portait. Mais nous devons appeler votre attention sur un accident que nous avions prévu, et qui mérite d'autant plus d'intérêt qu'il nous servira à apprécier les avantages et les inconvéniens de l'application, dans les cas du genre de celui qui nous occupe, d'un principe général de chirurgie; nous voulons parler de la réunion par première intention.

La plaie résultant de l'ablation de la tumeur avec la peau correspondante, était très profonde, nous avions prévu un insuccès dans l'emploi de la réunion immédiate; et cette considération, nous forçant un instant de renoncer aux bienfaits de la réunion par première intention, nous mettait en présence de la marche probable de réunion par suppuration, dont il était aisé de prévoir toute la lenteur, et permis de calculer la part des accidens qui pouvaient incidemment se présenter. La longue durée surtout, nécessaire à la réparation d'une déperdition de substance aussi notable, nous paraissait mériter la plus grande attention, ainsi que la prolongation de la suppuration abondante qui en était inséparable. Tenter la réunion partielle par première intention, était une pensée qui se présentait naturellement à l'esprit; mais il était évident aussi que cette réunion, loin de s'accomplir conformément aux vœux du chirurgien et aux intérêts de la malade, c'est-à-dire, sinon dans toute l'étendue de la plaie, du moins dans des points profonds où elle se serait ultérieurement opposée à l'accumulation des fluides sécrétés; elle se serait effectuée, au contraire, sur les points le plus superficiels, où le contact des parties aurait été parfait, les incisions de la peau ayant été exécutées de manière à pouvoir effectuer le rapprochement complet des lèvres de la plaie.

Cédant néanmoins au désir de voir cette femme guérir promptement, et faisant d'ailleurs la part des ressources de la nature; dans le but, en outre, d'obtenir le moins de difformité possible, nous nous décidâmes, non sans quelque appréhension, à la réunion immédiate, quoique, je le répète, il fût impossible d'obtenir profondément un rapprochement parfait; d'où résultait un inconvénient, la persistance d'un espace, où les fluides sécrétés devaient nécessairement, en s'accumulant, s'opposer à toute réunion ultérieure, et préparer une irruption qui, en s'effectuant, pouvait détruire tout le travail de cicatrisation déjà accompli.

Nos prévisions se sont malheureusement accomplies, et la réunion par première intention s'est parfaitement effectuée à l'extérieur; mais là où le contact des surfaces de la plaie n'existait pas, s'est formée une collection de sang et de pus, dont l'agrandissement a provoqué une explosion qui a entraîné à sa suite la destruction partielle des bienfaits que la réunion par première intention avait procurés superficiellement. Cependant, nous avons à nous féliciter que cette destruction n'ait été que partielle, le flot de liquide n'ayant pas agi sur tous les points. Nous espérons, malgré cet accident, avoir abrégé la marche de la suppuration et hâté la guérison. Il est probable, en effet, que le fond de la plaie ne tardera pas à s'élever et les bords à se rapprocher, de manière à réunir promptement les parties par seconde intention.

Fracture de l'avant-bras. Considérations cliniques sur l'appareil qui convient à cette fracture, et sur les accidens qui peuvent survenir, eu égard à l'application mal entendue de ce dernier.

Rien n'est plus commun, Messieurs, à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, que les fractures de l'avant-bras; et partant, rien n'est plus important que la connaissance de la thérapeutique qui leur convient, d'autant plus que ces fractures se présentent avec des conditions spéciales auxquelles se rattachent des indications qui n'existent pas pour les fractures des autres membres.

Nous avons en ce moment dans ce service deux cas de fractures de l'avant-bras, un chez un jeune homme de la salle Sainte-Marthe, l'autre chez une petite fille couchée au n° 2 de la salle des femmes.

Avant de vous parler directement de la conduite que nous tenons à l'égard de ces fractures, nous devons vous dire que nous sommes peu partisan de l'application immédiate des appareils inamovibles. Quand une fracture est de nature à nous faire craindre un gonflement plus qu'ordinaire par suite de la contusion des parties molles, etc., nous préférons employer tout d'abord un appareil ordinaire, qui prémunit d'abord contre la mobilité des fragmens et permet ensuite de diriger facilement sur les endroits nécessaires des applications émollientes, etc.

A l'égard des fractures de l'avant-bras, le principe que nous venons de poser prend une importance nouvelle, qui a sa source dans la facilité avec laquelle se développent des accidens inflammatoires contre lesquels il est urgent de se tenir en garde, la nature et la disposition anatomique du membre opposant de grandes difficultés pour s'en rendre maître. Le gonflement inflammatoire de l'avant-bras, je le répète, est un accident qui se présente fréquemment à la suie des fractures de ce membre, et qui ne trouve son analogue dans aucune des fractures des autres membres.

Or, si par une précaution malentendue, ayant pour but d'éviter la divagation des fragmens, les chances en faveur de l'inflammation étant égales d'ailleurs, on venait à exercer une compression telle, par exemple, qu'on l'emploierait à la jambe, l'explosion des accidens inflammatoires n'en deviendrait que plus imminente, ciconstance pathologique, du reste, dont on trouve peut-être l'explication suffisante dans la laxité du tissu cellulaire qui, à l'avant-bras, environne un si grand nombre de tendons et surtout de membranes et gaînes synoviales. Quoi qu'il en soit de la valeur de cette explication, le fait n'en est pas moins vrai, et c'est principalement sur lui que nous devons appeler votre attention. L'appareil doit donc être appliqué très lâche, sous peine de voir survenir les accidens indiqués, au nombre desquels nous ne devons pas oublier d'indiquer certaines petites eschares de la peau, qui se manifestent principalement lorsque, l'appareil ayant d'ailleurs été trop fortement serré, on a d'abord mouillé les pièces de linge qui les composent, et qui, en se desséchant, se durcissent comme le carton.

Il sera toujours temps d'ailleurs de serrer l'appareil, tandis qu'il n'est pas urgent de le serrer immédiatement, car la nature ne travaille que lentement à la consolidation de la fracture; et l'on sait que les fragmens sont encore mobiles au huitième, dixième, quinzième, et même dix-huitième jour de l'accident. Or, l'immobilité du membre nécessaire pour que la consolidation s'effectue avec la rectitude voulue, n'étant indispensable qu'à l'époque où le cal se solidifie, il est inutile de serrer trop fortement l'appareil avant cette époque, et mieux vaut-il se borner à l'emploi d'un appareil simplement contentif. Nous proscrirons de même l'habitude qu'ont quelques chirurgiens de mouiller les linges de l'appareil, évitant surtout d'humecter les compresses graduées; car en se desséchant, elles forment cartonnage, se durcissent, et la pression qu'elles exercent alors provoque d'autant plus facilement la formation de stries inflammatoires sur la peau, voire même d'eschares gangreneuses.

Ce qui justifie la nécessité d'employer la thérapeutique que nous indiquons à l'égard des fractures de l'avant-bras, c'est qu'il ne nous a jamais fallu recourir à l'amputation à la suite de fractures d'abord simples, ainsi que cela est arrivé à beaucoup d'autres chirurgiens; et cela parce qu'ils avaient trop serré leur appareil; fâcheuse nécessité d'ailleurs, à laquelle ils ne se sont jamais trouvés réduits pour une semblable cause à l'égard de la jambe.

Chez nos deux jeunes malades, nous sommes au huitième jour environ, et partant nous continuons l'emploi d'un simple appareil contentif. Mais, à partir d'aujourd'hui, nous le serrerons progressivement tous les jours.

Il est bien entendu qu'il ne faut cependant pas que l'insouciance succède à la pratique que nous conseillons; car alors on tombera dans un autre écueil. Il est, en effet, un inconvénient grave qu'il s'agit, avant tout, d'éviter dans le traitement de ces fractures; savoir, la disparition de l'espace inter-osseux: de sa persistance seule dépend la conservation des mouvemens de pronation et de supination, qui, à l'avant-bras, sont des plus importans, des plus utiles. Or, les fragmens ont une tendance prononcée à se porter vers cet espace inter-osseux, de manière à le faire disparaître. Il faut donc, en temps opportun (ce qui rentre d'ailleurs dans ce que nous avons dit il n'y a qu'un instant), remédier par les moyens connus à cette tendance des fragmens.

Vous voyez que les fractures de l'avant-bras, qui tout d'abord paraissent peu importantes, exigent de la part des chirurgiens la plus grande attention. K...

HOPITAUX IRLANDAIS.

Trismus chez un enfant nouveau-né. Bons effets du calomel à haute dose; par M. John Pemberton.

Une femme âgée de quarante ans, robuste, était en travail de son premier enfant depuis soixante-trois heures; sa figure était animée et couverte de sueur; agitation générale, légère céphalalgie, pouls plein, à 78; fonctions intestinales assez libres à l'aide de lavemens; douleurs utérines

---

cupent de l'emploi de l'électro-magnétisme dans la médecine, car non-seulement elle exprime avec précision l'état actuel de la science à cet égard, mais de plus elle est riche des propres travaux de l'auteur. Surpris du peu d'avantage qu'il obtenait dans le traitement des paralysies par la pile, et réfléchissant que pour que l'électricité galvanique se manifeste, il faut que deux corps de nature différente, ou même deux corps d'une seule substance, mais doués d'une différence remarquable de densité et de température, soient en contact immédiat ou médiat entre eux, M. Cervelleri a reconnu que la peau, dont le tissu d'ailleurs est un obstacle à la transfusion du galvanisme, ne possède pas les propriétés nécessaires. Ce médecin pensa alors que si on pouvait mettre les nerfs en rapport avec les muscles au moyen de conducteurs, et diriger sur ceux-ci à la fois le double courant, la transfusion du galvanisme aurait été complète, ainsi qu'auraient été énergiques et rapides les mouvemens de l'électricité intérieure dérangée dans son équilibre.

Ces considérations ont amené M. Cervelleri à rendre plus actifs les courans, en les dirigeant sur des conducteurs aimantés. Les expériences physiques d'Oerstedt et d'Ampère rendent raison d'ailleurs de l'utilité de la combinaison de la pile avec les barreaux aimantés.

Profitant des faits appartenant à Ampère, ainsi qu'à MM. Faraday et Prévost de Genève, et voulant mettre ses expériences d'accord avec celles de plusieurs physiciens distingués, M. Cervelleri a reconnu la nécessité de communiquer le galvanisme en le dirigeant sur des aiguilles aimantées fixées de différentes manières, selon la direction qu'il faut donner aux courans.

Les premiers essais ont été faits par l'auteur sur un jeune homme affecté depuis un an de paralysie complète du sentiment et du mouvement des extrémités inférieures à la suite d'une apoplexie cérébro-spinale. Les traitemens les plus indiqués avaient été employés sans résultat. Les différentes méthodes connues pour l'application de l'électricité, ainsi que l'électro-puncture, n'ayant produit aucun effet, et le malade n'en ayant ressenti aucune impression, M. Cervelleri prit des aiguilles aimantées, et les ayant fixées, d'un côté sur le sacrum et les nerfs sciatiques, et de l'autre dans les muscles postérieurs de la cuisse et des jambes, il mit les premières en rapport avec le pôle positif, et les seconds avec le pôle négatif d'une pile à auges de 24 couples. Au même instant où les fils touchèrent les aiguilles, les cuisses et les jambes furent agitées par des mouvemens convulsifs, la peau s'échauffa, devint rouge, les muscles tremblèrent, le malade annonça qu'on lui rendait l'usage des pieds et des jambes; et ces membres, qui étaient insensibles au point que peu avant on aurait pu impunément les blesser et même les couper sans que le malade en eût éprouvé aucune sensation pénible, ressentait déjà une flamme ardente qui le parcourait. A la quatrième application, la sensibilité se prononça aux pieds, qui furent déjà en état d'exécuter de petits mouvemens. Après deux mois de traitement exécuté avec les plus grands soins, le malade fut parfaitement guéri de sa paralysie.

A peu près à la même époque, dans une sciatique rebelle, M. Cervelleri ayant observé que l'appareil *à transmission magnétique* appliqué au dehors de la cuisse, calmait comme par enchantement la douleur, qui néanmoins se reproduisait après l'opération, ce praticien fit la transfusion du galvanisme à l'aide des aiguilles aimantées, et au bout d'un mois de traitement, on triompha de la maladie.

Selon M. Cervelleri, la première indication et la plus essentielle dans le traitement d'un grand nombre de névroses, est de remettre en équilibre les courans névro-électriques. L'*appareil à courans électriques* et les *appareils galvano-magnétiques, à excitation, à courans graduels et à soustraction* sont les moyens fort simples et utiles à la fois qui remplissent raisonnablement les diverses indications thérapeutiques.

La manière de former les appareils et de les faire fonctionner est appliquée par M. Cervelleri avec tout le soin nécessaire. — On trouve dans le cours de son travail un bon nombre d'observations remplies du plus grand intérêt et qui témoignent des guérisons obtenues par l'auteur.

M. Cervelleri termine par l'exposé d'une série de dix expériences faites dans le but de constater si l'on peut transmettre des médicamens dans l'intérieur de l'organisme à l'aide des courans galvano-magnétiques. L'auteur a fait la plupart de ces axpériences sur lui-même. Ces expériences sont trop remarquables et curieuses pour que nous ne cédions pas à la tentation de faire connaître les deux suivantes:

« Ayant observé, dit M. Cervelleri, que certaines substances qui se trouvent en contact avec les pôles de la pile, sont décomposées d'une manière assez rapide; tout en chargeant la pile comme à l'ordinaire, j'ai rempli les dernières auges de chaque extrémité avec de l'eau distillée dans laquelle j'avais dissous dix grains de tartre stibié. Alors j'ai fixé quatre aiguilles aimantées aux deux côtés de la région épigastrique et je les ai mises en communication avec les deux conducteurs de la pile. Soudain une flamme ardente m'a saisi l'estomac et le ventre. Douleurs aiguës à l'épigastre, dyspnée, vapeurs cuisantes qui montaient jusqu'à la tête, grande rapidité de la circulation, ont été les symptômes qui m'ont assailli à la fois et que je n'ai pu recueillir minutieusement à cause du désordre qu'éprouvaient mes sens. J'ai détaché les conducteurs des aiguilles pour me soulager quelques instans, puis je les ai réappliquées. Mêmes symptômes. J'ai continué une demi-heure l'opération, éprouvant toujours les mêmes souffrances; mais aucun dégoût, aucun trouble ne s'est manifesté dans mon estomac.

» J'ai modifié l'opération et j'ai dirigé les courans du dos à l'épigastre. Les douleurs cette fois ont été plus vives, mais l'estomac est resté impassible: au contraire, après chaque opération je sentais que mon estomac acquérait une nouvelle vigueur et j'avais fort bon appétit. Je me suisi assujét à l'opération l'après-dîner, et, bien que tous les symptômes se soient manifestés avec plus d'intensité, néanmoins, après avoir ôté l'appareil, la digestion s'est accomplie avec une rapidité étonnante, et j'ai eu deux selles l'une après l'autre. »

M. Cervelleri fait observer à cet à propos, que son estomac ressent très facilement l'action de l'émétique, et qu'un quart de grain de ce sel suffit pour le faire vomir abondamment.

Des expériences analogues ont été faites avec la cantharide, la belladone, qui d'abord ont donné des résultats négatifs à l'égard de l'action stimulante que ces agens auraient dû exercer sur l'organisme; mais les procédés des expériences ayant été modifiés, quelques symptômes dus à l'action de ces mêmes agens se sont manifestés: ainsi la midnase pour la belladone, les nausées, la salivation et les envies de vomir pour l'émétique, etc.

L'auteur conclut de ces expériences que les courans galvano-magnétiques peuvent introduire des substances dans l'intérieur de l'organisme, et que le moyen le plus apte pour opérer cette transmission est d'appliquer les médicamens sous forme liquide entre les conducteurs, et les aiguilles aimantées dans les points où les courans galvaniques et magnétiques se rencontrent entre eux et vont se confondre.

Des remarques justes, des vues ingénieuses, suivent les expériences de M. Cervelleri, que les limites de cet article nous imposent de passer sous silence. K....

fréquentes, mais de courte durée. Le toucher a fait connaître de la chaleur anormale dans le vagin, ce canal peu mouillé par du mucus, le col dilaté dans l'étendue d'un schelling, dur et rigide. Les eaux amniotiques s'étaient écoulées dès le commencement du travail. M. Pemberton a cru devoir attendre quelque temps avant de rien faire; les douleurs ont augmenté en fréquence et en intensité, mais la dilatation du col n'a point fait de progrès. On prescrit du tartre stibié à dose nauséabonde, ce qui a fait grand bien; la grande irritabilité de l'utérus s'étant promptement dissipée. On administre un opiacé dans le but de faire dormir la femme, et permettre à l'organisme de se reposer: sommeil de quatre heures. Alors les douleurs reparaissent, et le col se dilate progressivement et d'une manière complète: l'enfant présente la face. Les contractions utérines sont vigoureuses, mais la tête n'avance point; la femme paraît épuisée et agitée; pouls fréquent; céphalalgie.

M. Pemberton applique le forceps à sept heures et demie du matin, et délivre la femme promptement. L'enfant est très petit et du sexe féminin; il n'a bien respiré que deux heures après; il est si faible qu'on ne croit pas qu'il survivra long-temps. Cinq minutes après la sortie de l'enfant, le placenta a été expulsé, et l'utérus est bien revenu sur lui-même.

Le lendemain la mère va bien, mais l'enfant a des convulsions depuis cinq heures, lesquelles sont revenues toutes les heures, et avec une intensité progressive. A l'examen, M. Pemberton trouve l'enfant couché, très tranquille, comme s'il dormait; l'ayant fait soulever par la nourrice, l'enfant est saisi de suite d'une convulsion violente et générale; la tête est tirée fortement en arrière, ainsi que les jambes, offrant les apparences de l'épisthotonos; les muscles abdominaux sont durs et tendus, ainsi que ceux des membres; les pouces cachés dans les paumes des mains; la mâchoire inférieure est fortement appliquée contre la supérieure; cessation de la respiration; pouls imperceptible au poignet; le stéthoscope, appliqué sur la région du cœur, fait à peine sentir les battemens de ce viscère. L'accès s'est continué si long-temps et avec tant de violence, que M. Pemberton croyait que l'enfant allait expirer. Cependant les muscles de la mâchoire se sont relâchés, la respiration a reparu et l'enfant est devenu calme; néanmoins les muscles ont conservé un peu de leur rigidité, les pouces sont restés fléchis dans les paumes des mains. La maladie a été caractérisée pour un *trismus nascentium*. On prescrit la formule suivante:

Calomel,	60 centigr. (12 gr.)
Poudre de Dower,	5 centigr. (1 gr.)
Ipecacuanha,	id.
Sucre blanc,	30 centigr. (6 gr.)

Mêlez et divisez en 8 paquets, à prendre un paquet toutes les trois heures.

Bain chaud deux fois par jour.

Le lendemain, l'enfant est beaucoup mieux; les accès tétaniques sont moins fréquens et moins violens; le sommeil normal reparaît; l'enfant a pris six doses de poudre et un bain. Garderobe très noire; urines fréquentes. On cesse l'usage des médicamens. Mieux progressif; guérison.

(*Dublin. med. Press*, nov. 1840.)

— Sous le point de vue pathologique, cette observation offre ceci de remarquable, que les convulsions tétaniques se sont alliées à une constitution extrêmement grêle, ce qui fait présumer que l'enfant avait contracté dans le sein même de sa mère les conditions de l'affection. Sous le rapport thérapeutique, s'offre d'abord l'utilité du tartre stibié, chez la mère, comme moyen de combattre la rigidité du col utérin; observation importante, déjà vérifiée un grand nombre de fois dans des cas pareils. Vient l'effet salutaire du calomel à la dose de 12 grains en un jour, dose énorme pour un si tendre enfant, et qui a été parfaitement tolérée. Il est évident que toute l'action, dans cette médication, était due au calomel, l'ipécacuanha et la poudre de Dower étant à trop faible dose pour mériter une part sérieuse.

Blessure à la tête avec enfoncement. Trépan. Guérison; par M. Bredon.

Un homme âgé de dix-neuf ans, de petite stature, a été frappé à la tête par une pierre du poids d'une livre et demie, qui est tombée d'une hauteur considérable. Il n'a pas perdu connaissance sous le coup, et a pu parcourir à pieds une distance d'un demi-mille; alors il est devenu comme stupide, et a été saisi d'une attaque de convulsions. Quatre heures après, M. Bredon l'a examiné; il l'a trouvé dans un état comateux, bredouillant à demi-mots, donnant des signes de douleur lorsqu'on lui comprimait l'épaule gauche et le bras, qui paraissait d'ailleurs impuissant. La pupille droite était irrégulièrement dilatée, la gauche à l'état normal; la vision complètement éteinte des deux côtés; pouls plein, fort, à 90. Vomissemens fréquens; respiration naturelle. L'examen de la tête a fait découvrir une légère dépression; la pression sur ce point cause de la douleur: c'était au pariétal droit, près de son angle antéro-supérieur.

On pratique une saignée de 24 onces; on rase la tête; applications froides. Après la saignée la pupille est devenue régulière, l'agitation a diminué un peu.

Le lendemain, stupeur considérable; vomissemens continus; paralysie au bras et à la jambe du côté gauche; rétention d'urine; cathétérisme. L'état du malade paraît allarmant; une consultation a lieu avec M. Mallagh: la trépanation est jugée indispensable. M. Bredon pratique une incision en T et découvre une fracture étoilée avec dépression, applique successivement trois couronnes de trépan et relève la partie déprimée. Un gros caillot de sang est découvert sur la dure-mère, et une artère ouverte donnant du sang: on l'a comprimée. On n'a pas cru convenable d'enlever le caillot; on a donc réappliqué doucement les lambeaux.

Cinq heures après, le vomissement avait cessé. Le lendemain, saignée et purgatif; le surlendemain, *idem*. Le troisième jour, le malade est agité; on administre le soir une dose de morphine. Le cinquième jour, la paralysie de la jambe commence à diminuer. Le dixième jour, celle du bras diminue également. Mieux progressif. Guérison complète. Une substance cartilagineuse a comblé les brèches du crâne. (*Ibid.*)

— On pratique si peu aujourd'hui le trépan céphalique, qu'on regarde presque comme des raretés les nouveaux cas qui se rapportent à cette opération. Sous ce point de vue, le fait ci-dessus offre un véritable intérêt.

Cas de cystocèle vaginale mettant obstacle à l'accouchement; par M. Doyle.

Une femme, âgée de trente-cinq ans, robuste, était en travail, à terme, de son neuvième enfant, le 27 septembre, à cinq heures du matin. Elle s'était administré une dose d'huile pour se purger. Les douleurs ont continué toute la journée et le jour suivant: la sage-femme, qui l'avait déjà assisté aux quatre derniers accouchemens, a déclaré qu'ils avaient été un peu difficiles, mais que celui-ci lui semblait plus difficile que les autres. On attend inutilement l'accomplissement de l'accouchement; le travail se prolonge. Pouls à 100, plein et fort; langue légèrement chargée; peau chaude et mouillée; ventre libre depuis hier. La femme a rendu l'urine un peu avant cet examen. Le toucher vaginal apprend que le canal est bien lubréfié et dilaté; mais avant d'arriver au col utérin, le doigt rencontre un corps gonflé et allongé, ressemblant à un sac élastique, membraneux, analogue à un placenta, faisant une grande saillie et occupant la partie antérieure et inférieure du pelvis. Comme il n'existait pas de symptômes urgens, on a cru devoir attendre avant de rien entreprendre. On répète les lavemens; la malade n'urine pas. On pratique le cathétérisme, et l'on retire une demie-pinte d'urine très colorée; le travail n'avance pas, le sac vaginal persiste: on croit que cela tient à une disposition naturelle. Plus tard, on répète le cathétérisme; persistance des mêmes phénomènes.

Une consultation a lieu avec M. Carmichaël. On examine attentivement le sac qui proémine dans le vagin: on croit d'abord qu'il appartient aux eaux d'un second enfant; on découvre ensuite qu'il est formé par la vessie. Une sonde bien dirigée a donné issue à une pinte d'urine colorée; le sac s'est affaissé. L'accouchement a pu alors être accompli. (*Ibid.*, octobre 1840.)

— La cystocèle vaginale constitue, comme on le voit, une complication fâcheuse chez la femme en travail. Heureusement qu'elle ne se rencontre que très rarement, et qu'on peut y remédier aisément à l'aide d'une longue sonde courbe. La seule difficulté existe dans le diagnostic; mais avec un peu d'attention on l'éclaire assez facilement, surtout depuis que des travaux importans ont été publiés sur cette espèce de déplacement de la vessie.

Hydrocèle testiculaire opérée par incision. Hémorrhagie grave. Ablation de l'organe; par M. Houston.

James Delany, âgé de trente-six ans, avait été opéré, il y a trois ans, d'une hydrocèle testiculaire, d'après la méthode de l'injection avec une solution de sulfate de zinc. La guérison avait eu lieu; mais une année après, le mal s'est reproduit. On l'a ponctionné plusieurs fois depuis. Enfin il entre à l'hôpital de Dublin. L'examen fait reconnaître que la vaginale est très épaissie; on se décide à l'opérer par incision. Le chirurgien divise d'abord la peau perpendiculairement dans l'étendue d'un pouce; il découvre le sac, le fait sortir à l'aide d'un ténaculum à travers la plaie, et on excise une portion de l'étendue d'un demi-pouce au moyen d'un bistouri, les ciseaux ayant paru insuffisans pour cette excision. Pas d'écoulement de sang par la plaie; issue d'une demi-pinte de liquide clair du sac. Aussitôt après le sac paraît rempli de sang noir, qui coule ensuite d'une manière continue par la plaie; son abondance est telle que l'état du malade devient promptement alarmant. Un examen minutieux a fait reconnaître que le sang provenait de la face interne du sac. On comprime le scrotum et l'on fait des applications froides; le sang cesse de couler pendant quelques heures, puis il reparaît. La tumeur est pleine de sang, et offre le même volume qu'avant l'opération; l'écoulement externe a cessé. Quelques jours après elle s'est enflammée, et a produit de la fièvre avec douleurs au dos, insomnie et maigreur générale. Trois semaines plus tard, les symptômes empirent; on ponctionne la tumeur, et l'on donne issue à du sang noir. M. Houston a alors procédé à l'ablation du testicule. Trente à quarante ligatures ont dû être appliquées sur les vaisseaux du scrotum; une artère, entr'autres, du cordon laissait jaillir le sang en grande abondance.

La tumeur, enlevée, offrait le volume d'un melon; les parois du sac présentaient quatre lignes d'épaisseur, et une résistance analogue à celle de l'empeigne des souliers; les ciseaux peuvent à peine les couper. La face interne de la poche était doublée d'une membrane accidentelle très organisée et chargée d'un réseau immense de vaisseaux volumineux et appréciables à l'œil nu, offrant dans leur ensemble les apparences d'un tissu érectile. Des grumeaux sanguins noirs sont en contact aevc ce tissu. La fausse membrane n'adhère que légèrement à la vaginale, et on l'en sépare facilement à l'aide du manche du scalpel. Le testicule est sain. Une artère aussi volumineuse que la radiale existe dans le cordon spermatique. La plaie a marché régulièrement, et le malade a guéri.

(*Ibid.*, 4 novembre.)

DANGER DU TRAITEMENT PAR LA CAUTÉRISATION DES ULCÈRES VÉNÉRIENS PRIMITIFS;

PAR M. DEVERGIE, D.-M.

La cautérisation des ulcères vénériens date déjà de longues années. Elle jouissait de peu de faveur par l'opposition constante de quelques chirurgiens judicieux chargés du service des vénériens en France et en Angleterre. Ils avaient à diverses époques élevé la voix contre ses funestes résultats: mais les guerres de la révolution française qui durèrent si long-temps (1792 à 1814) multiplièrent les affections vénériennes, et les répandirent partout où les armées étaient rassemblées. Le besoin de réprimer promptement ces maladies pour les militaires que le devoir et l'honneur appelaient sous leurs drapeaux, et plus encore la faveur dont jouissaient les ouvrages de Richerand préconisant la cautérisation du chancre, mirent en vogue cette méthode.

Quoique assez généralement répandue, elle n'était point adoptée par les bons observateurs comme méthode générale de traitement, lorsque M. Ricord, d'après ses nombreuses expériences sur l'inoculation du virus, vint à préconiser dans ses leçons et ses écrits l'opinion émise par M. Ratier, la cautérisation immédiate du chancre à son début. Dans la persuasion que la syphilis est primitivement locale, *qu'elle est tout entière dans l'ulcération chancreuse*, quel que soit son siége; qu'en détruisant l'ulcère qui survient après un coït impur, avant les cinq premiers jours, on met l'économie à l'abri de l'infection constitutionnelle. Il a proclamé cette méthode comme générale, universelle, comme un aphorisme de chirurgie pratique, une règle enfin de laquelle on ne devrait jamais s'écarter. On trouve cette doctrine formulée dans son ouvrage (1838), dans divers journaux de médecine, et *l'Hygie* (octobre 1840) vient de publier de nouveau un article ainsi conçu: *Traitement abortif du chancre primitif régulier* (1). M. Ricord a vérifié par de nombreuses expériences que la méthode abortive est impérieusement réclamée au début du chancre, quelle que soit la forme qu'il affecte.

Ce précepte, qui peut être énoncé comme aphorisme de chirurgie pratique, repose sur la théorie suivante:

La syphilis est primitivement locale; elle est toute entière dans l'ulcération chancreuse, quel qu'en soit du reste le siége.

Une ulcération spécifique peut, tôt ou tard, déterminer l'infection constitutionnelle syphilitique.

Cela posé, il n'y a pas, selon M. Ricord, d'ulcères qui, détruits avant les cinq premiers jours, après un coït impur, ou tout autre mode de contagion, aient donné lieu à des symptômes secondaires.

Quarante inoculations de pus de chancre ont été cautérisées largement avec la pâte de Vienne, dans les cinq ou six premiers jours. Après la chute de l'eschare, une plaie simple existait et a guéri très rapidement avec le vin aromatique, les bandelettes de sparadrap, etc.

On n'a rien à redouter de la cautérisation; si on a affaire à une ulcération simple, elle sera faiblement aggravée; si c'est un chancre, il n'y aura plus, après la cautérisation, qu'une ulcération simple non inoculable.

La pâte de Vienne vaut mieux que le nitrate d'argent pour cautériser.

La circoncision est un moyen abortif puissant lorsque les chancres siégent aux limbes du prépuce, en admettant toutefois que la surface interne est intacte.

On doit donc détruire les chancres le plus tôt possible. Le chancre n'est pas un thermomètre pour le traitement général, ainsi que le pensent certains praticiens qui ne voient dans ce phénomène morbide que l'infection constitutionnelle faite ou possible.

Détruire le symptôme local de la syphilis aussitôt que possible, est une règle de laquelle on ne devrait pas s'écarter.

Je regarde cet article comme base d'une théorie fausse, erronée, contraire à l'observation journalière. Quelques années seulement ont suffi pour démontrer combien elle était dangereuse, le plus souvent pernicieuse à l'espèce humaine et la source féconde d'accidens secondaires et constitutionnels qui apparaissaient après la guérison du chancre par la cautérisation. Chaque jour vient fournir aux médecins observateurs le triste résultat de cette méthode devenue générale.

Détruire le symptôme local de la syphilis aussitôt que possible, est, suivant moi, la méthode la plus dangereuse pour l'espèce humaine, c'est répercuter un poison animal qui déjà existe dans l'économie dès le moment d'un coït infectant, dont le chancre ne devient qu'un symptôme apparent qu'il importe de ne pas faire disparaître pendant la période de réaction et que l'organisme emploie pour se

(1) Que l'ulcère soit régulier, irrégulier, superficiel ou profond, avec ou sans induration, il peut fournir le pus inoculable produisant la pustule caractéristique.

débarrasser d'un principe contagieux infectant, sous l'influence duquel elle se trouve.

Quelques syphiliographes modernes pensent donc que la syphilis est primitivement locale, *qu'elle est toute entière*, dit M. Ricord, *dans l'ulcération chancreuse*, quel que soit du reste son siége. C'est une erreur grave qu'il importe de réfuter, d'abord pour la science, plus encore pour l'humanité.

D'après tous les travaux publiés depuis quinze ans environ sur les maladies dites contagieuses, il résulte que celles ayant un germe, un principe sécrété inoculable, produisent sur l'économie entière une modification réelle dès qu'un atome seulement de ce principe contagieux inoculable est introduit par une voie quelconque d'absorption, qu'il y a un temps nécessaire pour l'*incubation*, et qu'après ce temps, le plus souvent de cinq à sept jours, il se développait une maladie en tout semblable à celle qui avait fourni le principe d'inoculation, telles que la variole, le vaccin, la syphilis, la gale, la pustule maligne, la pourriture d'hôpital, la morve, etc.

Sans vouloir s'appesantir sur la différence réelle qui existe entre tous ces principes contagieux, il est nécessaire de faire observer que les uns ne se communiquent à l'économie que par l'inoculation (vaccine), que la plupart peuvent être transmis par plusieurs voies, l'inoculation, le contact immédiat, le développement spontané sans causes appréciables, régner épidémiquement (variole, pustule maligne, scarlatine, rougeole, pourriture d'hôpital); que quelques-uns peuvent se communiquer par inoculation, contact, ou se développer spontanément dans certaines conditions morbides d'organe ou de l'économie (syphilis, gale); que d'autres ne se développant spontanément que sur les animaux (hydrophobie et morve), ne peuvent s'inoculer mais se transmettent à l'homme par morsure (la rage ou hydrophobie). Maintenant on peut se demander pourquoi la variole, le vaccin, la syphilis et l'hydrophobie sont nommés virus, tandis que les autres restent placés dans la classe des maladies contagieuses! Bizarrerie et incohérence du langage médical que j'essaierai de développer plus tard.

Je laisse de côté tous ces principes contagieux, pour ne m'occuper exclusivement que de ce qui a rapport à la syphilis. Plusieurs questions se présentent ici, et toutes pleines d'un intérêt réel; celles de la transmission du principe contagieux par l'inoculation avec la lancette, et celle de l'infection contractée par le coït. Y a-t-il parité entre ces deux modes de contagion? Quelle est leur influence sur l'organisme entier?

Y a-t-il réellement incubation du principe syphilitique; ou bien faut-il rejeter, avec M. Ricord, cette opinion si généralement admise pour toutes les maladies?

Quoi qu'en puisse dire l'auteur du *Traité pratique des maladies vénériennes*, il y a véritablement pour tous les principes contagieux une période d'incubation, quel que soit le mode de contagion; et les deux axiômes suivans de cet auteur n'expriment pas la vérité des faits. 1° *Le chancre est, au début, une maladie locale.* 2° Il n'y a pas *d'incubation* dans le sens dans lequel ce mot est généralement employé; il n'y a, pour le chancre, qu'une *évolution du moment du contact du pus infectant jusqu'à la formation de l'ulcération* (1).

L'observation prouve le contraire. En effet, qu'on examine un instant ce qui se passe après l'inoculation de la variole, par exemple, on sera bientôt convaincu de la réalité de l'incubation, à l'aide d'un travail d'assimilation morbide ayant lieu dans toute l'économie depuis le moment de l'inoculation jusqu'à celui de l'éruption qui n'a lieu qu'après un septenaire, et qui n'est que l'effet de la réaction de l'organisme entier. Certes, le principe contagieux n'est pas resté inactif à l'endroit où il a été déposé, et on ne pourra nier que l'éruption générale ne soit le produit d'une absorption antécédente, d'une imprégnation générale de tout l'organisme. N'en est-il pas de même pour la scarlatine, la rougeole? Et pourquoi en serait-il différemment pour le vaccin, la syphilis, la gale, etc. Pourquoi ces principes contagieux ne suivraient-ils pas la même loi, si bien démontrée par les faits?

Cette opinion, généralement admise par tous les auteurs anciens et modernes (M. Ricord et les auteurs qui ont nié un principe contagieux, exceptés), acquiert encore une nouvelle force, quand on a lu et médité les réflexions de M. le docteur Baumez, de Lyon, sur les phénomènes qui se passent dans l'économie lors de la période *d'incubation* après un coït impur, et sur le travail de réaction locale après l'inoculation (1); sur les symptômes primitifs vénériens autres que le chancre et le bubon chancreux, qui, quoique ne pouvant s'inoculer, n'en sont pas moins suivis de symptômes secondaires et constitutionnels; sur la production par le coït *de plusieurs symptômes syphilitiques primitifs différens les uns des autres, quoiqu'il n'y ait qu'un seul chancre pour symptôme*; sur le bubon d'emblée produisant la pustule caractéristique; sur la blennorrhagie déterminant des symptômes consécutifs, sans chancre larvé, etc. (2).

Cet auteur recommandable écrit: « L'existence, dans le chancre ou le bubon chancreux, du pus syphilitique, renfermant le bubon chancreux inoculable, qu'on peut appeler *virus*, est maintenant hors de doute, d'après les expériences de M. Ricord; mais les conséquences qu'il a cru devoir en tirer pour établir une doctrine des maladies vénériennes, ne nous a pas paru, ainsi qu'à beaucoup de confrères, être la conséquence rigoureuse des faits.

» Les symptômes primitifs appelés *tubercules plats, larges papules plates, papules muqueuses, papules humides*, sont véritablement syphilitiques, car ils sont, dans beaucoup de cas, comme le chancre, suivis de symptômes constitutionnels; ils fournissent, par leur surface, une matière plus ou moins purulente qui ne produit pas de résultat par l'inoculation, et cependant ces symptômes se transmettent, par le coït, à d'autres personnes, qui peuvent, à la suite, présenter des symptômes constitutionnels.

» Une même femme, avec un ulcère syphilitique à forme déterminée et à pus inoculable avec résultat, produira par le coït, chez l'un *une ulcération simple*, chez l'autre un chancre huntérien, chez un troisième un chancre phagédénique, chez un quatrième des chancres élevés ou des papules muqueuses (pustules humides), chez un cinquième une balanite, une balano-posthite, des végétations, une blennorrhagie, etc., et tout cela quatre, huit, douze, vingt jours après le coït. »

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Il est assez singulier de voir M. Ricord, ayant démontré un principe contagieux inoculable, énoncer la même opinion sur la localisation du chancre primitif que M. Ricord niant l'existence de ce principe virulent.

(1) Précis théorique et pratique des Maladies vénériennes. Lyon, 1840. Ce nouvel ouvrage est au niveau de la science. Il est l'œuvre d'un médecin judicieux, consciencieux, d'un observateur scrupuleux, qui, laissant de côté toutes les hypothèses trompeuses, écrit ce qu'il a vu et observé fréquemment dans un vaste foyer de corruption; il réduit en principe et en raisonnement le résultat d'une longue pratique et d'une pénible observation. Quoique nous ne puissions partager complètement son opinion sur quelques points de son ouvrage, nous ne lui en adressons pas moins notre tribut d'éloges pour ses importans travaux et ses longues et consciencieuses recherches.

(2) Dans une première lettre sur la syphilis, j'ai déclaré, d'après une longue expérience, que l'ouvrage de M. Ricord renfermait une doctrine *vraie* sur un seul point, l'INOCULATION; *fausse* sous beaucoup d'autres; *subversive* de toutes les opinions admises en syphilis, etc. Je suis flatté d'avoir rencontré juste, et de voir cette opinion partagée par un de nos syphiliographes les plus distingués de l'Europe, qui combat et réfute les uns après les autres tous les points les plus importans de cette doctrine, et les réduit à leur juste valeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

(Onzième séance publique. — Vendredi 4 décembre.)

M. Philippe Boyer: *Des sutures.*
M. Huguier: *Des opérations que nécessitent les tumeurs érectiles.*

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 8 DÉCEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) 4e N° 145, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Journal paraît les Mardis, Jeudis Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Services des femmes.

Fièvres putrides, purgatifs. — Tœnia. — Du rhumatisme articulaire aigu; de son traitement par les solanées vireuses.

1° *Fièvre putride, purgatifs.* — A la salle Sainte-Anne, nous avons trois femmes atteintes de fièvre putride ou typhoïde, et dont nous allons vous dire quelques mots.

Au n° 4 est une jeune fille de dix-neuf ans, entrée au dixième ou douzième jour de la maladie, présentant tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Elle a été saignée plusieurs fois chez elle à cause des accidens cérébraux; mais ceux-ci, malgré cette médication, sont restés à peu près les mêmes. Elle prit le premier jour de son entrée une bouteille d'eau de Sedlitz, et quoiqu'à la période la plus grave de la maladie, le délire cessa, la peau, qui était chaude et sèche, prit un peu de moiteur; la langue devint humide. En un mot, dès les premiers jours de l'emploi des purgatifs, il y eut chez cette jeune fille un mieux évident.

Au n° 16 est une femme de vingt-deux ans. Là, les accidens sont plus graves, et le diagnostic plus difficile. Nous voulons parler du diagnostic local, c'est-à-dire que nous voyons bien l'appareil morbide désigné sous le nom de fièvre putride ou typhoïde: mais y a-t-il dothiénentérie? En d'autres termes, nous voyons bien là l'affection générale, mais l'affection locale, l'ulcération des glandes de Payer existe-t-elle? C'est ce que peuvent faire connaître les antécédens.

Accouchée le 22 du mois dernier, quatre jours après son accouchement, elle éprouva une vive émotion, et les lochies s'arrêtèrent. Alors, apparition d'une vive douleur dans le ventre, plus intense dans la région hypogastrique, avec fièvre très forte. Au bout de huit jours, la sécrétion du lait est aussi arrêtée; puis survinrent des accidens beaucoup plus graves, tels que délire, prostration, peau aride, langue sèche, fuligineuse, narines poudreuses, saignemens de nez, douleurs et ballonnement du ventre, pas de diarrhée.

Rien au moment de l'entrée de la malade n'indiquait une métrite ou une péritonite; les symptômes étaient ceux d'une dothiénentérie très grave, arrivée au quinzième jour. Dans l'incertitude du diagnostic local, nous ne devions nous occuper que de l'état général qui, dans toutes les pyrexies, doit dominer la scène morbide et diriger presque exclusivement la thérapeutique.

Nous avons d'abord eu recours aux antispasmodiques: nous avons fait donner à cette malade un lavement avec l'infusion de valériane; puis les purgatifs salins ont été administrés pour faciliter l'émonction vers les intestins, et par cela même la dépuration du sang. En effet, quand il y a de graves désordres dans les liquides de notre économie, le meilleur moyen de le débarrasser des principes délétères qu'il contient, ce sont les purgatifs salins qui facilitent singulièrement cette dépuration, en augmentant la sécrétion de la bile, du suc pancréatique et des intestins sans débiliter le malade.

Nous avons obtenu par les purgatifs dans les fièvres putrides des résultats plus avantageux que par aucun autre moyen employé par nous. Nous devons dire cependant que nous ne professons pas là dessus tout à fait les mêmes idées que M. Delaroque.

A notre entrée dans cet hôpital, toutes les fièvres typhoïdes qui nous arrivaient étaient soumises à la médication expectante; et sur neuf ou dix malades que nous avons traités ainsi, nous comptons deux morts. Depuis quatre mois, nous donnons exclusivement les purgatifs; et sur douze malades, pas un seul n'a succombé. Est-ce le traitement qui a amené ce résultat; ou bien, est-ce au hasard que nous le devons? Nous ne savons. Toutefois, nous pensons, d'après ce qui précède, que vous ferez bien, dans les fièvres typhoïdes, d'avoir recours au traitement tant préconisé, et à si juste titre, par M. Delarroque.

Chez les deux femmes dont nous venons de vous parler, et chez une autre jeune fille de dix-huit ans, couchée au n° 33, également malade d'une fièvre typhoïde, les purgatifs salins ont eu les meilleurs résultats. Ce sont trois nouveaux cas de succès à ajouter à ceux que nous avons déjà.

2° *Tœnia.*

Au n° 5, salle Sainte-Anne, est une fille qui, suivant son rapport, a depuis cinq ans le tœnia; elle en a rendu, dit-elle, plusieurs fragmens, un, entr'autres, il y a huit jours, qu'elle a conservé dans l'alcool, et que nous reconnaissons bien, en l'examinant, pour être une partie de ce ver intestinal. Les symptômes que cette fille éprouve, sont: des faiblesses d'estomac, appétit désordonné (elle mange de cinq à dix fois par jour; la nuit même elle est obligée de se relever pour manger). Aussitôt après qu'elle a pris de la nourriture, elle a de la boulimie, des serremens de gorge, des crampes d'estomac; point de dévoiement. Malgré cela, cette femme a le teint bon; elle ne maigrit pas.

Un grand nombre de médicamens a été employé contre le tœnia. Empiriques ou non, c'est toujours le hasard qui a conduit à leur emploi. Parmi ces médicamens, deux paraissent avoir conservé la faveur des médecins: ce sont la racine d'écorce de grenadier, et la racine de fougère mâle.

Depuis douze ou quinze ans, l'écorce de racine de grenadier était seule employée, et l'on ne songeait plus guère à la fougère mâle, quand M. le docteur Pêchier, de Genève, tenta de séparer par l'éther le plus possible de principes actifs de la racine de cette plante, et en traitant la poudre de racine de fougère mâle par l'éther, dans l'appareil à déplacement, il obtint, après avoir distillé l'éther, une huile d'un brun verdâtre; c'est l'extrait par l'éther de la racine de fougère mâle. Le docteur Pêchier, essayant ce médicament sur des personnes tourmentées de tœnia, vit, à sa grande satisfaction, sa tentative couronnée de succès. Il le donna jusqu'à la dose de quatre grammes par jour, et les résultats ont toujours été immédiats et satisfaisans.

M. le docteur Patin, dans un voyage qu'il fit à Genève, eut occasion de voir M. Pêchier se servir de ce médicament; et à son retour à Paris, il l'employa dans deux cas, et dès le premier jour le tœnia fut expulsé.

Voici les avantages de ce médicament, et les raisons qui le feront préférer à la racine d'écorce de grenadier: il est peu coûteux (la fougère mâle étant très commune), et par conséquent ne sera pas sophistiqué; il n'est point désagréable à prendre; on le donne sous un petit volume; il n'occasionne ni vomissemens, ni coliques, ni aucun désordre appréciable. Au contraire, l'écorce de racine de grenadier est d'un prix élevé, et par cette raison se trouve souvent sophistiquée: elle se prend à dose considérable; elle est désagréable, et donne des vomissemens. Tout cela n'empêche pas qu'il faille, comme dans l'emploi de l'extrait de fougère mâle, donner des purgatifs. La décoction d'écorce de racine de grenadier est aussi difficile à prendre que la poudre.

L'extrait de racine de fougère mâle, par l'éther, doit être donné à jeun, avant que le tœnia ne soit enveloppé par la pâte chymeuse. On le fait prendre dans un julep, vers midi. Le soir, on donne un purgatif, de préférence le mélange suivant: Calomel et racine de jalap, de chacun 75 centigrammes en bol ou pilules. Deux jours ordinairement suffisent pour l'expulsion du tœnia.

Si nous n'obtenons aucun succès de cette médication, nous donnerons alors l'écorce de racine de grenadier ou bien de l'eau mercurielle à la dose d'un litre par jour. Cette eau se prépare, comme vous savez, en faisant bouillir de l'eau sur du mercure, et quoique les chimistes n'y puissent trouver aucune trace de ce métal, elle a dans les affections vermineuses des propriétés dont on ne saurait douter.

3° *Du rhumatisme articulaire aigu; de son traitement par les solanées vireuses.*

La femme du n° 3, de la salle Sainte-Julie est âgée d'environ trente ans, d'une bonne constitution, accouchée il y deux mois; elle est bien rétablie de ses couches, dont les suites ont été bonnes. Elle n'a jamais éprouvé d'accidens semblables à ceux qui l'ont amenée ici; elle ne se rappelle pas que ses parens en aient jamais éprouvé.

Il y a quelques jours, elle alla laver à la rivière et resta long-temps les jambes, les genoux mouillés. Deux jours après elle fut prise de frissons, et le lendemain elle ressentit de vives douleurs dans les épaules, dans les genoux et les articulations tibio-tarsiennes, avec frissons, chaleur vive à la peau et dévoiement. On combattit ces accidens par une saignée, mais comme elle ne les vit point diminuer, elle se décida à entrer dans notre service le 12 novembre.

Le lendemain, à la visite, voici ce que nous observons: Langue humide et couverte d'un enduit blanchâtre, bouche mauvaise, peau moite et peu chaude, sueurs abondantes dans la nuit dernière, pouls à 80 pulsations; le premier bruit du cœur est un peu prolongé et accompagné d'un souffle léger. Douleurs peu vives à l'épaule et au pouce du côté droit, douleurs plus vives au genou et au dos du pied du même côté; tuméfaction légère au genou, mais nulle part il n'existe de rougeur; dévoiement, cinq ou six selles par jour.

Nous mettons cette femme à l'usage des solanées vireuses à haute dose, médication qui n'est pas de nous, nous la tenons de M. Lebreton, et M. Biett l'avait fait connaître à ce médecin. La dose de ces préparations doit être telle qu'elle détermine de la dilatation des pupilles et un léger délire.

Les premiers essais que nous fîmes de cette médication à l'hôpital Saint-Antoine, ne lui furent pas très favorables, car sur trois malades nous avons, pour ainsi dire, complètement échoué. Les malades ont guéri, mais dans un espace de temps assez long, et nous croyons que le traitement n'a été pour rien dans la guérison.

Peu encouragés par ces premiers résultats, nous avions tout-à-fait abandonné cette médication, lorsqu'à notre arrivée à l'hôpital Necker, nous la reprîmes de nouveau, et, à notre grand étonnement, le malade ainsi traité fut guéri en trois jours. Enhardi par ce succès sur lequel, il faut le dire, nous ne comptions pas, nous employâmes dans dix ou douze autres cas la même médication qui nous réussit parfaitement bien.

Cependant, dans certains cas, cette médication nous parut peu utile, nous fûmes même frappé de la ténacité de certains rhumatismes, lorsqu'en examinant de plus près nous pûmes voir que chez les rhumatisans atteins de dévoiement, les solanées vireuses réussissaient à merveille; si, au contraire, il y avait de la constipation, les effets étaient moins heureux. Nous fûmes ainsi amenés à associer les purgatifs aux solanées dans les cas où il y a constipation.

Nous donnons ordinairement de 25 à 50 centigrammes d'extrait de datura-Stramonium, et 60 centigrammes à 1 gramme d'extrait de belladone, de la manière suivante: Le premier jour nous faisons prendre en pilules, ou dans un julep, 25 centigrammes d'extrait de datura stramonium, et nous n'avons pas d'effets notables, c'est-à-dire peu ou point de dilatation des pupilles, pas de symptômes d'intoxication.

Le deuxième jour, même dose; nous avons alors une action plus énergique que le premier jour. Cela se conçoit, et beaucoup de médicamens sont dans ce cas. En effet, l'action du médicament durant plusieurs jours, et ne se faisant sentir qu'au bout d'un certain temps, vous concevrez facilement que le troisième jour, en donnant la même dose, nous aurons le double d'action, c'est-à-dire l'effet de la première et de la deuxième dose. C'est ce qu'on appelle accumulation d'action; et, sans avoir augmenté le datura, vous aurez, le troisième jour, délire, hallucinations, dilatation des pupilles, douleurs de gorge, etc. On peut augmenter jusqu'à ce que le délire s'accompagne de troubles dans la vision, tels que le malade croit voir des images fantastiques, même dans l'état de veille. 50 centigrammes pour le datura, et 1 gramme pour la belladone, est la mesure qu'il n'est pas prudent de dépasser.

Aussitôt que vous avez produit un léger délire, vous devez cesser d'augmenter pendant trois jours, puis vous diminuez et continuez encore quelque temps jusqu'à ce qu'enfin toute action sur le cerveau ait disparu.

Les effets physiques produits par les solanées vireuses, sont: dilatation des pupilles, léger délire, sécheresse de la gorge; au bout de quarante-huit heures, sécheresse de la bouche, douleur de gorge, pupilles très dilatées; ordinairement divagation pendant le sommeil, et surtout pendant la nuit. Quelquefois même les yeux sont ouverts, et ces visions fantastiques existent également; elles augmentent si le malade vient à fermer les yeux. Si alors on vient à fixer leur attention, tout cela disparaît. On voit quelquefois survenir une véritable manie, mais de peu de durée, et ne présentant aucune espèce de gravité.

En général, plus les accidens sont intenses, et plus le rhumatisme est facile à guérir. Nous avons eu dans nos salles une femme chez laquelle deux jours ont suffi pour amener une guérison complète et sans récidive.

Quels sont les effets thérapeutiques des solanées vireuses? Si le rhumatisme articulaire s'accompagne de diarrhée, l'on voit cesser les douleurs quelquefois dans l'espace de deux à trois jours; mais dans la plupart des cas, huit ou dix jours au plus suffisent pour obtenir ce résultat. Si, au contraire, il y a de la constipation, l'amendement est bien moins prompt. Si alors on donne les purgatifs, l'amération se fait plus vite sentir, mais moins cependant que lorsque la diarrhée est naturelle. Les purgatifs se donnent cinq ou six heures avant le datura ou la belladone.

Les mades traités par ce moyen seront tout aussi exposés à la récidive que ceux chez lesquels on aura employé les mercuriaux, les antiphlogistiques, etc., mais pas davantage. Il est même essentiel de continuer pendant quelques jours après la guérison, les purgatifs, et les purgatifs drastiques, sous peine de voir reparaître les mêmes accidens.

Chez la femme de la salle Sainte-Julie, vous voyez ce qui s'est passé: 20 centigrammes de datura-stramonium lui ont été administrés le premier jour. Le lendemain les douleurs ont abandonné les genoux: elles se font encore sentir dans le pied droit; dans le pouce et dans le poignet elles ont un peu augmenté d'intensité, nous prescrivons 25 centigrammes d'extrait de datura-stramonium. Il y a eu des hallucinations pendant la nuit: la malade croyait voir son mari et causer avec lui. Les douleurs sont bien

moins vives ; il y a déjà un amendement considérable, et, suivant toutes les probabilités, cette femme, dans quelques jours, sera guérie.

La médication par les saignées coup sur coup conseillée par mon collègue, M. Bouillaud, obtient des succès tout aussi rapides ; mais si, dans les hôpitaux, ce traitement peut être employé ; il est souvent impossible dans la pratique, les malades et les parens s'y refusant obstinément. C'est pourquoi il est convenable de connaître d'autres médications plus faciles à employer et moins redoutées des malades.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Bronchite chronique des vieillards.

La bronchite chronique, si fréquente chez les vieillards, et que les médecins abandonnent presque toujours à elle-même, est cependant loin de mériter cette espèce de négligence. En effet, ces catarrhes des vieillards, tant qu'ils restent stationnaires et qu'ils ne s'accompagnent ni de douleur, ni de fièvre, ne présentent, ordinairement que peu de gravité ; mais il arrive fréquemment que pendant leur cours il survient un léger mouvement fébrile. Dans ce cas, l'affection compromet presque toujours l'existence du malade, et ne doit point tromper le médecin sous les apparences de bénignité. Il n'est point rare de voir des bronchites des vieillards, qui à peine déterminent un mouvement fébrile, se terminer d'une manière funeste.

Nous avons actuellement, au n° 3 de la salle Saint-Bernard, une vieille femme âgée de soixante-onze ans, atteinte depuis six mois d'un catarrhe chronique ; mais elle a pu vaquer à ses occupations jusqu'il y a trois jours, lorsque l'affection a pris un caractère un peu plus aigu.

A son entrée à l'hôpital, elle avait une dyspnée telle que nous avons cru voir chez elle, au premier abord, soit une affection du cœur, soit un emphysème pulmonaire ; mais l'exploration de la région précordiale n'a fourni aucun signe qui confirmât nos soupçons, et l'auscultation du poumon n'a offert ni le râle sibilant, ni la résonnance augmentée, ni l'expiration prolongée, qui sont les principaux caractères de l'emphysème. Dans toute l'étendue de la poitrine on trouve le râle muqueux des catarrhes chroniques. Mais voici les symptômes graves qui se sont manifestés depuis trois jours : 1° pouls à 84 ; 2° enduit blanchâtre de la langue ; 3° inappétence complète. Ajoutons que depuis hier elle rejette des crachats visqueux, mêlés d'air, et présentant quelques points d'un rouge brun qui offrent de l'analogie avec les crachats qui résultent de l'inflammation parenchymateuse du poumon. La face est violette, ainsi que les ongles ; les extrémités supérieures et inférieures sont froides.

Le pronostic de ce cas est grave : j'ai dû appeler sur lui votre attention, car trop souvent ces affections suivent une marche insidieuse, et les malades succombent sans que les médecins se doutent du danger.

Nous avons fait appliquer un large vésicatoire sur l'endroit où siége la douleur légère ; nous avons ordonné l'usage à l'intérieur de la tisane de polygala et une potion scillitique.

Erysipèle du cuir chevelu.

Nous avons actuellement, au n° 8 de la salle Saint-Bernard, une malade dont l'affection appelle tout notre intérêt, à cause de sa rareté. Elle est atteinte d'un érysipèle dont le siége est borné au cuir chevelu. Il arrive presque toujours que la cutite envahit la face en même temps que le derme chevelu, et, dans ce cas, le diagnostic devient des plus faciles ; mais lorsque l'affection ne s'étend pas au-delà des téguinens du crâne, que ces tégumens n'offrent pas la moindre teinte rosée, il n'est point facile de reconnaître avec certitude la nature de la maladie. Nous mettons actuellement devant vos yeux un exemple frappant de ce que nous avançons.

La femme qui fait le sujet de nos observations est âgée de vingt-huit ans, domestique de son état, d'une bonne constitution ; elle a fait deux fausses couches il y a quelques années ; il y a trois ans elle a eu une perte qui a duré deux mois, dit-elle sans interruption ; et depuis, ses règles ont disparu entièrement. Mais ces faits sont peu importans en ce qui touche l'état actuel de la malade.

Il y a quelques jours, elle fut prise subitement d'une douleur très vive à la partie postérieure du tronc, et qui s'étendait depuis la nuque jusqu'aux talons. Bientôt cette douleur disparut en partie, et fut remplacée par une autre qu'elle ressentit à la partie postérieure et inférieure du cou, et qui a gagné successivement le sinciput et les deux régions temporales. Cette douleur persistant, la malade n'a pu continuer à remplir les fonctions de son état, et elle est entrée à l'hôpital. Voici son état actuel : elle a un mouvement fébrile prononcé, le pouls bat 84 fois par minute ; elle accuse une douleur extrêmement vive, qui augmente par le moindre contact, et qui réside dans le derme chevelu ; l'inappétence est complète ; dans la région du muscle sterno-cléido-mastoïdien, les ganglions cervicaux sont douloureux au toucher ; les tégumens du crâne sont œdémateux, nullement rouges : ils conservent l'impression du doigt ; ils présentent enfin cette inflammation molle et pâteuse que Frank a signalée le premier comme étant caractéristique de l'érysipèle du cuir chevelu, l'état œdémateux des tégumens, réuni à la sensibilité des ganglions du cou, ne permet pas de méconnaître l'existence des phénomènes qui accompagnent ordinairement cette variété d'érysipèle, qui est d'autant plus intéressante qu'elle est restée circonscrite jusqu'ici ; qu'elle ne s'étend point à la face, et qu'elle n'offre pas la teinte rosée indiquée par la plupart des pathologistes, comme signe constant de l'affection.

Cette maladie n'étant accompagnée d'aucune complication gastrique ou cérébrale n'offre pas de gravité ; elle cèdera promptement à l'emploi des laxatifs, des pédiluves synapisés et du régime antiphlogistique.

Pneumo-thorax. Mort. Examen des poumons. (Suite du n° du 26 novembre.)

Nous avons rendu compte de l'état de la malade atteinte de phthisie pulmonaire et chez laquelle il était survenu un pneumo-thorax. Nous devons maintenant vous dire quelques mots de l'autopsie de cette femme, qui a succombé à cette complication toujours funeste.

Du côté de l'épanchement, le diaphragme était fortement refoulé et présentait une convexité inférieure. On a ouvert la poitrine sous l'eau, et aussitôt une très grande quantité d'air s'est échappée à la surface du liquide. Le poumon droit était comme ratatiné. On a trouvé, à la partie moyenne, la perforation qui avait trois centimètres de largeur. Mais en insufflant ce viscère par la trachée, on n'a pu faire sortir l'air par le petit orifice. Cependant, l'existence de la quantité considérable d'air et la découverte de la perforation ont suffi pour confirmer l'exactitude de notre diagnostic. Faisons remarquer que la fistule ne s'est pas faite dans le voisinage de la vaste caverne qui existe au sommet du poumon, ce qui tient aux adhérences dont nous avons déjà parlé au sujet de ce même cas. Chez notre malade on a trouvé une portion du poumon gauche dans un état de *splénisation* ; il est cependant remarquable que ce côté gauche présentait pendant la vie une sonoréité augmentée. Il est probable que la splénisation est survenue pendant l'agonie, qui a duré trente-six heures, et pendant laquelle on n'a pas au-culté la malade. Au reste, cette nouvelle complication sert à expliquer la rapidité extraordinaire avec laquelle elle a succombé.

Outre les tubercules pulmonaires, qui étaient en très grand nombre, on en a trouvé aussi dans le larynx. L'épiglotte était profondément altérée, comme érodée, et les tissus des cordes vocales et des ventricules étaient épaissis.

Des ulcérations nombreuses siégeaient dans le gros intestin, comme cela arrive presque toujours dans la phthisie pulmonaire.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

REVUE CLINIQUE DU 12 NOVEMBRE.

Examen sommaire de plusieurs malades.

Au n° 4 de la salle Sainte-Thérèse est la petite fille atteinte d'un double équin-varus opéré. L'emploi de l'appareil inamovible a suffi pour faire cesser l'extension du pied ; mais le renversement (varus) persiste encore. Quoi qu'il en soit, le progrès vers le mieux est réel, et nous avons tout lieu de croire à une guérison complète prochaine.

Chez la malade du n° 9 de la même salle, le pied se redresse peu à peu, et nous espérons pouvoir éviter une seconde opération.

Au n° 5, même salle, nous avons un nouveau cas de double pied-bot accidentel, survenu par suite de convulsions ; les pieds sont tournés en dedans. Dès que la malade sera acclimatée, nous procéderons à la section du tendon d'Achille et du jambier postérieur.

Amputation de la cuisse par suite de tumeur blanche.

Nous avons déjà dû vous entretenir à plusieurs reprises différentes du petit malade occupant le n° 26 de la salle Saint-Côme, et dont nous vous parlerons aujourd'hui pour la dernière fois, puisqu'il est sur son départ. Vous savez que c'est une tumeur blanche du genou qui nous a amené à pratiquer chez lui l'amputation de la cuisse ; la cicatrisation de la plaie s'est faite avec rapidité ; mais à mesure qu'elle faisait des progrès, il s'établissait une ophthalmie pustuleuse de nature scrofuleuse. D'autre part, il y avait bien aussi quelque chose à désirer du côté du moignon : la cicatrice qui d'abord avait marché assez régulièrement, éprouva un temps d'arrêt dès qu'elle se trouva presque accomplie. Ensuite, un petit trajet fistuleux persistait au centre de la plaie, qui a fait naître en nous de fortes présomptions à l'égard d'une nécrose de l'extrémité de l'os scié ; présomptions que nos explorations directes ont transformé en certitude, puisque nous avons pu constater la dénudation et le gonflement de l'extrémité du fémur. La sortie de ce sequestre se fera-t-elle facilement, ou bien l'enfant se trouvera-t-il dans la nécessité de rentrer à l'hôpital ? C'est ce qu'il est difficile de prévoir. Mais une chose bien certaine, c'est qu'un plus long séjour dans les salles ne saurait qu'influencer d'une manière fâcheuse sa constitution scrofuleuse, et réagir sur sa santé toujours chancelante. Il sort aujourd'hui.

Lithotritie ; deuxième séance.

Nous avons pensé tout d'abord que la première séance de lithotritie pratiquée chez le petit malade de la salle Saint-Côme serait presque tout à fait infructueuse, et nous nous sommes trompé à cet égard. Une quantité assez notable de fragmens, dont quelques-uns assez volumineux, a été expulsée avec les urines ; circonstance qui nous a forcé de reconnaître que l'extrême friabité du calcul ne nous avait pas permis d'apprécier toutes les fois que la pierre avait été saisie ou broyée.

Après quatre jours de repos, la première séance n'ayant d'ailleurs entraîné aucun accident sérieux, nous avons soumis le malade à une seconde séance, en présence de M. Leroy-d'Etiolles, séance qui a été très laborieuse, et consécutivement à laquelle de nouveaux fragmens ont été expulsés.

Mais, chez cet enfant, nous avons vu se reproduire le même inconvénient qui s'était présenté chez le jeune calculeux qui, avant lui, a été soumis à la lithotritie dans le même amphithéâtre : savoir, l'arrêt de calculs dans le canal de l'urètre.

Au moment où nous procédions à la troisième séance, huit jours après la première, nous trouvâmes un fragment placé très haut dans le canal, près du col de la vessie, que nous tentâmes sans succès d'extraire à l'aide de la curette articulée de M. Leroy ; nous ne réussîmes pas mieux à refouler ce fragment dans la vessie, au moyen d'une sonde en gomme élastique ; et après plusieurs essais, nous ne parvînmes à ce résultat qu'en employant une sonde en argent.

Aussitôt après une injection d'eau tiède fut poussée dans la vessie, après quoi l'instrument fut introduit ; mais le liquide ayant presque tout de suite été expulsé, nous nous trouvâmes réduits à manœuvrer à sec et avec plus de difficulté, par conséquent. Nous ne pouvons pas affirmer d'avoir saisi une seule fois le calcul dans cette séance, et néanmoins, si nous devons en juger d'après les résultats obtenus, plusieurs fragmens auraient été réduits, puisque les urines ont subséquemment charrié une quantité assez considérable de dépôt lithique.

En résumé, voilà trois séances de lithotritie que nous avons pensé tout d'abord ne devoir presque pas apporter de fruit, jugement qui s'est trouvé démenti par le résultat obtenu. Notre erreur à cet égard nous paraît provenir de la grande friabilité du calcul, dont le broiement s'étant effectué sans efforts et par le simple rapprochement des branches de l'instrument, cette circonstance a pu nous faire croire un instant que le calcul, glissant entre les mêmes branches, échappait à leur action. Il est démontré maintenant, contrairement à cela, que le calcul s'est trouvé considérablement réduit en petits fragmens dès la première séance.

Nous ne devons pas passer sous silence les accidens qui ont succédé à la troisième séance. Une urétrite assez intense pour rendre tout d'abord l'émission des urines très douloureuse et en suspendre ensuite le jet. De plus, un des testicules a été pris aussi d'inflammation et d'un engorgement assez notable pour nécessiter hier une application de huit sangsues.

Aujourd'hui le malade ne souffre plus en urinant ; le jet n'est plus interrompu et le catarrhe vésical est presque nul ; mais nous croyons qu'il ne serait pas prudent de soumettre immédiatement le malade à une nouvelle séance. D'autre part, nous avons tout lieu de croire que si la vessie renferme encore des fragmens, ceux-ci sont peu volumineux, circonstance qui nous engage à différer toute manœuvre ultérieure jusqu'à ce que nous nous soyons assuré que le calcul n'est pas entièrement détruit.

Nous espérons pouvoir procéder jeudi prochain à ce jugement définitif ; et alors nous aurons recours à une séance complémentaire, ou à une simple exploration, suivant l'exigence des circonstances.

Les accidens locaux à part, cet enfant n'a pas souffert sous le rapport de la santé générale ; il n'a qu'un peu de dévoiement.

Calcul vésical. Taille bi-latérale prochaine.

Depuis quatre jours nous avons, au n° 17 de la salle St-Côme, un petit calculeux, âgé de quatre ans, d'une constitution faible, mais habituellement bien portant, au dire des parens. Il est du département de l'Yonne ; et à ce propos, nous vous ferons remarquer que ce n'est pas le seul calculeux qui nous soit arrivé depuis l'été dernier, de cette contrée de la France : sur sept, trois étaient de ce département. Il souffre depuis sept mois, en urinant : l'expulsion de l'urine est accompagnée de trépignemens, et la verge est plus développée que ne le comporte son âge ; disons enfin que le cethétérisme nous a fourni le signe sensible de la pierre.

Cet enfant a été vacciné ; mais il est triste, craintif ; et quoique sa santé générale soit assez bonne, nous croyons devoir attendre qu'il soit acclimaté, avant de procéder à l'opération.

Encore une taille bi-latérale.

Un mot pour terminer l'histoire du petit malade du n° 23 de la salle Saint-Côme, chez lequel nous avons pratiqué la taille bi-latérale. C'est ce calculeux, qui pendant un temps assez long, a été en proie à un état typhoïde qui s'est manifesté dès les premiers jours de son séjour à l'hôpital. Maintenant, gai et content, il n'urine presque plus par la plaie, pisse au contraire largement par l'urètre, et son état fait espérer une prochaine et entière guérison.

REVUE CLINIQUE DU 3 DÉCEMBRE.

Double pied-bot accidentel. Ténotomie.

Vous vous rappelez tous avoir vu, il y a quinze jours, au n° 3 de la salle Sainte-Thérèse, une petite fille atteinte de deux pieds-bots accidentels, survenus consécutivement à une affection cérébrale accompagnée de convulsions, que la petite fille a éprouvée à l'âge de deux ans.

A droite, on remarquait une rétraction très marquée du tendon d'Achille et du tendon du muscle jambier posté-

rieur, dont la saillie sous-cutanée était très prononcée. Le pied était fortement renversé en dedans (varus). Cet état des parties indiquait la section des tendons d'Achille et du jambier postérieur ; opération dont l'exécution a été facile, non laborieuse.

La difformité du pied gauche était moins prononcée que celle du pied droit. De ce côté également, il y avait renversement en dedans (équin-varus) ; mais, je le répète, la difformité était moins marquée, en sorte que la petite fille marchait plutôt sur la pointe du pied que sur son bord externe. On pouvait espérer de remédier à cette double déviation, en se restreignant à la seule section du tendon d'Achille : mais ici, l'opération a présenté une légère difficulté que nous ne devons pas vous laisser ignorer ; c'est-à-dire que le tendon du muscle plantaire grêle, ayant échappé à l'action du ténotome au moment où nous procédions à la section du tendon d'Achille, cet incident a nécessité la réintroduction de l'instrument tranchant pour couper ce même tendon.

Cette double opération n'a été suivie d'abord d'aucun accident ; en sorte que, dès le troisième jour, il nous a été permis de procéder à l'application d'appareils inamovibles dextrinés, ainsi que nous le pratiquons chez tous nos opérés de pied-bot. Mais les choses ne se sont pas passées de la même manière des deux côtés, à la suite de l'application de ces appareils. A gauche il n'est survenu aucun accident ; mais à droite, trois jours plus tard, il survint de la douleur, ce qui nous engagea à ôter l'appareil inamovible. Cette douleur n'était qu'un symptôme d'un phlegmon déjà arrivé à la période de suppuration, occupant la partie inférieure de la jambe, et qui a entraîné l'ouverture d'un abcès de chaque côté du tendon d'Achille, dans le voisinage du lieu où la section de ce tendon avait été pratiquée.

Aujourd'hui, quinze jours après l'opération, les choses sont rentrées dans l'état normal, et tout annonce maintenant un résultat favorable.

Nous ne devons pas laisser passer ce fait sans l'accompagner de quelques remarques. Les spécialistes assurent n'avoir jamais d'accidens à la suite de leurs opérations, et pour expliquer ceux que nous annonçons à la suite des nôtres, ils nous accusent de ne savoir pas opérer. Une semblable accusation de la part des chirurgiens spécialistes perd sa valeur lorsqu'on voit se multiplier le nombre des chirurgiens des hôpitaux ayant observé des accidens à la suite de leurs opérations ; car, comment les supposer tous inhabiles ou incapables de parvenir à exécuter aussi parfaitement que possible la ténotomie, après l'avoir répétée plusieurs fois, de manière à ce qu'il ne s'en suive pas des accidens inflammatoires ? Or, nous ne sommes pas le seul, qui, dans les hôpitaux, ayons observé ces sortes d'accidens, et, dernièrement encore à la Charité, on en a signalé un exemple.

D'ailleurs, vous avez vu que l'opération n'a pas présenté de difficulté du côté qui a été le siége du phlegmon, qu'elle a été promptement exécutée et que la plaie n'a pas été fatiguée. Que conclure après cela, sinon que la ténotomie est nécessairement suivie d'accidens dans quelques cas en particulier, comme toutes les autres opérations chirurgicales, et que l'accusation des spécialistes est au moins gratuite et perd toute sa valeur lorsqu'on voit les opérations qui ont le plus présenté de difficultés ne pas être suivies d'accidens *et vice versâ*. Il nous reste à présent à nous demander si l'appareil inamovible n'aurait pas été appliqué trop tôt ; mais cette manière d'expliquer les accidens survenus ne peut être admise, car plusieurs faits antérieurs, qui nous sont propres, protestent contre elle.

Double pied-bot congénital opéré.

Nous vous avons souvent parlé de la petite fille idiote, couchée au n° 9 de la salle Sainte-Thérèse, qui nous a été adressée par M. Bouvier, et qui était affectée d'un double pied équin-varus. Opérée d'abord à gauche, nous avons eu de ce côté des phlyctènes de peu de conséquence, qui, n'ayant pas nécessité la suspension de l'emploi de l'appareil, nous ont permis de ramener promptement le pied à angle aigu.

A droite, au contraire, il est survenu des excoriations qui nous ont forcé d'interrompre pendant long-temps l'emploi de la bottine. Alors la difformité n'a pas tardé à se reproduire. En conséquence, nous avons dû craindre qu'il ne devînt nécessaire d'en venir à une seconde opération ; cependant vous avez vu ce matin que l'usage de la bottine ramène avec facilité le pied à sa direction naturelle ; peut-être même aurions-nous réussi chez cette petite fille sans opération, si nous avions eu recours tout d'abord à la bottine, et dans des cas ultérieurs nous nous proposons d'étudier quel résultat on peut tirer d'une semblable pratique. Si ce résultat était favorable, il est évident qu'il faudrait limiter l'opération à quelques cas exceptionnels, puisqu'elle n'est pas toujours exempte d'inconvéniens.

Ecrasement des doigts annulaire et auriculaire de la main gauche par une roue de voiture. Désarticulation immédiate.

Le petit malade couché au n° 7 de la salle Saint-Côme, est tombé, voulant éviter une voiture omnibus, et a eu la main gauche écrasée par une des roues de devant. Il est arrivé à la clinique dans un état qui ne nous a pas permis de différer l'opération. Plusieurs des phalanges des doigts annulaire et auriculaire étaient fracturées minutieusement, et quelques-unes des articulations, notamment les métacarpo-phalangiennes, étaient ouvertes. Il n'y avait nul espoir de conserver ces deux doigts, et nous avons dû procéder sur-le-champ à leur amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Nous avons opéré d'après la méthode à deux lambeaux : le lambeau dorsal a été fait d'abord, le palmaire ensuite, après la désarticulation ; nous avons fait la ligature de trois artères.

Qu'est-il arrivé après l'opération ? Le malade avait une bronchite qui nous avait engagé à éloigner l'emploi des irrigations froides continues, et à y suppléer, autant que possible, par une saignée générale. Cependant la fièvre se trouve notablement diminuée après l'opération, et nous pensâmes pouvoir nous dispenser d'ouvrir la veine. Mais, par une méprise assez singulière, contrairement à notre défense, les irrigations froides ont été mises en usage, ce qui a occasionné l'augmentation de la toux. Il ne serait pas prudent à présent de suspendre tout à coup les arrosemens froids, et comme le malade est mieux, nous persisterons dans leur emploi.

Taille bi-latérale. Mort. L'autopsie ne donne pas la raison suffisante de cette issue funeste.

Le petit malade du n° 7 de la salle Saint-Côme, âgé de trois ans et demi, faible, chétif, morose, natif du département de l'Yonne, avait été opéré de la pierre jeudi dernier. Nous avions reconnu l'existence du calcul dès son arrivée dans le service ; mais nous avions voulu lui donner le temps de s'acclimater, avant de procéder à l'opération. Il souffrait beaucoup en urinant, ce qui le portait à exercer des tiraillemens sur la verge ; lesquels, au bout de trois ou quatre jours de l'entrée du malade à l'hôpital, donnèrent lieu à un paraphymosis. Le peu de soin des personnes chargées de veiller à la propreté de cet enfant, ayant permis qu'il fût presque continuellement inondé d'urine pendant deux jours, il en est résulté sur la peau de la verge plusieurs petites eschares qui, en tombant, ont laissé à leur place des ulcères superficiels. Cependant, le paraphymosis avait été réduit assez facilement, et dès lors l'infiltration du prépuce avait promptement disparu.

A chaque pansement, nous trouvions la charpie imbibée d'urine ; l'enfant s'ennuyait à l'hôpital, il s'irritait de notre présence et ne mangeait presque pas. C'est en ayant égard à toutes ces circonstances, que nous nous sommes hâté d'en venir à l'opération.

Les organes splanchniques nous paraissaient d'ailleurs en bon état ; et nous espérions que dès que l'urine repasserait par la plaie, après l'opération, avant de reprendre son cours par l'urètre, la verge resterait sèche, guérirait facilement, et les souffrances du malade diminueraient d'autant.

C'est donc jeudi dernier que nous pratiquâmes la taille bi-latérale ; opération dont l'exécution fut facile jusqu'au moment où il fallut charger la pierre. Mais alors, l'extraction de celle-ci, qui offrait dix-huit lignes de diamètre dans un sens et quinze dans l'autre, proportions énormes pour un enfant de quatre ans, présente les plus grandes difficultés ; car, d'une part elle glissait d'entre les cuillers de l'instrument, et, de l'autre, il fallut employer de funestes efforts pour l'extraire.

Malgré ce grave inconvénient, il n'y eut ni hémorrhagie, ni douleur du ventre ; mais le lendemain, le malade eut deux vomissemens et le ventre devint sensible : ce qui donna lieu à la prescription de quatre sangsues à l'hypogastre, suivie de l'application de cataplasmes. Ce traitement amena une certaine amélioration ; mais, le surlendemain de l'opération, le malade était excessivement faible et abattu : toutefois, pas de douleurs abdominales, pas de balonnement du ventre ; en un mot, pas de symptômes de cystite, ni de péritonite. Le pouls était fréquent, mais très faible, et le malade s'éteignit de onze heures à midi, sans avoir présenté aucun symptôme d'une complication quelconque.

Nous nous attendions à ne rien trouver à l'autopsie : pas de péritonite, car il n'y avait pas eu de symptômes persistans de cette inflammation. Evidemment cet enfant avait péri d'épuisement, il s'était éteint. Nous avions pensé à une résorption purulente, antérieure dans son début à l'opération, est dépendant de l'état de la verge ; mais l'autopsie nous a aussi démenti sur ce point. De même nous n'avons trouvé rien d'aigu dans le crâne ; pas d'abcès métastatiques ; un tubercule crétacé seulement existait à la superficie de l'hémisphère droit, dans l'épaisseur de la substance corticale. Les appareils respiratoire et digestif étaient sains, y compris le péritoine. Dans le bassin, nous avons rencontré une légère infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, sans caractères puriformes. En examinant l'appareil urinaire, on a trouvé la plaie d'un aspect grisâtre, et l'on a constaté l'existence de quelques ecchymoses près de la vessie, vers son bas-fond, mais pas de traces inflammatoires évidentes.

Donc la mort n'est arrivée ni par suite d'une inflammation soit du tissu cellulaire, soit de la vessie, soit du péritoine, soit de l'intestin, etc., ni par suite d'une résorption purulente. Il y a eu affaissement progressif par suite d'ennui : il est impossible de ne pouvoir admettre en effet que cet enfant était nostalgique. Nous devons ajouter que depuis la première fois que nous l'avions soumis au cathétérisme, cet enfant avait toujours eu peur de nous ; cette crainte a été augmentée par le paraphymosis et les légères douleurs qui en ont accompagné la réduction ; enfin il a été frappé par l'opération de la taille, qui a épuisé ce qui restait en lui d'énergie dans le système nerveux.

La mort par épuisement de la sensibilité, par suite de douleurs vives prolongées, est un événement qui n'est pas rare, surtout chez les vieillards. Il y a six ans environ qu'étant chargé d'un service à Saint-Louis, nous pratiquâmes l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum chez un vieillard de soixante-douze ans, qui manifesta la plus vive souffrance au commencement de l'opération : à mesure que celle-ci avançait, il paraissait tomber dans un état d'insensibilité de plus en plus profond, au point qu'il ne se plaignait plus à la fin de l'opération. Transporté dans son lit, il resta pendant deux jours plongé dans la plus parfaite indifférence, et succomba sans avoir présenté un symptôme aigu quelconque. Les résultats de l'autopsie furent complètement négatifs.

Ce fait démontre encore qu'il faut renvoyer de l'hôpital les enfans qui ne peuvent s'y acclimater. Nous aurions suivi cette conduite, si les parens du petit malade avaient habité Paris ; mais comment oser le renvoyer à quarante lieues d'ici avec les douleurs vives que lui causaient ses pierres ?

Encore une taille bi-latérale.

Le malade du n° 23 de Saint-Côme, a été opéré de la pierre le même jour que le précédent. Il est âgé de onze ans. Il n'a présenté aucune sorte d'accident après l'opération, et comme la fièvre est presque nulle, nous lui permettons déjà un peu d'alimentation légère. Il urine encore par la plaie ; mais celle-ci est maintenant très rétrécie et nous avons tout lieu d'espérer que le liquide prendra bientôt son cours par l'urètre.

Voilà un résultat bien différent de celui obtenu dans le cas précédent, et dont nous trouvons l'explication dans l'excellente constitution de ce malade.

Lithotritie. Orchite en voie de guérison.

Nous avons à vous signaler une orchite, comme accident nouveau survenu chez le malade couché au n° 9 de Saint-Côme, et l'orchite a amené la formation d'un abcès qui a été ouvert. Ce malade, dont le traitement est commencé depuis six semaines, est mieux maintenant ; ses urines sont moins chargées, mais l'état du testicule s'opposant à une exploration nouvelle de la vessie, nous ne pouvons pas vous en parler aujourd'hui avec plus de détail.

Adhérences congénitales des doigts médius et annulaire des deux mains. Procédé opératoire de Rudtorffer.

Au n° 23 de Saint-Côme est couché un jeune garçon qui porte une adhérence congénitale du doigt médius et de l'annulaire des deux mains. Nous avons recours au procédé opératoire de Rudtorffer, pour remédier à ce vice de conformation. Nous ne décrirons pas ce procédé sur lequel nous nous sommes déjà expliqué il n'y a pas long-temps, et que l'on trouve d'ailleurs décrit dans les traités de médecine opératoire. Mais nous devons rappeler que le premier temps de l'opération a été suivi de quelques accidens par suite de la suppression brusque, au troisième jour, des irrigations froides. Il a fallu revenir à l'emploi des cataplasmes et des bains locaux d'eau de guimauve. Nous n'opérons, quant à présent, que la main gauche, nous réseraant d'attaquer plus tard la difformité à droite.

K....

De l'emploi du chanvre dans le traitement du tétanos et des autres maladies convulsives; par le docteur O'Shangnessy, de Calcutta.

Les effets narcotiques et vénéneux du chanvre sont généralement connus dans diverses parties de l'Asie, de l'Afrique et de l'Amérique, où on l'emploie dans un grand nombre d'affections différentes. Si, dans le nord de l'Europe, cette plante n'est pas employée comme stimulant, c'est sans doute parce que le chanvre d'Europe ne contient pas la matière résineuse qui renferme probablement toutes les propriétés thérapeutiques du chanvre des pays chauds. Dans les climats chauds, en effet, et pendant certaines saisons, il découle des feuilles, des tiges et des fleurs du chanvre, un suc résineux qui ne tarde pas à se concréter. Cette résine a une odeur narcotique pénétrante, un goût âcre et amer, et lorsqu'elle est pure, elle est d'un gris noirâtre ; elle est très soluble dans l'alcool et les huiles fixes, et insoluble dans les acides.

Le docteur O'Shangnessy, qui est connu par d'utiles travaux, et surtout par des recherches chimiques sur le sang dans différentes maladies, après avoir reconnu par des expériences sur les animaux carnivores qu'on peut employer cette résine chez l'homme, sans crainte, l'a expérimentée dans plusieurs maladies convulsives. L'extrait résineux qu'il a employé se prépare en faisant bouillir dans l'alcool le sommet de la tige du chanvre, jusqu'à ce que la résine soit dissoute, et ensuite l'évaporant jusqu'à siccité, il prépare la teinture de chanvre en dissolvant 15 centigrammes de cet extrait dans 3 grammes d'alcool. Les doses varient suivant les maladies où le médicament est employé. Dans le choléra, l'auteur administre 10 gouttes de teinture toutes les demi-heures, jusqu'à ce que les vomissemens et le dévoiement aient été calmés. Dans le tétanos, la dose est de 3 à 4 grammes toutes les demi-heures, jusqu'à ce que le paroxysme ait cédé, ou que le sujet soit tombé en catalepsie. Dans l'hydrophobie, le malade doit prendre 10 ou 12 grammes d'extrait, aussi souvent que l'exigent les circonstances.

C'est dans le tétanos traumatique que ce moyen a été employé avec succès et avec des succès réellement surprenans. Dans le premier des cas rapportés par M. O'Shangnessy, le tétanos s'était développé à la suite de l'emploi du moxa pour la guérison de la dysenterie. Au bout de deux jours, le malade étant pour ainsi dire hors d'espoir, on lui administra l'extrait de chanvre à la dose de 10 à 15 centigrammes toutes les trois et ensuite toutes les deux heures ; les spasmes perdirent promptement de leur intensité, et au bout de onze jours ils avaient entièrement cessé ; dix-sept jours après la dysenterie amena cependant la mort. Le second cas est celui d'un chunoo, chez lequel le tétanos se développa le 11 décembre, à la suite de la morsure d'un cheval. Après qu'on eût essayé en vain l'essence de thérébenthine et l'huile de ricin à hautes doses, on commença le 26 novembre à donner l'extrait de

chanvre dont 7 grammes 236 milligrammes furent consommés par ce malade. Le 28 décembre, il sortit guéri de l'hôpital.

Sur sept cas de tétanos en tout où M. O'Shangnessy a employé ce traitement, quatre se sont terminés d'une manière favorable. Dans quelques-uns qui ne laissaient aucun espoir, il a porté la dose jusqu'à 540 milligrammes dissous dans de l'alcool. L'effet presque immédiat de cette dose était, dit-il, le relâchement des muscles et l'interruption de la tendance aux convulsions.

Le docteur Bain a employé le même médicament à l'hôpital de la police de Calcutta, dans trois cas de tétanos traumatique. Deux se sont terminés par la guérison et un par la mort. Il faut joindre encore à ces cas un autre observé en ville et où le même moyen a eu le même succès entre les mains d'un parent de l'auteur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

(Douzième séance publique. — Lundi 7 décembre.)

M. Lenoir : *Des amputations dans la contiguité des membres.*
M. Sédillot : *Du trépan en général.*

— Une loi récente du parlement d'Angleterre défend, sous peine de trois mois de prison, l'inoculation de la petite-vérole. Neuf personnes en contravention à cette loi ont été traduites à la session correctionnelle des assises de Malborough. Le magistrat a dit que cette loi étant encore peu connue, il se bornait à condamner les délinquans, pour cette fois, aux frais des poursuites dirigées contre eux. Il a ajouté que le même acte du parlement punit aussi de trois mois de prison le fait d'avoir fait sortir de sa chambre, avant la complète guérison, le malade qui pourrait communiquer la petite-vérole.

— Le mercredi, 9 courant, M. le docteur Place fera, à sept heures du soir, rue de Seine, n° 37, au Musée phrénologique, un examen raisonné du crâne d'Elicabide, dont le moule a été présenté récemment à la Société phrénologique. Cette séance promet d'être intéressante à plus d'un titre.

NOTICE MÉDICALE SUR LE BAUME DE T O

On le retire du myrospermum toluiferum d'Ach. Richard, myroxillon toluifera de Kunth. Cet arbre croît dans les environs de Tolu, près de Carthagène ; c'est le toluifera balsamum de Linnée. Propriétés médicales. « Hoffmann, *dit Fabre dans son excellent Dictionnaire de medecine*, page 648, a vanté ses propriétés stomachiques comme celles du baume du Pérou ; il recommande cette substance dans la phthisie confirmée, dans les catarrhes pulmonaires chroniques et les maladies des voies urinaires. Outre l'emploi interne du Tolu, on l'administre encore assez souvent en faisant respirer au malade les vapeurs qui s dégagent d'un flacon à double tubulure où l'on a préalablement mis 30 grammes de baume de Tolu et 60 grammes d'éther sulfurique. M. A. Richard dit avoir quelquefois calmé la toux chez des phthisiques par ce moyen, qu'il faut s'abstenir, dit-il, d'employer lorsque la peau est chaude, le pouls vif, la sensibilité exaltée, en un mot, lorsqu'il y a fièvre ou phlegmasie. (Dictionnaire de médecine, tome 5, page 106.) Alibert place ce médicament parmi ceux qui sont capables d'augmenter l'action exhalante du système cutané. La teinture alcoolique se donne, dit A. Richard (Loc. cit.), à la dose de 4 à 6 grammes dans un verre d'eau sucrée ; enfin, on peut encore administrer le baume de Tolu sous forme de pilules ou d'électuaire, en l'incorporant dans un mucilage, du sucre ou du miel ; sa dose est alors de 30 à 60 centigrammes, 5 à 12 grains. »

Comme tous les médicamens dont les propriétés sont bien constatées, on a varié sous mille formes l'emploi du Tolu ; mais les seules qu'on doive conserver sont le sirop, les tablettes et le chocolat, dont je vais énumérer les principales propriétés et indiquer le mode d'emploi.

Ce sirop, préparé avec le plus grand soin par M. Trablit, est très agréable au goût et à l'odorat ; il calme la toux, rétablit le sommeil, favorise l'expectoration, et son action balsamique se porte principalement sur la muqueuse des bronches et des poumons, dont il favorise les fonctions dans l'acte de la respiration ; souvent il guérit l'enrouement et l'aphonie (perte de la voix) en peu de jours, parce qu'en adoucissant la membrane muqueuse du pharynx, les cordes vocales reprennent leur élasticité, et leurs vibrations se rétablissent très promptement.

Les effets du sirop balsamique et des tablettes pectorales sont à peu près les mêmes ; ils sont efficaces pour la guérison des maux de gorge, rhumes, esquinancie, toux, croup, coqueluche, enrouemens, aphonie (perte de la voix), asthmes nerveux, catarrhes, grippe, pleurésie, phthisie pulmonaire au premier et au deuxième degré, palpitation, battement de cœur; spasmes de la respiration ; sifflement pulmonaire, rhumes de poitrine, hémoptysie, crachement de sang, et généralement pour toutes les inflammations des membranes muqueuses de la poitrine et du bas-ventre.

Il s'emploie à la dose de 30 à 60 grammes par jour, en trois ou quatre fois ; on peut en prendre, par exemple, une grande cuillerée ordinaire le matin, une à midi et une le soir : on peut augmenter ou diminuer ces doses, suivant le goût du malade et suivant l'amélioration qui est produite.

Ce *sirop* se prend *pur* ou délayé dans deux cuillers d'eau ou de tisane émolliente ; on peut édulcorer les boissons du malade avec ce sirop, et le lait est aussi un excellent véhicule pour le délayer ; chaque fois qu'il y a une quinte de toux, on doit en prendre une ou deux cuillers à café pour la calmer.

Les tablettes pectorales jouissent des mêmes propriétés que le sirop, et s'emploient dans les mêmes circonstances ; mais elles conviennent plus spécialement pour les rhumes nouveaux et les toux catarrhales, qu'elles dissipent en très peu de jours : on en prend de dix à vingt en vingt-quatre heures, en ayant soin de les laisser fondre très lentement dans sa bouche ; si l'on était pressé, on pourrait les concasser entre deux papiers au moyen d'un corps dur, et on prendrait la poudre qui en résulte et qui fondrait très rapidement dans la bouche ; on peut aussi les faire fondre dans de l'eau chaude ou froide, en les y laissant séjourner quelque temps.

Après avoir publié les observations faites dans les hôpitaux par MM. Andral, C. Broussais, Barthélemy, Emery, Fouquier, Marjolin, Serres, Trousseau, nous devons faire connaître que, par suite des rapports du comité d'examen, le sirop de M. Johnson, pharmacien à Paris, a été brévété par ordonnance royale, et que cette préparation a été annexée au codex. C'est donc sur la foi des plus solides garanties que le sirop de Johnson est entré dans la matière médicale comme sédatif et comme diurétique.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

JEUDI 10 DÉCEMBRE 1840. (15e ANNÉE.) N° 146, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger. 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Bouvier.

Hernie sous-pubienne droite. Observation recueillie par M. Fiaux, interne des hôpitaux.

La nommée Glaitzin (Marie-Marguerite), âgée de quatre-vingt-un ans, admise à la Salpêtrière en 1837, à cause de son extrême vieillesse, entra le 31 janvier 1840, à l'infirmerie, salle Saint-Luc, n° 4, dans le service de M. Bouvier.

Le 29, après avoir déjeuné comme à l'ordinaire, cette femme avait été prise d'un malaise général avec frisson pendant toute la journée, refusant toute espèce d'alimentation. Le soir, à six heures, nausées, vomissemens de matières bilieuses mélangées d'alimens. Elle continua à vomir pendant la nuit : douleurs vives dans le ventre, non circonscrites, douleurs sourdes et profondes dans les muscles et les articulations, que la malade attribuait à des douleurs de goutte ; absence complète de garde-robe, deux fois elle demanda le bassin pour uriner.

Le 30, mêmes symptômes, mais plus prononcés ; respiration difficile, bouche amère, comme empoisonnée (expression de la malade) ; soif très vive ; pas de hoquet, nausées et vomissemens de matières bilieuses, sans mélange d'alimens. Les boissons, prises en petite quantité, sont vomies à diverses reprises et sans effort ; pas de garde-robes, ventre toujours très douloureux, agitation, plaintes. Cet état se prolonge toute la journée ; pendant la nuit il persiste ; la malade a des envies de vomir, mais pas de vomissemens.

Le 31, accablement extrême ; extrémités froides, impossibles à réchauffer ; soif très vive, dégoût pour les alimens ; pas de hoquet, de nausées, ni de vomissemens ; plaintes, gémissemens, surtout lorsqu'on vient à la mouvoir.

(Ces renseignemens nous ont été donnés par les infirmières qui donnaient des soins à la malade, et en particulier par une de ses voisines de lit, femme très intelligente.)

Le soir, elle entra à l'infirmerie ; et à la visite du 1er février, nous la trouvâmes dans l'état suivant :

Stature élevée, membres développés, os volumineux ; constitution paraissant primitivement forte, affaiblie maintenant par l'âge. Décubitus dorsal, prostration extrême, immobilité absolue ; facies cadavéreux, pour ainsi dire cholérique ; traits retirés, joues creuses, nez effilé, yeux fermés s'ouvrant avec difficulté. Interrogée pour savoir où elle souffre, elle répond en portant la main sur l'abdomen ; on comprime cette région dans toute son étendue, la malade ne pousse aucune plainte. Les circonvolutions intestinales se dessinent à travers les parois abdominales qu'elles soulèvent ; sonoréité de toute l'étendue du ventre.

Lèvres sèches ; langue sèche, rouge et râpeuse, couverte à sa base d'un enduit fuligineux ; soif vive, inappétence complète ; pas de hoquet ; pas de nausées, de vomissemens, ni de garde-robes. Elle a uriné plusieurs fois depuis son arrivée.

Respiration lente, profonde ; pas de toux ni d'expectoration ; sonoréité de la poitrine dans toute son étendue ; bruit respiratoire pur, mais faible, sans mélange de râle.

A la région précordiale, matité peu étendue ; bruits du cœur sourds, profonds, peu développés ; pouls petit, presque imperceptible : le nombre des pulsations ne peut être compté.

Peau froide, sans sueur, dans toute l'étendue du corps, surtout aux extrémités ; il est impossible de réchauffer la malade.

Pas de douleur de tête ; insomnie ; réponses difficiles, presque nulles ; sorte d'anéantissement de l'intelligence ; pupilles contractiles ; douleurs sourdes dans les membres ; pas de fourmillemens, pas de crampes.

La difficulté de l'examen de cette malade, par suite de la prostration et de la nullité de ses réponses, rendit le diagnostic incertain. Cependant, les symptômes abdominaux attirèrent surtout l'attention, et firent croire que l'intestin était le siége de l'affection ; mais l'absence de nausées et de vomissemens au moment où nous l'examinâmes, et l'ignorance dans laquelle nous étions de l'état des jours précédens, ne permirent pas d'en soupçonner la nature réelle.

Boissons gommeuses ; looch blanc ; vin de Bagnolles, 60 gram. ; lavemens purgatifs ; cataplasmes sur le ventre ; diète.

A la visite du soir, même état ; le lavement a été presque immédiatement rendu avec quelques matières.

Deuxième jour. Un peu de sommeil pendant la nuit ; même état que la veille. Soif très vive, anorexie complète ; langue sèche, rouge, froide au toucher ; pas de nausées ni de vomissemens, pas de hoquet, pas de selles ; abdomen développé, sonore, douloureux à la pression ; pouls imperceptible ; raideur générale de tout le corps ; facies tiré exprimant la souffrance.

Troisième jour. Même état, prostration encore plus prononcée ; extrémités froides, comme glacées, pouls filiforme.

Quatrième jour. Des douleurs vives se sont manifestées pendant la nuit dans le membre abdominal gauche ; le matin, la malade jusque-là immobile s'assied brusquement toute seule sur son lit, poussant des cris plaintifs et serrant de ses mains le membre douloureux à sa partie supérieure. Ce membre est dans toute son étendue d'un froid glacial ; le pied d'un blanc mat comme terreux, les ongles et les orteils bleuâtres. Des taches violacées alternant avec des plaques blanchâtres existent sur tout le reste de l'étendue de ce membre ; on pince la peau sans qu'elle témoigne aucune douleur. La région crurale est le siége d'une douleur très vive, augmentant par la pression et se prolongeant sur le trajet de l'artère fémorale, laquelle donne la sensation d'un cordon noueux arrondi ; on n'y perçoit aucun battement non plus que dans l'artère iliaque externe. Le membre abdominal droit est examiné comparativement ; on n'y trouve rien d'anormal dans la région crurale, ni tumeur, ni douleur, même à une pression très forte.

Les battemens sont perçus sur toute l'étendue du tronc artériel de ce côté. Du reste, mêmes symptômes que la veille. Prescription : 4 pilules d'opium, 2 pilules d'aloès, lavement purgatif.

La malade meurt pendant la nuit, ayant présenté jusqu'alors le même appareil de symptômes.

Nécropsie 30 heures après la mort.

Maigreur générale. Pas de raideur cadavérique.

Ventre ballonné. Peau de la paroi abdominale violacée.

Le membre pelvien gauche présente le même aspect extérieur que pendant la vie. On ne remarque rien de particulier dans le tissu cellulaire sous-cutané, si ce n'est l'infiltration d'une certaine quantité de sang au mollet. Les veines sous-cutanées sont entièrement exsangues. L'artère iliaque externe, l'artère crurale, ses branches et l'artère poplitée sont remplies d'un caillot sanguin noir, non organisé, semblable à de la gelée de groseilles, ne remontant pas au dessus de l'iliaque externe. La tunique interne de ces vaisseaux est blanche dans toute son étendue ; aucune altération dans les membranes externe et moyenne. Les muscles sont intacts, sauf les gastrocnémiens, où l'on remarque l'infiltration d'une certaine quantité de sang.

Une dissection ultérieure nous démontra l'absence de caillots dans le système artériel du membre abdominal droit.

Injection générale du péritoine, absence de sérosité dans sa cavité.

Intestin grêle très dilaté par des gaz, excepté dans sa partie la plus inférieure (deux pieds), où il est considérablement rétréci. M. Manec, présent à l'autopsie, frappé de cette différence de volume, eut immédiatement la pensée qu'il y avait un obstacle au cours des matières, intermédiaire à ces deux parties. L'intestin pris à sa partie supérieure est suivi de haut en bas, et arrivé au niveau du point rétréci, on remarque qu'une anse intestinale s'engage dans la gouttière sous-pubienne droite, poussant au-devant d'elle le péritoine qui offre en ce point une sorte d'infundibulum.

L'estomac ne présente aucune altération ; il contient une certaine quantité de liquides mélangés de mucosités.

L'intestin grêle est vide de liquides et de matières.

Le gros intestin est rempli de matières fécales dans presque toute son étendue jusqu'au rectum.

Rien à noter de particulier pour les autres organes.

Après cet examen des viscères abdominaux, la région supérieure et interne de la cuisse est disséquée couche par couche.

Arrivé aux muscles pectiné et premier adducteur, on remarque que ces muscles sont soulevés de manière à faire une saillie ; percutés par le manche du scalpel, ils donnent un son clair dont il est difficile de se rendre compte, car, comme nous allons le voir, on trouve au-dessous d'eux du pus et non point des gaz.

Détachés à leur insertion pubienne et renversés en bas et en dehors, on aperçoit une tumeur du volume et de la forme d'un très petit œuf de poule, constituée par du pus d'un blanc grisâtre, très fétide, circonscrit par une membrane celluleuse. Cette tumeur repose sur les muscles obturateur externe et petit adducteur. Ce dernier est détruit dans une certaine étendue, à sa partie la plus rapprochée du foyer ; détaché de son insertion pubienne et renversé en dehors, nous voyons entre lui et le grand adducteur, une quantité assez considérable de pus de même nature, infiltré dans le tissu cellulaire voisin. Ces deux foyers, l'un antérieur, l'autre postérieur au petit adducteur, communiquent entre eux par la partie de ce muscle qui a été détruite.

Ces parties, lavées par un filet d'eau, tout le pus s'en écoule, mélangé d'un détritus de lambeaux membraneux, d'un aspect gris noirâtre, comme gangrenés, et alors, on voit au niveau de l'orifice externe de la gouttière sous-pubienne, une tumeur du volume d'une petite noix, d'une forme irrégulière ; cette tumeur infiltrée de pus, était enveloppée et comme englobée par le foyer purulent ; elle présente, à sa partie antérieure et inférieure, une ouverture large, irrégulière, par laquelle une sonde est introduite et vient faire saillie dans la partie de l'intestin engagé dans l'orifice abdominal de la gouttière sous-pubienne.

Il est dès-lors évident que cette tumeur est une *entérocèle sous-pubienne* gangrenée. Examinée avec plus de soin, nous lui avons reconnu deux parties : l'une extérieure membraneuse, qui se continue sans interruption avec le péritoine à travers la gouttière sous-pubienne ; cette membrane n'est autre chose qu'un débris du sac herniaire détruit dans une certaine étendue de sa partie la plus inférieure et postérieure. L'autre, plus interne et formée par une petite portion d'intestin auquel vient aboutir un lambeau membraneux de la longueur d'un pouce à un pouce et demi environ, est constitué par le mésentère qui a résisté à la putréfaction, ce qui fait penser que la partie d'intestin détruite avait au moins cette longueur.

Cette tumeur est en rapport, abstraction faite des vaisseaux et nerfs obturateurs qui, à cause de leur importance, seront étudiés à part : en avant, en haut et en dehors, avec le muscle pectiné, qui la sépare des vaisseaux cruraux ; en avant et en dedans, avec le premier adducteur ; en arrière avec les muscles obturateur externe et grand adducteur ; en bas, avec le petit adducteur, dont la partie supérieure est détruite (ce qui explique le rapport immédiat de la tumeur avec le grand adducteur, et la division du foyer en deux parties, ainsi qu'il a été dit plus haut) ; en dehors, et à une distance d'un travers de doigt, se trouve la tête du fémur, et un peu plus bas les vaisseaux circonflexes internes ; en dedans, et à une certaine distance, on distingue le muscle droit interne.

Dans le bassin, le collet du sac n'offre qu'un rapport à noter, c'est celui qu'il a avec la vessie distendue qui est placée à son côté interne ; dans l'état de vacuité, cet organe doit nécessairement en être plus éloigné.

Dans le trajet sous-pubien, les rapports du collet du sac sont : en haut, en dedans et en dehors, avec la gouttière du pubis entièrement osseuse ; en bas et d'arrière en avant, 1° avec l'arcade sous-pubienne des aponévroses pelvienne supérieure et pelvienne latérale ; 2° avec le bord supérieur des muscles obturateurs et de la membrane obturatrice.

Passons maintenant à l'étude des rapports importans que nous présentent les vaisseaux et les nerfs obturateurs 1° avec le collet du sac dans le bassin ; 2° dans son trajet sous pubien ; 3° enfin avec le corps de la tumeur.

Mais avant, disons que les rapports relatifs de ces parties unies entre elles par du tissu cellulaire, sont tels, qu'en dehors se trouve le nerf accolé à la face externe du trou sous-pubien ; plus en dedans et en bas, l'artère obturatrice, longée à son côté interne par la veine du même nom.

Dans le bassin et le trajet sous-pubien, le collet du sac affecte les mêmes rapports : en effet, le péritoine décollé, l'on trouve directement en dehors et comme accolé à son côté externe, le nerf obturateur, lequel conserve ce rapport dans toute son étendue, tandis qu'en arrière et un peu en dedans se voient l'artère et la veine obturatrice.

Au sortir de la gouttière sous-pubienne, ces connexions ne restent pas les mêmes : en bas et dehors on aperçoit le nerf, tandis que les vaisseaux obturateurs contournent la tumeur de bas en haut et de dehors en dedans, de manière à se placer directement à son côté interne.

Quant au canal sous-pubien lui-même, son orifice abdominal très élargi offre 11 lignes dans le diamètre transversal, et 8 lignes dans le vertical ; l'orifice abdominal de celui du côté opposé permettait à peine l'introduction du petit doigt.

Son orifice crural présente une bride aponévrotique résistante qui divise cet orifice en deux parties à peu près égales, en se dirigeant obliquement de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant ; dans la partie antérieure et supérieure de cette arcade, se trouve le collet du sac, qui repose immédiatement sur elle. Cette circonstance anatomique nous paraît très importante à noter, car cette bandelette, en rétrécissant l'ouverture antérieure, a détruit ses rapports de calibre avec l'orifice interne, d'où nécessairement est résultée la compression des parties herniées et la production de l'étranglement.

Un des points les plus curieux de cette observation, c'est l'absence de tout symptôme local : absence d'autant mieux constatée, que la région qui était le siége de la hernie a été explorée avec beaucoup d'attention, à cause des symptômes que nous présentait le côté opposé.

(*Bull. de la Soc. anatom. de Paris.*)

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

Services des nourrices et des enfans à la mamelle.

Caractères du lait; ses qualités; moyen de les apprécier. — De la diarrhée chez les enfans qui font leurs dents. — Ramollissement de l'estomac.

Caractères du lait ; ses qualités ; moyen de les apprécier.

Nous avons dans la salle Sainte-Julie plusieurs cas qui présentent un assez grand intérêt, et qui nous fourniront l'occasion de vous entretenir quelques instans des caractères du lait.

Au n° 3 est une femme atteinte de rhumatisme articulaire aigu. A son entrée dans la salle, nous avons cru qu'il était prudent de lui retirer son enfant. Avant de vous parler de la maladie de cette femme, nous vous dirons quelques mots sur certaines particularités que présente le lait dans le cours de la lactation, suivant que l'enfant vient de prendre le sein, ou qu'il n'a pas tété depuis long-temps.

Nous avons extrait du sein de cette femme une petite quantité de lait dans une cuillère, et nous avons vu qu'il était abondant en sérum et assez semblable à du lait de vache, dans lequel on aurait ajouté les dix-neuf vingtièmes d'eau.

Au contraire, dans la même salle, au n° 8, est une femme qui présente des crevasses au sein. Chez celle-ci le lait est blanc et ressemble à du lait de vache pur. D'où vient cette différence ?

C'était une opinion assez généralement répandue parmi les médecins, opinion qui n'est nullement partagée par les habitans des campagnes, que le lait était d'autant plus épais et jouissait de propriétés d'autant plus nutritives, que la nourrice avait été plus long-temps sans donner à téter.

M. Peligot a fait chez M. Damoiseau, nourrisseur, des expériences sur le lait et ses qualités, et voici les résultats qu'il a obtenus.

Il a fait traire une chèvre, une vache et une ânesse, et il a vu que le lait n'était pas le même au commencement et à la fin de l'opération, que les caractères physiques étaient différens. Supposons, par exemple, que la quantité de lait obtenue fût, pour chaque animal, de trois litres : M. Peligot a reconnu que dans le premier litre le sérum était très abondant, le caséum et la matière butireuse en petite quantité, c'est-à-dire que cette première partie contenait peu de principes nutritifs. Dans le deuxième litre, il y avait moins de sérum, le caséum et la matière butireuse étaient beaucoup plus considérables. Le troisième litre tenait le milieu pour les qualités entre la première et la deuxième parties.

On aurait pu croire que plus le lait restait long-temps en contact avec la glande mammaire et les vaisseaux galactophores, plus il devrait être riche en principes nutritifs, et cependant le contraire a lieu.

On a dit que l'aspect séreux de la première partie du lait tiré, tenait à ce qu'elle se trouvait mêlée au mucus de la glande mammaire ; mais ceci est une erreur, car le lait, comme il est facile de le prouver, ne séjourne point dans cette glande. En effet, une vache qui quelquefois rend jusqu'à 6 et 8 litres de lait en une seule fois, ne présente pas un volume des mamelles en rapport avec cette énorme quantité de liquide, et la femme, qui donnerait deux verres de lait, a des seins trop petits pour pouvoir contenir cette quantité. La plus grande partie du lait se forme donc instantanément.

Vous savez tous, en effet, qu'au moment où la femme commence à donner le sein, le lait, quoique coulant avec assez de facilité, n'est pas très abondant, puisqu'on ne voit point l'enfant le rejeter ; ce n'est qu'au bout de deux ou trois minutes, suivant la susceptibilité de la femme, suivant le plaisir qu'elle éprouve à nourrir, suivant enfin quelque autre condition spéciale difficile à apprécier, que la femme sent la montée du lait s'opérer à des douleurs et des picotemens qui ont leur siége dans la glande mammaire, phénomène analogue à celui qui se passe dans les glandes salivaires chez une personne stimulée par un aliment fortement sapide. Le lait alors peut jaillir avec une très grande force et à une assez grande distance. La même chose se passe dans l'autre sein par consensus sympathique. C'est ce deuxième lait qui est le plus riche en principes nutritifs, et, par une admirable prévoyance de la nature, c'est ce lait formé en quelques instans qui est le plus favorable à la nutrition de l'enfant.

Vous serez souvent appelés, dans votre pratique, à vous prononcer sur les qualités du lait d'une nourrice ; il est donc nécessaire de connaître les précautions à prendre. Quand vous aurez affaire à une nourrice adroite, vous trouverez la glande mammaire modérément distendue, et en pressant cette glande vous ferez sortir un beau lait blanc ; cette femme aura fait téter son enfant avant d'être soumise à votre examen. Au contraire, une femme qui ignorerait ces petites ruses, se présenterait à vous avec un sein turgide et une glande mammaire pleine et bosselée ; et alors que vous viendriez à presser son sein, vous feriez jaillir un lait complètement séreux et à peine coloré en blanc.

Si vous vous prononciez sur le lait de ces deux femmes, et si vous déclariez le lait de la première le meilleur, en général vous diriez une chose vraie, car ce lait-là est le meilleur qui est le plus blanc et le plus riche en caséum ; mais il se pourrait, néanmoins, que le lait de la seconde l'emportât sur celui de la première, car, dans un moment donné, une mauvaise nourrice peut donner de meilleur lait qu'une bonne nourrice. Il faudrait donc, pour juger du lait de deux femmes, et l'apprécier convenablement, le prendre dans les mêmes conditions, au moment de la montée ; vous pourrez véritablement alors en apprécier les qualités, et reconnaître lequel des deux est le plus riche.

En résumé, le lait est séreux chez la femme du n° 3, parce que depuis plusieurs jours elle a cessé d'allaiter ; et chez la femme du n° 8, le lait était blanc, parce que son enfant venait de quitter le sein. Nous aurons souvent occasion de constater cela chez nos nourrices.

De la diarrhée chez les enfans qui font leurs dents. Du ramollissement de la muqueuse de l'estomac.

Nous vous avons déjà parlé plusieurs fois de l'enfant qui se trouve au n° 12 de la salle Sainte-Julie ; vous vous rappelez, messieurs, que nous avons porté sur ce malheureux enfant un fâcheux pronostic, fondé seulement sur l'absence de larmes. Cet enfant n'avait vomi qu'une ou deux fois et allait trois ou quatre fois par jour à la garde-robe quand il est arrivé à l'hôpital; sa respiration était bonne, il n'avait pas de fièvre, et aujourd'hui il présente tous les signes du ramollissement de l'estomac. Notre pronostic s'est confirmé : cet enfant va mourir.

Dans une des précédentes séances, nous vous disions que c'était un préjugé généralement répandu, qu'il fallait laisser la diarrhée aux enfans qui font leurs dents ; c'est là une erreur très grave, et sur laquelle je ne puis trop appeler votre attention. Autant il peut être bon pour un enfant d'avoir de la diarrhée un ou deux jours avant l'éruption d'une dent, autant il lui est funeste de garder cette diarrhée tout le temps de la dentition. Quand Sydenham dit que le dévoiement dans la dentition est une chose utile, il ne faut pas croire qu'il voulût parler de la durée de la dentition : il était trop bon observateur pour tomber dans une pareille erreur ; il entendait par là le temps seulement que met une dent à sortir de son alvéole.

Si vous laissez subsister une diarrhée, il arrivera pour l'intestin ce qu'il arrive à la peau lorsque celle-ci est le siége de quelqu'émonction. Ainsi, en été, lorsque les enfans jouent beaucoup, ils suent abondamment ; les urines, la perspiration pulmonaire et intestinale diminuent ; la peau devient alors le siége d'une congestion, rarement d'un érythème, plus souvent de miliaire occupant principalement le creux des aisselles, le plat des cuisses, le cou, etc., mais sans accidens fébriles. Cela tient à ce que la dépuration, au lieu de se faire par la peau, le poumon, l'intestin et la vessie, n'a lieu que par le premier de ces organes ; de là sur-excitation et éruptions diverses.

Eh bien, que le phénomène qui se passe ici pour la peau ait lieu dans l'intestin, vous aurez là une augmentation de sécrétion d'autant plus facile que la membrane muqueuse intestinale sera elle-même plus irritable ; bientôt, de physiologique qu'elle était d'abord, cette augmentation de sécrétion deviendra pathologique. Si alors on irrite l'intestin par des alimens que l'on donne, ou bien si en exposant l'enfant au froid, on empêche la perspiration cutanée de se faire, la membrane muqueuse intestinale irritée s'enflamme, se ramollit, et la mort survient.

Il n'est pas toujours facile de distinguer chez les enfans l'entérite simple du ramollissement de la muqueuse intestinale. Cependant, il arrive une époque où on ne peut pas les confondre.

Au début il y a diarrhée verdâtre, glaireuse, puis albumineuse ; puis le liquide des selles contient le caséum du lait que l'enfant a pris, nullement altéré par les fonctions digestives. Jusque-là, c'est à peu près ce qui se passe pour l'entérite : mais tout-à-coup altération profonde des traits, yeux caves, joues creuses, mâchonnement continuel, langue pâle, palais sec ou très peu humide, selles composées d'eau légèrement verdâtre, semblable à une solution de sulfate de fer, plus de grumeaux, mucus verdâtre seulement. Vomissement de tout ce qu'on fait prendre à l'enfant, même de l'eau sucrée, le ventre ballonné d'abord, s'affaisse ; puis émaciation si rapide qu'on reconnaîtrait à peine l'enfant quelques heures après l'avoir vu.

Dans l'entérite, l'enfant conserve son embonpoint, et les symptômes ne s'aggravent pas aussi brusquement.

Chez les enfans, le ramollissement de la muqueuse de l'estomac et des intestins est, après la méningite, l'affection la plus grave, et vous comprenez pourquoi. Les désordres dont cette membrane est le siége empêchent la chymification de se faire, et la mort doit nécessairement et promptement arriver.

Cet enfant du n° 12 présente l'aspect d'un cholérique. Nous n'avons trouvé à l'auscultation qu'un peu de râle muqueux. Il y a mâchonnement continuel, dépression du ventre, altération profonde des traits, etc., et en général tous les symptômes que nous venons d'assigner au ramollissement de l'estomac.

Ainsi se trouve confirmé le pronostic que nous avons porté sur cet enfant. Le dévoiement s'était arrêté, les vomissemens avaient cessé, et cependant nous avons mal augré de lui, par la seule raison qu'il ne versait pas de larmes, bien qu'il criât sans cesse, et que sa figure exprimât la douleur.

DANGER DU TRAITEMENT PAR LA CAUTÉRISATION DES ULCÈRES VÉNÉRIENS PRIMITIFS ;

PAR M. DEVERGIE, D.-M.

(Suite du n° 144.)

« Prenez le pus de l'ulcère de cette femme, inoculez-le à tous ces individus : vous obtiendrez dans tous les cas un résultat identique partout où vous aurez pratiqué l'inoculation, la pustule caractéristique (1).

Maintenant, peut-on poser en principe qu'on puisse arrêter l'infection de l'économie par la cautérisation des chancres avant le cinquième jour ?

Je ne le pense pas, et je ne dirai pas *oui* avec M. Ricord, car lui-même cite des observations d'inoculation syphilitique qu'il *n'a pu arrêter dès le début* par la cautérisation répétée plusieurs fois. D'ailleurs, il est certain que le principe contagieux de la pourriture d'hôpital, de la pustule maligne, de la morve, de la rage, une fois déposé sur des surfaces muqueuses dénudées ne sont plus susceptibles de destruction après quelques instans, et que l'infection générale a malheureusement lieu. Je le répète, pourquoi le principe contagieux de la syphilis serait-il en dehors de la loi générale des principes contagieux par germe ?

En supposant, ce qui est bien loin d'être démontré, que l'inoculation syphilitique sous l'épiderme puisse se détruire par la cautérisation, en sera-t-il de même de l'infection contractée par le coït? Non, assurément : car il se développe alors une excitation générale de l'économie sous l'influence de l'orgasme des organes génitaux ; surexcitation de la puissance nerveuse de tous les appareils d'organes qui sont tous liés par une loi de sympathie qu'il est inutile d'exposer ici, et que tout médecin doit avoir présent à la mémoire, s'il veut se rendre compte de cet ébranlement total de l'organisme et de ce retentissement général dans toute l'économie, au moment où se termine l'acte de la reproduction.

Mettez ici un principe contagieux infectant en action, que la copulation ait lieu avec une personne contaminée, et qu'on vienne dire qu'il n'y aura pas une influence plus grande, plus marquée, plus active sur la surface en contact où la sensation la plus exquise est excitée par un frottement électrique? Peut-il exister une comparaison avec une simple inoculation faite sur la peau de la cuisse dans un moment de calme parfait de l'économie? Dans le premier cas il existe véritablement une force d'absorption, un autre travail d'assimilation morbide qui permet de croire à une influence vénérienne s'exerçant sur l'économie pendant le temps plus ou moins long qui s'écoule entre le moment de l'infection et celui de l'apparition de l'ulcère (2).

L'opinion opposée à celle de M. Ricord, c'est-à-dire *attaquer par le caustique, au début, de semblables ulcérations*, se trouve dans la plupart des auteurs les plus recommandables.

Ils enseignent que l'introduction du principe contagieux (virus) dans l'économie est immédiate, et que *les accidens primitifs des organes génitaux ne sont que le résultat d'une infection déjà devenue générale.*

J. Hunter assure que l'apparition de la syphilis est le résultat *constant* de la destruction locale du chancre, même lorsqu'elle a lieu *aussi promptement que possible* et dès le jour même de l'apparition de l'ulcère.

Fabre dit, non moins positivement, que la syphilis succède *constamment* à l'anéantissement local du chancre.

Bell cautérisa des chancres sur quarante-quatre malades, vingt-neuf eurent des bubons.

Swédiaur pense que la cautérisation du chancre est, en général, un mauvais moyen.

Cullerier oncle partageait cette opinion sur la cautérisation, et dit l'avoir vue suivie d'accidens graves soit médiats soit immédiats.

Dupuytren et d'autres praticiens, Delpech entre autres, regardaient cette méthode comme dangereuse et peu rassurante pour l'avenir des malades.

M. Lucas-Championnière écrit (1836) : « Que le résultat le plus fâcheux de la cautérisation du chancre à son début, est le développement d'accidens consécutifs, au bout d'un temps plus ou moins long, après la guérison apparente ; nous avons cité des exemples en faisant remarquer que ce *mode vicieux de traitement* est assez fréquemment suivi de récidive.

» La cautérisation n'est presque jamais pratiquée au début du chancre par M. Cullerier (3) ; cependant lorsque l'ulcération qui se forme n'annonce pas devoir s'accompagner d'accidens inflammatoires bien prononcés, ce chirurgien en arrête quelquefois le développement par l'ap-

(1) Ces seules citations, que nous aurions pu rendre plus nombreuses, vengent tous les auteurs syphiliographes anciens et modernes de l'anathème lancé dans *l'Esculape* par M. Ricord. Dans un de ces articles, ce médecin rejette, réduit au néant tous les travaux des anciens et modernes relatifs à l'incubation de la syphilis, au développement d'accidens vénériens par excès de coït, et *surtout les symptômes divers de syphilis puisés à une même source*. Il ne faut ajouter aucune foi, suivant lui, à tout ce qui a été publié jusqu'à ce jour, le spéculum n'ayant point été appliqué pour vérifier tous ces faits apocryphes. Mais actuellement que huit années se sont écoulées depuis que M. Ricord nous a rendu un service important en faisant une utile application de cet instrument à l'étude des maladies vénériennes, toutes ses assertions n'en tombent pas moins les unes après les autres, et de toutes parts sa doctrine s'écroule, ne laissant sur pied qu'un seul fait bien avéré, l'inoculation du principe contagieux de la syphilis dans le chancre et le bubon chancreux. La plupart des chefs de service à Paris, en France et à l'étranger, et les nouveaux écrivains de 1840, MM. Baumetz, Gibert et Durand-Fardel, etc., ont tous vérifié les erreurs de cette doctrine, que, du reste, j'avais déjà signalée dans une première lettre sur la syphilis.

(2) L'école physiologique a toujours reconnu depuis 1816 et 1825, que la forme ulcérative était la plus grave.

(3) L'expérience de huit années avait éclairé ce praticien, bon observateur, et lui avait fait abandonner la cautérisation primitive des ulcères, préconisée alors (1828) par MM. Ratier, Ribes, etc.

plication du nitrate d'argent ou d'un pinceau imbibé d'un acide minéral.

» Les inconvéniens immédiats de la cautérisation sont : 1° de rendre l'inflammation plus grave ; si elle n'est enrayée sur-le-champ ; de donner un caractère rongeur lorsque plusieurs cautérisations successives ont été insuffisantes pour en déterminer la cautérisation; 2° de déterminer promptement l'inflammation des glandes inguinales, inflammation très fréquemment suivie de suppuration, et du cancer, avec complication grave, qu'une méthode plus douce et plus rationnelle aurait fait éviter. »

M. Jourdan rejette toute excitation locale dans le traitement des ulcères vénériens.

M. Lagneau (1828), s'exprime ainsi : « Je pense donc qu'il est dangereux de considérer le chancre primitif comme une maladie purement locale, même à l'instant où ils commencent à paraître, et qu'il faut bien se garder de croire le malade exempt de toutes suites fâcheuses lorsqu'on les a cautérisés à cette époque, ainsi que le pratiquent les empiriques journellement. En effet, si on observe avec exactitude le progrès et le développement des différens virus dans l'économie, on verra qu'il y a toujours entre l'instant de leur application et celui où ils annoncent leur présence par les symptômes qui leur sont propres, un *temps d'incubation* plus ou moins long, suivant la nature spécifique de la matière contagieuse, et que, lorsqu'il se manifeste un travail local dans l'endroit par où elle a pénétré, les lymphatiques l'ont déjà mêlée à nos humeurs.

» Je crois donc qu'il est convenable de rejeter la cautérisation du chancre primitif dans les premiers jours de leur apparition : 1° parce que cette méthode ne préserve pas de l'infection générale qui *existait déjà avant l'ulcère* ; 2° parce qu'elle est le plus ordinairement suivie de l'apparition de bubons aux glandes voisines ; 3° parce que la cautérisation prompte qui en résulte entretient le malade dans une sécurité dangereuse, en ce qu'elle le dissuade de prévenir par un traitement rationnel l'irruption de symptômes consécutifs qu'une pareille conduite doit nécessairement entraîner. »

J'ai écrit (*Clinique de la maladie syphilitique*, page 162, 1833) que la cautérisation n'était pas sans danger; qu'elle était contraire au raisonnement et à l'observation; que les ulcères chancreux ne devaient être touchés qu'à la période de reproduction, et jamais dans la période d'inflammation.

J'ai ajouté plus loin, en parlant de la cautérisation des ulcères primitifs lorsqu'ils se développent : « Sans rappeler les idées des auteurs, tels que Swédiaur, Hildebrand, Richerand et autres, sur la manière d'agir de ce moyen préservatif, je dirai seulement qu'il est loin d'être sans danger; que s'il réussit quelquefois, souvent aussi il propage le mal, que les plaies irritées s'enflamment, que des bubons ou autres accidens surviennent, etc., etc. »

Examinant la question suivante : Est-il une infection générale qui résulte de l'absorption du virus ? j'ai exprimé la pensée suivante : Chacun a prétendu expliquer ce qu'il est souvent difficile de comprendre, ce qui sera toujours au-dessus de notre entendement, je veux dire ce qui se passe entre le moment où nous nous exposons aux causes des maladies, et celui où elles se manifestent par des accidens qui en caractérisent la nature, *ce qui s'opère dans le secret de notre économie* entre le temps d'intussusception, *celui d'incubation* et l'apparition plus ou moins prompte d'une série de symptômes.

M. Desruelles partage cette opinion, et n'admet d'excitation sur la surface de l'ulcère avec le nitrate d'argent, qu'après une modification générale de l'économie, et alors seulement que le chancre reste dans un état de sous-excitation. Ce même auteur, dans un chapitre de son ouvrage, examine avec soin la modification que la cause contagieuse exerce sur l'organe contaminé, et *l'influence qu'elle exerce sur l'économie*.

Mais l'auteur qui détaille avec plus de soin l'influence du principe contagieux (miasme syphilitique) sur toute l'économie au moment du coït infectant, est Hahnemann, et, par son raisonnement, il est d'accord avec les auteurs anciens et modernes :

1° Il reconnaît, bien antérieurement à M. Ricord (1816), que le chancre et le bubon sont les *deux symptômes caractéristiques* et les plus graves de la syphilis; 2° que l'infection vénérienne du corps entier a commencé dès le premier moment du coït impur, et qu'elle est accomplie avant même l'apparition du chancre ; 3° qu'il est dangereux de supprimer le chancre, soit *par ablation*, soit *par cautérisation;* que ce symptôme sert d'émonctoire à la nature pour débarrasser l'économie du principe contagieux dont elle a été imprégnée ; 4° que cette suppression donne fréquemment lieu au bubon, qu'on doit laisser suppurer encore, et que, quand on entrave ce travail d'élaboration, la maladie intérieure se montre sous forme d'affection secondaire, que la syphilis chronique s'établit avec lenteur, quelquefois seulement dans l'espace de plusieurs mois, mais d'une manière *certaine et infaillible;* 5° que la syphilis primitive est la maladie contagieuse qui se guérit le plus facilement quand on n'entrave pas la réaction que la nature opère par la suppression des symptômes locaux ; 6° qu'en cautérisant le chancre on opère une répercussion qui rend alors la maladie intérieure plus difficile à guérir; 7° que cette cure s'opère seule, par les seuls efforts de la nature (crise), ou par un traitement léger, interne, approprié, mercuriel, à dose homœopatique (1).

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Cette opinion, émise par Hahnemann en 1816, dans son Traité des Maladies miasmatiques chroniques, confirme ce que MM. Jourdan, Richond, Fricke, Delpech, Desruelles et moi avons écrit de 1816 à 1830 ; que les seules forces de la nature suffisaient pour triompher de cette maladie contagieuse ; qu'un traitement simple, rationnel, antiphlogistique, sans mercure, débarrassait l'économie de tous les symptômes primitifs de la syphilis. Dix-huit années de l'emploi de cette méthode simple en France, en Allemagne, en Suède, en Danemarck, aux Etats-Unis, en Angleterre, en Egypte, en Algérie, etc., ont amené une diminution immense dans le nombre et la gravité des affections syphilitiques constitutionnelles si fréquentes alors, que le mercure était la base d'une méthode générale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 8 décembre.

Epoque de la séance annuelle. M. le président fait part à l'Académie de trois arrêtés du conseil d'administration. Le premier, c'est que mardi prochain, 15 décembre, l'Académie ne tiendra pas séance si la cérémonie de la translation des cendres de l'empereur a lieu le même jour, ainsi que les journaux l'ont annoncé. Le second, c'est que la séance annuelle est fixée au jeudi de la semaine prochaine, 17 courant. Le troisième enfin, c'est qu'aujourd'hui il y aura comité secret aussitôt après la lecture de la correspondance pour entendre la suite des rapports relatifs aux prix à décerner. Toute la séance se passera donc en comité secret.

— *Doctrine des robinets rénaux de M. Orfila.* La correspondance comprend une lettre de M. Lassaigne, dans laquelle ce professeur déclare qu'il écrit à l'Académie, à la prière de M. Orfila, relativement à une expérience qu'il a faite sur l'urine, le sang et les viscères d'un cheval empoisonné avec 2 kilogs (4 livres) de sous-acétate de plomb. Toutes ses parties ont présenté du plomb à l'analyse chimique.

M. Chevallier dit avoir analysé l'urine de plusieurs ouvriers qui travaillent dans les fabriques où l'on traite ce métal, et n'y avoir trouvé aucune trace de plomb jusqu'à présent. Il ajoute que sur un enfant mort par l'action des émanations saturnines, M. Orfila n'en a pas trouvé non plus dernièrement.

M. Orfila : Je demande la parole.

M. Husson : J'ai demandé la parole dès le commencement de la séance.

M. le Président : M. Husson a la parole.

M. Husson (debout, avec une petite soucoupe à la main) : J'ai traité ces jours derniers, à l'Hôtel-Dieu, un homme atteint de pneumonie. Je lui ai administré un gros de tartre stibié qu'il a parfaitement toléré : il n'a eu ni vomissemens ni garderobes, et il a guéri. J'ai recueilli ses urines que j'ai adressées à M. Orfila, lequel M. Orfila les a analysées et vient de me remettre à l'instant cette soucoupe contenant les taches d'antimoine qu'il en a obtenues. Ces taches sont évidemment différentes de celles qu'on obtient de l'arsenic.

(On fait circuler cette soucoupe.)

M. Orfila : Le fait dont vient de parler M. Chevallier est relatif à un enfant pour lequel j'ai été mandé par M. le procureur du roi pour examiner le cadavre. On le présumait mort par l'action des vapeurs de plomb qu'il aurait ingérées par la respiration. Comme je n'ai pas trouvé de plomb à l'analyse, j'ai dû douter de la cause qu'on accusait.

Je demande à dire encore un mot à l'occasion de la lettre de M. Lassaigne. J'ai parlé dans la dernière séance de l'analyse que je venais de faire de l'urine d'une personne empoisonnée par le sous-acétate de plomb. Ce n'est pas par l'appareil de Marsh que j'ai obtenu le métal, ainsi que l'a dit *une sorte de petit journal*, (l'orateur prononce ces mots avec un geste et un air de dédain dont on se ferait à peine une idée sans l'avoir vu : il s'est retourné avec une mine terrible du côté du banc des journalistes, en indiquant presque du doigt le coupable, la *Gazette des Hôpitaux*), mais bien à l'aide de la carbonisation. L'appareil de Marsh ne sert à décéler jusqu'à ce jour que la présence de l'arsenic combiné à l'hydrogène. (*Voyez* notre réponse à la fin de la séance.)

— *Hernie inguinale. M. Velpeau* présente une pièce pathologique relative à une variété particulière de hernie inguinale. La tumeur s'était formée non à travers le canal de ce nom, mais entre le bord externe du muscle droit et les vaisseaux ombilicaux; elle était enveloppée de l'aponévrose du grand oblique. M. Velpeau attache de l'importance à cette observation sous le point de vue du débridement, les rapports de la tumeur étant différens de ceux de la hernie inguinale externe ou interne avec les vaisseaux épigastriques.

M. Roux considère cette hernie comme une simple variété de hernie ventrale, et ne paraît pas y attacher la même importance que M. Velpeau.

Une discussion allait s'établir sur ce sujet lorsque M. le président a interrompu les orateurs qui voulaient y prendre part, pressé qu'il était d'arriver au comité secret.

— *Strabisme. M. Baudens* présente deux individus sur lesquels il a pratiqué avec succès l'opération du strabisme. Chez l'un, le strabisme était convergent et existait aux deux yeux : M. Baudens l'a opéré d'un côté seulement, et se propose de l'opérer plus tard du côté opposé. Chez l'autre, le strabisme était aussi convergent, mais n'existait que d'un seul côté : le résultat de l'opération a été également heureux, c'est-à-dire que le sujet a pu tourner parfaitement l'œil en dehors. Les deux individus présentés par M. Baudens ont été examinés avec intérêt par l'Académie.

M. Roux : Depuis que l'opération du strabisme par la section d'un des muscles de l'œil a été introduite chez nous, plusieurs personnes se sont empressées de la répéter, et nous avons été, à l'Académie des Sciences surtout, obsédés de réclames prétentieuses; de communications arbitraires et de détails plus ou moins exagérés, que l'industrie a su exploiter dans les colonnes des journaux politiques et de médecine, au détriment de la science et de l'honneur de la profession. On a parlé d'opérations exécutées, et l'on a donné comme guéris des individus qui ne l'étaient point, ou du moins qui ne l'étaient que momentanément, et l'on a soigneusement omis de faire connaître les cas dans lesquels l'opération avait échoué et comme remède et comme opération. Que les charlatans exercent à loisir leur coupable industrie ; qu'ils exploitent même les académies à leur profit, cela n'étonnera point les personnes qui connaissent un pareil système ; mais que des hommes honorables qui occupent un rang distingué dans la science, comme M. Baudens, donnent avec légèreté comme guéris des sujets qu'ils viennent à peine d'opérer, par cela seul que l'œil s'est redressé après la division musculaire, c'est là ce qui est fâcheux pour la science et pour l'art. Il est évident qu'on ne peut appeler guérie une personne louche, par cela seul que l'œil peut reprendre sa direction normale aussitôt après l'opération. L'œil louche est toujours plus faible que l'autre ; il ne devient pas plus clairvoyant par le redressement. La faiblesse visuelle persistant de ce côté rend l'organe inutile comme auparavant, et il finit à la longue par se tourner en dedans, et l'opération reste tout à fait inutile. On ne peut donc pas donner comme guéris des individus opérés depuis peu, uniquement parce qu'ils ont paru pouvoir redresser leur organe; il faut voir ce que ces individus deviendront six mois, un an plus tard. Or, j'affirme, d'après mon expérience, que l'opération devient tout à fait inutile et que le strabisme récidive. La difficulté, je le répète, n'est pas dans l'opération qui en elle-même est très peu de chose, mais bien dans les moyens propres à égaliser le degré de la faculté visuelle des deux organes.

M. Amussat répond à M. Roux que la récidive dont il a parlé tient à l'exécution imparfaite de la section du muscle ; on croit avoir coupé tout le muscle, alors qu'il reste quelques fibres tendineuses intactes, lesquelles empêchent l'organe de se tourner tout à fait en dehors.

M. Roux : M. Amussat raisonne d'après une hypothèse que je ne puis en aucune manière admettre ; il suppose que l'opération aurait été mal faite. J'ai parlé des cas où la section avait été exactement exécutée, l'œil s'étant parfaitement tourné du côté opposé à la section... (Bruits nombreux.)

M. Velpeau : Je partage complètement la manière de voir de M. Roux : je pense comme lui qu'on s'empresse trop de publier des opérations de strabisme, sans tenir compte des conséquences qui peuvent détruire les effets qu'on en attend. J'ai pratiqué moi-même cette opération sur sept individus ; tous ont pu tourner parfaitement l'œil en dehors aussitôt après l'opération et les jours suivans, preuve incontestable que tout le tendon avait été parfaitement divisé ; mais ensuite l'œil est revenu peu à peu à l'état primitif, et l'infirmité a récidivé sur six au bout de deux mois ; sur un seulement, la récidive n'a point eu lieu jusqu'à ce jour. Il est évident que si j'avais voulu présenter ces sujets à l'Académie et publier de suite leur observation, on les aurait comptés comme guéris, et j'aurais induit en erreur les praticiens. Le sujet de l'opération du strabisme mérite, je crois, une mûre révision.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

Remarques sur la séance de l'Académie. Nous sommes tellement habitués aux boutades de M. Orfila, à l'Académie et ailleurs, que sa colère d'aujourd'hui n'a pu faire impression que sur les personnes qui l'auraient vu pour la première fois. Sa figure était contractée et pâle comme dans un accès de tétanos, nous montrant au doigt sous le titre d'une *sorte de petit journal*. M. Orfila a raison de nous en vouloir ; nous avons vingt fois dévoilé son ignorance en toxicologie médicale, et signalé le monopole de la médecine légale, habilement exploité depuis vingt ans par un homme que la direction de ses occupations a rendu presque étranger à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique. Mais que nous importe la colère de M. Orfila, en face de l'intérêt de la science et de la société ! Nous avons rempli un devoir et nous nous en applaudissons.

De quoi s'agit-il aujourd'hui ? D'une inadvertance de rédaction qui n'a aucune conséquence au fond, car on sait que pour réduire le plomb de l'urine on ne fait pas usage de l'appareil de Marsh. Nous reconnaissons franchement nos fautes, et nous sommes toujours prêt à les réparer. Pourquoi ne trouvons-nous pas la même franchise chez M. le doyen ? Au lieu de répondre aux objections écrasantes que nous avons adressées à ses nouvelles hypothèses tranchantes sur le traitement des empoisonnemens, M. Orfila se déchaîne contre ses adversaires dans un lieu où ils ne peuvent avoir la parole pour lui répondre. Laissons de côté ces cris de désespoir, et excusons la douleur d'un homme qui voit, de son vivant, le sceptre de la toxicologie tomber de sa main comme un roseau pourri, ne laissant derrière lui que *cadavres, chaînes et malédictions*, et arrivons au fond de la question.

Que démontre la soucoupe antimoniée présentée par M. Husson ? Nous l'avons vue, cette soucoupe, elle présente une cinquantaine de petites taches, ayant la largeur de piqûres de puce, et dont l'ensemble peut être à peine évalué à quelques milligrammes. Mettez un centigramme, pour faire plaisir à M. le doyen. Il est donc évident que lorsque quelques atomes du médicament administré s'échappent par les reins l'effet est déjà produit sur la constitution, puisque le malade de M. Husson a guéri à l'aide du tartre stibié qui a agi à l'instar de la saignée. Où peut donc conduire votre rêve de faire sortir les poisons par les reins ? L'année dernière nous avons dû nous occuper de votre fameux *pot-au-feu*, colporté dans les colonnes des grands journaux, à côté des affiches des guérisseurs des maladies secrètes, et mort en naissant, pour ainsi dire. Plus tard, nous avons eu affaire à votre doctrine des *robinets veineux*, pour tirer le poison avec le sang. Des démentis écrasans vous ont fait battre en retraite et le prétendu remède est mort à l'état de fœtus. Aujourd'hui, c'est la *doctrine des robinets rénaux* qui vous occupe ! C'est toujours une même pensée malheureuse qui poursuit l'esprit toxicologique de M. Orfila : des *robinets* dans tel ou tel système pour faire sortir le poison disséminé dans le torrent circulatoire ! Et il trouve des médecins assez *bons enfans* pour encourager de pareilles extravagances. Ces ridicules conceptions ne prouvent malheureusement qu'une chose ; son ignorance absolue sur le mode d'action des poisons et sur les travaux déjà publiés depuis long-temps sur l'absorption de ces substances et leur présence dans les matières excrétées, en particulier dans les urines.

Si M. Orfila avait la moindre notion sur le mode d'action des poisons, il n'aurait pas fondé une toxicologie sur le système des neutralisans chimiques, qu'il abandonne lui-même aujourd'hui comme tout à fait faux et dangereux. Malheureusement ce système a fait plus de victimes que les poisons eux-mêmes, car les neutralisans chimiques sont eux-mêmes des poisons le plus souvent, et rendent mortels beaucoup d'empoisonnemens qui ne le seraient pas d'eux-mêmes.

La toxicologie dynamique, telle qu'elle a été conçue par Rasori et Giacomini, publiée par ce dernier en 1831, a pour base l'absorption constante, démontrée jusqu'à l'évidence par un million de faits consignés dans le livre du professeur de Padoue, et l'action de chaque poison sur le système des nerfs ganglionnaires, par l'intermédiaire du sang. De là des phénomènes différens selon l'impression portée sur ce système et des indications thérapeutiques purement dynamiques qui rentrent tout à fait dans la haute médecine. L'évacuation du poison résorbé devient une chose tout à fait secondaire et sans importance sous le point de vue toxique. Il est d'ailleurs faux que le poison s'échappe complètement par les sécrétions ou excrétions : la plus grande partie est, au contraire, assimilée et reste dans l'économie, en subissant ou non des transformations organiques, comme tous les corps hétérogènes qui entrent par le laboratoire des organes digestifs. En conséquence, prétendre avec M. Orfila que l'on peut guérir un empoisonnement en provoquant la sécrétion urinaire, c'est à la fois établir une idée fausse, dangereuse et tout à fait subversive des notions les mieux acquises à la science.

Les expériences d'ailleurs qu'on fait en ce moment sur les chevaux, donnent le démenti le plus formel aux assertions de M. Orfila. Nous aurons sous peu l'occasion d'entrer dans de plus amples détails sur ce sujet. Que M. le doyen prône ses commissions de parade, qu'il fasse lui-même ses procès-verbaux sur des expériences complètement illusoires; qu'il entasse colonnes sur colonnes dans les grands journaux; qu'il se constitue abusivement juge et partie dans des questions qui intéressent la société entière, etc., nous ne le dérangerons point. Notre tour viendra pour percer à jour ces autels qu'on essaie d'élever à l'incapacité et à l'erreur; nous disons *incapacité*, car que comprend M. Orfila en toxicologie dynamique? Là, les cornues l'abandonnent; le véritable médecin, consommé dans l'étude de la physiologie pathologique, est seul capable d'en saisir les indications curatives.

Une chose nous étonne, entre autres, au milieu de l'océan des erreurs dans lequel vogue M. Orfila, c'est de voir quelques hommes graves, tels que MM. Husson, Duméril et Lassaigne, avoir l'air de croire que ses lectures sur l'absorption et sur la présence de l'arsenic, du plomb ou de l'antimoine dans les urines, indiquent réellement quelque chose d'inconnu, ajoutent quelque connaissance à celles que la science possédait sur la matière.

Nous aurions été les premiers à applaudir aux efforts d'un homme, quelque médiocres qu'ils nous parussent, pour l'avancement de la science, s'il ne méconnaissait pas des travaux antérieurs mieux élaborés sur le même sujet, et s'il ne visait à rien moins qu'à établir des conséquences fausses et désastreuses. Quoi! M. Orfila a la prétention de nous donner l'absorption de ces sels métalliques comme une découverte à lui, alors qu'il existe une infinité de travaux expérimentaux publiés depuis plus de trente ans qui démontrent matériellement le même fait, non-seulement pour tous les poisons, mais encore pour tous les médicamens indistinctement! La présence de toutes les substances dans les urines, dans la salive, dans la sueur, dans les organes, etc., constitue un second fait tellement constaté avant M. Orfila, que nous avons lieu de nous étonner de ses prétentions singulières, autant que des conséquences absurdes qu'il cherche à en déduire.

Nous nous faisons fort, au besoin, de lui citer vingt auteurs au moins à l'appui de ce que nous avançons. On comprend maintenant notre intolérance apparente lorsque nous voyons ce chimiste venir à l'Académie parler de sa prétendue loi de l'absorption, et formuler lestement ses prescriptions thérapeutiques comme un maçon parlant architecture, lorsque nous avons démontré que M. le doyen de l'Ecole ne connaît pas même Hippocrate! (Voyez l'anecdote de Tackenius, chimiste du dix-septième siècle, que M. Orfila a pris pour un auteur antérieur ou contemporain d'Hippocrate!)

Qu'a voulu faire M. Lassaigne en administrant 2 kilog. d'acétate de plomb à un cheval? Si l'on ne connaissait pas ce savant pour un homme grave et consciencieux, on pourrait prendre son expérience pour une véritable plaisanterie contre la doctrine des robinets rénaux de M. Orfila: car pour un animal qui ne vomit point, comme le cheval, une pareille dose est absurde alors qu'il s'agit de prouver que l'urine peut en contenir, ainsi que le sang et les organes. Que conclurez-vous de cela? Direz-vous avec M. Orfila que si l'animal urine il est sauvé, parce que le poison sort par là, et qu'il est perdu s'il n'urine pas abondamment? Attendez, attendez, et vous verrez que M. le doyen va découvrir d'autres fontaines inconnues pour y planter des robinets plus énergiques encore! Qu'importe que la toxicologie devienne elle même homicide!

On sera effrayé quand on aura compris le mal immense que le système des neutralisans chimiques de M. Orfila a fait à la science et à la société depuis un quart de siècle qu'on l'a adopté aveuglément. L'on sera plus effrayé encore quand on aura mieux réfléchi aux absurdités désastreuses dans lesquelles ce toxicologue se livre aujourd'hui, en voulant s'efforcer de subir artistement une métamorphose monstrueuse, c'est-à-dire de passer du système des neutralisans chimiques dans le système dynamique que nous lui avons opposé. Oui, cette métamorphose est monstrueuse, impossible, car un chimiste ne peut s'improviser profond médecin à cinquante ans passés; et ce qui prouve cette assertion, c'est que M. Orfila ne comprend pas lui même le mal incalculable que pourrait faire son prétendu diurétique dans un empoisonnement par une substance métallique quelconque.

X.....

Esquisses d'une philosophie, par F. Lamennais; avec cette épigraphe: « Meditabor in omnibus operibus tuis, et in adinventionibus tuis exercebor. (Ps. LXXVI, 13.) » — 6 volumes in-8°, les 3 premiers ont paru. Prix: 21 francs.—Chez Pagnerre, éditeur, rue de Seine, 14 bis.

Nous annonçons les trois premiers volumes des Esquisses d'une philosophie, de M. Lamennais; à une époque plus reculée paraîtra la fin de cette importante publication.

La première partie de cet ouvrage, et la plus importante puisqu'elle en forme la base, a pour résultat de constater que les lois du fini et de l'infini sont identiques; c'est-à-dire que les lois de l'univers ne sont que les lois de Dieu manifestées extérieurement sous les conditions de la limite.

La seconde partie est toute entière consacrée à l'étude de l'homme. Après avoir étudié la question du mal, il fait ressortir l'insuffisance et le vice des solutions qu'on en a données, et le vice des théories relatives aux moyens de le combattre et de le vaincre. L'auteur, considérant l'homme sous un double point de vue, comme être organique et comme être intelligent et libre, recherche les lois physiologiques et sa nature, et, dans un ordre plus élevé, les lois de l'intelligence, de l'amour et de la volonté, liées en lui aux lois de l'organisme.

Après avoir étudié l'homme en soi, M. Lamennais étudie le développement de son activité, et conséquemment les objets de cette activité, il en résulte la connaissance des relations de l'homme avec ce qui n'est pas lui, et les lois de ces relations. Ici trouvent place l'étude de l'*industrie* et de l'*art*, dont l'auteur cherche à résoudre les problèmes et établir les lois fondamentales.

Là s'arrête cet important travail. Dans le quatrième volume, M. Lamennais traitera de la *science*, et de la *société* dans les deux derniers.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

(Treizième séance publique. — Mercredi 9 décembre.)

M. Sanson (Alphonse): *Des résections des os dans la contiguïté.*

M. Vidal (de Cassis): *Des opérations que nécessitent les abcès.*

Errata. — N° 144, samedi 5 décembre, page 576, ligne 38, colonne du milieu: 1° A supprimer: (renfermant le bubon chancreux); 2° à corriger: 1re note, 3e ligne, *lisez* Richond, *au lieu de* Ricord.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 147, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Étranger, 1 an, 45 fr.

— Les ateliers étant fermés mardi prochain, 15 décembre, le Journal ne paraîtra pas.

Concours pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Richerand.

DEUXIÈME ÉPREUVE. — Leçon faite après vingt-quatre heures de préparation.

1° *M. Michon :* Des opérations que nécessitent les polypes.

Les uns disent : « Des polypes, et des opérations qui leur conviennent ; » les autres, et nous sommes de ce nombre, ont entendu : « Des opérations que nécessitent les polypes. » Si nous avons bonne mémoire, M. Michon a lu et répété l'énoncé de la question tel que nous venons de la reproduire, A quoi bon cette chicane, nous dira-t-on ? le voici. C'est que dans l'un ou dans l'autre cas, le sens et le but de la question étaient bien différens : dans le premier, il s'agissait d'une leçon de *pathologie externe*; dans le second, il y avait à faire une leçon de *médecine opératoire*. M. Michon a penché vers la première interprétation, et en cela nous trouvons qu'il a eu tort.

Maintenant que nous avons fait ce reproche à M. Michon, disons que sa leçon, telle qu'il l'a conçue, a été disposée avec art, et qu'elle a été écoutée avec un intérêt soutenu. Après avoir défini les polypes *des excroissances pédiculées, saillantes à la surface des membranes muqueuses de nos organes*, M. Michon a fait entrevoir les relations d'analogie qu'ils présentent avec les productions accidentelles qui se développent sur le trajet des autres membranes, telles que les corps étrangers des articulations, les tumeurs fongueuses de la dure-mère, etc.

Sous le point de vue de leur siége, on en trouve sur tous les points tapissés par les membranes muqueuses, ou du moins sécrétant du mucus. Cette restriction sert à faire comprendre la membrane interne de l'utérus, parmi les points de l'économie sur lesquels les polypes se développent, Passant alors à la preuve, M. Michon cite successivement des observations de polypes des fosses nasales, des sinus maxillaires, des sinus frontaux (Gerdy et Rust), du sac lacrymal (Walther), de l'angle des paupières (Blasius), de la cavité buccale, de la luette (Michon), du pharynx, du larynx, de la trachée artère (Desault, Andral), de la vessie, de l'urètre (Desault, Gerdy), des voies digestives et du rectum ; enfin de ceux du conduit auditif, qui sont, pour ainsi dire, le chainon qui lie les polypes avec les excroissances des autres membranes. De cette énumération découle une division des polypes toute pratique : 1° ceux qui sont accessibles à nos moyens opératoires ; 2° ceux qui échappent à tout moyen chirurgical de traitement.

Analysant ensuite avec détails leurs différences par rapport au nombre, à l'étendue, à la forme, M. Michon aborde la classification des polypes d'après leur structure, et les range sous les chefs suivans : polypes lardacés, fongueux, granuleux, fibreux, sarcomateux, cartilagineux, osseux et mixtes ; puis il procède à la description anatomique des caractères qui les distinguent.

Les accidens qui signalent la présence des polypes, sont généraux et locaux ; il n'y a que peu de contre-indications à leur enlèvement, l'affaiblissement même ne doit pas être pris en considération.

Les OPÉRATIONS pratiquées sur eux sont préliminaires ou locales; les premières ne sont qu'un moyen employé par le chirurgien pour arriver jusque sur le polype et le rendre accessible aux instrumens. Ainsi Levret et Dupuytren divisent le voile du palais pour arriver dans les fosses nasales ; Dupuytren et Liston trépanent le sinus maxillaire ; Gerdy et Blasius dissèquent la peau pour arriver à l'apophyse ptérygoïde ; Achille Flaubert enlève, dans un but analogue l'os maxillaire supérieur ; Rust ouvre le sinus frontal ; Velpeau débride le col de l'utérus pour un polype du col de la matrice ; Desault conseille la bronchotomie pour les polypes du larynx. M. Michon approuve ces opérations.

Les moyens locaux que la chirurgie oppose à ces excroissances sont :

La cautérisation avec le fer ;
avec les caustiques chimiques ;
L'excision ;
Le déchirement ;
L'arrachement ;
Le séton ;
La ligatuture simple ou multiple ;
La compression ;
La torsion ;
Le broiement, etc.

M. Michon passe successivement ces méthodes en revue, décrit leur application, leurs conséquences, et les circonstances particulières qui les font préférer.

La leçon de M. Michon, faite avec entrain et beaucoup de clarté, a enlevé des applaudissemens unanimes.

2° *M. Chassaignac :* De la résection des os dans la continuité.

Lorsqu'une perte de substance est faite à un os, l'économie répare-t-elle cette lésion, et quels sont les moyens qu'elle emploie ? Cette question, qui touche de près à l'histoire de la production du cal, doit, dans l'état actuel de la science, être résolue par l'affirmative. Des auteurs exacts et connus en ont donné des exemples incontestables.

Cette vérité étant connue, et surtout suffisamment étudiée par le chirurgien, la résection des os dans la continuité peut être avantageusement appliquée.

Quoique connue des anciens, cette espèce de résection est d'une application récente, et c'est à White, aux Moreau, à Tinon et à Dupuytren qu'on doit d'avoir appelé sérieusement l'attention des praticiens sur ses résultats. Quoi qu'il en soit, la question a été plutôt posée que résolue, et M. Chassaignac se propose d'en tracer les indications. L'âge du sujet, le désordre des parties malades, l'état et l'étendue de la dénudation de l'os, de sa fracture, fournissent l'occasion de sages conseils. M. Chassaignac envisage encore l'opportunité de la résection dans les cas de fausse articulation, de cal vicieux, de lésions organiques, telles que la carie, la nécrose, etc. Enfin il arrive à quelques-unes de ses applications dans le but de guérir l'épilepsie, d'arriver sur un polype ; et à ce propos, M. Chassaignac raconte et blâme très fort l'opération de M. Flaubert, que M. Michon venait d'approuver tout-à-l'heure. *Hippocrates ait, Galenus negat.* A ce souvenir, M. Michon, les juges et l'auditoire ont ri de très bon cœur.

Après avoir cherché à établir quel est le moment que l'on doit choisir pour pratiquer l'opération, M. Chassaignac se livre à quelques détails sur les instrumens que l'on peut employer dans ce but, tels que les scies, les pinces, les ostéotomes. Nous avons remarqué des considérations pratiques fort intéressantes sur le mode d'action de ces instrumens, et les conséquences que l'on doit en déduire.

L'examen du procédé opératoire, des précautions que doit observer le chirurgien, le choix d'une méthode de pansement, les soins consécutifs à donner aux malades, la manière de combattre les accidens qui peuvent se produire, complètent cette leçon. En un mot, M. Chassaignac a tiré un bon parti d'un sujet assez ingrat.

3° *M. Robert:* De la Ténotomie.

La ténotomie, dit M. Robert, est une conquête moderne de la chirurgie : la première opération de ce genre ne remonte pas au-delà de 1685 : elle fut pratiqué sur le sterno-cléido-mastoïdien, par Tulpius, à Amsterdam. Woods, Lorentz, Thilimus, Lastorius, Michaëlis, Delpech, l'ont empêché de tomber tout à fait dans l'oubli, et des travaux tout récens viennent de lui faire prendre un rang distingué dans la chirurgie opératoire. Cependant, l'expérience n'a pas encore dit son dernier mot ; il faudrait de nouveaux faits pour résoudre des questions qui aujourd'hui resteront sans solution.

Les indications de la ténotomie sont :

1° Les difformités congéniales des membres, et surtout les pieds-bots.

2° Les difformités accidentelles succédant à la rétraction des muscles.

3° Les difformités succédant à la faiblesse, à la paralysie des muscles, comme le strabisme.

4° Les maladies articulaires, donnant lieu à l'ankylose.

5° Les luxations anciennes et difficiles à réduire.

6° La rétraction des aponévroses.

L'examen de ces questions a été fait avec talent ; M. Robert a surtout insisté sur l'état des os dans les difformités de la première section ; il a fait voir la cause de certains insuccès, les cas dans lesquels il fallait abandonner la ténotomie pour avoir recours à d'autres moyens, à l'orthopédie, par exemple ; ceux dans lesquels il fallait mettre à la fois ces précieuses ressources à contribution. Il a jeté un blâme mérité sur la fameuse machine à rompre les ankyloses, sur le compte de laquelle l'Académie nous doit toujours un rapport ; et enfin, il a terminé par quelques mots de critique contre certains procédés tout récens, et des résultats statistiques officiellement publiés.

Deux méthodes sont à la disposition des ténotomistes : l'ancienne, ou la méthode des sections *au grand jour*, s'il nous est permis de dire ainsi, méthode vicieuse, et non pas exempte de dangers dans beaucoup de cas au moins ; puis la méthode moderne, la *section sous-cutanée*. Une fois l'opération faite, restent d'autres soins. La ténotomie doit être suivie de l'emploi des moyens orthopédiques ; mais à quelle époque faut-il y avoir recours ? De bonne heure, dit M. Robert. Combien de temps faut-il les continuer ? Jusqu'après la cicatrisation des parties divisées. Cette seconde question conduit le candidat à détailler les recherches entreprises sur la cicatrisation des parties que la ténotomie divise ; question curieuse, mais aussi ayant une grande importance pour les résultats de l'opération.

M. Robert étudie ensuite la ténotomie selon les régions ; ainsi celle de l'œil, du cou, du rachis, des membres.

En résumé la leçon de M. Robert a été une belle leçon, bien disposée, bien débitée, mais encore une bonne leçon pleine de faits et de déductions pratiques.

— Et maintenant que l'historien a accompli sa tâche, il faut bien que le critique ait son tour. Pourquoi M. Robert n'a-t-il pas renoncé à ce pauvre système de coups d'encensoirs aux juges du concours, auxquels tous les compétiteurs sacrifient plus ou moins ? Ces messieurs n'ont-ils pas assez de leurs travaux et de leur réputation, sans qu'on aille exhumer péniblement la moindre citation, la plus médiocre découverte qui pourra permettre de rappeler leur nom ; on va même plus loin ; on pousse la galanterie jusqu'à citer la famille, et nous ne serons pas étonnés, un jour, de voir mentionner un procédé opératoire de M. Richard. Disons-le, c'est avoir peu de foi en la justice ; c'est trop compter sur l'amour-propre et les faiblesses de l'humanité.

Ceci est à propos de ténotomie ; M. Robert a mentionné souvent certains professeurs de l'école ; il les a gratifiés de travaux opératoires ou anatomiques sur les difformités, dont l'honneur ne doit pas leur revenir ; en revanche, il a modérément cité MM. Guérin, Bouvier ; il a glissé sur Stromeyer et Dieffenbach ; il a risqué une fois le nom de M. Duval : cela n'est pas juste, et nous faisons un appel à la conscience de M. Robert. Les découvertes et les progrès en orthopédie appartiennent-elles à des membres de l'École ? Non ; elles sont l'œuvre de praticiens divers qui, depuis long-temps, travaillent avec ardeur à la faire fructifier. Oui, mais, dit-on bien bas, ce sont des spécialistes ; on ne peut guère parler d'eux ; c'est un mauvais antécédent. Non, Messieurs, distinguons les charlatans et les spécialistes ; démasquons les premiers et rendons justice aux seconds s'ils l'ont méritée. Puis, pour nous venger, faisons mieux qu'eux ; c'est là le meilleur moyen de terminer les débats.

Enfin, pourquoi M. Robert a-t-il si fort maltraité M. Dieffenbach ? M. Robert voudrait voir, afin de croire à toutes ses guérisons. Il n'y a rien que de raisonnable à cela ; mais d'autres ont vu ; ils sont dignes de foi ; ils ont répété les succès : vous devez donc un peu les croire sur parole. D'ailleurs, a dit un des bienheureux de la Faculté : « Douter de la valeur des observations bien faites par les autres, c'est permettre de douter de celles que l'on donne soi-même. » Et de plus, ce n'était pas la peine de traiter en petit écolier un homme distingué, dont les chirurgiens français connaissent, éstiment et apprécient le talent, bien qu'il habite de l'autre côté du Rhin.

Voilà bien de la morale à propos de M. Robert, cependant nous ne lui en gardons pas rancune.

4° *M. Blandin :* Des débridemens.

M. Blandin n'a pas eu la main heureuse. Son sujet était aride et compliqué. Il entend par le mot de débridement, une opération par laquelle on fait disparaître un obstacle mécanique qui s'oppose à l'accomplissement des fonctions d'une de nos parties. Cette opération a pour but : 1° de faire cesser un étranglement ; 2° de faire disparaître une bride ; 3° d'aller à la recherche d'un corps étranger ; 4° d'aggrandir une ouverture relativement trop étroite ou même manquante.

Le débridement est *curatif* ou *provisoire*; tantôt il est important d'y avoir recours sans plus tarder ; d'autres fois on peut, on doit temporiser. M. Blandin appuie ces conseils d'exemples pratiques fort intéressans.

Mode opératoire. Les débridemens s'opèrent en agissant sur les tissus organiques par la dilatation, par les incisions de nature diverse. Ces moyens sont successivement passés en revue. Il faut aborder les détails, car les cas qui réclament le débridement sont disparates, et ne peuvent rentrer dans un ordre bien méthodique.

1° *Plaies.* Dans ces cas, le débridement est préventif plutôt que curatif. Ici trouve place la discussion du débridement dans les plaies d'armes à feu. Après avoir résumé les opinions diverses, M. Blandin se prononce pour l'affirmative.

Le débridement est indiqué en particulier dans les plaies de tête, du thorax, pour la hernie des viscères, ou pour aller à la recherche d'un corps étranger, à l'abdomen pour lever l'étranglement dans les cas de hernies, etc.

2° *Etranglement des parties.* Ici M. Blandin passe en revue les diverses espèces d'étranglement : il s'attache surtout à celui qui se produit dans les hernies, et trace les règles qui doivent diriger le chirurgien dans l'opération du débridement.

3° *Présence de brides consécutives.* M. Blandin range dans ce chapitre les moyens à employer contre certaines inflammations sous aponévrotiques contre les brides, les contractions, etc.

4° *Coarctation ou imperforation d'une ouverture naturelle.* Les variétés nombreuses qui composent cette classe sont envisagées tour à tour.

Telle est l'analyse aussi brèves que possible du plan de M. Blandin. Les connaissances variées et profondes de ce candidat, et sa grande habitude de la pratique chirurgicale, lui ont permis de rendre attachante et fort instructive l'exposition d'un sujet dont chacun comprenait l'étendue et les nombreuses difficultés. Aussi chacun lui en a tenu compte, et les applaudissemens répétés qui l'ont accueilli ont dû lui faire voir qu'il avait été compris et apprécié.

5° *M. Bérard jeune:* De l'opération de la hernie étranglée.

On ne peut soumettre cette opération à des règles générales bien déterminées ; M. Bérard le fera autant que son sujet lui en laissera la facilité. Il traite d'abord la question de *temps*; une fois la hernie étranglée, quand faut-il opérer ? Cette question, qui a tant divisé les chirurgiens, est discutée avec détails. M. Bérard indique ensuite ses conclusions, qui sont variées selon les conditions particulières que présente la maladie.

Une fois l'opération décidée, il passe en revue l'appareil opératoire, l'appareil de pansement, la position du malade et des aides.

Premier temps. Incision des membranes qui recouvrent la hernie.

Deuxième temps. Examen des viscères.

Troisième temps. Débridement ou dilatation de l'étranglement.

Quatrième temps. Réduction des parties.

Ces diverses particularités de l'opération sont décrites avec clarté, précision et méthode ; quand besoin est, M. Bérard appelle à son aide les connaissances anatomiques ou pathologiques ; les procédés et modifications nombreuses proposées à diverses époques sont énumérés avec soin. Le chirurgien indique ensuite la méthode qui consiste dans la non incision du sac. Il procède ensuite à la description du pansement et du traitement consécutif à l'opération.

Vient ensuite l'histoire des complications, épanchemens interlamellaires, kystes accidentels, tumeurs graisseuses, tumeurs anormales, ganglions, abcès de la tunique péritonéale, affaissement de la tumeur ; voilà pour le premier temps.

L'hémorrhagie, les blessures de l'intestin, ses adhérences, sa gangrène ; voilà pour les autres.

Enfin, dans ce dernier cas, on est obligé de garder l'anse instinale à l'extérieur. M. Bérard décrit rapidement les phases de la formation d'une fistule stercorale et de sa guérison spontanée ; et malgré les travaux anciens et modernes sur l'enteroraphie, il donne la préférence, pour obtenir la guérison, à ce travail naturel secondé par l'emploi de la méthode de Dupuytren.

La tâche de M. Bérard a été remplie avec talent et facilité.

6° *M. Thierry :* Des opérations que nécessitent les coarctations.

Les coarctations peuvent aller avec les débridemens ; c'est là une de ces questions qui *jugulent* un candidat, et que les compétiteurs plus heureux appellent une belle question, une question vaste, une question pratique.

On doit entendre par coarctation, selon M. Thierry, le resserrement pathologique d'un canal, d'un orifice, d'une cavité ; elles sont superficielles ou profondes, quant au siége ; congéniales ou accidentelles, quant à la cause. Après avoir étudié les divers moyens qui permettent au praticien d'arriver au diagnostic des coarctations, M. Thierry décrit les procédés que l'on peut leur opposer. Ainsi, il passe en revue la dilatation, la cautérisation, l'incision, l'autoplastie, etc., dans ce qu'elles ont d'applications générales ; puis il a abordé l'histoire des opérations opposées aux coarctations en particulier. Cette description a été complète.

7° *M. Philippe Boyer :* Des Sutures.

Il serait inutile d'exposer ici même l'analyse de cette question; le cadre était tout tracé : M. Boyer l'a rempli avec exactitude et précision. Les différentes méthodes ont été décrites avec beaucoup de clarté; puis, abandonnant les descriptions techniques, M. Boyer a embrassé des questions plus pratiques, celles de leur application selon les organes.

8° *M. Huguier :* Des opérations que nécessitent les tumeurs érectiles.

Nous ferons à M. Huguier le reproche que nous avons déjà fait à un autre candidat ; il a trop sacrifié à l'anatomie pathologique et à la pathologie. C'est à regret que nous en blâmons M. Huguier ; car nous avons entendu avec beaucoup de plaisir l'histoire des tumeurs érectiles, telle qu'il l'a faite, les détails anatomiques dans lesquels il est entré, et la classification dans laquelle il a essayé de comprendre toutes ces tumeurs pour en déduire quelques applications pratiques.

Passant ensuite aux moyens destinés à les combattre, M. Huguier a énuméré successivement et décrit les nombreux procédés que l'on a proposés dans ce but. Une érudition variée, des réflexions pratiques très sages, et un grand nombre de faits apportés à l'appui par le candidat, ont jeté beaucoup d'intérêt sur cette partie de sa leçon.

9° *M. Lenoir:* Des amputations dans la contiguité des os.

Un historique fort bien tracé a servi de préambule à cette leçon. Rarement pratiquées depuis Hippocrate jusqu'au dix-septième siècle, les amputations dans l'article sont une création presque moderne de la chirurgie, et l'on doit à l'Académie de chirurgie, célèbre à tant de titres, d'avoir tiré de l'oubli cette importante question. Nous félicitons M. Lenoir sur la manière avec laquelle il trace l'historique de ses questions ; il cite peu ; ce n'est pas une confusion de noms dans toutes les langues, mais une indication exacte, bien précise des époques importantes et marquant quelques progrès, qui trouve place dans son cadre. On voit qu'il remonte aux sources même, et qu'il ne croit pas sur parole des chapitres qui n'ont d'historique que le titre dont on veut bien les décorer.

Après avoir jeté un coup-d'œil sur les particularités anatomiques qui se rattachent à sa question, M. Lenoir indique rapidement l'appareil instrumental, la position des aides, du chirurgien, etc.

Le candidat expose ensuite avec soin les règles qui doivent guider l'opérateur dans sa recherche de l'articulation, et lui servir de point de rappel avant l'incision des parties molles, et au moment de pénétrer entre les os. M. Lenoir possède bien son sujet et a l'habitude d'en démontrer aux élèves les principoles difficultés ; il est de plus praticien et sait tous les obstacles qui peuvent, une fois qu'on est à l'œuvre, venir contrarier les règles les mieux tracées. Il a rempli cette partie de sa tâche à la satisfaction de tous.

Passant ensuite à l'exposé des méthodes, M. Lenoir a tracé successivement l'historique et les règles des méthodes circulaires, ovalaires et à lambeaux, appliquées aux désarticulations. Enfin, il a terminé par le parallèle de leurs avantages et de leurs inconvéniens. Cette leçon n'a pas fait déchoir ce candidat du rang dans lequel sa première épreuve l'avait déjà placé.

10° *M. Sédillot :* Du trépan en général.

Après un court préambule, M. Sédillot aborde sa question et range sous quatre chefs les indications qui doivent décider le chirurgien au trépan. Ce sont : 1° les corps étrangers ; 2° les épanchemens ; 3° certaines lésions traumatiques ; 4° certaines maladies des centres nerveux.

Cette division lui fournit le texte d'autant de chapitres qu'il parcourt avec méthode, en envisageant à la fois sa question sous le point de vue de l'historique et de la pratique ; puis, chemin faisant, il pose les indications et apprécie les résultats de l'opération. Ayant ainsi parlé du trépan selon les indications, il aborde alors le sujet en particulier, selon les régions, et comble les lacunes qu'il avait nécessairement laissées dans la première partie, car pour cette question, les généralités et les particularités forment un tout qu'il est très difficile de séparer.

M. Sédillot décrit ensuite l'appareil instrumental et le manuel opératoire, il recherche quels sont les points sur lesquels le chirurgien doit, autant que possible, diriger ses instrumens et ceux qu'il doit ménager, si tant est qu'il faille accepter à ce sujet toutes les restrictions des anciens. Il s'occupe ensuite du pansement, des moyens que la nature emploie pour combler la perte de substance, et ceux par lesquels le chirurgien doit venir au secours du travail réparateur.

En général, M. Sédillot s'est montré partisan de cette opération. Nous ne le suivrons pas dans l'énoncé de ses motifs ; l'espace nous presse : disons seulement qu'ils portent tous le cachet de connaissances pratiques sérieuses et d'un bon esprit. Cette leçon a été très complète.

11° *M. A. Sanson :* Des résections des surfaces articulaires.

M. Sanson trace d'abord un parallèle entre ces résections et les amputations, et cherche à déterminer les conditions générales dans lesquelles il faut choisir l'une ou l'autre de ces méthodes de traitement. Il indique ensuite les lésions contre lesquelles les résections articulaires ont été employées, et il en fait plusieurs classes.

Viennent ensuite les procédés opératoires qui ont varié, M. Sanson les décrit avec soin ; il indique après eux les règles qui doivent guider le chirurgien pendant l'opération, et celles qu'il devra garder en mémoire pour la réunion des parties.

Enfin, il s'occupe à apprécier la valeur de cette méthode selon chaque région en particulier et selon les lésions diverses qui réclament son emploi.

12° *M. Vidal (de Cassis):* Des opérations que nécessitent les abcès.

Ce n'est pas là une de ces questions qu'on trouve toutes faites dans les Traités de médecine opératoire ; ce n'est pas un de ces chemins battus dans lesquels il suffit d'entrer pour être sûr d'aller droit au but. Les élémens d'une pareille question se trouvent, il est vrai, répandus çà et là ; mais le candidat doit faire un choix parmi ces nombreux matériaux, les disposer, les coordonner de telle sorte que, dans le temps qui lui est donné, il puisse, sinon tout dire, du moins ne rien omettre d'essentiel.

Nous avons entendu dire que c'était là une question *ingrate*. Telle n'est pas notre opinion, et nous pouvons dire que M. Vidal nous a donné raison. Voici le cadre que s'est tracé ce candidat :

Après quelques considérations sur les abcès et sur leur division en abcès *chauds*, en abcès *froids* et en abcès *symptomatiques*, M. Vidal a passé en revue les différentes opérations que nécessitent ces collections envisagées d'une manière générale, abstraction faite de leur nature et de leur siége. Faisant ensuite l'application de ces considérations générales à chacune des trois classes d'abcès, il lui a été facile de faire ressortir une foule de points d'une importance éminemment pratique.

Dans chacun de ces cas, il s'est demandé : 1° s'il fallait ouvrir ces abcès ; 2° quand il fallait les ouvrir ; 3° comment il fallait les ouvrir. Autour de ces trois chefs venaient naturellement se grouper tous les principaux élémens de la question ; nous devons dire que M. Vidal a su en retirer un excellent parti.

Restaient les abcès considérés dans chaque région, dans chaque organe. L'heure n'a pas permis à M. Vidal de parcourir cette longue échelle ; mais nous pouvons constater que le peu qu'il a dit a fait regretter ce qui lui restait à dire.

Envisagé d'une manière aussi méthodique, ce sujet a revêtu un caractère d'intérêt qui a captivé l'auditoire. Nous ne suivrons pas M. Vidal dans les détails de sa question ; qu'il nous suffise de dire qu'il n'a pas seulement fait preuve d'un esprit méthodique et d'un jugement droit, mais qu'il a surtout montré qu'il était habitué aux études cliniques. Ajoutons, en terminant, que M. Vidal a été clair et concis dans son exposition ; que sa parole a été facile. Des applaudissemens nombreux ont montré à ce chirurgien que sa leçon avait été convenablement appréciée.

13° *M. Laugier :* Des amputations des membres dans la continuité.

M. Laugier a fait une bonne leçon pratique sur les indications des amputations : mais faute d'avoir bien combiné son plan, l'heure l'a atteint au moment où il allait commencer la description des méthodes. C'est une revanche à prendre.

14° *M. Malgaigne :* La cautérisation.

Nous renoncerons à analyser la leçon de M. Malgaigne, et nous dirons, pour toute réponse à ceux qui pourraient le trouver mauvais, qu'ils ont eu grand tort de ne pas y assister. En effet, si jamais sujet fut ingrat, ou, disons mieux, parut ingrat (car maintenant nous avons changé d'avis), c'est celui que le sort lui avait attribué ; et cependant M. Malgaigne a su jeter sur sa leçon un charme, un intérêt qui, franchement, a captivé tout l'auditoire. Des applaudissemens presque frénétiques l'ont accueilli jusqu'à sa sortie de l'amphithéâtre ; et chacun mettait cette leçon au premier rang. Ce jugement, qu'il est de notre devoir de signaler, doit être, pour M. Malgaigne, le plus bel et le plus doux éloge.

X. L.

ECOLE PRATIQUE.

Leçons sur les maladies des voies urinaires;
par M. Souberbielle,

Messieurs,

Je commence par vous exprimer combien je me sens heureux de me trouver au milieu de vous, et d'avoir conservé, malgré mon grand âge (87), toutes mes facultés intellectuelles, physiques et morales, pour vous faire connaître le résultat d'une pratique de plus de soixante années consécutives, dans le traitement des maladies des voies urinaires, que j'ai exercé sur plusieurs milliers d'individus des deux sexes, appartenant à tous les ordres et classes de la société, depuis le palais du roi jusqu'à la chaumière du pauvre, depuis le prince jusqu'à l'indigent. Je vous ferai connaître de quelle manière et par quels moyens je suis parvenu à guérir des maladies, principalement dans l'opération de la taille, qui avaient résisté aux traitemens et soins des plus célèbres chirurgiens, notamment de la capitale, tels que Deschamps, Pelletan, Boyer, Dubois, Dupuytren et M. le professeur Roux.

On comprend sous le titre collectif de *voies urinaires*, les différens organes qui servent à la sécrétion, à la transmission, à l'accumulation et à l'excrétion de l'urine. D'après l'ordre de leurs actions, ces organes sont : les reins, qui sécrètent l'urine ; les uretères, qui la transmettent dans la vessie, qui les conserve et les expulse à des distances plus ou moins éloignées, et à l'urètre qui sert à son émission ou éjection.

Selon les fonctions dans l'ordre successif des organes qui composent l'appareil urinaire, je devrais vous parler des affections des reins, des uretères et ainsi de suite ; mais j'ai pensé que je pourrais vous être plus utile en passant de suite à l'examen de l'opération de la taille, comme présente à votre mémoire, d'après les nombreuses lectures qui viennent d'avoir lieu sur cette importante opération, dans le concours de la Faculté, par l'élite de l'école, où les candidats figurent comme autant de miroirs où viennent se réfléchir les lumières de la Faculté sur l'opération de la taille. Malgré tant de richesses scientifiques, j'en demande bien pardon à messieurs les concurrens, je n'ai pas trouvé qu'ils eussent traité avec soin leur sujet ; c'est-à-dire que, quant à la partie anatomique, ils se sont tous plus ou moins distingués ; mais, à l'égard de la partie opératoire, ils l'ont tous traitée imparfaitement. Point d'exactitude dans la description des méthodes, cherchant à faire prévaloir les plus mauvaises sur les bonnes, qui sont basées sur les meilleurs principes, comme, par exemple, la taille bi-latérale sur la taille latérale du frère Jacques ; en dénaturant leur dénomination; en qualifiant celle du frère Jacques, de latéralisée, pendant que son nom propre de méthode latérale doit lui rester, ainsi qu'on l'a désignée à son origine, au lieu de la transmettre aux procédés de Thomas et de Foubert, à qui le nom de latéralisée convient mieux par le vague et l'incertitude qu'elles présentent, ce qui les a fait abandonner. Mais la chose qui a le plus dominé chez tous les concurrens, c'est de prendre bien garde surtout de dépasser les bornes de la prostate, ce qui, dit-on, donne lieu à des infiltrations urineuses et à la gangrène. C'est plutôt pour n'avoir pas donné assez d'étendue à l'incision que ces accidens ont eu lieu. A moins qu'on ne veuille faire comme Boyer et Dupuytren, ainsi que M. Boyer fils l'a dit et répété, qui établissaient en principe, qu'il est préférable de déchirer la prostate et les parties environnantes, que de les couper. Il n'est pas possible, dans mon opinion, d'avancer une hérésie plus forte dans l'art de guérir, que de prétendre qu'une plaie guérira plus facilement en la dilacérant, la contondant ou en la déchirant, qu'en divisant les parties avec l'instrument tranchant. Il n'est pas nécessaire d'être homme de l'art pour sentir une erreur aussi appréciable. Comme s'il était au pouvoir de l'opérateur de restreindre l'incision et la fixer à sa volonté ! N'est-il pas commandé à lui donner l'étendue nécessaire pour faire facilement l'extraction de la pierre et prévenir ainsi les accidens qui suivent la violence? Que signifient donc ces règles qu'on veut établir, de borner l'incision dans les rayons de la prostate, qui n'a, dans son plus grand diamètre d'obliquité que onze lignes, lorsqu'on rencontre souvent des calculs qui ont *deux* et quelquefois *trois* pouces de diamètre? Cela prouve l'absurdité de ces opinions erronées.

Lorsque je traiterai de la taille, je donnerai d'autres développemens.

Une chose qui m'a fort étonné, c'est qu'il n'y ait pas été question du tout de la taille chez la femme ; cette omission est grave, puisque la femme est encore plus malheureuse que l'homme dans la taille périnéale, qui la séquestrait pour ainsi dire de la société. C'est cette position de la femme qui conduisit frère Côme à la découverte de la sonde à dard, pour exécuter chez la femme le haut appareil qui la préserve de tout danger, ainsi que nous le verrons quand je traiterai de la taille hypogastrique.

L'opération de la taille a été considérée dans tous les temps, comme l'une des plus importantes de la chirurgie; aussi a-t-elle toujours fixé l'attention des plus célèbres chirurgiens et médecins de toutes les nations.

Dans les temps les plus reculés de l'art de guérir, l'opération de la taille était si défectueuse, que le divin Hippocrate, dont le génie a porté la lumière dans toutes les autres branches de l'art de guérir, fut si stérile dans l'opération de la taille, qu'il défendait à ses disciples de la pratiquer. Elle se trouvait ainsi abandonnée à des hommes qui se livraient à cette opération, soit par goût ou par un sentiment d'humanité. Cette prévention d'Hippocrate venait sans doute de ce que les dissections et l'ouverture des corps morts n'étaient point permises alors.

La première description de l'opération de la taille qui soit venue jusqu'à nous nous a été transmise par Celse. Mais Celse n'étant pas médecin et encore bien moins chirurgien, il ne l'a publiée que comme historien. Aussi, la description qu'il en donne est si vague, si inintelligible, que de tous les savans traducteurs qui prétendent vouloir expliquer son texte, il ne s'en rencontre pas deux qui soient d'accord sur le véritable sens qu'ils croient qu'a voulu lui donner son auteur.

L'opération de la taille se perd dans la nuit des temps. Paul d'Egine la comprenait très bien ; il conseillait de faire l'incision de manière qu'elle dépassât un peu le volume de la pierre, pour éviter les effets funestes qui suivent le déchirement. Franco, en 1510, pratiquait la taille avec succès ; c'est à lui qu'on doit la méthode du haut appareil. Il avait opéré un enfant par le périnée ; ne pouvant parvenir à retirer la pierre à cause de son volume, les doigts introduits par le rectum, il la poussa au dessus des pubis, il incisa sur la pierre, il en fit ainsi l'extraction par l'hypogastre.

Rosset, publia une méthode d'extraire la pierre par l'hypogastre. A la même époque, Marianus Sanctus publia la méthode du grand appareil, qui consistait à faire une incision au bulbe de l'urètre, parallèle au rafé, de la longueur d'environ deux pouces ; l'incision se bornant au bulbe, au moyen d'un conducteur mâle et femelle, on déchirait la partie membraneuse et prostatique de l'urètre, la glande prostate, le col et le corps de la vessie, selon que l'exigeait le volume de la pierre.

Cette opération était funeste, meurtrière, occasionnait souvent la mort du malade ; et lorsqu'il échappait à des manœuvres si cruelles, la convalescence était longue, et il restait souvent fistuleux par la perte de substance, suite des déchiremens et des contusions, etc. etc.

Il a fallu deux mille ans de travaux, de recherches, d'expérience et d'observations, pour faire arriver l'opération de la taille au degré de perfection où elle se trouve aujourd'hui. Il était réservé à deux chirurgiens français d'atteindre le but: à frère Jacques de Beaulieu, et à Jean Baseilhac, dit frère Côme. Frère Jacques a fixé le lieu de l'incision le plus favorable à l'extraction de la pierre, par le périnée; frère Côme a inventé le lithotome caché pour l'exécution de cette taille latérale, ce qui la rend la plus parfaite qui se pratique par le périnée.

On est encore redevable au génie du frère Côme de la découverte de la sonde à dard, pour l'exécution de sa nouvelle méthode du haut appareil.

Ces méthodes de tailler par-dessous et par-dessus les pubis ont été si bien raisonnées et si bien combinées, que leurs auteurs n'y ont jamais eu rien à changer. Et quoi qu'il se soit écoulé cent quarante ans depuis la publication de la taille latérale du frère Jacques, par Méry, en 1700; et quatre-vingt-douze ans depuis la publication du lithotome caché du frère Côme, et quatre-vingt-deux ans depuis la découverte de la sonde à dard, ces méthodes sont adoptées presque universellement, non-seulement en France, mais encore chez l'étranger; aussi sont-elles les seules méthodes qui aient été couronnées du prix de Monthyon par l'académie des sciences de l'institut. Elles ont également reçu l'approbation de l'Académie royale de médecine, qui en a ordonné la publication dans ses mémoires.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi de vous écrire les quelques lignes qui suivent, au sujet d'un article inséré dans votre numéro du samedi, 8 décembre, et intitulé :

« *Danger du traitement par la cautérisation des ulcères vénériens primitifs.* »

Cet article, où le besoin de parler contre moi domine bien certainement l'intérêt qu'on prétend porter à la science, et à cette pauvre humanité, si intéressante sous tant d'autres rapports que les rapports scientifiques, m'a paru mériter quelques mots de réponse, que je n'avais pas cru devoir adresser à des publications antérieures, dont le style, le but, et le mode *de distribution*, m'avaient paru trop en dehors des formes scientifiques pour être pris en considération.

L'étude approfondie de la science écrite, l'observation naturelle et *non systématique* des faits, et surtout l'expérimentation suivie publiquement dans mes cours cliniques, et aux yeux de ceux qui ont pu et voulu voir, m'ont conduit à adopter, ou établir certaines lois auxquelles je me conformerai toujours, jusqu'à ce que des faits contraires viennent y porter un amendement ou les faire abroger. Le nom des hommes à opinions opposées, leur crédit scientifique, l'ennui même de répondre à ceux qui peuvent chercher tout autre chose qu'une conviction, le lieu que pourra habiter tel ou tel syphilographe prôné ou discrédité par quelques-uns, selon qu'il est plus ou moins éloigné de la concurrence pratique, n'auront, je vous l'assure, mon cher confrère, aucune influence sur mes doctrines et sur mes convictions.

Or, les faits principaux qui servent de base à ma pratique, vous les connaissez, mon cher confrère; un grand nombre de médecins, et la multitude d'élèves qui suivent mes cours, ont pu les vérifier à l'hôpital des Vénériens, dont les portes sont ouvertes à tout le monde, et où la parole est à qui veut la prendre, pour les discuter au lit des malades ou à l'amphithéâtre : ces faits, l'Académie des Sciences leur a donné une haute sanction en accordant une récompense à l'ouvrage qui les renferme, et je n'ai point ici à vous les reproduire. Il s'agit seulement d'un point de pratique bien mal compris en général, ou étrangement dénaturé; d'un point de pratique que je regarde comme étant de la plus haute importance, d'un de ces articles de foi médicale si rares, et pour lequel je subirais volontiers le martyr de la part de nos hérétiques.

Je suis convaincu que si l'homme a pu être assimilé jusqu'à un certain point à une éponge, c'est une éponge au moins dont les aréoles s'écartent plus ou moins difficilement, pour s'imprégner des substances étrangères dans lesquelles on les plonge; je ne crois pas, dans tous les cas, qu'elles s'imbibent avec une égale rapidité de toutes sortes de matières quelles qu'elles soient. Je suis bien certain, au contraire, qu'il faut, selon une foule de circonstances tenant aux localités, à la nature des tissus, aux états idiosyncrasiques, etc., et à la nature des substances qui doivent s'introduire dans l'économie, des temps différens; que certaines substances, par exemple, ne sauraient pénétrer dans la constitution par les voies de l'absorption qu'après avoir déterminé des effets locaux; que ces effets locaux sont quelquefois les seuls, ou deviennent eux-mêmes, dans certaines circonstances qu'on peut fréquemment apprécier, ou produire à volonté, la barrière qui va s'opposer aux effets ultérieurs de la cause qui leur a donné lieu.

Ces considérations établies, je n'ai jamais pu comprendre qu'au moment d'un coït infectant, le virus, quelque subtil que la théorie absurde de Bru ait pu le faire, traversât l'économie avec la rapidité de l'éclair, ou qu'on fût instantanément empoisonné comme avec de l'acide prussique. Dans tout ce que la science renferme d'un peu raisonnable, même dans la *Clinique de la maladie syphilitique*, ouvrage aujourd'hui renversé de fond en comble par son propre auteur, qui, faisant amende honorable, vient publiquement d'en renier les principes fondamentaux; nous voyons encore que si l'essence ou la nature intime des phénomènes primitifs a toujours des rapports obligés avec l'état morbide de la personne qui communique la maladie, leur condition d'évolution, leur forme matérielle, etc., sont en raison des conditions particulières dans lesquelles se trouve celle qui la contracte; circonstances si mal connues de quelques personnes, ou si mal appréciées, ainsi qu'on peut en trouver un exemple dans la confusion incroyable qu'on fait encore en 1840, et dans l'article auquel je fais allusion, de toutes sortes de symptômes vénériens ou autres confondus pêle-mêle, et qui seraient étonnés de se trouver ensemble s'ils avaient été réunis par une autre main.

Ce n'est point ici le lieu d'établir ces distinctions, qui ne sauraient être ignorées que de quelques personnes intéressées à tout confondre; mais ce qu'il importe, c'est d'établir les propositions suivantes, et de ne nous servir pour cela que des propres arguments de ceux qui croient nous combattre.

1° Il ne peut pas y avoir de syphilis sans accidens locaux primitifs, à moins d'hérédité. Ceux-ci sont toujours le résultat de l'action directe de la cause spécifique, et non la conséquence d'un choc en retour ou l'effet déjà consécutif d'une infection constitutionnelle. A l'appui de cette proposition, sauf l'admission du virus, que nous retrouverons autre part (1), lisez la Clinique de la maladie syphilitique, tome Ier (Paris, 1824), de la page 78 aux pages suivantes, et arrêtez-vous où vous voudrez, ou plutôt arrêtez-vous au dernier paragraphe de la page 80, et à celui de la page 81, où l'auteur vous dit, à propos de ceux qui pensent que l'introduction du virus dans le torrent des humeurs est immédiate, et que les accidens primitifs des organes génitaux ne sont que le résultat d'une infection générale; « qu'il suffit de réfléchir un instant aux conséquences nécessaires de cette hypothèse, pour reconnaître de suite qu'elle n'est point d'accord avec la vérité. » Lisez surtout le chapitre relatif aux ulcérations vénériennes primitives (tome II, p. 67), où il est établi que : « quelles qu'en soient les causes, il est constant qu'ils sont tous de même nature. » Passez ensuite à l'étude de ces causes (page 68), où l'auteur vous dit que : « Les principales causes des ulcères sont la déchirure du filet, les excoriations du gland et du prépuce, les fissures occasionnées par l'extension d'un prépuce à orifice étroit, par les poils ou par le froissement de la verge dans la cohabitation avec une personne vierge; l'âcre-té de la matière sébacée, sécrétée et retenue; le coït trop fréquent ou trop prolongé, même avec une femme saine, les excès, ou seulement de simples relations avec une femme, soit malpropre soit atteinte d'une leucorrhée abondante, ou qui est dans ses menstrues, ou qui vient de les avoir; l'application de caustiques, l'injection sous le prépuce de liquides irritans, le contact de matières sécrétées dans une métrite aiguë ou dans une inflammation utéro-vaginale, la suppression ou l'extension d'une affection herpétique ou psorique. Et voyez si pour eux comme pour nous, dans ce qu'on est convenu d'appeler accident primitif, il y a autre chose qu'une action directe d'une cause extérieure et un effet immédiat auquel le reste de l'économie est d'abord étranger, à moins qu'on ne voulût, en négligeant la première négation de l'auteur auquel nous répondons, admettre l'absorption préalable d'une de ces causes, comme pourrait le faire croire la lecture de l'article de journal auquel nous faisons allusion.

2° L'accident primitif est donc local. Ce n'est qu'après sa production, un certain temps de durée, et certaines modifications ultérieures, que les effets successifs et constitutionnels peuvent se développer.

Lisez, page 73, tome II, le paragraphe dans lequel il est question des accidens et des complications des ulcères primitifs, et voyez s'ils précèdent ou suivent ces derniers, et s'ils peuvent tous se développer et atteindre leur apogée dans les premières vingt-quatre heures, ou dès les premiers jours du développement de ceux-ci. Vous ne tarderez pas, du reste, à avoir la preuve du contraire dans le second paragraphe de la page 74, où il est dit :

« En général, l'irritation des organes génitaux, *quand elle dure long-temps*, peut prédisposer à celle des parties avec lesquelles ces organes sympathisent, ou donner lieu à l'altération de ces mêmes parties, ce qui caractérise les symptômes constitutionnels, tels que l'inflammation des membranes muqueuses oculaire, nasale, bucco-palato-pharyngienne, anale, ainsi que l'inflammation du système cutané fibro-musculaire et osseux. »

3° La conséquence de ce qui précède est que, plus tôt l'accident primitif est radicalement détruit, plus tôt aussi on s'est mis à l'abri, si on arrive à temps, de tous les accidens locaux, successifs et consécutifs qui, de l'aveu de tous, sans exception, sont en raison de sa durée.

4° Il ne s'en suit pas de là que tous les moyens et toutes les manières de les appliquer soient également bons; que le temps qu'a déjà duré un ulcère soit une chose indifférente; que son siége, son état actuel enfin, soient à négliger; non, il faut tenir compte de tout ces détails; et, je le déclare ici sur l'honneur, cela n'a jamais été fait dans les appréciations erronées qu'on nous a données de la méthode abortive des chancres en particulier.

Pour apprécier la valeur des méthodes employées pour détruire sur place les accidens primitifs, nous n'avons nullement besoin de renouveler les guerres glorieuses de l'empire; les champs de bataille de la vérole sont malheureusement partout, en tout lieu et en tout temps. La syphilis est une ennemie qui ne donne pas de trêve, et dont les victimes n'abondent que trop dans nos hôpitaux. Que ceux qui doutent viennent voir et toucher, et ils rencontreront bientôt la vérité au lit des malades, et répudieront des écrits inexacts et trompeurs.

5° Lorsque l'excision ou la cautérisation ont été faites avant l'expiration des quatre, ou cinq ou six premiers jours qui suivent la contamination, qu'il n'existait pas encore d'induration, que la plaie qui succède est une plaie simple, marchant dès cet instant et sans que sa base s'indure, vers la cicatrisation rapide, on a la presque certitude d'avoir mis les malades à l'abri de l'infection constitutionnelle et la certitude aussi, dans tous les cas, de n'avoir pas aggravé leur position, si l'on arrive trop tard; car l'accident primitif n'est nullement nécessaire au traitement et à la guérison des accidens généraux. Je défie les partisans de l'absorption, et encore plus les fauteurs des sympathies, de prouver le contraire: pour les premiers, le chancre étant la source à laquelle l'économie puise tant qu'il existe, pour l'empoisonner; et pour les seconds, étant aussi le point de départ obligé des sympathies soumises à toutes ses variations. Je les défie encore, alors même que les effets généraux d'absorptions ou sympathiques seraient déjà produits, de me prouver qu'avec une cause de moins les effets seraient augmentés.

Qu'on ne vienne pas me dire qu'une maladie est toujours nécessaire à sa propre guérison; que le chancre est un émonctoire qu'il faut respecter; qu'il ne faut pas, en le fermant trop tôt, même avant l'empoisonnement général, refouler et répercuter le virus que lui seul sécrète et que vous ne retrouverez plus à deux ou trois pouces de distance, quand l'infection plus profonde n'a pas encore eu lieu. Le siècle doit en finir avec la doctrine absurde du loup enfermé dans la bergerie. Traitez rationnellement, vous empêcherez qu'il y pénètre, ou vous l'en ferez sortir s'il y était entré.

Maintenant, relisez de nouveau la *Clinique syphilitique*, ne manquez pas surtout de bien vous convaincre que son auteur a écrit cet in-quarto pour prouver entre autres choses que le virus syphilitique était un être *chimique*, que l'absorption d'un tel principe était contraire à toutes les lois de la physiologie, et puis lisez dans la *Gazette des Hôpitaux* ce paragraphe écrit contre moi :

« Détruire le symptôme local de la syphilis aussitôt que possible, est, suivant moi, la méthode la plus dangereuse pour l'espèce humaine, c'est répercuter un poison animal qui déjà existe dans l'économie dès le moment du coït infectant, dont le chancre ne devient qu'un symptôme apparent qu'il importe de ne pas faire disparaître pendant la période de réaction et que l'organisme emploie pour se débarrasser d'un principe contagieux et infectant, sous l'influence duquel elle se trouve.

» Quelques syphilographes modernes pensent donc que la syphilis est primitivement locale, qu'elle est toute contenue, dit M. Ricord, dans l'ulcération chancreuse, quel que soit du reste son siége. C'est une erreur grave qu'il importe de réfuter, d'abord pour la science, plus encore pour l'humanité. »

Dites-moi, cher confrère, si la personne qui a écrit ces lignes en 1840, est bien la même qui écrivait en 1826 ce que nous avons déjà cité et ce qui suit : « Qu'il n'est point permis de supposer que l'infection générale de l'économie soit le résultat de l'absorption d'un principe virulent (autrement dit, poison animal) » (*Clinique*, pag. 85.), — « qu'il n'existe point d'infection de l'économie entière par la syphilis » (pag. 87), — « que des individus atteints de chancres et d'autres symptômes *non moins équivoques*, en étaient délivrés sans aucune médication et sans accidens consécutifs, la maladie restant alors primitive et locale. » — On a préconisé, pour être employé au début des vésicules qui précèdent l'ulcération (ulcères de la verge) la cautérisation avec le nitrate d'argent taillé en crayon : *c'est un moyen efficace* dont cependant il faut user avec réserve. » (Comme de toutes les médications.) (Pag. 74, tome II. — « Quand l'ulcère a le caractère de l'*ulcum elevatus*, ulcère pustuleux (que l'auteur ne connaît certainement pas), on le guérit assez promptement en le touchant avec le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre. (Page 75.)

» Quand les ulcères tendent à se déterger, et qu'il n'existe pas de cause de surexcitation, nous avons l'attention d'exciter leur vitalité en les pansant avec la solution de sulfate de cuivre, l'eau végéto-minérale, et en le touchant avec le nitrate d'argent fondu. » (Pag. 76.) (C'est-à-dire, la cautérisation comme tout le monde la pratique et comme nous la conseillons au début dans les conditions voulues, et avec les ménagemens nécessaires, et à la fin, quand elle redevient utile ou même indispensable.)

Du reste, dans la seule note (pag. 80, t. I) où l'auteur de la clinique blâme la cautérisation d'après les expériences de Bell, qu'il n'a pas comprises, cautérisations dont Bell lui-même était *très partisan*, et que l'auteur de la clinique recommande plus tard, comme nous l'avons démontré, il a le soin de taxer *de ridicule ceux qui admettent l'infection entière de l'économie à la suite des symptômes locaux, et les effets de la circulation immédiate du virus dans nos humeurs*. Mais je m'arrête, car pour trouver encore d'autres citations du même genre, il n'est besoin que de mettre l'in-4° sur le dos et de le laisser bâiller au hasard, effet dont je n'ai pu moi-même me défendre en le lisant.

Cependant, mon cher confrère, je crains de me tromper, tant de noms se ressemblent, et puis tant de personnes n'écrivent pas leurs livres, qu'on ne sait plus qui les a fait ou ce qu'ils renferment.

En attendant que je puisse me rendre scientifiquement compte de ces étonnantes contradictions, qui me semblent de nature à faire lancer l'anathème par les puritains de l'ancienne école physiologique, passez-moi la petite velléité d'analyser une fois pour toutes les éternelles expériences de Bell relativement aux effets de la cautérisation, afin qu'on sache au juste à quoi s'en tenir. Et d'abord, citons-les textuellement.

A l'occasion du traitement des ulcères primitifs par les mercuriaux, Bell dit (liv. II, p. 534) :

« Cette manière de traiter les chancres par l'usage du mercure seul tire son origine de l'idée que l'on avait qu'il ne peut exister aucun ulcère vénérien sans que la constitution soit infectée; on pourrait, si cela était, regarder cette pratique comme fondée; mais comme l'on sait aujourd'hui que les chancres sont toujours d'abord une affection locale, et qu'ils sont la source d'où dérive tout le virus qui pénètre dans le système, il est évident que plus on les guérit promptement, en usant cependant des précautions convenables, moins il y a de danger pour la constitution.

» Il est possible dans quantités de cas que les chancres guérissent par les applications externes seules, et que la guérison soit permanente; car l'expérience nous apprend que le virus n'est pas toujours absorbé.

» Mais comme on ne peut pas distinguer les cas où il n'y a pas eu absorption, il vaut mieux employer en même temps le mercure.

(P. 535.) » On guérit très sûrement les chancres commençant en les touchant hardiment avec la pierre infernale. Lorsque les parties malades ont été complètement détruites par ce moyen, elles se détergent bientôt et se cicatrisent en général aussi promptement que les ulcères de même grandeur produits par toute autre cause. Cette pratique est universellement adoptée aujourd'hui, et ses effets sont si sensibles qu'il est probable que tous ceux qui en ont fait un essai convenable ne l'ont jamais abandonné; mais cette méthode est sujette à un grand inconvénient. Les chancres récens guérissent d'ordinaire promptement; mais la plupart sont suivis, quand ils ont disparu, de bubons dans les glandes contiguës.

(P. 536.) » Sur vingt malades affectés de chancre (sans distinction), dix furent cautérisés et le chancre complètement détruit, cinq pansés à l'onguent napolitain, cinq au cérat.

» Les chancres cautérisés guérirent beaucoup plus promptement que les autres, puis ceux pansés à l'onguent; sur les dix cautérisés, huit eurent des bubons; sur les dix autres un seul, et il était des cinq pansés au mercure.

» Sur quarante-huit malades affectés de chancres récens et pris sans choix, vingt-quatre furent cautérisés, et vingt-quatre soumis à l'usage du mercure huit ou dix jours avant de recourir à la cautérisation.

» Sur les vingt-quatre premiers, vingt eurent des bubons; sur les vingt-quatre derniers, trois seulement.

(P. 540.) » Tous ces bubons, il est vrai, ne se terminèrent pas par la suppuration; peu même devinrent fort volumineux; la plupart furent guéris par résolution, à l'aide du mercure appliqué (*ils étaient donc vénériens*); et ceux qui suppuraient furent aussi difficiles à guérir que les bubons qui surviennent quand la syphilis suit sa marche.

» Le caustique contribue, par le degré d'irritation qu'il produit à engendrer des bubons; tandis que le mercure agit comme antidote sur le virus syphilitique.

(P. 541.) » Les bubons déterminés par la cautérisation paraissent en général un jour ou deux après l'application de la pierre infernale. Il peut cependant s'en manifester un assez grand nombre de jours après la cicatrisation complète du chancre.

(P. 542.) » Il faut renouveler la cautérisation aussi souvent que les ulcères deviennent sordides ou se couvrent d'eschares.

(P. 543.) » Quel que soit le siége, il faut cautériser hardiment, à moins que les parties ne soient enflammées ou menacées de gangrène.

(P. 548.) » La gangrène est, il est vrai, une suite évidente de la syphilis, mais le virus vénérien ne semble agir dans ce cas que comme cause occasionnelle; bien plus : les chancres étant toujours d'abord une maladie locale, l'ulcère qui reste après que la gangrène est arrêtée ne me paraît pas être en général vénérien, et je crois qu'on pourrait le guérir sans mercure, comme il arrive à un grand nombre de chancres qu'on a touchés hardiment avec la pierre infernale à l'instant qu'ils se sont manifestés.

» Mais comme on ne sait pas si le virus n'a pas pénétré, il faudra, tant que la gangrène fait des progrès, les traiter comme celle

(1) *Voir* le dernier paragraphe de l'article de la *Gazette des Hôpitaux*.

qui est produite par toute autre cause; puis on donnera le mercure pendant quinze jours, trois semaines ou un mois, selon que les symptômes paraîtront plus graves et plus rebelles, *après que les ulcères seront cicatrisés*.

» L'inflammation dissipée, on traite les chancres de même que si ce symptôme n'avait pas eu lieu; si la surface se déterge, il suffit de panser avec un onguent quelconque; s'ils sont sordides, il faut cautériser de nouveau. »

Vous demeurerez bien convaincu, n'est-ce pas, mon cher confrère, car vous êtes trop aimable pour me contrarier, que Bell ne nous dit pas un mot relativement au siége des chancres qu'il a cautérisés, de leur temps de durée, de leurs formes, de leur état particulier, etc., etc., rien enfin. — Vous êtes trop avancé, vous, à qui la science doit déjà tant, et surtout un excellent *Dictionnaire* où vous avez traité l'article *Bubon*, pour croire que tous les engorgemens adéniques ou autres, que Bell a observés à la suite de ses prétendues cautérisations, fussent des bubons vénériens; vous n'êtes pas de la force de ceux qui prennent pour des bubons des engorgemens glandulaires de quelques instans ou même de quelques jours de durée qui surviennent, par exemple, à la suite d'une application de sangsues au périnée pour une urétrite aiguë. Vous connaissez trop bien les travaux modernes, vous avez trop médité Hunter en particulier, pour faire d'aussi grosses erreurs. La manière dont Bell arrange les effets de la cautérisation, selon qu'on emploie simultanément le traitement mercuriel ou que celui-ci a été employé antérieurement, vous donnent quelques doutes, n'est-ce pas, et vous font craindre que des idées théoriques préconçues ne l'aient un peu influencé, surtout si ceux qui s'appuient de son autorité soutiennent des idées absolument opposées. Du reste, vous venez de vous convaincre que Bell était partisan de la cautérisation.

Je ne vous dirai rien des commentateurs de Bell, de Bosquillon et de ses citations, sinon qu'elles prouvent que la meilleure médication peut être mal employée, ou qu'en ne sachant pas l'apprécier on peut lui imputer à tort ce qui lui est étranger: Le *post hoc, ergo propter hoc* absolu, n'appartient qu'au vulgaire, et si Botal, que Bosquillon cite, ne nous avait jamais rien fait de mieux que ce qu'il lui a emprunté, je lui aurais conseillé de ne jamais sortir de son trou.

Je termine en disant que *quiconque laisse marcher un ulcère vénérien qu'il peut détruire, est coupable envers son malade et envers la société*.

Adieu, mon cher confrère, que Dieu vous garde de la vérole; mais, dans l'exercice de votre profession, s'il vous arrivait de la voir poindre quelque part, tuez-la avant qu'elle ne tue.

Votre bien dévoué, RICORD.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le compte-rendu de l'Académie publié dans le dernier numéro de votre Journal, M. Roux nous adresse le reproche de légèreté à l'occasion de deux opérés du strabisme, parce que nous les avons présentés à l'Académie 48 heures après l'opération.

Sans relever tout ce que cette expression peu académique a de douloureux et de décourageant pour des hommes qui sont mus par l'intérêt de la science, permettez-moi de rappeler, pour ma justification, les paroles que j'ai eu l'honneur de prononcer devant cette savante assemblée.

J'ai dit que je me hâtais de présenter mes opérés 48 heures après l'opération, pour constater tout d'abord deux faits: 1° l'innocuité de l'opération; 2° la rectitude spontanée du globe de l'œil quand le muscle strabique a été coupé en entier, et j'ai ajouté que je pourrais faire voir des opérés de deux mois de date si l'Académie le désirait.

Or, si l'on se rappelle que l'opinion émise par M. Roux, opinion dont la presse politique et médicale s'est rendue l'écho, était contradictoirement opposée à ces deux faits, on concevra que la science doive en faire son profit, tout déplaisans qu'ils soient d'ailleurs pour M. Roux.

Ce qui a surtout piqué certains praticiens, c'est le reproche formulé par nous, d'attribuer leurs revers à la section incomplète du muscle strabique.

Que, détournant habilement la question, ces praticiens disent que dans leurs opérations le muscle a été coupé, et qu'il faut chercher ailleurs les causes des insuccès, c'est ce que nous ne pouvons admettre d'une manière absolue, jusqu'à preuve contraire, bien que nous fassions journellement du strabisme et que nous puissions nous appuyer de notre expérience; nous négligerons ce moyen de défense, et nous prendrons pour avocat le célèbre Dieffenbach, qui, en Allemagne, a opéré plus de cinq cents fois le strabisme sans éprouver de revers. M. Velpeau a dit à l'Académie, que sur sept cas il a échoué six fois, j'en suis fâché pour lui; mais le char de la science a été lancé par des mains trop habiles en Allemagne et en Angleterre, pour qu'il puisse venir faire naufrage sur la rive gauche de la Seine.

Agréez, etc. BAUDENS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

M. J. Cloquet, étant malade, cesse de faire partie des juges du concours. M. A. Richard, juge-suppléant, le remplace.

(Quatorzième séance publique. — Vendredi 9 décembre.)

M. Laugier: *Des amputations des membres dans la continuité.*

M. Malgaigne: *De la cautérisation.*

Ici se termine l'épreuve orale après vingt-quatre heures de préparation.

TROISIÈME ÉPREUVE.

Lundi 14 décembre, à quatre heures, MM. les compétiteurs se réuniront pour tirer au sort l'ordre dans lequel ils seront appelés à concourir pour la troisième épreuve (leçon improvisée).

Cours public et gratuit sur les maladies des yeux qui causent la perte de la vue.

M. le docteur DROUOT commencera ce cours le 12 décembre, à deux heures, et le continuera à la même heure les mardis et jeudis, rue Neuve-du-Luxembourg, n° 35. Il traitera des affections amaurotiques et des altérations de la transparence du système cristallinien.

— Le docteur Carron du Villards commencera son Cours théorique et pratique sur les maladies des yeux le lundi 21 décembre, dans son amphithéâtre, rue de l'Observance, n° 6, à sept heures du soir, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Un Mémoire fort intéressant vient d'être publié par M. le docteur Phillips, de Liége, sur la guérison du strabisme par la section des muscles de l'œil. Ce Mémoire contient le résumé de cent observations suivies de succès.

La musique vocale, si justement appréciée des gens de goût, à cause des agrémens qu'elle nous procure, est un pénible travail pour un grand nombre de personnes, il en est même chez lesquelles l'appareil musical ou la constitution physique ne se prête que bien difficilement à l'émission des sons; mais on vient de mettre en vente un auxiliaire qui, selon toute apparence, semble fait pour donner aux chanteurs, dans une infinité d'occasions, la pureté, la souplesse et la force qui manque à la voix.

M. Hétrec, ex-médecin de la marine, très versé dans la connaissance de la matière médicale, s'est occupé, depuis plusieurs années, d'expérimenter sur un bon nombre de sujets une série de préparations plus ou moins compliquées; il avait constamment remarqué qu'il ne suffisait pas d'agir sur l'appareil musical de la voix pour obtenir des sons harmonieux et soutenus, mais qu'il était encore nécessaire d'intéresser l'estomac qui joue un grand rôle dans le travail du chant, car c'est lui qui est en quelque sorte le moteur de l'action, puisque c'est de lui que les poumons reçoivent la vitalité, et que le larynx, le pharynx et le voile du palais resteraient presque inertes sans son secours; il pensa donc qu'il fallait associer les incisifs aux cordiaux et aux anti-spasmodiques, et de cette manière il arriva à des résultats très satisfaisans sans qui le conduisirent à la composition de ses bonbons mauritains d'un excellent goût, lesquels, d'après ce que nous avons constaté, doivent certainement rendre beaucoup de services à ceux qui se livrent à l'exercice de la musique vocale.

RABIA, D.-M.

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

MARDI 15, ET JEUDI 17 DÉCEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 148, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Étranger. 1 an, 45 fr.

RÉFUTATION

DE LA RÉPONSE DE M. ORFILA (13 décembre 1840),

aux écrits de M. RASPAIL (1er octobre) *sur l'affaire de Tulle;*

PAR F.-V. RASPAIL.

14 décembre 1840.

Elle arrive enfin cette réponse tant de fois promise et tant de fois rentrée dans le portefeuille ; mais elle arrive posthume, écrite au dos d'un arrêt qui interdit la discussion sur le fond, et impose, sur bien des points, une réserve respectueuse telle, qu'elle équivaut à un silence absolu.

Il est des gens qui ne consentent à se défendre qu'alors qu'on n'a presque plus le droit de les réfuter.

Mais ces gens-là sont pourtant dans une erreur complète, s'ils espèrent se faire un rempart d'un pilori, et donner pour plastron à leur science le poteau de l'accusé.

N'ont-ils pas entendu M. le procureur-général près la Cour de cassation, laisser, sur la question actuelle, toute réserve à la discussion scientifique, en protestant, ainsi que l'a déjà fait le jury à Dijon et à Alby, contre l'importance inconstitutionnelle que tend à s'arroger l'expertise chimique, et en proclamant la suprématie des preuves morales sur les déclarations d'un art quelquefois suspect *d'altérer, par ses réactions, la pureté des substances soumises à son examen?* Ces paroles ont été dites et publiées par divers journaux ; elles sont acquises aux débats. Nous prenons acte de ces réserves laissées à la question scientifique ; et tout en professant, dans notre tristesse pour la chose jugée, le respect profond qu'impose la loi, notre conviction a encore ses coudées franches pour démontrer au public que ce n'est pas nous qui avons pu induire la justice en erreur.

Historique de la discussion.

Arrivé trop tard à Tulle, le 19 septembre, pour pouvoir être entendu, je fus chargé par la défense de procéder à une enquête chimique, d'éclairer la justice sur les vices de l'expertise légale et d'en publier les résultats. Je procédai à ma mission avec l'impartialité et l'attention religieuse que commandait la terrible importance du sujet, et avec un dévouement dont j'ai appris depuis long temps à prévoir toutes les conséquences, dans un pays où l'égalité en expertise légale semble être devenue un mot vide de sens.

Dans le cours de cette enquête, il me fut révélé des faits, des oublis si graves, qu'en arrivant à Paris je crus de mon devoir de provoquer à cet égard des explications et même des démentis avant d'entreprendre la rédaction d'un rapport qui, jusqu'à un certain point, était destiné à prendre au rang parmi les pièces judiciaires.

Dans la lettre au docteur Fabre, imprimée le 26 septembre dans la *Gazette des Hôpitaux*, et reproduite ensuite plus ou moins complètement par les divers organes de la presse politique, je n'hésitai pas à formuler nettement les griefs de la défense et à provoquer même l'épreuve des débats judiciaires, soit par une enquête, soit par une poursuite devant le jury. L'expertise de Paris garda le plus profond silence, le plus obstiné silence. M. Orfila parut atterré de mes révélations ; un mal de gorge lui avait perclus la voix ; il paraît que la fièvre l'empêcha de tenir la plume. Rien ! pas un mot de réponse, qui fût dans le cas de me laisser croire qu'il y avait même place au doute sur la nature des révélations que je venais de mettre au jour ! Qui n'aurait pris ce silence pour un aveu de la vérité ? Qui ne crut pas en France que les experts de Paris n'avaient rien à répondre ?

Le 30, enfin, une note anonyme se glisse dans les colonnes de tous les journaux de la capitale ; elle était conçue chez tous dans les mêmes termes. C'était une réclame ; elle venait donc de M. Orfila. On y annonçait que M. Orfila avait *porté plainte* contre moi, et que ; d'un autre côté, il venait de déposer, le 29, sur le bureau de l'Académie de médecine, un paquet cacheté renfermant tous les réactifs qui venaient de lui être expédiés de Tulle.

Des réactifs arrivés de Tulle, le 29, sur une lettre de Paris qui n'avait pu partir que le 26 au soir ! Ce n'était pas tout à fait croyable ! Mais pourtant on pouvait penser que, par suite de l'une de ces doubles vues que les hommes en dignité ont souvent à leur disposition, M. Orfila avait pu deviner, le 24, la réponse qui n'a paru que le 26, et écrire le jour même à Tulle en conséquence et par anticipation.

J'attendis qu'il plût à l'auteur d'ouvrir son paquet cacheté, et de m'assigner à comparaître, avant de livrer à l'impression le mémoire dans lequel je voulais n'avoir à exprimer que des faits incontestés.

J'aurais attendu bien long-temps, si un léger accès d'amour-propre n'était pas venu briser le cachet du paquet mystérieux. Grâces en soient rendues à M. Adorne, qui, sans se douter le moins du monde de l'atteinte qu'il portait à la prétendue propriété de M. Orfila, venait d'annoncer que le tritoxyde de fer renfermait de l'arsenic.

De cette découverte M. Orfila se prétendant l'auteur, le paquet du 29 septembre fut décacheté séance tenante. L'assemblée prêtait avec anxiété la plus religieuse attention à ce que M. Orfila allait enfin révéler pour sa justification et la réfutation de nos calomnies. Quel désappointement ! Au lieu d'une réfutation annoncée par tous les journaux de la capitale ; au lieu de la masse des réactifs supposés expédiés de Tulle, le paquet ne contenait que cette phrase :

« Je viens de découvrir que le colcothar renferme de l'arsenic ;
» mais je démontrerai plus tard que l'arsenic trouvé par nous
» dans le corps de Laffarge, ne pouvait pas provenir du colcothar qu'on lui avait administré ! »

Rien de plus, rien de moins !

Oh !... partit ce cri presque général dans l'assemblée et dans le public !

« L'annonce des journaux était donc mensongère dans ses deux
» *chefs!* Qui en était donc l'auteur? »

Là dessus silence..... morne silence..... imperturbable silence.

Que devais-je faire ?.... Attendre ?.... toujours attendre en vain ! Différer ma mission ! c'était refuser de la remplir ; car tout annonçait que l'arrêt de la Cour de cassation ne se ferait pas si long temps attendre. Je livrai donc mon mémoire à l'impression.

A peine était-il tiré, il n'était pas encore mis en vente, que vite, vite *des séances données* par M. Orfila, sont annoncées à son de trompe, à l'Académie, dans les cours, dans les journaux, à l'effet d'éclairer le public sur les questions relatives aux empoisonnemens par l'arsenic.

Voici, me disais-je, un moyen de m'éclairer qui m'arrive bien tard et après coup ; mais pourtant si mes erreurs me sont démontrées, je m'empresserai d'y faire droit par des notes supplémentaires ; car ma mission, à moi, est de ne prendre la défense que de ce que je crois juste et vrai.

Ces deux ou trois séances ont lieu, en présence d'une foule immense qu'attirait l'attrait d'une discussion animée et d'une grave justification.

Point de réfutation catégorique encore ! Encore désappointement complet ! Quelques malheureux chiens à qui on prétend faire uriner de l'arsenic en présence de l'assemblée ! Quelques bouffées d'arsenic qu'on fait souffler à l'appareil de Marsh, dans lequel on en avait déposé quelques grains ! Et puis l'on congédie l'assemblée, en lui disant presque : *c'est là, Messieurs, tout ce que j'avais à vous dire sur l'affaire de Tulle ; je ne me justifierai pas autrement.*

Ailleurs et dans les salons, à ceux qui l'interpellaient un peu trop vivement, M. Orfila répondait, la tête haute et le verbe bref : « *Je ne répondrai pas, messieurs, à des hommes qui ignorent les premiers élémens d'une science.* »

Mais pourtant, lui disait-on, *vous répondez à un jury composé de citoyens qui n'ont pas même la prétention d'en savoir davantage.*

Là dessus M. Orfila tournait le dos à l'importun, et donnait le signal de la mesure pour roucouler une romance.

Tous nos moyens d'amener nos experts à s'expliquer étaient épuisés ; et dès ce moment je restai plus convaincu que jamais de la vérité des révélations qu'avait provoquées mon enquête. Dès ce moment, je vis bien que si l'arrêt de la Cour d'assises de la Corrèze était cassé, mon rôle était interverti, et qu'au lieu d'avoir à défendre une accusée, j'allais me trouver investi de la mission d'accuser des experts à la face du pays, et de leur faire rendre compte là de tous les défauts dont fourmille leur analyse.

Dès ce moment, l'acquittement de l'accusée me paraissait inévitable, dans le cas où la Cour suprême aurait cru pouvoir renvoyer le procès devant un autre jury.

Deux mois et demi s'écoulent sur ce silence profondément observé.

Mais tout-à-coup, le jour où la Cour de cassation entrait en séance, une annonce paraît dans le journal de M. Orfila. Là les experts promettent la publication de leur réponse aux écrits de M. Raspail..... Mais..., observez bien..., cette réponse ne devait paraître que le dimanche, le lendemain du jour où la Cour aurait prononcé son arrêt.

M. Orfila, doué, en fait de procédure, d'un don rare de prévoyance, savait déjà que la Cour rejetterait le pourvoi, et il promettait une réponse du jour où elle ne pouvait plus être dans le cas d'éclairer la justice sur l'état de la question.

Comment, Monsieur ? une réponse tardive après deux mois et demi ! et une réponse inutile ? Qui êtes-vous donc, qui avez encore quelque chose à répondre quand la justice ne vous interroge plus ? Vous êtes donc expert pour ne répondre que lorsque cela vous plaît, que le moment en paraît opportun à votre amour-propre offensé ? Dans vos missions légales votre intérêt vous occupe donc plus que celui de la justice ? De quel droit, pendant deux mois et demi, avez-vous refusé d'écrire ce que vous écrivez aujourd'hui ?

Vous craigniez, dites-vous, de nuire à la cause de l'accusée ? Oh ! cette cause, Monsieur, n'avait pas trouvé en vous un tel défenseur qu'elle eût beaucoup à attendre d'une posthume complaisance ? Mais enfin, vous étiez expert invoqué pour rendre hommage à la vérité, par la Cour, par l'accusation ? Vous taire, crainte de nuire à l'accusée, c'était transgresser vos devoirs d'expert, et si vous osiez formuler nettement la prétention que vos gérans responsables vous prêtent, la Cour serait en droit d'ordonner contre vous des poursuites que l'on dirige contre les témoins qui manquent à leur serment.

Laissez donc, laissez donc ce moyen compromettant d'expliquer votre silence ; je veux, moi, vous garantir des effets imprudens d'un langage qui prend le masque de l'humanité. Ce n'est pas dans l'intérêt de l'accusée que vous avez gardé le silence, c'est, Monsieur, contre son intérêt. Oui, la défense avait intérêt à ce qu'avant le prononcé de l'arrêt de la Cour de cassation, il vous plût de distribuer votre réponse. La cause de l'accusée n'avait qu'à y gagner ; je le dis, après avoir lu et relu votre *factum*, et je doute que vous rencontriez bien des gens qui soient d'un avis contraire. Jamais je n'ai eu autant raison, à mes yeux, sous le point de vue scientifique, que depuis que j'ai lu votre réfutation.

Depuis quinze ans que j'ai eu occasion de me trouver, bien malgré moi, je vous le jure, sur votre route, j'ai vu de vous bien des choses que je n'aurais pas crues possibles de la part d'un autre ; mais ce *factum* les dépasse toutes ;..... toutes jusqu'à la dernière de toutes..... je ne dirai pas en incorrections de style, mais en ridicule de prétentions, en altération de texte et en oubli de toutes les convenances sociales et de bon ton.

Eh bien ! ce n'est encore rien que ces quatre vices de rédaction ; je ne m'en occuperai presque pas dans ma réponse. J'ai bien d'autres choses à y relever, et je n'ose pas d'avance vous en annoncer la conséquence. Peut-être laisserai-je au public seul le soin de prononcer, crainte d'avoir l'air de me servir de vos propres armes et de descendre à vos moyens de justification. Un adversaire, qui au bout de chaque ligne traite l'autre d'ignorant, n'est qu'un mal appris ; car il insulte les juges qui l'écoutent pour s'éclairer.

Est-ce bien, Monsieur, en France, et à cinquante-quatre ans sonnés, qu'après tant de leçons poignantes vous devriez encore vous permettre ces formes d'un autre pays, d'une autre profession et d'un autre âge ? Vous mourrez donc sans avoir pris un peu de notre dignité française ? Que je plains mon pays, de n'avoir pas pu encore vous faire doyen à sa guise ? Car je me souviens qu'il vous a confié le soin de diriger les études de cette jeunesse, l'espoir de l'art de guérir les maux physiques et moraux de la société.

Je ne vous imiterai pas, Monsieur ; ce sera par respect pour elle, par respect pour l'École, par respect pour moi ; je laisserai de côté vos insultes, et je réfuterai vos raisons avec un sérieux dont, vous le premier, vous serez étonné.

Le seul embarras que j'éprouve, moi qui ai tant formé mon esprit à la méthode, c'est de découvrir un moyen de mettre quelque méthode dans ma réfutation. Vous n'en avez mis aucune dans votre réponse. Tout s'y mêle et s'y confond au hasard, et comme la pensée se présente. Vous l'avez divisée en trois paragraphes intitulés : 1° *Assertions fausses et calomnieuses*; 2° *Erreurs scientifiques;* 3° *Objections.*

Et puis dans les objections reviennent encore les *assertions fausses et calomnieuses*, et dans les *assertions fausses et calomnieuses*, il se rencontre des *erreurs scientifiques*. C'est un dédale à trois inscriptions, dans lequel je ne saurais m'engager qu'en prenant le fil que vous avez suivi vous-même. Je vais vous répondre point par point, vous suivre pas à pas. De ce désordre d'exposition vous seul en serez cause. Puissiez-vous, en cette circonstance, n'avoir pas autre chose à vous reprocher !

§ Ier. *Assertions fausses et calomnieuses.*

1° A ce que j'ai fait observer à la Cour sur le vice de forme dont était entachée la constitution des experts de Paris (page 25 de mon mémoire), vous répondez :

« M. Devergie était en Suisse, et M. Chevalier en Belgique.
» C'est le garde-des-sceaux qui désigna d'abord M. Orfila et M.
» Bussy ; et M. Ollivier ne fut nommé par le même ministre
» *qu'après avoir vainement cherché* (sic) à Paris, MM. Pelle-
» tier, Soubeiran, Caventou, Henri, etc. »

Mais où trouvez-vous donc une assertion fausse et calomnieuse dans ce que j'ai dit à cet égard ? D'abord vous, ce n'est pas le ministre qui vous a désigné, mais bien la Cour d'assises, conjointement avec MM. Devergie et Chevallier. Vous l'avouez tacitement, et les journaux l'ont assez publié à cette époque.

Sans doute à l'impossible nul n'est tenu, et il y avait une excellente raison pour que, d'après vous, MM. Devergie et Chevallier ne se rendissent pas à Tulle. Mais si vous aviez écrit à la Cour de cassation ce que vous imprimez aujourd'hui, à savoir que la nomination des deux autres experts n'a eu lieu que par le choix du ministre, il est fort possible que ce vice de forme eût fixé plus particulièrement l'attention de la Cour. Pourquoi ne l'avez-vous pas imprimé plus tôt ? car, pour moi, je n'avais rien statué sur la manière dont s'était opérée cette substitution d'experts ; je m'étais contenté de provoquer à ce sujet une enquête, dont vous teniez les élémens, nous dites-vous aujourd'hui.

Je ne m'arrêterai pas à rechercher si vous n'avez pas vous-même désigné MM. Bussy et Ollivier au choix du ministre. Mais je vous ferai observer que nul ne croira à Paris qu'avec les moyens de communication qui sillonnent les rues de la ville à toutes les minutes, il ait été impossible de rencontrer à domicile l'un des nombreux chimistes dont vous citez les noms, et que, dans toute la capitale, on n'ait pu, ce jour-là, rencontrer d'autre chimiste que M. Ollivier (d'Angers). Nul ne le croira, Monsieur, et ce ne sera pas ma faute.

Ainsi, d'après vous-même, ma calomnie n'était que la plus éclatante vérité ; la Cour d'assises s'attendait à recevoir MM. Orfila, Devergie, Chevallier ; et c'est sur votre désignation au choix du ministre qu'elle a vu arriver MM. Orfila, Bussy et Ollivier (d'Angers).

« 2° Le plan, dites-vous des opérations à faire, ainsi que la
» déposition des experts de Paris, avaient été discutés et arrêtés
» en commun. MM. Ollivier et Bussy l'ont déclaré devant la
» Cour. Il est *faux* que M. Bussy se soit jamais trouvé, sur au-
» cun point, en contradiction formelle avec M. Orfila, et qu'il
» ait eu la position secondaire qu'on lui prête. » (Suit une phrase sur le mérite chimique de M. Ollivier (d'Angers).)

Je ne me montrerai pas trop rigoureux sur cette expression mal apprise de *il est faux*, qui reviendra du reste assez souvent dans le cours de cette diatribe. M. Orfila en a l'habitude ; à son âge on ne désapprend pas certaines locutions. Mais je déclare ici donner le prix Bardin à quiconque, sans masque de velours, sans bandeau sur les yeux, et les yeux au contraire grandement ouverts ou munis de lunettes, pourra lire au haut de la page 30, d'où cette calomnie est extraite, ces mots qu'ajoute, *de son chef*, M. Orfila : *Avec qui* (M. Orfila) *il* (M. Bussy) *a été pourtant en contradiction formelle.* Cependant, je suis loin d'assurer que M. Orfila les ait inventés calomnieusement. Ce que je blâme en lui, c'est de les avoir intercalés de manière à avoir transformé en une généralité une simple circonstance particulière, et d'avoir annoté à une phrase de la page 30 un bout de phrase d'une note de la page 97. Je suis en effet tellement éloigné d'avoir dit que M. Bussy s'est trouvé en contradiction formelle avec M. Orfila ; que j'ai signalé d'un bout à l'autre de mon mémoire la déférence envers M. Orfila dont MM. Bussy et Ollivier n'avaient cessé de donner des preuves dans le cours de toute cette expertise.

Il est vrai qu'à la page 97, la 43e note commence par ces mots : *M. Bussy se trouve en contradiction formelle avec M. Orfila.* Mais cette note se rapporte à une phrase de l'improvisation de M. Orfila, telle que M. Orfila l'a fait insérer dans la *Gazette des Tribunaux*. Cette contradiction, ce n'est pas moi qui la prête à

M. Bussy : c'est M. Orfila lui même. J'ai dû la noter, non pas comme un blâme deversé par M. Bussy sur les opérations de M. Orfila, mais comme une marque de la plus chaude déférence d'un expert subalterne envers un expert supérieur..... en dignité.

M. Orfila avait répondu à M. le président : *Je crois que ce rapport est unanime autant que j'ai pu le recueillir, en causant avec tous ces messieurs.*

M. Bussy (d'après la version expédiée par M. Orfila à la *Gazette des Tribunaux*) répond : *Je n'ai rien à ajouter* (à ce qu'a dit M. Orfila). *Toutes nos opérations ont été faites en commun; et nos conclusions ont également été prises en commun.*

Il me semble que la contradiction ne saurait, en justice, être plus flagrante!

M. Orfila ne mentionne qu'une causerie, une de ces causeries où l'on n'arrête rien ; et M. Bussy signale une délibération formelle, régulière, au bout de laquelle on prend des conclusions. Il y a là quelqu'un qui en quelques heures a nécessairement perdu la mémoire d'une circonstance essentielle. Mais on comprend, d'un autre côté, que la contradiction de M. Bussy n'a rien que d'extrêmement flatteur pour M. Orfila. Au reste, dans tout le cours de cette expertise, je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer, de la part de M. Bussy, d'autre contradiction écrite que celle que M. Orfila, dans son rapport, a, sans le vouloir sans doute, signalée lui-même. Et quant au rôle secondaire qu'ont accepté MM. Bussy et Ollivier dans tout le cours de cette affaire, mais il est stéréotypé à jamais dans toutes les éditions de cet immortel procès, M. Orfila disait *je*, et les deux autres experts approuvaient la signature.

3° Nous avions dit que les experts du pays n'avaient assisté aux diverses opérations de M. Orfila qu'en qualité de simples et bénévoles spectateurs ; à ce sujet, M. Orfila signale une contradiction dans laquelle il m'accuse d'être tombé moi-même. A la page 121, j'ai rapporté ce que ces messieurs m'ont certifié, que *quinze fois*, disent-ils, *nous avons en vain approché l'assiette de porcelaine ; pas la moindre tache d'arsenic!* Donc, dit-il, ces messieurs n'ont pas joué un rôle passif.

En vérité, si dans une question grave on avait le temps de jouer sur les mots, nous en aurions là une occasion assez heureuse. Quoi? parce que des experts ennuyés du rôle passif d'assistans que l'outrecuidance d'un expert de Paris leur impose, se mettent à interroger un appareil abandonné et qui ne dit rien, il faudra arguer qu'ils ont pris une part active à une expertise ? mais alors en se promenant, en causant sur l'opération, en y assistant des heures entières, leur coopération aurait été bien plus active encore ? Quel enfantillage ! On coopère, Monsieur, activement à une expertise, non pas quand dans un laboratoire on prend un instrument et on l'approche d'un autre pour s'empêcher de bâiller, mais bien quand on a voix délibérative sur le programme, sur son exécution, sur la direction des opérations et sur la rédaction des résultats.

Rien de tout cela ne leur était permis : ils assistaient les bras croisés et la bouche close ; un seul, un seul sur trois, sur treize ! avait la haute et l'exclusive direction de cette opération en dernier ressort. Voilà ce que j'ai écrit, et ce qui est plus vrai aujourd'hui que jamais. Nous avons l'aveu de la partie adverse.

(*La suite au prochain numéro.*)

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Bégin.

Hydrocèle chronique ancienne avec transformation cartilagineuse de la tunique vaginale chez un chirurgien aide-major. Opération par excision.

L'aide-major L...., âgé de quarante ans, d'une forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, d'un tempérament bilioso-sanguin, issu de parens dont aucun n'avait été atteint d'affections cancéreuses, eut une première blennorrhagie en 1818, qui fut traitée par les antiphlogistiques. En 1823, ayant attrapé plusieurs chancres qui occupaient la base du gland, après l'emploi de quelques antiphlogistiques il entreprit un traitement mercuriel qui fut poussé jusqu'au bout, quoique en peu de temps il eût fait disparaître les accidens apparens de l'affection syphilitique. En 1827, il fut affecté d'une nouvelle blennorrhagie que l'on traita par les antiphlogistiques, associés à la mixture brésilienne.

En 1828, des douleurs se manifestèrent à la partie antérieure du tibia, sans caractère nocturne et existantes comme seul symptôme d'une inflammation dans cette région, puisqu'il y avait absence de gonflement, de rougeur et de chaleur. On diagnostiqua une périostite. Tel paraissant être, en effet, le siége du mal ; et la période aiguë ayant cédé à l'emploi des antiphlogistiques, on attaqua la chronicité par un traitement sudorifique, consistant principalement dans l'administration du sirop de Larrey.

En 1829, M. L..., voyageant dans l'impériale d'une diligence par un temps très froid, ressentit une douleur très vive aux testicules, qui le forcèrent de chercher dans l'intérieur de la voiture un peu de chaleur, qui calma la douleur ; mais le voyage s'étant prolongé pendant plusieurs jours, des douleurs pongitives se firent sentir de temps à autre aux testicules, douleurs que le malade attribue à la position gênée qu'il était forcé de garder dans la voiture, où il était placé très à l'étroit.

Pour parvenir au terme de son voyage, M. L..... fut obligé de faire une étape à pied, et en arrivant à sa destination il ressentait des douleurs plus vives que jamais aux deux testicules. Les bourses, rouges et pendantes étaient le siége d'une chaleur intense. Inquiet de son état, il se mit au lit, qu'il garda pendant près de deux mois, et dans ce laps de temps il suivit un régime sévère et se fit appliquer tous les trois ou quatre jours des sangsues au nombre de quinze à vingt, sur les points les plus douloureux des deux testicules.

Malgré l'activité de ce traitement, les douleurs persistèrent et devenaient plus vives pendant la station debout ; leur maximum d'intensité occupait la partie inférieure des testicules et étaient plus aiguës à gauche qu'à droite. A cette époque il entra à l'hôpital de Montmédy et se confia aux soins de M. Monnard, médecin de cet hôpital. Les testicules étaient volumineux, le scrotum rouge, distendu et les tumeurs qui étaient excessivement douloureuses au toucher, présentaient un grand nombre de bosselures assez bien disposées pour faire craindre la dégénérescence tuberculeuse des deux glandes. Cependant, ayant égard aux antécédens, qui étaient de nature à faire présumer le concours de l'élément syphilitique dans la production du mal, M. Monnard soumit le malade à un traitement mixte, composé des antiphlogistiques et des mercuriaux, qui paraissait d'autant plus rationnel que rien, dans la constitution du malade, n'autorisait à admettre l'existence de tubercules dans les testicules. Au demeurant, six semaines consacrées au traitement indiqué n'amenèrent autre chose que la chute des accidens inflammatoires, le volume des tumeurs resta le même, des douleurs lancinantes continuèrent à se faire sentir de temps en temps, et la pression réveillait toujours de la douleur; les épididymes conservaient une sensibilité exquise, et les testicules conservaient à leur surface la disposition bosselée.

En 1830, six mois après la sortie du malade de l'hôpital de Montmédy, les testicules augmentèrent de volume avec assez de rapidité pour que le gauche acquît en peu de temps les dimensions du poing ; sa forme était celle d'une poire. De nouvelles saignées et un régime sévère amenèrent une sorte de ramollissement des tumeurs, accompagné d'un empâtement du scrotum, capable d'empêcher l'exploration nécessaire pour constater si la tunique vaginale contenait du liquide. Cet empâtement ayant graduellement diminué, après la cessation entière on constata une diminution assez notable des tumeurs, qui néanmoins étaient toujours bosselées et très sensibles au toucher, surtout à leur partie inférieure, comme par le passé. Le testicule droit cependant était toujours moins sensible à la pression que la gauche, et son volume était moindre. Il était douteux d'ailleurs qu'il y eût de la fluctuation, et si les tumeurs contenaient du liquide, il n'y en avait qu'en petite quantité.

Cependant, au milieu de tous ces traitemens, l'emploi de M. L... dans un régiment, en qualité d'aide-major, l'obligeait à de fréquens voyages, tantôt à pied, tantôt à cheval, mais constamment contraires à son état, qui, conséquemment, était sujet à des alternatives en mieux et en pire. Pendant un assez long séjour en Afrique, le malade eut occasion de s'assurer qu'au moment des fortes chaleurs ses tumeurs augmentaient, et que le scrotum était plus distendu. A son retour d'Afrique, pendant l'hiver de 1830, M. L..., se trouvant de passage à Montpellier, consulta Delpech, qui le rassura à l'égard d'une dégénérescence cancéreuse des testicules, et l'engagea à attendre les progrès des hydrocèles avant de se faire opérer.

La maladie resta stationnaire pendant les années 1831, 32, 33 et 34, et pendant le cours de ces années, M. L.... se borna à l'usage du suspensoir et à l'application de quelques sangsues toutes les fois que les tumeurs devenaient douloureuses ; ce traitement était constamment suivi d'une prompte amélioration. Du reste, des douleurs lancinantes continuaient toujours à se faire sentir de loin en loin, surtout pendant les temps d'orage, lorsque l'atmosphère était chargée d'électricité. Les testicules présentaient alors le volume de deux œufs de dinde.

Désespéré de l'opiniâtreté de la maladie, M. L..... vint à Paris réclamer les soins de M. Sanson, qui, après examen, diagnostiqua une didymite chronique avec gonflement des glandes, et un peu d'épanchement dans la tunique vaginale droite. Ce chirurgien prescrivit l'application de deux emplâtres de Vigo *cum mercurio* sur les testicules et un traitement antisiphylitique avec les pilules de Dupuytren, combiné aux sudorifiques et à un régime lacté, ainsi qu'au repos le plus absolu. Ce traitement, dont la durée fut de quatre mois, pendant lesquels le malade prit 35 grains de sublimé, et qui se termina par l'application de deux vésicatoires sur les testicules, fut suivi d'une amélioration très marquée. Le testicule droit guérit complètement ; le gauche conserva un degré assez notable d'engorgement qualifié d'épydidymite chronique.

Forcé de rejoindre le régiment, M. L. resta deux ans environ sans noter aucune augmentation sensible dans le volume du testicule gauche, qui conservait toujours sa sensibilité au toucher et sa forme bosselée. Mais, à partir de l'année 1836, ce testicule reprit de l'accroissement, et avait atteint de nouveau le volume du poing en 1840. Etant alors en congé, près de sa famille, le malade profita du moment pour venir réclamer à Paris les soins de M. Bégin.

Ce chirurgien pensa que la tumeur était représentée par une hydro-orchite. Il est à noter que la position du testicule était loin d'être celle que cette glande occupe dans l'hydrocèle simple, puisqu'il occupait la partie antérieure et inférieure de la tumeur; sa forme était celle d'un rein, circonstance qui, en présence du commémoratif, inspirait des craintes à l'égard d'une dégénérescence du testicule ; telles du moins était l'opinion du malade même, qui partant s'était résigné à la perte de sa glande, las qu'il était d'ailleurs des traitemens palliatifs.

Avant de procéder à l'opération, le diagnostic ne laissant pas de présenter quelqu'obscurité, M. Bégin voulut, comme dernière tentative, et par mesure de prudence, soumettre le malade à un nouveau traitement fondant. Pendant deux mois et demi, le malade, qui suivait un régime lacté, prit des pilules de calomel et de cigue jusqu'à salivation, dont l'usage, suspendu d'abord, fut repris après la cessation du ptyalisme. Cette médication n'ayant amené aucun changement, et le volume de la tumeur restant toujours le même, tout fut disposé pour l'opération du sarcocèle, dont l'état des parties pouvait imposer la nécessité.

Après une incision de la peau, étendue de l'anneau inguinal externe à la base de la tumeur, les différentes enveloppes du testicule furent incisées ; aussitôt après la section de la tunique vaginale, un flot d'un liquide citrin s'échappa, et l'on ne tarda pas à reconnaître que la tunique vaginale, qui était très épaissie, avait subi la transformation cartilagineuse ; la plus grande partie de cette membrane séreuse ayant été excisée, le testicule se trouva mis à nu, et l'on put s'assurer qu'il était parfaitement sain, ainsi que le cordon : une circonstance digne d'être notée, c'est que cet organe présentait à sa partie inférieure une sorte de cicatrice étoilée qui a fait présumer qu'il avait été malade antérieurement. La plaie fut réunie sans suture, à l'aide de compresses graduées destinées à en rapprocher les bords.

L'opération ne fut immédiatement suivie d'aucun accident ; dès le soir même, la fièvre traumatique se développa ; une saignée de 20 onces fut pratiquée ; des irrigations d'eau froide furent dirigées sur l'appareil. Au troisième jour, la fièvre persistant encore avec assez d'intensité, une nouvelle saignée de 20 onces fut faite. Au quatrième jour, levée du premier appareil ; la suppuration est bien établie ; cessation de la fièvre. Au sixième jour, on remarque un point phlegmoneux à la partie antérieure et inférieure du scrotum, que deux applications de huit sangsues font disparaître.

Tous les jours on fait des pansemens méthodiques. La cicatrisation marche rapidement sans interruption aucune, et se trouve achevée au bout de trente jours. Pendant ce temps le scrotum conserve un peu d'empâtement, que les applications résolutives ne tardent pas à faire disparaître.

— Le premier intérêt que présente cette observation, est celui d'avoir été recueillie sur lui-même par un médecin, qui a pu faire un récit fidèle de sa maladie.

Elle a fourni, du reste, à M. Bégin, l'occasion d'exposer, dans sa leçon clinique du 12 décembre, des considérations générales sur la pathologie et la thérapeutique des hydrocèles, dont voici, en résumé, les points principaux, qui se trouvent d'ailleurs traités avec tout le soin convenable dans ses *Elémens de chirurgie et de médecine opératoire.*

Les hydrocèles ont été étudiées par un grand nombre de pathologistes ; mais il était réservé à notre honorable prédécesseur, M. Gama, de les envisager d'une manière toute spéciale, dans le mode de leur développement. Cet habile praticien, dont l'opinion est d'ailleurs partagée par M. Ricord et beaucoup d'autres chirurgiens, pense que les hydrocèles sont toujours le résultat d'une lésion du testicule, qui a secondairement entraîné la maladie de la tunique vaginale, cause immédiate de l'épanchement séreux.

Cette opinion de M. Gama se rattachait à une manière générale d'envisager les hydropisies, comme se liant aux affections des organes correspondans aux membranes séreuses qui en sont le siége ; puisque, disait-il, nous voyons l'hydrocéphale, l'hydro-thorax, l'hydro-péricarde, l'ascite, etc., être le résultat d'affections chroniques des organes splanchniques. L'opinion de M. Gama conduisait à une conséquence pratique importante ; savoir : qu'au lieu de combattre d'abord et exclusivement l'hydropisie, qui n'était qu'une affection secondaire, il fallait diriger le traitement contre l'affection de l'organe, dont la membrane séreuse n'était en quelque sorte qu'une dépendance ; ainsi l'encéphalite chronique, et les différentes affections qui occasionnent des hydropisies dans les cavités splanchniques.

Je crois que dans la doctrine de M. Gama il y a exagération d'une idée vraie ; car si les choses se passent réellement dans la majorité des cas, ainsi que ce praticien l'indique, il est aussi des cas d'hydrocèle que l'on ne peut pas expliquer de la même manière. Ainsi, par exemple, j'ai vu des hydrocèles arriver promptement chez des militaires qui accusaient, comme cause de leur maladie, la fatigue, ou le froissement occasionné par un pantalon étroit, qui n'avait présenté pour tout symptôme qu'un peu de malaise, ayant précédé, selon eux, la formation de la collection liquide. Evidemment donc, l'hydrocèle prend naissance au milieu de conditions bien diverses ; et si dans la majorité des cas, l'hydropisie n'est qu'un symptôme d'une affection secondaire de la tunique vaginale, dans d'autres, au contraire, cette affection étant primitive, donne lieu à une hydropisie également primitive ou essentielle. On conçoit, du reste, en principe, que quelqu'obtuse que paraisse être la vitalité d'un organe, cet organe puisse tomber malade.

Comme conséquence des idées de M. Gama, il faut donc, dans le traitement de l'hydrocèle, commencer par combattre l'affection du testicule, si toutefois celle-ci subsiste encore actuellement; car si l'on s'attache d'abord à la maladie secondaire, l'hydropisie, on s'expose à la voir se reproduire. Il faut donc revenir de cette pratique généralement suivie, et qui consiste à plonger tout d'abord un troquart dans la tumeur pour combattre avant tout l'orchite, surtout quand les symptômes de celle-ci sont évidens. Ce n'est que dans les cas où la maladie primitive paraît avoir cessé, qu'on peut attaquer immédiatement l'hydrocèle.

En parlant des différentes méthodes de traitement applicables à l'hydrocèle, M. Bégin dit que toutes, depuis l'excision jusqu'au caustique, lui ont procuré des guérisons. Toutefois, dit ce praticien, après l'injection à laquelle on doit continuer la préférence, l'incision est le procédé qui nous a fourni les résultats les plus heureux, ceux que les accidens les moins fréquens et les moins marqués ont

traversé. Nous avions même fini par en faire l'objet de notre prédilection, et, je dois le dire, nous n'avons jamais eu à nous repentir de l'avoir mis en usage. Si l'injection mérite la prééminence, c'est parce qu'elle est plus simple à exécuter et moins effrayante pour les malades. Il est des cas où il faut même de toute nécessité recourir à l'incision; ce sont ceux où le défaut de transparence de la tumeur fait soupçonner une altération soit du testicule, soit de la tunique vaginale: tel a été le cas de M. L..., aide-major.

K...

HOPITAUX DE LONDRES.

Compte-rendu des accouchemens opérés dans une des infirmeries pour les femmes en couche (Parochial lying-in), *pendant dix-huit mois, savoir depuis le mois de janvier* 1839 *jusqu'au mois de juin* 1840; par M. James Reid, surintendant médical de l'infirmerie de Saint-Gilles et de Saint-Georges.

580 femmes ont été reçues, lesquelles ont mis au monde 589 enfans:

305 du sexe masculin, dont 34 mort-nés.
284 du sexe féminin, dont 31 mort-nés.

La majorité de ces accouchemens a eu lieu avant terme.

Age des mères.		
Au dessous de 20 ans,		24
De 20 à 25,		158
	25 à 30,	169
	30 à 35,	155
	35 à 40,	50
	40 à 45,	21
	45 à 50,	3
		580

Présentations contre nature, complications ou accidens survenus pendant ou après la parturition.

Présentation des fesses (breech),	12
des pieds,	6
de la face,	2
du bras (seulement sur des jumeaux)	3
de la main et du pied,	1
du cordon avec la tête	5
du cordon avec les pieds,	1
Accouchement double,	9
Convulsions,	2
Rétention du placenta, dont deux cas accompagnés d'hémorrhagie,	10
Phlébite utérine,	1
Hémorrhagie avant l'accouchement,	8
Hémorrhagie après l'accouchement,	6
Accouchemens laborieux (lingering labour) dépassant 24 heures,	50
Naissances prématurées,	41
Péritonite puerpérale,	11

Le forceps a été employé dans 5 cas.
La céphalotomie pratiquée dans 3 cas.
La version dans 2 cas.
Mortalité sur les 580, 5.

Une femme qui est morte le lendemain de l'accouchement n'a pas été comprise dans ce chiffre, vu qu'elle avait été renvoyée de plusieurs hôpitaux comme incurable, ayant une maladie au cœur. Les efforts de la parturition en effet ont suffi pour hâter sa mort. A l'autopsie, nous avons trouvé le cœur d'un volume double de l'état naturel, et les poumons malades.

Par une singulière coïncidence, un cas analogue a été reçu le lendemain. J'ai été appelé auprès d'elle 12 heures après son accouchement, et je l'ai trouvée presque mourante; pouls fréquent et petit, peau couverte de sueur froide et visqueuse, face et lèvres de couleur pourpre; la malade pouvant à peine articuler un son; l'action du cœur était très irrégulière, la respiration laborieuse. J'ai prescrit une petite saignée de 8 onces, sans beaucoup espérer; la malade s'est trouvée cependant mieux. On l'a répétée dans la nuit avec avantage pour combattre une toux violente qui était survenue. L'usage répété de vésicatoires, de sangsues, du mercure, de l'antimoine et de l'opium, a amélioré son état, et elle est sortie assez bien rétablie trois semaines après.

Détails remarquables des cas précédens. Dans un cas de présentation du bras, les deux mains ont été rencontrées dans le vagin. Dans six accouchemens la mère avait offert six présentations contre nature.

Dans un cas de présentation des fesses la femme avait offert des présentations vicieuses dans dix cas.

Dans trois accouchemens une femme avait offert deux fois la grossesse double.

Une femme avait donné naissance à onze garçons dans onze accouchemens, et enfin elle a produit une fille à son douzième.

Un cas d'hydatides dans le placenta s'est présenté. Elles avaient été d'abord prises pour un second sac amniotique.

La grande majorité des naissances prématurées a eu lieu à sept mois.

Un enfant est né à six mois et a vécu vingt-six heures.

Un autre, né à la même époque, a vécu vingt-quatre heures.

Dans un cas à terme la femme a accouché subitement étant debout dans la rue. L'enfant et le placenta sont tombés sur le sol, l'enfant, bien que contusionné (*bruised*), a survécu et aucun mal n'est survenu à la mère.

Le plus gros enfant que nous ayons reçu pesait onze livres. Le second en poids pesait dix livres.

En ajoutant aux 580 cas, les 600 autres cas dont j'ai rendu compte dans le *Medical Gazette* de 1837 et 1838, et aux 2,070 cas que j'ai publiés et 1836 dans mon Manuel d'accouchemens, on aura les résultats suivans:

Tableau sur un nombre total de 3,250 *accouchemens.*

	cas	sur environ	sur 100
Les fesses (*breech*) et les membres inférieurs se sont présentés dans	79	ou 1 41	ou 24.3
Les membres supérieurs,	18	181	5.5
La face,	15	217	4 6
Le cordon,	16	203	4 9
Convulsions,	8	406	2.4
Rétroversion de l'utérus,	1	3250	0.3
Rupture de l'utérus,	1	3250	0.3
Présentation du placenta,	3	1083	1.
Hémorrhagie accidentelle avant l'issue du placenta,	23	141	7.
Idem, après,	27	120	8.3
Nécessité de l'extraction manuelle du placenta,	32	101	9.8
Forceps employé,	20	162	6.1
Crochet,	15	217	4.6
Version,	20	162	6.1

Céphalotomie. 22 janvier 1839. Maria Harris, âgée de vingt-sept ans (première grossesse), entrée le 20. Travail commencé le 21 au matin; les eaux s'écoulent aussitôt. Le soir, la sage-femme trouve la tête descendue et le col de l'utérus pleinement dilaté. Les douleurs continuent la nuit, mais sans faire avancer la tête. La mère n'a senti aucun mouvement de l'enfant depuis hier. J'ai été appelé le 2 au matin, et l'on m'a fait part que la tête ne faisait pas de progrès depuis douze heures. J'ai trouvé que les branches du pubis étaient rapprochées et qu'il y avait par conséquent un peu de difformité au détroit. Le vertex se présentait bien. J'ai essayé d'appliquer le forceps, mais inutilement, la seconde cuillère n'ayant pu être adaptée. L'écoulement fétide, joint à la cessation des mouvemens de l'enfant depuis la veille, ne laissait pas de doute sur la mort de celui-ci; et comme la tête avait déjà pressé fortement contre le vagin, j'ai cru convenable d'appliquer le perforateur. La tête ne s'affaissa pas bien et j'ai éprouvé de grandes difficultés pour faire passer les épaules, vu l'étroitesse du passage. Cela a été évident d'ailleurs par les fortes marques de compression qui existaient sur la poitrine. La femme guérit.

Forceps. 26 mars. Lydia Ives, âgée de quarante ans. Première grossesse. Un écoulement coloré a lieu depuis six jours. Le troisième jour les eaux s'écoulent, mais le col n'est pas dilaté. Douleurs irrégulières. Le 25 au matin, les vraies douleurs commencent, mais elles ne deviennent fortes qu'à dix heures du soir. La présentation est naturelle. L'examen fait reconnaître une légère difformité du pelvis. Le 26, à deux heures du matin, l'accouchement n'a pas avancé, la femme commence à devenir faible; j'ai appliqué le forceps et extrait un enfant du sexe féminin, qui paraissait mort depuis quelques heures seulement.

Jumeaux. Présentation du bras. 1er août. Marie Hallen, vingt-sept ans, résidant à Griffin'scourt. J'ai été appelé par une sage-femme de la paroisse à cinq heures du matin. Le travail avait commencé à minuit, et la femme avait mis au monde un enfant vivant à quatre heures. Cet enfant avait nécessité l'application du forceps. A cinq heures, un second sac amniotique s'était rompu et avait donné issue à une grande quantité d'eau et fait descendre une main. A l'examen, j'ai trouvé la main droite sortant par le vagin. J'ai introduit ma main dans l'utérus, et j'ai senti que le cordon ne donnait aucune pulsation; j'ai senti derrière la tête un genou; j'ai accroché mon doigt dans la flexion de celui-ci, et j'ai retourné le corps: la main qui était dehors n'a pas remonté beaucoup. Les douleurs ont expulsé la seconde jambe, et bientôt après le bras gauche. Comme la face de l'enfant était tournée contre le pubis, j'ai passé mon doigt autour de la tête, accroché la bouche, et en la pressant contre la poitrine, je l'ai de suite dégagée et extraite.

Forceps. 14 août. Mary Ryan; trente ans; seconde grossesse; reçue à l'infirmerie à minuit. Depuis le 7 au matin, la tête est descendue très-bas, mais n'a pas fait de progrès jusqu'au 12, époque à laquelle je l'ai observée, quoique les douleurs fussent fortes et fréquentes. La tête de son premier enfant avait dû être extraite à l'aide des instrumens, à ce qu'elle assure. Comme il n'y avait qu'une légère difformité du détroit, j'ai employé de suite le forceps, et j'ai tiré un enfant vivant du sexe masculin. La tête était beaucoup allongée.

Céphalotomie. 3 novembre. Catherine Maloner, vingt-un ans, reçue le 1er au matin, en travail. Douleurs légères continues depuis le jour. Le col est partiellement dilaté, mais on ne peut sentir l'enfant à travers; les membranes ne sont pas beaucoup distendues dans chaque douleur.

Le 2, le col est plus dilaté, mais les membranes ne sont pas distendues par les douleurs; celles-ci deviennent fortes, mais l'accouchement n'avance pas beaucoup. On sent enfin la tête fœtale au-dessus du détroit. A huit heures du soir, les membranes se rompent; la tête descend lentement jusqu'au lendemain 3, à six heures du matin. A cette époque, bien que les douleurs soient régulières et intenses, on n'observe aucun progrès. J'ai été alors appelé: j'ai trouvé le col pleinement dilaté et la tête descendue. Il existe une légère difformité au pelvis; la branche gauche du pubis est d'ailleurs projetée en dedans. J'ai vidé la vessie et essayé d'appliquer le forceps, mais sans succès. Écoulement fétide par le vagin; la femme ne sent pas remuer l'enfant depuis hier. J'ai attendu quatre heures; alors j'ai cru prudent de ne pas laisser plus long-temps la pression contre le vagin se continuer; j'ai eu recours au perforateur. La tête s'est affaissée promptement, et l'enfant a été extrait à l'aide de pinces et de crochets. La mère guérit sans accident.

Présentation du cordon. Céphalotomie, perforation de la poitrine et de l'abdomen. 28 décembre. Marie Reeve, vingt-huit ans. Travail commencé le 26, à six heures du soir. Les membranes, à ce qu'il paraît, se sont rompues dans la nuit, et ont donné issue à une grande quantité de liqueur amniotique; mais la sage-femme n'a pu préciser la présentation. Le 27 au matin, la sage-femme trouve le cordon ombilical dans le vagin; mais elle n'a pu toucher l'enfant. Ces douleurs continuent fortement dans le jour; la tête avance lentement jusqu'au soir, mais elle n'est pas bien perceptible.

Le 28, j'ai été appelé à quatre heures du matin; je trouve le cordon prolapsé, sans aucune pulsation. La tête est encore au-dessus du détroit; elle n'a fait aucun progrès depuis six heures, vu la difformité du pelvis ou plutôt du diamètre antéro-postérieur du détroit. On a administré le seigle ergoté; la vessie n'a pas été vidée depuis plusieurs heures. La patiente m'a assuré que son premier enfant avait été extrait vivant à l'aide du forceps, mais qu'il était petit et n'avait pas survécu; le second enfant, qui était gros, était mort-né. Après avoir introduit le cathéter avec beaucoup de difficulté, j'ai eu recours au perforateur et aux pinces (pincers), et la tête a été descendue; mais quoique les douleurs continuassent fortement, le tronc n'avançait point. J'ai attendu une heure, et j'ai appliqué le crochet dans le côté gauche du thorax, et je l'ai tiré assez bas pour me permettre de dégager le bras gauche. Les douleurs ayant paru insuffisantes pour compléter l'accouchement, j'ai employé le même moyen sur le côté droit. L'abdomen présente lui-même de l'obstacle, il est distendu de gaz; je l'ai ponctionné avec des ciseaux, et j'ai pu extraire l'enfant: il était gros et pesait neuf livres au moins. Le placenta est sorti aussitôt après. La femme a éprouvé, par l'effet de la compression prolongée et de l'inattention qu'on avait eue à vider la vessie, une fistule vésico-vaginale, suite d'une eschare, etc. Je lui ai fait faire usage de mon appareil, et elle s'en est fort bien trouvée.

Forceps. 26 avril. Elisa Bailey. Première grossesse. J'ai été appelé à une heure du matin. La femme est en travail depuis vingt-sept heures. Le vertex est très bas, mais il n'avance pas depuis six heures, le détroit supérieur étant un peu difforme. La femme paraissant épuisée, j'ai cru devoir appliquer le forceps. J'ai extrait facilement un enfant du sexe féminin, vivant.

Forceps. 19 juin. Eliz. Waylin; vingt-quatre ans. J'ai été appelé quinze heures après le commencement du travail. La tête est descendue, mais elle n'avance pas depuis plusieurs heures, quoique les douleurs soient très fortes et fréquentes. Les branches des pubis et des ischions sont anormalement rapprochées. Cette femme était auparavant accouchée de quatre filles toujours mortes. J'ai appliqué le forceps et j'ai tiré un garçon vivant.

Convulsions puerpérales. 10 juin. Hellen Healy; dix-neuf ans. Première grossesse. La femme souffrait beaucoup d'un gonflement œdémateux aux membres inférieurs; les grandes lèvres étaient immensément gonflées, et c'est à cause de cela que j'ai été appelé. Elle est mariée depuis dix mois, et croit être à terme. Sa structure est petite, mais son organisation très replète; tempérament leucophlegmatique. Je l'ai fait entrer à l'infirmerie et soumettre à l'usage des poudres diurétiques de l'établissement, lesquelles se composent de jalap et de nitrate de potasse. La malade a eu des garde-robes, et a rendu des urines en abondance le lendemain. Alors elle se plaint de céphalalgie intense. On lui applique sur la tête des compresses trempées dans de l'eau et du vinaigre froids.

Le 12, à cinq heures du matin, délire, face noire, et aussitôt après un accès convulsif violent a lieu. Saignée du bras de 25 onces. A huit heures du matin j'arrive auprès d'elle. Les convulsions reviennent de demi-heure en demi-heure avec une assez grande intensité. Dans les intervalles des accès, agitation extrême et insensibilité complète de temps en temps. Langue légèrement déchirée. A l'examen par le vagin, je trouve le col utérin très haut et non dilaté, les grandes lèvres diminuées beaucoup de volume. Nouvelle saignée du bras de 32 onces; on rase la tête; applications froides et irrigations toutes de même nature de temps en temps.

A midi, aucun accès n'a eu lieu; la patiente est tranquille, mais insensible.

Six heures du soir. Un seul accès dans l'après-midi; saignée de 13 onces. Le col de l'utérus a commencé à se dilater à trois heures, et à un second examen il paraît complètement épanoui. La malade a recouvert sa sensibilité, mais elle s'agite beaucoup au milieu des douleurs, qui sont très violentes; elle accuse des envies d'uriner, sans pouvoir les satisfaire. Les douleurs continuent jusqu'à onze heures du soir: la tête de l'enfant est arrêtée au périnée, et aucune convulsion n'est revenue jusqu'au moment où celle-ci s'est échappée de la vulve; alors un accès violent s'est déclaré. L'enfant était mort, très volumineux et pesait 10 livres. 12 sangsues aux tempes, vésicatoire à la nuque.

Le 13, insensibilité, pouls 100 et plein, respiration difficile, ventre libre; le vésicatoire n'a pas pris. On répète le vésicatoire. On en applique deux autres aux fémurs.

Dix heures du soir. Peau chaude; pouls 90, pas si plein;

l'insensibilité continue. Les vésicatoires ont bien pris ; pupilles fortement mobiles à l'action de la lumière ; toux ; respiration difficile. Un grain de tartre stibié toutes les deux heures.

14, dix heures du matin. La malade a bien dormi ; la respiration est libre et régulière ; la sensibilité reparaît ; nausées. Tartre stibié toutes les quatre heures.

Le 15, amélioration marquée, retour des facultés. Les jours suivans, mieux progressif. Le 19, elle se lève et va bien. Le 21, elle sort guérie.

Jumeaux. Position non naturelle du second enfant. Rétention des placenta. J'ai été appelé le 15 juin par une sage-femme de la paroisse pour voir une femme, mère de trois enfans, qui a été délivrée d'un garçon le 13, à sept heures du matin. Des douleurs courtes, mais très énergiques, avaient suffi pour expulser cet enfant vivant. Un second enfant avait été découvert à travers les parois abdominales : mais pas de douleurs nouvelles pour l'expulser, malgré l'administration de deux ou trois doses de seigle. Ce remède n'avait produit d'autre effet que des défaillances. La femme est restée sans éprouver de douleur jusqu'au 14 à minuit, lorsque les contractions reparurent ; l'enfant alors descendit dans le vagin. La sage-femme m'a fait appeler de suite : mais avant mon arrivée, l'enfant était sorti dans une position que je n'avais pas encore rencontrée. Les douleurs avaient été très peu nombreuses, mais aussi intenses que celles de l'expulsion du premier enfant. Sous l'influence de ces douleurs, la tête avait été fortement fléchie en arrière, la face dirigée vers le sacrum de la mère, et avait suivi le bras et l'épaule. N'ayant jamais rencontré un cas pareil, j'ai questionné la sage-femme, et ses réponses positives ne m'ont pas laissé de doute sur le mécanisme ; ce n'est pas là un cas d'évolution spontanée. Le sommet et les pieds n'ont été expulsés qu'après les autres parties. L'enfant est du sexe féminin, mort apparemment depuis deux jours, du volume ordinaire des jumeaux, son cou est plus allongé que d'ordinaire, et sa tête très comprimée.

Comme les placentas ne sortaient pas spontanément une heure après l'accouchement, j'ai craint qu'une atonie de l'utérus ne survînt et n'amenât une hémorrhagie : j'ai donc introduit la main dans le pelvis, que j'ai trouvé très spacieux ; l'utérus est enkysté à sa partie supérieure ; et cette partie contenait les deux placentas. Le placenta du second enfant est venu facilement ; l'autre adhérait fortement au fond de l'utérus, et j'ai éprouvé beaucoup de difficultés pour l'extraire. L'organe s'est bien contracté ensuite ; la patiente a dormi pendant plusieurs heures. Une semaine après elle était sur pied et bien portante.

Accouchement prématuré provoqué ; présentation du sommet ; forceps. Avant d'exposer les détails de ce cas, je dois faire connaître les circonstances suivantes. Deux accouchemens de la même femme avaient été publiés dans la Méd. Gaz. de janvier 1835, à cause de la difformité du pelvis. Le perforateur avait dû être employé dans les deux cas. A son second travail, l'enfant avait présenté le sommet ; une forte bande inodulaire, résultat du premier accouchement, resserrait le vagin ; il avait fallu débrider ce canal avec le bistouri pour faire sortir le corps de l'enfant. Le perforateur avait dû être appliqué pour affaisser la tête. A la troisième grossesse, j'ai provoqué l'accouchement à sept mois ; mais l'enfant, qui est passé avec facilité, était mort. Depuis lors elle avait fait quatre fausses couches, et elle porte enfin son quatrième enfant.

15 août. Catherine Davis, trente-sept ans, huitième grossesse. Les dernières menstrues datent du 18 décembre. Le samedi 15 août, à midi, je me suis mis en devoir de provoquer l'accouchement prématuré par les moyens ordinaires ; à cette époque, la grossesse était au huitième mois, à ce que j'ai pu calculer. Le col utérin est dilaté assez pour permettre le passage de deux mains et sentir la poche amniotique. Le dimanche, aucune douleur n'a eu lieu, mais le lundi, à dix heures du matin, elles commencèrent à se faire sentir faiblement ; elles augmentèrent de force et de fréquence dans l'après-midi, et à cinq heures du soir, elles devinrent fortes. On est venu m'appeler à huit heures du soir : l'enfant présentait les fesses ; le corps est sorti, mais la tête est restée accrochée. A mon arrivée j'ai exploré le cordon, qui ne donnait plus aucune pulsation, j'ai abaissé la tête sur la poitrine, en pressant sur le menton et en agissant avec deux doigts de l'autre main sur l'occiput. J'ai alors appliqué le forceps : pour cela, la sage-femme a soutenu le corps de l'enfant, en le portant doucement vers le ventre de la mère, pendant que j'appliquais facilement les cuillères. Si l'enfant eût présenté le vertex au lieu des fesses, il ne serait peut-être pas mort dans le passage. La mère guérit.

Péritonite puerpérale. Il est remarquable qu'à l'exception d'un ou deux cas isolés, la fièvre puerpérale ne s'est pas montrée dans notre infirmerie jusqu'à l'hiver dernier. Les deux ou trois premiers cas étaient d'un caractère douteux ; le véritable caractère de la maladie a peut-être été méconnu, et ce n'est que lorsqu'elle s'est montrée avec tout son fatal cortége, que nous nous sommes vus obligés de prendre enfin les mesures qu'on suit communément dans les grands établissemens. Nous n'avons pas observé d'érysipèle dominant, ni d'affection typhoïde, alors que ces maladies faisaient des ravages dans d'autres établissemens. Les cas suivans peuvent, je crois, être rapportés à la première forme de la fièvre puerpérale, d'après la classification de M. Fergusson. Les poudres de Dower et les cataplasmes émolliens sur l'abdomen ont produit d'excellens effets.

Premier cas. Susan Radecliff, âgée de vingt-deux ans, accouchée de son premier enfant, le 30 septembre, est reçue le 6 octobre. Son enfant, très faible, a refusé le sein et est mort peu de jours après la naissance dans le marasme, l'ombilic gangrené. Le lait de la mère a diminué ; elle s'est plaint de malaise dans l'abdomen et de légères douleurs de temps en temps dans cette partie. L'écoulement lochial est supprimé.

Le soir du 15, elle se plaint de violentes douleurs abdominales, augmentant à la moindre pression, accompagnées de frissons. Langue légèrement couverte au milieu ; pouls fréquent et petit, visage pâle ; yeux enfoncés, extrémités froides. Douze sangsues sur l'abdomen ; fomentations chaudes ; acétate de morphine demi-grain ; potion fébrifuge.

Le 16, un peu mieux ; la violence des douleurs est abattue ; pouls développé mais fréquent ; extrémités chaudes ; garderobes ; langue chargée ; nausées continues ; abdomen sensible et tuméfié. Poudre d'*hidrargirium cum creta*, 5 grains ; *id.* de rhubarbe, 5 grains ; mêlez. A répéter matin et soir. Potion fébrifuge effervescente, contenant du tartre stibié.

Le 17, garderobes dans la nuit ; la sensibilité du ventre est augmentée ; langue chargée ; pouls plus plein ; soif ; nausées. Huit sangsues ; fomentations de graines de lin sur l'abdomen ; pilules opiacées ; acétate de morphine, demi-grain, *illico*.

Les jours suivans, sangsues répétées, teinture de jusquiame, magnésie et autres purgatifs, etc.

Le 4 novembre l'amélioration continue lentement. Alors une diarrhée se déclare ; écoulement de quelques caillots de sang par le vagin ; issue de plusieurs portions de placenta putréfié. Convalescence franche ; guérison.

Suivent trois cas analogues peu détaillés.

Convulsions puerpérales suivies de péritonite mortelle. Autopsie. Péritonite suivie de manie puerpérale. Ces derniers faits sont rapportés avec beaucoup de détails ; mais comme ils n'ajoutent rien aux connaissances déjà acquises sur la matière, nous omettons de les reproduire.

(*London medical Gazette*, novembre 1840.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

(Quinzième séance publique. — Mercredi 16 décembre.)

Epreuve orale après trois heures de préparation.

MM. Philippe Boyer et Malgaigne : *Des opérations que nécessitent les maladies du sinus maxillaire.*

M. Ph. Boyer étant malade, M. Malgaigne a traité seul cette question.

— Nous apprenons avec peine la mort de M. le docteur Esquirol, connu par ses travaux sur les maladies mentales, élève et successeur de Pinel, et dont le talent égalait la modestie. M. Esquirol avait été inspecteur-général de l'Université et médecin de la Salpêtrière. Il était médecin en chef de l'hospice des Aliénés de Charenton, et membre correspondant de l'Institut.

Paris. — Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 149, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

RÉFUTATION

DE LA RÉPONSE DE M. ORFILA (13 décembre 1840),

aux écrits de M. RASPAIL (1er octobre) *sur l'affaire de Tulle;*

PAR F.-V. RASPAIL.

(Suite du numéro précédent.)

J'allais m'occuper de mes 4e, 5e et 6e calomnies, mais je m'aperçois que vous avez oublié la réponse; je ne puis donc que les maintenir à l'état de vérités démontrées.

On les trouvera nettement formulées, pag. 24, 25 et à l'alinéa 3e de la page 31 de mon *Mémoire à consulter*; je les maintiens.

Quant à la 7e CALOMNIE, M. Orfila proteste de sa conscience d'expert; nous ne voulons interdire à personne le droit de protestation; nous désirerions seulement que la protestation fût toujours autre chose qu'une déclamation d'apparat, et ne fût plus désormais un démenti donné à la vérité historique. J'ai accusé M. Orfila (pag. 139, § Ier), d'avoir tout fait, tout dit, en son propre et privé nom, d'avoir absorbé à lui seul toute l'expertise. A cela, M. Orfila répond qu'il est un expert consciencieux. Cela est dans l'ordre des choses possibles; mais l'accusée avait intérêt à ce qu'au lieu d'une seule conscience, il s'en trouvât trois au moins aux débats.

Pour prouver qu'il est un expert consciencieux et non systématique, M. Orfila cite un rapport qu'il a fait en juin 1839, de concert avec M. Lesueur son beau-frère, dans l'affaire de madame Trichereau. Les experts, dit-il, étaient *appelés, pour la première fois*, à constater, d'après les nouvelles méthodes, l'absence ou l'existence de l'arsenic dans le corps du mari. M. Orfila déclara n'y en avoir pas trouvé. Nous nous applaudissons, certes, de ce résultat, qui rendit à la liberté cette brave femme, que le rapport des premiers experts avait tenue dix mois en prison; mais il est, dans les nouvelles méthodes, une fatalité telle qu'elles trouvent de l'arsenic là où les premiers experts n'en ont pas trouvé, et qu'elles n'en trouvent pas là où les premiers experts en trouvent. Il serait à désirer que cette fatalité vît éclipser son étoile, et que les nouvelles méthodes fussent un peu plus à l'abri de l'esprit de contradiction et de système; et c'est dans ce but que nous ne cesserons d'en signaler les vices à la justice du pays.

CALOMNIE 8e. J'ai dit pag. 31, j'ai redit pag. 131, qu'après avoir pris les précautions les plus lugubres et les plus mélodramatiques, M. Orfila avait éclaté en termes foudroyans:

LAFFARGE EST MORT EMPOISONNÉ, JE VAIS LE DÉMONTRER.

M. Orfila déclare cette assertion complètement fausse. On s'attend à le voir prouver que jamais il n'a prétendu que Laffarge fût mort empoisonné; qu'il s'est contenté de dire au tribunal que lui, M. Orfila, avait trouvé cette assiette de taches dans les matières qui lui avaient été soumises; que, quant à la question d'empoisonnement, il se gardait bien de rien assurer.

Non, certes, ce n'est pas là la pensée de M. Orfila.

Il assure n'avoir pas dit cette phrase:

Laffarge est mort empoisonné, je vais le démontrer.

Mais il a dit:

Il existe de l'arsenic dans le corps de Laffarge, et cet arsenic ne saurait provenir ni de nos réactifs, ni des médicamens administrés à Laffarge, ni de la terre du cimetière, ni enfin de la minime quantité d'arsenic qui existe naturellement dans le corps de l'homme.

D'où provient donc cet arsenic, si ce n'est d'un empoisonnement?

Jouons-nous ici sur les mots? Vous attachez donc une bien grande importance à une tournure de phrase? Vous concevez donc enfin combien, de la part d'un expert, cette tournure est barbare? Grâces en soient rendues à la providence de la défense! La triste mission qu'elle m'a confiée depuis un an n'aura pas été tout à fait stérile! j'aurai désormais débarrassé l'expertise d'une phrase d'apparat, qui servait d'exorde à tous vos rapports improvisés d'expertises, et qui soulevait le cœur à tous les hommes de progrès. Ne la prononcez plus, Monsieur, en Cour d'assises: vous le voyez par l'effet qu'elle a produit dans mon mémoire, elle est de mauvais ton; elle met trop à découvert le côté inhumain de l'amour-propre et de la pédanterie; ne la prononcez plus! Si vous me le promettiez pour l'avenir, oh! que je me montrerais indulgent à rétracter ma calomnie! que de concessions je ferais à votre vanité blessée! Mais avec une imagination aussi inventive et progressive que la vôtre, on n'est jamais sûr de rien, on ne peut compter sur rien; on croit vous tenir sur un *oui*; vous échappez sur un *oui* et *non*; votre adresse est une ombre à deux faces qui se joue de tous nos coups. Tenez, vous m'échapperiez encore cette fois avec vos belles promesses: je prends donc le parti de ne vous faire aucune concession.

Cette phrase, vous l'avez dite aux éclats de la foudre.

Vous aviez débuté à Dijon par ces mots:

« *Nicolas Mercier est mort empoisonné: je vais le démontrer.* »

Vous aviez débuté à Alby par ces mots:

« *Thérèse Rigal est morte empoisonnée: je vais le démontrer.* »

Vous avez dit à Tulle:

« *Laffarge est mort empoisonné: je vais le démontrer.* »

Vous l'avez dite: Ceux qui l'ont entendue, cette phrase, n'avaient aucun intérêt à me tromper; ils ne connaissaient rien de votre blâmable habitude. Rétractez cette phrase, vous faites bien; mais ne m'accusez pas de calomnie; cette accusation aggraverait votre premier tort.

Vous renvoyez le lecteur à tous les compte-rendus des séances de la Cour d'assises, pour démontrer que vous n'avez rien prononcé de tel. Mais je les y ai renvoyée moi-même pour leur prouver comment, effrayé du mauvais effet de votre phrase foudroyante, vous aviez pris soin de la modifier après coup, de l'adoucir, comme on adoucit une exagération échappée à l'improvisation scénique, et toutes les rédactions durent se prêter à cette modification, qui allait si bien à leur humanité; c'est ce que j'ai signalé dans mon Mémoire. Vous auriez dû vous épargner ce démenti. Dorénavant ne vous y exposez plus; de la sorte, nous n'aurons pas perdu tout-à-fait notre cause, nous vous aurons ainsi dépouillé d'une mauvaise habitude d'expert.

9e CALOMNIE. J'ai dit que dans son rapport *oral* (remarquez bien *oral* et *inédit*), M. Orfila avait annoncé des *masses d'arsenic, des quantités considérables d'arsenic!* M. Orfila me blâme de lui avoir prêté cette assertion: mais le public l'a entendue et la conviction publique en a été écrasée? Comment douter d'un empoisonnement, quand l'expertise rencontre des *masses d'arsenic*! Mais cette assertion, ce n'est pas moi qui vous la prête; c'est Me Paillet lui-même. Avez-vous oublié cette image pittoresque dont il s'est servi pour exprimer son heureux désappointement, quand au lieu de trois assiettes chargées de *masses d'arsenic*, comme on les *charge de dragées* à la naissance d'un enfant (ce sont ses expressions), il vous a vu faire circuler trois assiettes qu'un souffle avait ternies à peine. Nierez-vous encore cette phrase? Gardez-vous en bien; elle n'est pas de vous.

Il est fâcheux, me dites-vous, que je ne me rappelle plus le nom des deux personnes qui vous avaient entendu avouer avoir été un peu trop affirmatif dans votre rapport oral, vous *les auriez*, ajoutez-vous, *convaincus d'imposture*.

Il y a deux mois et demi, Monsieur, que vous auriez dû prononcer cette injure; et je serais parvenu facilement à obtenir leurs signatures, non pas pour vous les livrer à la sourdine, mais en face des tribunaux à la barre desquels il vous aurait plu de nous appeler; et au lieu de deux, j'aurais pu alors vous en présenter peut-être un plus grand nombre. Pourquoi vous êtes-vous enseveli dans votre silence alors? Il est bien temps aujourd'hui que tout est consommé, il est bien temps de demander qu'on se compromette, quand on n'a plus d'innocent à sauver.

N'attendez pas, Monsieur, que je vous livre de nouvelles victimes; n'est ce pas assez comme cela? Ce que j'ai avancé, m'a été attesté par des hommes de bonne foi et qui m'inspirent toute espèce de confiance; nul d'entre eux n'a élevé le moindre doute sur ce que disaient les deux autres; et je viens de vous démontrer, par le témoignage de Me Paillet, témoignage rapporté dans tous les journaux, que leur assertion est conforme à la vérité. Que demandez-vous de plus?

CALOMNIE 10e. Sous la rubrique de ma calomnie 10e, c'est aux experts de Limoges que vous vous en prenez. Ce sont encore des ignorans à vos yeux que ceux-là! — Des ignorans! Je les ai vus et entendus! j'ai causé avec eux, et j'ai l'honneur de connaître vos œuvres. Eh bien! je certifie qu'il n'est pas jusqu'au plus jeune qui ne soit en état de vous rendre les services de Bruel; vous me comprenez sans doute. Les journaux ont mal rendu les doutes qu'ils exprimaient par l'organe de M. Dubois père; ces doutes étaient, pour un chimiste, fort significatifs; mais le public n'est pas entièrement chimiste.

11e CALOMNIE. Vous avez demandé votre congé à l'instant où le télégraphe venait d'annoncer que je me dirigeais sur Tulle. Vous avouez l'avoir demandé; où est la calomnie? Vous interprétez votre insistance, par l'importance de vos affaires qui vous appelaient à Paris. Et ces affaires ne vous permettaient pas d'attendre quatre heures de plus, huit heures de plus? Mais si j'avais donné à votre démarche une pareille interprétation, je me serais cru coupable, Monsieur, d'une vraie calomnie. Ne vous calomniez pas ainsi, Monsieur. Vous avez insisté pour demander votre congé, Monsieur, vous l'avouez; quant aux motifs de cette insistance, le public sera juge.

Mais vous accompagnez cette assertion d'une note que je vais transcrire en entier (c'est M. Orfila qui parle):

« On n'a pas oublié l'échec que M. Orfila fit subir à M. Raspail, qui avait été assez mal avisé pour venir défendre Mercier père, à Dijon. Là, après avoir obstinément nié que des taches déposées sur une assiette fussent arsenicales, la Cour ordonna une expertise en présence de M. Raspail, à la suite de laquelle celui-ci *fut obligé de convenir* que ces taches étaient en effet formées par de l'arsenic. »

Relisez bien, s'il vous plaît, cette note, cette note toute entière de M. Orfila; soumettez-la à un juré, à un assistant des débats de Dijon; il n'en est pas un qui ne vous en donne la plus éclatante réfutation.

Un échec! quel mot pour un expert! Un échec subi par la défense! une victoire remportée par un expert accusateur! Mais c'est l'expertise jouant *à qui perd gagne*, avec des têtes de mort!

J'ai été assez mal avisé pour venir défendre Mercier père à Dijon!

Que pensez-vous maintenant, lecteur, de cet homme légal par sa profession, qui vient me prêcher la désobéissance à la loi, en ridiculisant mon obéissance, ma soumission, mon dévouement bien désintéressé, vous le savez?

Vous auriez donc voulu, Monsieur, que ma modestie, que le sentiment de mes forces m'empêchât d'aller me mesurer avec la toute-puissance de vos moyens de démonstration? Je vous avais prévenu, Monsieur: j'avais refusé, parce que je vous connais; j'avais refusé dans l'intérêt de l'accusé, convaincu de l'impuissance de mes moyens et du danger de mon assistance. Voyez les lettres imprimées de M. l'avocat Monget et mes réponses. Mais vous savez bien que j'ai reçu par huissier une assignation à témoin, une assignation pressante. J'ai été donc *bien mal avisé* d'avoir obéi à la loi qui m'ordonnait de venir vous réfuter en votre présence! Alors, Monsieur, je ne sais plus comment vous convaincre de l'esprit de ma démarche; il ne me reste qu'à spécifier une raison qui sera d'un grand poids sur votre esprit, car elle est toute métallique: *Un témoin qui refuse de comparaître est condamné à 500 fr. d'amende!!!* Comprenez-vous cette raison? Car les autres ne vont pas à votre ame, sans doute, puisque vous ne les avez pas pressenties.

Et puis, est-ce bien Mercier que j'ai été défendre? N'ai-je pas dit hautement que ma mission se bornait à réfuter vos méthodes d'investigation, que je venais prendre la défense, contre vous, de tous les accusés à venir? N'ai-je pas invité MM. les jurés à n'attacher de l'importance qu'aux preuves morales et à laisser de côté toutes vos assertions? Et le jury de Dijon n'a-t-il pas fait répondre dans les deux journaux de Dijon, l'un de l'opposition et l'autre ministériel, que mon invitation avait été entendue et qu'il n'avait puisé sa conviction que dans les preuves morales? Le jury d'Albi n'a-t-il pas fait la même déclaration extra-judiciaire? La *Gazette des Tribunaux* ne l'a-t-elle pas expressément déclaré? M. le procureur-général près la Cour de cassation n'a-t-il pas sanctionné cette doctrine, d'une manière qui aurait écrasé l'outrecuidance de tout autre expert que vous?

Et vous osez provoquer encore de nouvelles explications à cet égard! Vous êtes donc ou bien osé ou bien maladroit!

Il y a plus, Monsieur, en cette note, mais je n'ose pas le qualifier du terme propre! il est des expressions qu'il me coûte de prononcer. Je ne vous dirai pas, sur le dernier membre de votre phrase: *C'est faux, vous en avez menti.* Ce sont là des conséquences qu'il faut laisser au public le soin de tirer.

Mais pourtant ce dernier membre de phrase ne renferme pas un mot de vrai; je vous porte le défi de le démontrer sur témoignages et contradictoirement, en ma présence; je vous en porte le défi! Vous avez altéré le compte-rendu des débats de Dijon, dans la *Gazette des Tribunaux* et dans le *Journal des Débats*, qui depuis se montre très réservé à accepter vos missives. Vous étiez alors en quelque sorte excusable; on a, en France, vingt-quatre heures pour fiches de consolation. Mais au bout d'un an, quand tout a été rectifié, et que vous avez gardé un prudent silence, venir, dans une note, altérer après coup un compte-rendu d'une manière aussi peu mesurée, c'est vouloir sauter à pieds joints sur toutes les convenances, c'est se moquer du public et du jury.

Non, Monsieur, je n'ai jamais nié, à Dijon, que l'assiette que vous y apportiez de Paris fût couverte de taches d'arsenic. Jamais, Monsieur! Je vous ai fait la part la plus large possible; j'ai admis *votre dire*, les yeux fermés; j'ai même ajouté que jamais les matières animales empoisonnées d'arsenic ne donnent des taches d'arsenic aussi brillantes, aussi nettement caractérisées, et qu'autant qu'on pouvait en juger par l'aspect, ces taches étaient et me paraissaient de l'arsenic le plus pur.

Mais j'ai ajouté que cette assiette apportée de Paris ne saurait être admise comme pièce au procès, que ce précédent serait désastreux en procédure criminelle; car nul ne pouvait se rendre compte de la filière chimique par laquelle cette assiette avait passé pour arriver aux débats, et qu'on pouvait en expliquer la présence par mille causes autres que celle d'un empoisonnement. Voilà ce que j'ai dit, ce que tout le monde a entendu, a compris; et je l'ai répété le lendemain, le jour de cette petite représentation que vous aviez arrangée la veille à notre insu, et pour réparer quelques impressions désagréables. M. le président, à qui je n'ai pas dissimulé le rôle qu'on prétendait faire jouer à la justice dans cette affaire, m'a donné acte de toutes ces réserves publiquement, à haute et intelligible voix. Le public de Dijon sait le reste; interrogez-le; mais ne répétez plus ce que vous venez d'écrire. Car ce que vous avez écrit est le contraire de la vérité judiciaire.

12e CALOMNIE. Elle est relative au rôle qu'a joué ce nitrate de potasse apporté de Paris, et qui a couvert l'assiette C de nombreuses taches arsenicales; ce nitrate de potasse qui a tant occupé l'attention publique, depuis que nous en avons signalé l'importance; ce nitrate de potasse, sur lequel, depuis un mois et demi, nous avons en vain provoqué, de la part de M. Orfila, une explication, et de la part de la justice une enquête. (*Voy.* pag. 25, pag. 117 et suiv., 126 de notre *Mémoire à consulter*.)

Enfin, M. Orfila consent à nous en expliquer le jeu et la nature. Il commence par déclarer qu'il est homme d'honneur, investi de la confiance de la justice; qu'il se borne à opposer le mépris à une pareille injure, qui a soulevé, dit-il, l'*indignation générale*.

Nous acceptons ce dernier mot; mais il ne s'agit de rien de tout cela ici. Arrêtons-nous au nitrate de potasse, parlons chimiquement, et laissons de côté toute question morale: il ne m'appartient pas à moi d'incriminer les intentions et les actions occultes, je ne m'en occupe en aucune façon; mais il m'appartient de discuter la valeur d'une preuve chimique, et j'ai usé de mon droit, dans les limites de mon droit; réfutez, si vous le pouvez, ma démonstration: je vous écoute. Prenez garde! je vais vous prendre vos preuves une à une, et maintenant que vous avez daigné ouvrir la bouche, je ne vous passerai rien.

Pourquoi, sur un fait aussi grave, n'avez-vous pas parlé plus tôt? je vous aurais bien forcé à me donner des preuves pour éclairer ma conscience; et si vous ne m'en aviez donné que du genre de celles que renferme votre réponse, oh! Monsieur, j'aurais dès lors élevé *quarante fois* (c'est votre expression) la voix plus haut; et le bandeau qui couvre les yeux de Thémis ne lui descend pas toujours sur les oreilles! on m'aurait entendu! Quoi qu'il en soit, je vais vous réfuter, comme si une réfutation avait encore quelque puissance; elle pourra être utile à d'autres un jour.

Je vous avais demandé de nous expliquer par suite de quelle prévoyance vous aviez cru devoir vous munir à Paris de votre nitrate de potasse? Il est si facile d'en trouver de pur, il est si difficile d'en rencontrer d'impur, d'arsenical, dans tous les pays du monde? Pourquoi ne pas en prendre à Tulle, dans une officine du pays?

Que répondez-vous aujourd'hui à cette observation, dont la justesse lumineuse a frappé le monde savant, aussi bien que le public moins compétent? Voici votre réponse textuelle :

« Après avoir essayé plus de cinquante espèces de nitrate, nous n'en avons jamais trouvé qui fût arsenical ; il est en tout aisé de reconnaître si du nitre contient ou non de l'arsenic. »

(*La suite au prochain numéro.*)

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Jeune homme de dix-neuf ans. Calcul volumineux d'oxalate de chaux. Huit séances de lithotritie. Guérison; par M. Civiale.

Le 17 juillet, est entré à la Maison de médecine opératoire, un jeune homme de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique.

Antécédens. Il y a six ans environ, ce malade éprouve, à la suite d'une marche un peu longue, un besoin fréquent de rendre ses urines, lesquelles sont précédées et suivies de souffrances plus ou moins vives. Après un voyage fait dans ces derniers temps, sur une voiture mal suspendue, des douleurs surviennent dans la vessie, le canal et au bout de la verge ; le jet des urines se bifurque ; la constipation devient habituelle ; il y a émission de sable fin de couleur jaune, et de graviers également jaunes et noirs. Absence complète d'hématurie ; mucosités abondantes exhalant une odeur ammoniacale ; pas de pesanteur sur le rectum ; reins non douloureux ; sensation d'un corps étranger se déplaçant dans l'intérieur du réservoir urinaire ; décubitus impossible sur les deux côtés. Nourriture habituellement végétale ; goût très prononcé pour ce genre d'alimentation. Les fonctions générales s'exécutent normalement. Nous ajouterons qu'aucun membre de sa famille n'a été atteint de l'affection calculeuse.

Ce jeune homme est resté sept mois dans un grand hôpital de province, où un chirurgien fort habile lui a pratiqué, à de rares intervalles, trois séances de lithotritie qui n'ont amené aucun résultat avantageux. Le praticien dont nous parlons eut recours à la pince à trois branches armée du perforateur et de l'archet. Chaque tentative de broiement, qui durait un quart d'heure au moins, était suivie d'un état fébrile se prolongeant de quinze jours à un mois. La taille ayant été proposée comme dernière ressource, le malade vint à Paris se confier aux soins de M. Civiale.

Etat actuel. Constitution affaiblie ; figure pâle et jaunâtre dans son ovale inférieur ; gencives fongueuses et saignant au moindre attouchement ; dents ulcérées ; affaissement des veines sous-cutanées ; système musculaire peu développé ; essoufflement en montant un escalier ; maux de tête de temps en temps ; bruit de souffle modèle dans la carotide droite, avec un sifflement musical ; rien de bien notable dans les battemens du cœur ; état chloro-anémique très prononcé ; organes urinaires fort irrités par suite d'un long voyage ; envies fréquentes d'uriner, s'accompagnant de vives douleurs ; urines chargées et odorantes ; sommeil presque nul ; langue sèche la nuit ; pouls continuellement fébrile, à 84-88 par minute.

Le 19 juillet, M. Civiale pratique le cathétérisme, à l'aide duquel il trouve un calcul très gros, dont le diamètre est évalué à une vingtaine de lignes environ, et il soumet le malade à son traitement préparatoire ordinaire.

Le 2 août, *première séance.* Eu égard à l'irritation vésicale qui persiste, M. Civiale ne croit pas devoir faire d'injections ; mais l'organe, par ses contractions, expulse les urines, et il lui est impossible de déployer son instrument ; il a recours alors à une manœuvre qui lui a réussi souvent en pareille occurrence. Il laisse un instant le lithotriteur en contact avec la vessie et le canal sans le faire agir, le retire, fait une petite injection, introduit de nouveau son brise-pierre et saisit le corps étranger, qu'il fait éclater en plusieurs morceaux qui sont repris et broyés. Aucun accident ne survient. M. L... se lève le jour même de son opération, et ne change presque rien à ses habitudes.

Le 5 août, *deuxième séance.* Le malade n'ayant pas uriné depuis une heure au moment de l'arrivée de M. Civiale, ce chirurgien croit pouvoir se dispenser encore de l'injection ; mais, arrivé dans la vessie, les muscles abdominauyse contractent tellement, que les urines s'échappent en totalité ; il est alors obligé de se conduire comme la première fois ; il réussit de même à pulvériser un grand nombre de fragmens. Nous remarquons déjà que les besoins d'uriner diminuent de fréquence, que le pouls n'est pas aussi fébrile et la langue moins sèche.

Le 12 août, *troisième séance.* Les mêmes phénomènes se reproduisent relativement à l'injection ; M. Civiale cependant parvient à obtenir un très beau résultat en ayant recours à la pratique que nous avons déjà signalée.

Le 14 août, de nombreux fragmens s'étant accumulés dans la partie membraneuse de l'urètre, nous les repoussons à l'aide de l'action combinée de la sonde en gomme et de l'injection.

Le 15 août, *quatrième séance.* Pour éviter que les graviers s'engagent de nouveau dans le canal, M. Civiale se sert cette fois-ci d'un lithotriteur à mors plats et larges. Une quantité considérable de débris sont expulsés avec facilité.

Le 18 août, *cinquième séance.* Emploi du même instrument. Rien de particulier à noter.

Le 21 août, *sixième séance*, qui réussit également très bien. Le 24 août, nous écrasons avec de petites pinces à polypes des fosses nasales, un énorme fragment arrêté dans la fosse naviculaire. Le 25 août, le testicule droit est douloureux et un peu gonflé ; le repos au lit, des quarts de lavemens laudanisés, des cataplasmes et un suspensoir, dissipent ce léger accident. Quelques jours plus tard l'orchite reparaît, et une application de sangsues devient nécessaire ; tout rentre ensuite dans l'ordre.

Les 7 et 11 septembre, *septième* et *huitième séances*, qui procurent une guérison complète.

Le 20, M. Civiale, après une recherche minutieuse à l'aide de sa pince à trois branches, acquiert la certitude que la vessie est complètement débarrassée. Le malade peut actuellement conserver ses urines pendant une bonne partie de la journée. Des injections d'eau froide agissent d'une manière avantageuse sur le catarrhe vésical, et M. L... quitte la Maison de médecine opératoire au comble de la joie.

— Des considérations pratiques d'un haut intérêt se rattachent à ce fait important. Nous nous bornerons à quelques remarques sur la manœuvre de M. Civiale dans un cas où se trouvaient réunies des conditions toutes plus défavorables les unes que les autres : volume de la pierre, irritation excessive de la vessie et délabrement complet de la santé.

Pendant plusieurs jours M. Civiale est demeuré incertain sur le parti qu'il devait prendre. Ce qui le préoccupait le plus, c'est que toutes les tentatives de lithotritie faites en province avaient été suivies d'une réaction dont la durée variait de quinze jours à un mois. Or, pendant ce long traitement de six mois, la constitution du malade s'était appauvrie, l'irritabilité de la vessie avait augmenté, et il était survenu un catarrhe vésical. On devait donc craindre le retour de la fièvre à la reprise de l'opération, éventualité dont le malade ne se préoccupait pas moins que le chirurgien : ces craintes n'étaient point fondées heureusement. M. Civiale, par la légèreté de sa manœuvre, par les soins dont il s'entoure, est parvenu à écarter des accidens qui semblaient inévitables. Loin qu'il en survînt, l'état local et général s'est amélioré d'une manière progressive à dater du commencement de l'opération. Nous devons l'avouer, dans un cas si grave et si compliqué, le résultat a dépassé nos espérances, et nous a fait comprendre tout ce qu'on peut attendre de la lithotritie quand elle est appliquée avec les précautions qu'on a indiquées, et dont l'importance n'est point assez généralement sentie. Nous avons souvent entendu dire à cet opérateur que c'est à ces précautions, par une invariable loi qu'il s'est faite d'écarter de sa pratique tout ce qui pourrait avoir un caractère de brusquerie ou de violence, comme aussi à ne jamais faire que des séances très courtes, qu'il doit le succès qu'il obtient journellement, et qu'il est redevable d'avoir réussi dans plusieurs cas où d'autres chirurgiens fort habiles avaient échoué.

Ces précautions sont surtout nécessaires dans les cas de calculs volumineux ; alors, en effet, il y a toujours nécessité de mouvemens très étendus pour saisir et embrasser la pierre. Dans ces mouvemens, les branches du lithoclaste glissent entre le corps étranger et les parois vésicales, que le frottement agace, irrite, enflamme même, quand la manœuvre se prolonge. C'est cet agacement, cette irritation qui expliquent les besoins impérieux d'uriner qu'on observe constamment chez les sujets dont la vessie est hypertrophiée.

Pendant que M. Civiale opérait le professeur Dubois, on lui annonça la mort d'un ami attaqué de la même maladie que lui, et qui venait de se soumettre à l'application de la lithotritie. Il y avait là de quoi inspirer des inquiétudes, surtout quand il s'agissait d'une opération nouvelle à l'égard de laquelle l'expérience n'avait pas encore suffisamment appris ce qui, dans un tel résultat, devait être attribué à l'opérateur, ou mis sur le compte de l'opération elle-même. Les amis de M. Dubois n'eurent pas de peine à lui faire comprendre qu'il n'avait rien à redouter : ils faisaient surtout valoir l'expérience du chirurgien auquel il s'était confié, tandis que, sous ce rapport, son ami s'était placé dans des conditions diamétralement opposées.

Cette particularité s'applique au malade actuel qui venait d'apprendre qu'un de ses amis avait succombé entre les mains d'un lithotriteur de province. A l'exemple des amis de Dubois, on a dû lui faire comprendre que, sous aucun point de vue, il n'était dans des circonstances qui pussent faire penser que l'opération entraînât des suites fâcheuses ; et il s'est montré d'autant plus facile à convaincre, que bientôt il put apprécier par lui-même combien la pratique de M. Civiale différait de celle dont jusqu'alors il n'avait point eu à se louer. X...

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 17 décembre.

(Présidence de M. Barthélemy.)

La rigueur extrême de la saison n'a guère été favorable à la réunion solennelle de l'Académie. A peine la moitié des membres étaient présens, et plusieurs d'entre eux sont repartis soudain, à cause de la température glaciale de la salle. Une seule dame était visible au milieu des assistans à cette séance. Des chaufferettes ardentes ont été portées pour Messieurs les trois membres du bureau ; et l'on a oublié à l'Académie de médecine que le beau sexe est plus sensible au froid que M. Mérat, trésorier de la compagnie. C'est déjà dire que la séance a été froide, grelottante même pour tout le monde. M. Pariset, secrétaire perpétuel, était seul costumé et armé de pied en cap.

La séance a été ouverte à une heure.

— *M. Bricheteau* a lu, au nom de la commission des épidémies, un aperçu général des maladies épidémiques qui ont régné depuis quelques années en France. Ce travail, dont la lecture a occupé près d'une heure, ne nous a pas paru susceptible d'analyse ; il n'a porté en effet que sur des généralités peu saisissables.

— *M. Villeneuve* a succédé à M. Bricheteau, au nom de la commission de vaccine. Il a lu une courte note sur les revaccinations, et a conclu à l'inutilité de cette opération, d'après l'autorité des principaux revaccinateurs du royaume.

—Après cette lecture, M. le président a proclamé les noms des concurrens dont les travaux ont été couronnés cette année. Ce sont :

1° *Prix de l'Académie* (sur la menstruation), 1200 fr., partagé entre M. Brierre de Boismont, médecin à Paris, et M. Raciborsky, médecin polonais, ex-chef de clinique à l'hôpital de la Charité de Paris.

2° *Prix Portal* (histoire anatomique du système nerveux), 1200 fr. ; décerné en entier à M. Raciborsky, le même qui a remporté la moitié du prix précédent.

3° *Prix Civrieux* (sur les maladies produites par la surexcitation du système nerveux), 2000 fr., décerné au docteur Cerise.

— *M. Pariset* a la parole pour lire l'éloge de Tessier.

« Ce n'est qu'en tremblant que je prends aujourd'hui la parole. Les objets dont je vais vous entretenir sont tout nouveaux pour moi. Les aurai-je bien compris ? En ferai je avec clarté l'exposition !-Et, dans cette solennité, aurai-je le bonheur de rendre à la mémoire que je veux honorer un hommage digne d'elle et digne de vous ? Ce qui achève de m'intimider, c'est moins l'étendue que la nature des travaux dont j'ai à rendre compte. Ces travaux se rattachent en effet au premier, et je devrais dire au plus grand, au plus excellent de tous les arts, à l'agriculture ; à cet art qui est l'aliment de tous les autres, et qui les rendrait superflus ; qui né avec l'homme, a marqué ses premiers progrès sur le globe ; qui a mis dans ses mains toutes les puissances de la nature, celles du feu, de l'air, de la terre et des eaux ; et celles de ces foyers organisateurs où se pétrissent, où se façonnent tous les êtres animés, et de préférenre ceux dont l'homme a fait ses sujets pour en faire ses instrumens ; à cet art divin qui a ouvert les chemins du ciel et créé les premiers élémens de l'astronomie, qui rapprochant ainsi l'homme de son auteur, a jeté dans l'âme de cette créature faible et sublime la première de toutes les religions, la reconnaissance des bienfaits, la gratitude, ce sentiment qui devient plus tard le principe de toute justice, le lien et le ciment de toute société ; à cet art qui, concentrant en lui toute l'activité de l'homme, lui découvrirait dans l'action réciproque des corps, toute la mécanique, toute la physique, toute la chimie, toute la médecine, qui lui sont nécessaires, et le dispenserait de ce luxe dangereux d'industrie qui le dégrade, le corrompt et l'accable ; à cet art enfin qui embrassé par tous les peuples, couvrirait la terre de force, de santé, de richesse, d'innocence.

» C'est dans le rude travail de la terre que le pâtre romain puisa la sagesse et la force qui mirent les nations sous ses pieds ; et le jour où il se relâcha de ses mâles habitudes pour se mettre à la discrétion de ses propres sujets, le jour où il demanda son pain à l'Afrique et à la Sardaigne, et ses vins à deux îles de la mer Egée, ce même jour le vit mettre un pied dans sa décadence ; tandis que dans des temps plus modernes, c'est en affranchissant son agriculture, que l'Europe a pris le vol qui l'élève, dit Malouet, au dessus du reste de la terre.

« Parmi les hommes..., il en est surtout deux que nous avons eu l'honneur de posséder parmi nous, Tessier et Huzard, deux hommes qui ont doublement servi leurs contemporains, et par la constance de leurs travaux, et par la constance de leur amitié presque centenaire, cette longue vie qu'ils ont rendue si utile et si respectable, ils l'avaient reçue ensemble, ils l'ont parcourue ensemble, ils l'ont quittée ensemble. La fortune dans ses vicissitudes les a toujours appuyés, les a toujours soutenus l'un par l'autre ; ils ont été à eux-mêmes leurs bons génies ; ils appartenaient aux mêmes corps, portaient les mêmes titres, remplissaient des emplois similaires ; touchante union que je proposai de reproduire dans cet éloge ! je les aurais associés dans mes paroles comme ils sont associés dans nos regrets. Mais unir n'est-ce pas confondre ? et j'aurais confondu, j'aurais manqué de discernement et de justice : chacun de ces deux hommes doit dans nos séances briller de son propre éclat. Souffrez donc que dans l'intérêt de leur gloire, ils soient pour la première fois séparés l'un de l'autre, le premier, attaché par ses études à des objets de paix, de richesse et de sécurité domestiques ; le second, attaché par les sciences à des moyens d'action, à des instrumens de labour, de transport et de défense extérieure. Ceux-ci ont un caractère de grandeur et d'importance qui m'autorisent à les réserver pour une autre séance.

Henri-Alexandre Tessier, naquit le 16 octobre 1741 à Angerville, près de Chartres, aujourd'hui chef-lieu du département de l'Eure-et-Loir. Son père était notaire ; il avait une nombreuse famille et une fortune médiocre..... L'archevêque de Paris avait alors à sa disposition des bourses pour ceux qui se destinaient à l'état ecclésiastique ; il en fit donner une au jeune Tessier, pour le collége de Montaigu. Tessier mit ce bienfait à profit et prit le titre d'abbé, et il le conserva long-temps sans jamais entrer dans les ordres.... Sorti du collége, il s'attacha aux sciences naturelles et surtout à la médecine. Il soutint à la Faculté plusieurs thèses écrites en langue latine et du style le plus élégant. La première, sous la présidence de Vicq-d'Azyr, touchant la similitude que présentent, dans leur mode de reproduction, le végétal et l'animal ; deux organisations très diverses et toutefois presque identiques.

Une seconde porte sur cette question : L'égalité d'ame est-elle une cause de santé ? Il répond par l'affirmative, et cette affirmative, c'était lui-même ; il a été 97 ans l'heureux texte de sa propre thèse. « C'est qu'en effet, la seule tranquillité du cerveau, dit Hippocrate, est une source d'intelligence et de sagesse, ajoutez, de vie et de bonheur, car tout se tient en nous et tout est réciproque. L'équilibre de l'ame suppose l'équilibre et la paix des organes, et cette paix, cette harmonie, c'est la santé. »

Après ces deux thèses de morale et de physiologie, Tessier en soutint une troisième toute médicale sur cette question : Faut-il se hâter de supprimer une fièvre intermittente ordinaire ? Et cette fois il répond par la négative.

Dans une dernière thèse, Tessier s'élève contre l'usage inconsidéré des cautères.

Ce fut après cette thèse que Tessier reçut les honneurs du doctorat ; il avait trente-cinq ans. La commission des épidémies fut alors créée sous la direction de Vicq-d'Azyr, et le 29 avril 1776, un arrêt du conseil érigea la commission en société royale. Tessier fit partie de cette société presque dès le principe ; elle désira qu'il se rendît en Sologne pour y étudier cette production monstrueuse qui se montre sur les épis de seigle et porte le nom d'ergot.

« Tessier parcourut cette province ; c'est-à-dire ce grand terrein plat, formé de cailloutage et de sable, assis sur un vaste lit de glaise compacte, maigre, spongieux, abreuvé, enseveli six mois de l'année sous d'épais brouillards, couvert de bruyères et de genêts ; coupé comme en petites clôtures, par de simples bordures que prend de loin pour de hautes forêts ; ou bien s'étendant en vastes prairies presque nues ou hérissées d'herbes grossières. Là, de loin en loin, quelques maisons de bois et de boue ; là, peu de culture et peu d'habitans. Le seigle et le sarrazin y croissent comme à regret ; le seigle à petits grains ; le sarrazin qui ne mûrit pas ou que brûlent les vents du midi ; rarement du blé ; point d'orge et point d'avoine ; le chanvre seul y prospère.

A côté du chêne et du châtaignier qui s'élèvent et grossissent, se développent avec peine quelques arbres à fruit, qui, en peu d'années vieillissent et meurent. L'homme, lui-même, ainsi que les animaux, l'homme porte sur tout son être un cachet de misère et de souffrance ; il est petit, pâle, faible, languissant, paresseux comme le sang qui se traîne dans ses vaisseaux et ne bat que 55 et même 36 par minute. J'ajoute que cette dégradation s'aggrave de bonne heure par les dangereuses familiarités des sexes, et que chaque année des fièvres qui s'allument pour plusieurs mois achèvent la ruine de ces organisations, en les jetant dans le marasme et dans des hydropisies mortelles. Nulle part ne s'est mieux vérifiée cette maxime que l'homme prend tous les caractères du sol qu'il habite. »

Tel était l'état de la Sologne en 1777, il y a aujourd'hui soixante-trois ans ; et depuis ce temps l'état de ce pays n'a point changé.

« Aux Etats-Unis, dit Volney, le planteur est souvent dans cette alternative, ou de se tenir sur des lieux élevés, d'y travailler beaucoup, d'y gagner peu, et de vivre long-temps ; ou de descendre dans la plaine, d'y travailler peu, d'y gagner beaucoup, et de mourir vite. Qui le dirait ? le planteur a le triste courage de prendre ce dernier parti, et de préférer ses richesses à lui même ; comme si de toutes ses possessions sa personne était la moindre ! Il ne fait ce choix sans doute que parce qu'il est lui-même son ouvrier ; il se garderait de le faire s'il en était autrement, je veux dire si le propriétaire et le travailleur étaient deux personnes distinctes, comme elles le sont en Sologne..... »

« Mais j'oublie que le voyage de Tessier dans la Sologne avait pour objet l'étude de l'ergot. Ses remarques apprirent à la Société que cette maladie, très rare dans les autres céréales, affecte surtout le grain de seigle ; que nulle part en France l'ergot n'est plus abondant qu'en Sologne, où le seigle est en effet plus cultivé ; qu'il y forme quelquefois le quart et même le tiers de la récolte ; que dans l'ignorance où l'on est encore sur la véritable cause qui le produit, il est plausible de l'attribuer, d'une part à l'humidité du sol, et de l'autre aux pluies qui dans certaines années tombent à flots sur la plante, en détruisent la floraison, dénaturent et corrompent les sucs qu'elle doit s'assimiler. Ajoutez que des insectes en mordent la racine, en piquent, blessent, rongent la tige pour y mettre leurs œufs, en raccourcissent la taille, en font avorter les épis, en creusent les grains ; d'où il arrive que flétrie par les eaux, énervée par ses pertes, et déconcertée dans ses fonctions, la plante, au lieu d'une farine salutaire, ne porte plus qu'une huile fétide et âcre ; de la même façon que le froid, l'humidité, la fatigue et la douleur altèrent l'intime composition, ou ce que les anciens appelaient la crase de nos propres tissus ; mais ainsi formée d'élémens vénéneux, la plante devient à son tour un poison pour l'homme et pour les animaux.

» Quelque contradictoires qu'aient été sur ce point les observations et les expériences, il n'est plus permis de douter que, contraints de prendre une nourriture mêlée d'ergot récent ou déjà desséché, des animaux d'espèces différentes n'aient péri de pourriture, de gangrène, de convulsions, de paralysie, je ne dis pas sous les yeux de Salerne, de Read, ou de..., mais sous les yeux mêmes de Tessier, lequel portait dans ses expérimentations sur les animaux la sincérité scrupuleuse d'un religieux ami de la vérité. A l'égard de l'homme, indépendamment d'un nombre infini de témoignages, et surtout de ceux de Zwingert, de Sennert, de Hoffmann, de Duhamel, de Haller, de Linnée, quels terribles ravages n'a point produits le poison de l'ergot sur des populations mutilées dans les épidémies qu'ont décrites Lange en Suisse, Salerne en France, Scrinée en Bohême, Taube dans le Hanovre ; étranges maladies où souvent les membres noircis et desséchés se détachent en tombent, sans fièvre, sans hémorrhagie, sans douleur, avec une telle facilité que le doigt séparé d'avec la main, que le pied séparé d'avec la jambe, reste dans le gant, reste dans le bas que quitte le malade. Dans une seule famille, sept jambes et onze pieds ont été emportés de cette façon. »

En 1783, Tessier publia un traité complet sur les maladies des grains. L'orateur passe en revue les particularités, le mérite de cet ouvrage, et les services qu'il a rendus à l'agriculture et à la société. Les autres ouvrages de Tessier sont nombreux et importans : nous ne pouvons suivre M. Pariset sur ce terrain.

En 1783, Tessier fut de l'Académie des sciences. L'étude pratique de la brebis a formé ses délices. Ce sujet a reçu sous la parole de l'orateur le plus brillant développement. L'histoire de ce paisible animal, celui du mérinos, de son importation en France, ont mérité plusieurs pages du savant et éloquent écrivain.

Un des traits les plus remarquables de la vie de Tessier est celui-ci.

« Protégé pendant la révolution par l'amitié que lui poraient en secret tant de cœurs honnêtes, il obtint une commission de médecin militaire et fut expédié sous un faux nom pour l'hôpital de Fécamp. Il arrive : il trouve là toute formée une société qui, sous le nom de Société populaire, s'occupe uniquement des objets qu'il a tant étudiés, je veux dire de la terre et des riches dons qu'en peut tirer la fortune. On invite aux séances le médecin militaire : il vient, il parle, et ses paroles le font découvrir. Le secrétaire de la société reconnaît dans l'orateur l'écrivain de l'Encyclopédie. Au sortir de l'assemblée, il lui frappe doucement sur l'épaule et lui dit à voix basse : « Salut à l'abbé Tessier. — Je suis perdu, répond Tessier. —Vous êtes sauvé, réplique le secrétaire. » Et sur-le-champ naît entre ces deux hommes une amitié qui ne s'est jamais démentie.

Ce secrétaire, vous le savez, était Georges Cuvier. Cuvier, tout jeune encore, mais déjà brillant de ce génie élevé qui a honoré la France, et à qui Tessier eut le bonheur d'ouvrir les portes de la capitale ; c'était lui ouvrir les portes de la gloire, de cette gloire qui dans les cœurs faits pour elle l'emporta toujours sur la fortune. Il était dans la destinée de Tessier de faire en ce genre une seconde découverte, qui était pour ainsi dire le complément de la première. Je tiens de lui-même que le service qu'il rendit à Cuvier, c'est-à-dire à la France, il le rendit à Delambre, et que c'est par lui, par ses conseils, par son aide, que ce rare mérite fut conduit comme celui de Cuvier, à luire de tout son éclat dans le monde savant comme dans le sein de l'Académie des sciences, l'Académie lui dut à la fois ses deux secrétaires perpétuels. »

Le discours de M. Pariset a été écouté avec une religieuse attention, et a été généralement applaudi à plusieurs reprises.

— M. le secrétaire-perpétuel annonce ensuite les sujets de prix pour l'année 1842 et autres. Nous les publierons dans le prochain n°.

DANGER DU TRAITEMENT PAR LA CAUTÉRISATION DES ULCÈRES VÉNÉRIENS PRIMITIFS ;

PAR M. DEVERGIE, D.-M.

(Suite du n° 146.)

Hahnemann ajoute : Dès que par suite d'un coït impur, le miasme syphilitique s'est trouvé imprégné dans la partie sur laquelle il a frotté, dès ce moment même il n'est plus local, et le système nerveux entier, tout le corps vivant a déjà perçu sa présence ; le miasme est déjà devenu la propriété de l'organisme entier. On a beau s'essuyer et se laver, même sur-le-champ, avec quelque liqueur que ce soit, et même on a beau exciser les parties, *il est trop tard, tout est inutile.*

Ce raisonnement d'Hahnemann se rapproche beaucoup de l'opinion de M. Desruelles sur l'influence du principe contagieux sur l'organisation, et sur ce que nous avons écrit sur l'incubation.

M. Baumètz exprime clairement l'effet de la contagion générale par le coït impur. Quand il aurait connu la doctrine du fondateur de l'homœopathie, il ne pourrait se rencontrer mieux. Là, il y a une période où rien ne paraît sur la partie qui doit bientôt devenir le siége de l'ulcération, de l'éruption. Il y a un *travail silencieux de l'organe et de l'économie* que l'on appelle et que l'on peut appeler *incubation.* Il ajoute que le pus contagieux déposé sur le gland à la suite du coït impur, n'a pu rester inoffensif pour l'économie, plusieurs jours sous l'épiderme, dans un ou deux follicules muqueux, ramassé là on ne sait comment, et réfractaire aux lois de l'absorption si générale, si active, si en aveugle, si facilement, si continuellement en exercice à la surface du corps. Ce travail d'absorption a eu lieu avant l'apparition du chancre, qui n'est qu'un phénomène de réaction de l'économie entière. Il est prouvé par la grande susceptibilité de certaines gens qui, à chaque coït susceptible d'infecter, voient apparaître rapidement des symptômes locaux, bientôt suivis de symptômes constitutionnels, en dépit de toutes les ressources de l'art.

Pour donner plus de force à son raisonnement, l'auteur, que nous citons avec plaisir, dit encore : Si plusieurs jours après le coït, il paraît un chancre sans qu'aucun phénomène de réaction, de fluxion, d'irritation, ait été apercevable sur la partie pendant ce laps de temps, on ne peut pas dire que ce mal est entièrement local. C'est un mal localisé en partie par *la réaction de l'organisme* dans le point où celui-ci a dû être plus sensible à l'action du virus ; *mais ce n'est point un mal local.* En le traitant *localement* seulement dans les premiers jours, en le cautérisant convenablement, en un mot en le faisant cicatriser, en le guérissant à cette époque, *on peut espérer* de guérir radicalement les malades *quelquefois, mais pas toujours.*

Si l'on réfléchit un instant sur ce qui vient d'être relaté ci-dessus, et surtout sur l'article d'Hahnemann très clair, très concis, très explicatif des phénomènes qui peuvent se passer dans l'économie lors de l'infection par un coït impur, on doit rester convaincu que *le chancre n'est point un symptôme local ; mais bien un symptôme de réaction générale de l'économie, qu'il est alors dangereux de le supprimer brusquement,* sans s'exposer à voir apparaître plus tard, et quelquefois de suite, des signes non équivoques de syphilis constitutionnelle.

Cette manière d'expliquer la modification vénérienne qui s'établit de suite après le coït impur, de cette imprégnation vicieuse de tout le système nerveux, de tout le corps entier après l'ébranlement général qui a eu lieu pendant l'acte de reproduction, de cette appropriation du miasme contagieux par l'organisme, fait entrevoir que les théories émises par Beer d'abord, puis par Caron qui exprimait les idées savantes de Bichat, son divin maître, ne sont pas si éloignées de la vérité, quoiqu'on les ait rejetées avec dédain.

Ces auteurs recommandables ont écrit que la syphilis consistait en une maladie, s'annonçant par des symptômes qui succèdent à l'acte vénérien ou à tout autre *attouchement électrique* avec une personne gâtée !!! Qu'il y avait une sorte de virulence nerveuse, une espèce de conception dans la contagion du virus vénérien ; *un vice occulte* qui se développe en nous ; que c'est la nature même, la vie qui établit la constitution syphilitique.

En effet, nous avons, dans le langage médical, l'habitude de faire faire tout le travail d'absorption par les vaisseaux lymphatiques et veineux, sans tenir aucun compte du rôle que joue le système nerveux dans certaines circonstances de la vie. Oubliant les importans travaux de Bichat sur les fonctions de ce système, base fondamentale de tout l'organisme ; oubliant les recherches si belles de Bogros, qui démontre que chaque filet nerveux est un vaisseau, même dans les radicules les plus déliées, jamais dans toutes les nouvelles théories qui se succèdent depuis quelque temps on n'a parlé des fonctions de ce système dans le travail de l'absorption.

Dans le réseau vasculaire si fin, si délié, qui forme la surface des organes génitaux des deux sexes, et recouvert seulement par un épithélium léger, tous les genres de vaisseaux ne sont-ils pas mêlés dans cette trame presqu'inextricable ? les radicules nerveuses n'y sont-elles pas en grand nombre ? Si ce sont des tubes capillaires, ils ont aussi des fonctions d'absorption à remplir ; si ce ne sont que des radicules destinées à porter le sentiment et à faire percevoir de vives sensations dans ces organes et partout où elles existent, elles ne peuvent rester étrangères aux phénomènes morbides qui se passent dans ces organes. Pourquoi donc n'y aurait-il que les vaisseaux lymphatiques et veineux qui participeraient à ce grand travail d'imprégnation de l'économie par l'action du principe contagieux. Pourquoi donc ce système nerveux, dans lequel semble circuler un fluide admis par les uns, rejeté par les autres, ne jouerait pas un rôle remarquable, peut-être même le principal rôle dans cette modification morbide de toute l'économie ? Tout semble le prouver ; mais ne voulant point embrasser ici cette question palpitante d'intérêt, je laisserai aux lecteurs à méditer les opinions déjà émises ci-dessus, et les renverrai à la lecture du livre de notre estimable confrère Baumès. Cet observateur fidèle des phénomènes de la vie, croit aussi que les nerfs des organes en contact avec l'action du principe contagieux partagent l'impression délétère de ces principes morbides.

Une autre question tout aussi sérieuse reste à résoudre. Y a-t-il parité entre les deux modes de contagion, celui de la transmission du principe contagieux par l'inoculation avec la lancette, et celui de l'infection contractée par le coït ? Le premier mode, moins actif en apparence, sera-t-il borné à une action locale, et aura-t-on moins à craindre une infection générale si on supprime brusquement l'ulcère qui en résultera ?

Déjà j'ai effleuré cette question dans les précédentes pages, en faisant remarquer la différence d'action qu'il devait y avoir entre la syphilis contractée dans un consensus d'action comme celui d'un coït impur voluptueux, et la simple inoculation avec une lancette dans le calme parfait de l'économie.

Il serait à désirer que cette différence existât entre ces deux modes : ce serait une idée consolante pour l'humanité et pour toutes les victimes de l'inoculation volontaire, pour les nombreux individus soumis à cette inoculation expérimentale depuis huit années dans diverses contrées de la France et des pays limitrophes. Mais malheureusement l'inoculation simple avec la lancette peut porter également ses tristes fruits pour l'avenir.

Inoculation du principe contagieux virulent de la syphilis et de ses conséquences.

1° La syphilis est un poison animal, la contagion la plus terrible qui ait jamais frappé l'humanité, celle qui menace la vie dans tous les instans et jusque dans sa source (Ricord).

2° C'est seulement par le pus qu'il sécrète et l'empoisonnement auquel il peut donner lieu qu'on reconnaît le chancre (Id.).

3° Le pus du chancre produit seul le chancre.

4° La meilleure manière de produire le chancre, c'est l'inoculation à la lancette.

5° Pour produire le chancre, il n'est pas besoin d'orgasme, de désirs, d'acte vénérien, ni d'excitation préalable de la partie qu'on va inoculer.

6° L'inoculation n'échoue jamais quand on prend le pus dans les conditions voulues (la période de progrès ou de *statu quo*), et qu'on l'applique bien.

7° Le pus pris d'une pustule d'inoculation reproduit un chancre de la même manière, et ainsi de suite d'une pustule à une autre.

8° Quand on a fait avec le pus d'une même opération, plusieurs piqûres, toutes donnent lieu à des pustules, puis au chancre. Sur trois piqûres on n'en voit pas réussir une, et échouer les autres ; *jamais plus, jamais moins* que le nombre d'inoculations bien faites.

Ainsi, d'après ce qui précède, on peut facilement inoculer le principe le plus contagieux, le plus délétère, le plus susceptible d'un empoisonnement général, et le propager à l'infini sur le même individu, et même sur l'homme sain. M. Ricord dit avoir produit la pustule caractéristique à la sixième génération sur le même individu, c'est-à-dire, avoir laissé développer chaque fois le chancre assez long-temps pour lui laisser sécréter le pus contagieux nécessaire à la reproduction d'un nouveau chancre, et ainsi de suite.

M. Ricord a évidemment rendu un service à la science, en fixant l'incertitude des médecins sur l'existence d'un principe contagieux inoculable dans le chancre ou ulcère syphilitique ; il a, par ses expériences, confirmé ce que M. Cullerier avait fait antécédemment (1836). C'est, dit-on, le seul moyen de reconnaître si véritablement un ulcère est ou n'est pas vénérien. Mais si la science lui doit un tribu d'éloges pour avoir fixé d'une manière invariable ce point si contesté, si débattu, l'humanité lui devra-t-elle des félicitations pour ses expériences si nombreuses, si multipliées ? Aura-t-on à le féliciter du fatal exemple qu'il a donné en préconisant deux méthodes qu'il a généralisées, et qui ont malheureusement tant d'imitateurs ? La thérapeutique a-t-elle acquis quelque chose à cette découverte ? Non, assurément. Si la théorie développée plus haut est la véritable, et si ce que je vais ajouter trouve une juste application, les inoculateurs de la syphilis ne mériteront que le blâme général et la désapprobation universelle, ainsi que les partisans de la cautérisation immédiate.

Le chancre contracté par coït impur ou par inoculation, n'est point une maladie locale.

Nous avons dit que : 1° L'infection générale par le coït était instantanée, que l'imprégnation de toute l'économie avait eu lieu immédiatement ; que l'impression syphilitique de tout l'organisme s'effectuait d'une manière plus ou

moins profonde suivant que l[illegible] nerveux avait été mis en jeu d'une manière plus [illegible]s active, et que les sympathies avaient été plus ou [illegible]citées ; 2° que l'ul[illegible] cinquième [illegible]ième jour n'était qu'un symptôme d'élaboration [illegible]nisme, et non *un mal local* ; [illegible] qu'il y av[illegible] à les supprimer brusquement, [illegible] *es ulcères constitue une méthode dangereu[illegible]euse* ; 4° qu'elle expose facilement au développemen[illegible]ccidens secondaires ou constitutionnels ; 5° qu'il y avait alors le plus ordinairement répercussion de la maladie.

Ici nous devons tenir le même langage sur le résultat de l'inoculation avec la lancette, et craindre ses funestes résultats pour l'avenir.

Sans aucun doute, dans cette opération, il n'y a pas un ébranlement général de tout le système nerveux, une absorption si active que dans le coït impur, et on peut croire au premier abord que l'impression syphilitique qui pourra en résulter sera moins profonde, moins générale, et que l'économie, par un mouvement de réaction, s'en débarrassera facilement si on ne la contrarie pas ou si on l'aide par un traitement rationnel ; cela aura surtout lieu chez les sujets sanguins, forts, jouissant d'une bonne constitution, n'ayant pas de maladies chroniques et ne se livrant pas à des excès blâmables ; mais cette impression syphilitique serait-elle aussi légère, aussi facile à éteindre chez les sujets faibles, cacochymes, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution scrofuleuse, ayant déjà été atteint de gale, de dartres, d'éruptions de la peau, etc., etc., il est plus que permis d'en douter.

Quoi qu'en puissent dire les partisans de l'inoculation et de la cautérisation immédiate, l'affection locale n'est que le symptôme de réaction, et chaque fois qu'on la fera cesser brusquement il y aura danger de répercuseion et de syphilis secondaire ou constitutionnelle. Ils ne pourront faire une division à part de l'inoculation syphilitique, et, pour prouver l'innocuité des inoculations, dire que les phénomènes qui les accompagnent ne sont pas semblables à ceux du vaccin et de la variole inoculés. Ils ne pourront faire plier ces phénomènes à leur raisonnement et ils ne détruiront pas les faits si péremptoires, si nombreux et si vrais que *l'influence vaccinale et variolique était déjà générale quand l'éruption a paru* ; que *cette influence continue de s'exercer pendant long-temps, quelquefois pendant la vie entière* ; que *le principe contagieux de la syphilis suit la même loi et produit les mêmes phénomènes* (1).

En inoculant le principe contagieux de la syphilis par quatre ou six piqûres sur les cuisses, n'augmente-t-on pas chez un homme déjà syphilisé le danger d'une infection plus grave? Oui, sans doute. Je sais que M. Ricord ne partage pas cette opinion, et il a écrit que quelques ulcères de plus n'aggraveraient pas la maladie ; car, dans la persuation que la maladie était locale, et qu'on pouvait à volonté détruire le chancre d'inoculation, il pouvait croire que l'économie n'avait rien à redouter de ces nouvelles chances d'infection.

Il ajoute que si l'économie doit avoir à souffrir d'affections consécutives à la suite d'un ulcère ou d'un bubon chancreux, les chances n'en seront pas augmentées par d'autres symptômes survenus pendant le cours de cette maladie.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) M. Baumès, de Lyon, qui a répété les inoculations pour s'assurer de la vérité du fait, et qui paraît partisan de la cautérisation, fait tous ses efforts pour prouver que l'inoculation avec la lancette doit avoir moins de résultats fâcheux pour l'économie que l'infection par le coït impur; il dit même : « Lorsque le pus syphilitique est introduit dans l'économie par l'inoculation artificielle, les phénomènes ne sont pas les mêmes que ceux qui surviennent après un coït infectant, et cela se conçoit très bien. En effet, dans l'inoculation artificielle du pus syphilitique, en entamant la peau, en la dépouillant de son épiderme, en arrivant par une lésion physique, jusqu'aux tissus sous-jacens, vous mutilez l'organe, vous lui ôtez ses moyens naturels de réaction et de défense ; vous forcez en quelque sorte l'impression syphilitique : alors l'organe ne sent plus, ne réagit plus comme il sentirait, comme il réagirait dans l'état normal, et alors vous n'avez plus qu'un résultat constant, identique, une pustule d'abord, puis un chancre à aspect régulier..... Tout cela, à partir de l'inoculation, sans aucun intervalle où il y ait absence de symptômes et qui puisse être comparé ou assimilé à ce qu'on appelle époque *d'incubation*.

M. Baumès ne fait pas ici preuve de sa logique habituelle ; il oublie ce qu'il a écrit au sujet de l'incubation, c'est-à-dire qu'un principe délétère, contagieux, ne pouvait rester inoffensif pour l'économie, déposé pendant quelques jours sur un point et se montrer réfractaire aux lois de l'absorption si générale, si active, si aveugle, si facilement, si continuellement en action à la surface du corps. Sans aucun doute, on force l'impression vaccinale ou variolique quand on inocule le vaccin ou la variole ; mais l'absorption n'en a-t-elle pas moins lieu ainsi que les phénomènes ordinaires d'une influence générale et *d'un travail silencieux de l'organe inoculé et de l'organisme*. L'inoculation syphilitique présente-t-elle des différences ? Non assurément!

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

(Seizième séance publique. — Vendredi 18 décembre.)

Epreuve orale après trois heures de préparation.

MM. Huguier et Michon : *Opérations de la fistule lacrymale.*

Un somptueux banquet a été donné ces jours derniers par M. Orfila à une vingtaine de jeunes gens qui écrivent dans les journaux politiques et des spectacles. Plusieurs d'entre eux ont été étonnés de cette invitation, ne connaissant qu'à peine l'homme qui, dans certaines lettres écrites de sa propre main, s'intitule : *le chef d'une des premières facultés du monde.*

Plusieurs toasts ont, dit-on, été portés :

Le premier : *A la bonne fortnne du pot-au-feu* toxicologique de M. le doyen.

Le second : *A la viabilité de la doctrine des robinets*, etc.

— M. Orfila vient de défendre de sa propre autorité l'impression du discours d'ouverture de M. Royer-Collard dans les actes de l'Ecole, à cause de la phrase *belliqueuse* que les élèves avaient applaudie et que nous avons reproduite.

M. LABAT a commencé son Cours sur les maladies des voies urinaires mercredi 16 décembre, à quatre heures, rue de Grenelle-Saint-Germain, n° 59, et le continuera tous les jours, excepté le dimanche.

— M. Edouard ROBIN, honoré d'une médaille d'or en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs institutions, ouvrira, le 22 décembre, à midi, dans son amphithéâtre, rue de La Harpe, 90, un nouveau Cours de chimie. Ce Cours sera continué le soir à 6 heures 1/2.

Errata. — N° 147, 12 décembre 1840, page 587, Lettre à M. le rédacteur de la *Gazette des Hopitaux* par M. Ricord. — Dixième paragraphe, deuxième colonne : que le virus était un être chimique, *lisez* chimérique. — Page 588, première colonne, ligne 17 : à la suite de ses prétendues cautérisations, *lisez* à la suite de ses cautérisations.

Paris, imprimer[ie] de Béthune et Plon, rue de Vaugirard 36.

MARDI 22 DÉCEMBRE 1840. (15e ANNÉE.) N° 150, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

RÉFUTATION

DE LA RÉPONSE DE M. ORFILA (13 décembre 1840),

aux écrits de M. RASPAIL (1er octobre) sur l'affaire de Tulle;

PAR F.-V. RASPAIL.

(Suite du numéro précédent.)

Donc, Monsieur, d'après vous, le nitre de Tulle eût été aussi pur que le nitre de Paris. Pourquoi dès-lors déclarer en pleine audience qu'après avoir épuisé tous les réactifs des experts du pays, vous soumettriez les résidus à vos réactifs apportés de Paris; pourquoi n'avoir pas recours, pour le nitre, aux réactifs des experts du pays?

Vous répondez : C'est parce que ces Messieurs ne s'étaient pas servi de nitrate de potasse. Que vous importe, qu'ils s'en soient ou non servis? Ce réactif n'en existait pas moins dans leur boîte aux réactifs, et il était de toute convenance de ne pas faire usage d'un autre.

Après votre réponse, je vous comprends encore moins, je vous en demande pardon; mais j'en provoque, de votre part, une nouvelle.

Vous assurez que votre nitre, à vous, était pur; je n'ai plus le moyen de vous prouver le contraire; je ne vous opposerai donc pas une dénégation formelle. Mais le doute, mais l'embarras d'une explication restent encore; car un expert accusé d'avoir mal procédé n'est pas cru sur parole; il faut qu'il prouve, et vous n'avez rien voulu prouver. Le doute subsiste encore! Jusqu'à preuve du contraire, votre réactif peut être supposé impur.

Au milieu de toutes ces dénégations et de ce feu de file de *il est faux*, dont vous assaisonnez toutes vos tirades, on voit surgir de ces aveux, de ces concessions telles qu'on ne sait plus si elles forment la queue ou la tête de votre pensée, l'accessoire ou le principal, *l'alpha* ou *l'omega* de votre défense.

Je vous ai demandé s'il était vrai que vous eussiez offert de renoncer à l'assiette C sur l'observation de MM. les experts de Limoges; de l'assiette C, couverte de près de deux cents taches larges chacune d'un centimètre, et d'un bleu à vous fatiguer les yeux.

Vous avouez l'avoir dit! Vous l'avouez expressément! C'est un terrible aveu, Monsieur, et qui, au besoin, me dispenserait d'éplucher tous les autres!

Vous ajoutez que *l'existence de l'arsenic était parfaitement démontrée par les asssiettes* A et B, assiettes qui renferment à peine, à elles deux, une soixantaine de taches d'un caractère équivoque, et de deux ou trois millimètres chaque tout au plus.

Mais y pensez-vous bien, Monsieur? Vous étiez disposé à abandonner, en justice, le *plus*, pour ne faire valoir que le *moins*? Vous renonciez à un témoignage incontestable et écrasant, pour ne vous attacher qu'à un témoignage sans consistance? mais que signifient donc ces compromis occultes de l'expertise, ces arrangemens de preuves dont la justice ne doit pas être informée? Vous appartenait-il de vouloir soustraire un résultat quelconque à l'appréciation du jury? Pourquoi n'avez-vous pas révélé à la justice ce que vous avouez aujourd'hui, et ce qui s'est passé dans le sein de l'expertise? La défense vous en eût su autant de gré que l'accusation, et il ne m'est plus permis de prévoir quel eût été le résultat judiciaire de cette révélation importante!

En expertise, Monsieur, on n'a jamais vu un homme renoncer au bénéfice d'une preuve que l'on croit bonne; quand on y renonce, c'est qu'on doute; quand on doute, en chimie, c'est qu'on se méfie de la pureté de ses réactifs ou de l'exactitude de son procédé, ou de la surveillance des témoins oculaires!

Vous doutiez, au moins vous en aviez l'air dans le laboratoire! et vous ne l'avez pas dit à l'audience! La défense des accusés à venir ne perdra pas de vue ce fait; elle a votre aveu.

J'ai rapporté à ce sujet une observation pleine de justesse de M. Bussy, observation que trois experts m'ont certifiée vous avoir été faite :

« D'après eux, M. Bussy vous aurait répondu : *Mais si vous abandonnez cette troisième assiette, vous devez abandonner les deux autres; car à elles seules elles ne sauraient constituer matière à une accusation d'empoisonnement.* »

Vous niez ce propos! mais ce propos seul explique un peu votre conduite, autrement inexplicable. Ce propos seul rend compte de la présence aux débats d'une assiette incriminatrice, dont vous aviez offert le désistement! Et vous le niez! Que vous restera-t-il aux yeux de ceux qui raisonnent pour vous justifier?

Non, Monsieur, vous ne le nierez plus; non, Monsieur, M. Bussy ne le niera pas, je pense; pour l'en croire capable, j'attendrai qu'il signe expressément sa dénégation. Mon assertion n'était pas fausse : elle était appuyée sur des témoignages dont on ne saurait récuser la bonne foi; et les témoins en avaient la mémoire fraîche; ils me l'assuraient au bout de deux jours. Vous le niez au bout de deux mois et demi, vous, intéressé à le nier; on se gardera de vous croire : ainsi le veut la logique, contre laquelle se brisent toutes les dénégations.

Vous ne répondez pas à une autre assertion sur un procédé bien autrement inexplicable en chimie, et que j'ai relevée dans votre déposition. Il paraît que vous n'avez pas tout recueilli de ce que l'appareil de Marsh voulait vous donner en fait de taches; qu'après cette assiette, vous en avez eu assez; que vous avez de votre plein droit renoncé au bénéfice de plusieurs autres. Et pourquoi cela, Monsieur? pourquoi refuser ce que l'expérience vous offre? pourquoi frustrer la justice d'un élément, que dis-je? d'énormes élémens de conviction? Pourquoi reculer devant la terrible accumulation des preuves? Expliquez-nous, Monsieur, cette conduite, car je l'avais signalée à la Cour; et sans explication, je ne saurais pas la comprendre; j'attends.

Voici les termes de votre rapport : *Nous n'avons pas même cru devoir agir sur la totalité de notre produit; nous l'avons jugé inutile!!!*

Vous aviez une autre dénégation à m'opposer, Monsieur, et celle-ci est relative à un fait grave. Vous me la donnez enfin! mais de la manière la plus curieuse que je sache.

En arrivant à Tulle, je me suis enquis du lieu où vous auriez déposé vos réactifs, afin de procéder judiciairement à leur analyse. Nul n'a pu me l'indiquer; ce n'est qu'à Limoges que j'ai obtenu cette réponse consignée dans ma lettre du 26 septembre, et page 123 de mon *Mémoire à consulter*:

« M. Orfila a fait cadeau à M. Bories, jeune pharmacien de Tulle, de tous les réactifs qu'il avait apportés de Paris, à l'exception de

Son zinc,

Sa potasse à l'alcool,

Et le nitrate de potasse au moyen duquel ont été obtenues les taches de la troisième assiette.

Vous n'avez rien répondu à cette assertion pendant deux mois et demi. Il y avait une bonne raison pour cela. La lettre que vous aviez reçue de M. Bories lui-même, et que vous publiez aujourd'hui, certifiait le fait. Ce jeune pharmacien vous écrivait dès le 1er octobre : « *J'ai pu dire*, ce qui est vrai, *que vous vous étiez réservé la potasse à l'alcool, le zinc et le nitrate de potasse*, QUI ÉTAIENT D'UN TRANSPORT FACILE!

Ce fait grave, comme circonstance de notre discussion, reçoit donc la sanction de la plus éclatante vérité! Je n'ai plus à m'en expliquer davantage.

Ce brave jeune homme n'a pas cru qu'il lui fût permis de déguiser la vérité, dans l'intérêt de votre justification.

Cependant, tourmenté de l'idée que cette révélation allait porter un coup trop fort à la faiblesse de votre cause, il semble vouloir l'amortir à la mode des hommes parlementaires; il cherche un biais pour vous servir, et il vous fait l'aveu d'une petite supercherie. Vous lui aviez défendu de toucher à *votre zinc*, à *votre potasse à l'alcool* et à *votre nitre!* Mais l'appât du fruit défendu n'a pas perdu de sa puissance sur le cœur des hommes; M. Bories a succombé à son tour à la tentation, et il s'en confesse. A votre insu, il vous a dérobé un peu de votre zinc, de votre potasse à l'alcool, de votre nitrate, un peu de ce dernier! dont il lui reste encore 95 grammes, qu'il offre de déposer au greffe! Et vous ne l'avez pas accepté pour me convaincre alors! Oh! pardonnez-lui, Monsieur, cette supercherie; car à l'appareil de Marsh, il a trouvé ces trois réactifs éminemment purs. Pardonnez-lui; mais moi qui, sur la question des supercheries, suis inexorable, je déclare qu'un homme capable de dérober quelque chose à un autre me paraît encore plus capable de dérober au public la vérité. Je dois donc, jusqu'à preuve du contraire, croire M. Bories innocent de sa supercherie, afin de n'avoir aucunement le droit de l'accuser d'un mensonge chimiquement officieux. Non, M. Bories ne vous a rien soustrait; et il n'est rien resté à Tulle de votre nitrate de potasse.

Mais afin de donner dans cette occasion une leçon de bonnes mœurs aux jeunes élèves qui seraient dans le cas de puiser, dans les mauvaises habitudes de notre professorat, le goût de pareilles courtisanneries, je dois transcrire en entier, et pour l'exemple, la lettre de M. Bories, telle que vous n'avez pas craint de la publier; la voici textuellement.

Lettre de M. Bories, pharmacien à Tulle, à M. Orfila, doyen de la Faculté de Paris.

« 1er octobre 1840.

» Monsieur,

» Je viens de parcourir la lettre de M. Raspail; il semblerait résulter de ses expressions que j'étais au nombre des chimistes qui lui ont donné des renseignemens; je n'ai jamais eu avec lui de rapport ni direct ni indirect (1).

Quant à des rapports directs ou indirects, je n'en ai eu aucun avec lui, et en général avec les personnes capables d'une pareille lettre et d'un pareil aveu, (voir plus bas) je ne me souviens pas d'avoir jamais eu de rapports, si ce n'est par suite de mes condamnations judiciaires.

» *J'ai pu dire à quelques-uns de mes amis* que vous ayant prié de me céder quelques-uns de vos réactifs pour une nouvelle expertise dont j'étais chargé, vous aviez eu la bonté de me permettre de les prendre; j'ai pu dire, ce qui est vrai, que vous vous *étiez réservé la potasse à l'alcool, le zinc et le nitrate de potasse*, QUI ÉTAIENT D'UN TRANSPORT FACILE.

» Mais enfin ce n'est pas ce qui me fait vous écrire. En emportant les réactifs que vous m'aviez donnés, JE ME SUIS PERMIS (2) DE PRENDRE quelque peu de zinc coupé et une certaine quantité de *nitrate de potasse*, dans la pensée que j'en aurais peut-être besoin. *Le zinc*, je l'ai employé dans une expérience sur l'appareil de Marsh, qui ne m'a donné aucun résultat; par conséquent il était pur. Le *nitrate de potasse*, *j'en ai encore 95 grammes sous clef*; il pourrait vous justifier, si vous le jugez nécessaire, et je pourrai le déposer au greffe, *convaincu que je suis de sa pureté*. Je suis désolé, Monsieur, d'être la cause involontaire d'une des accusations portées contre vous.

Je suis, etc. Signé : BORIES,

L'un des experts commis par la Cour.

Ne croyons pas l'homme qui s'accuse d'une soustraction frauduleuse, et biffons ce dernier paragraphe par générosité envers M. Orfila lui-même. N'acceptons que le premier paragraphe de cette lettre; car celui-là est évidemment l'expression de la vérité, et la preuve démonstrative de l'assertion que nous avions recueillie dans notre enquête. Ainsi donc que nous l'avions dit dans notre lettre, que nous l'avons redit dans notre *Mémoire à consulter*, M. Orfila avait fait cadeau à M. Bories de tous ses réactifs, à l'exception de son *zinc*, *sa potasse à l'alcool, son nitrate de potasse*. Le fait est acquis à la discussion, de l'aveu de M. Bories, et de M. Orfila lui-même.

Nous avions ajouté, toujours d'après les documens de notre enquête (page 123 de notre *Mémoire à consulter*) : « Deux ou trois pharmaciens de la Corrèze, chargés de procéder à une » expertise....., demandèrent à M. Orfila s'ils ne feraient pas » bien de s'en tenir au procédé par le nitrate de potasse. *Je ne* » *vous le conseille pas*, a répondu M. Orfila. »

M. Orfila avoue avoir tenu ce propos à M. Bories; sans aucun doute, M. Bories en convient dans une lettre que M. Orfila n'a pas cru devoir publier.

Quelle enquête, grand Dieu, où toutes nos accusations arrachent un aveu à la partie adverse! Où sont donc nos calomnies, si ce n'est dans le reproche qui nous en est fait?

Récapitulons toutes ces idées, toutes ces accusations, et les réponses qu'elles provoquent.

D. Vous avez cru devoir apporter de Paris du nitrate de potasse?

Vous l'avouez.

D. Cependant vous étiez certain de trouver, à Tulle, du nitrate de potasse aussi pur que partout ailleurs.

Vous l'avouez.

D. Vous n'avez pas voulu vous servir du nitrate de potasse du pays; vous vous êtes servi du vôtre exclusivement.

Vous l'avouez.

D. Vous avez obtenu, avec ce nitrate de potasse apporté exprès de Paris, deux cents fois plus d'arsenic qu'avec le procédé par l'acide nitrique, que dis-je? deux cents fois? mille fois peut-être; l'assiette D est là pour le certifier.

Vous l'avouez encore.

D. Vous n'avez pas voulu recueillir tous les produits qu'aurait pu vous donner le reste de la substance.

Vous l'avouez dans votre rapport improvisé.

D. Vous n'avez pas voulu laisser entre les mains du pharmacien qui vous les demandait, votre zinc, votre potasse à l'alcool, *votre nitrate de potasse.*

Vous l'avouez encore.

D. On ne m'avait donc pas induit en erreur, et je n'avais rien altéré des renseignemens que j'ai dû publier à la suite de mon enquête!

Les faits sont graves! je vous demande de les expliquer! Vous y consentez quand il n'est plus temps! et au bout de deux mois et demi de silence! Dépouillons vos explications.

D. Pourquoi avez-vous cru devoir vous servir du nitrate de Paris, et non du nitrate de Tulle, puisque tous les nitres sont également francs d'arsenic en tout pays?

R. Pas de réponse.

D. Comment se fait-il qu'à l'aide du procédé par le nitrate de potasse, vous ayez obtenu du corps de Laffarge une quantité d'arsenic mille fois plus considérable que par le procédé au moyen de l'acide nitrique?

R. Parce qu'on agissait sur la totalité des matières solides qui n'avaient pas été suffisamment dépouillées par l'ébullition avec l'eau de l'arsenic qu'elles renfermaient; on sait, dites-vous, en effet, que toutes les fois que les organes putréfiés ont été transformés en gras, l'eau n'a guère de prise sur la préparation arsenicale, parce que celle-ci est devenue en grande partie insoluble.

D. Mais où avez-vous donc pris ces idées si tranchées, si théoriques? Elles sont en contradiction non seulement avec les opinions que vous professiez alors, mais encore avec la connaissance des phénomènes les plus ordinaires de la putréfaction.

Avec vos opinions professorales!

Vous professiez alors que l'arsenic passait presque en entier dans les liquides. La portion liquide du cadavre putréfié aurait donc dû vous donner plus d'arsenic que la portion solide.

Avec les phénomènes de la putréfaction!

Quel réactif plus puissant, pour dépouiller un tissu de l'arsenic qu'il renferme, quel réactif plus puissant, dis-je, que l'ammoniaque, et que d'ammoniaque ne s'était-il pas dégagé depuis si long-temps dans ces produits? Donc, les liquides auraient dû être plus riches en arsenic que les solides.

D'un autre côté, pourquoi donc ne pas agir comparativement, en soumettant les liquides et les solides au même procédé? Qu'auriez-vous dit, si les liquides traités par votre nitrate de potasse vous avaient fourni les mêmes résultats que les solides? Qu'auriez-vous dit? Eh bien! je vous déclare que ma prévision se serait réalisée, si vous aviez cru devoir procéder ainsi. Il aurait bien fallu alors suspecter la pureté du réactif, en faire l'analyse séance tenante; car il ne restait plus d'autre explication alors, vu que les liquides qui avaient si peu fourni de taches par le procédé de l'acide nitrique, en auraient tant fourni par le nitre apporté de Paris. Pensez donc aux conséquences de cette révélation inattendue!

Mais enfin, pourquoi donc ne pas soumettre vos réactifs à l'épreuve d'un examen contradictoire après de si extraordinaires résultats? Pourquoi ce soin de remporter à Paris ces réactifs qui valaient à peine 50 centimes?

R. Ces réactifs, y compris le *nitrate d'argent*, valaient bien 30 francs.

D. Mais nous n'avons pas parlé du *nitrate d'argent*, réactif d'un prix élevé. Il est évident, en effet, que si votre nitrate d'argent, dont nul n'a parlé encore, valait 29 fr. 50 cent., nous ne serons pas loin de compte en admettant que sur ces 30 fr. la somme du zinc, de la potasse à l'alcool, du nitrate de potasse ne devait pas valoir 50 centimes. Laissez donc de côté votre nitrate d'argent, et admettez que ce n'est pas le prix de la substance qui faisait son importance à vos yeux; vous ne m'expliquez donc pas la difficulté qui m'embarrasse. Passons à une autre.

Pourquoi avez-vous dissuadé M. Bories de se servir, dans sa nouvelle expertise, du nitrate de potasse qui vous avait donné de si riches résultats, à vous M. Orfila?

---

(1) Rien de semblable ne résulte de mes expressions, car autrement j'aurais fait parler M. Bories lui-même, et non des tiers.

(2) Aveu d'un abus de confiance, passible des peines portées par l'art. 408 du *Code pénal*!!! Quel témoignage! quelle voie de justification!!!

R. Parce que dans l'expertise relative à l'empoisonnement dont était chargé M. Bories, celui-ci était récent, et qu'en pareil cas, il est préférable de carboniser les organes par l'acide nitrique, et qu'il ne faut recourir au *nitrate de potasse* que lorsque les matières déjà putréfiées se carbonisent incomplètement *par l'acide nitrique*.

D. Mais que comprendre à cette distinction aphoristique ? A quels *Elémens de Chimie* me renverrez-vous pour en démêler la raison ? Quelle série d'expériences vous a dit cela ? Mais c'est tout le contraire que vous auriez dû conseiller pour être conséquent avec vous même ; car d'après vous, il est des cas où l'acide nitrique carbonise mal ; la potasse carbonise toujours bien, que l'empoisonnement soit récent ou de vieille date. Pourquoi, pourquoi enfin ne pas conseiller un procédé qui ne faillit pas, et lui préférer un procédé qui si souvent, d'après vous, est faillible. Je m'y perds, faute d'y rien comprendre ; mais cette faute est à vous.

C'est embarrassant, Monsieur, très embarrassant, savez-vous que ce dilemme ! J'en conviens, et vous avez hâte d'en sortir à la faveur de votre juron accoutumé ; c'est une distraction comme une autre ; mais une distraction n'est pas une raison.

« *Il est faux*, vous écriez-vous en terminant ce paragraphe, » que les experts de la Corrèze aient jamais eu recours au nitre, » dans les recherches qu'ils ont tentées. »

Mais qui a prétendu que dans leur rapport ils aient mentionné l'emploi du nitre ? N'avons-nous pas transcrit littéralement leur rapport ? En avons-nous altéré la pensée et les termes ?

Pourquoi inventer du faux, pour le plaisir de vous écrier : *Il est faux*. Nous avons dit que vous auriez dû m'employer que le nitre, dont ils s'étaient déjà servis dans leurs officines, et sur la pureté duquel ils seraient tous tombés d'accord. Car l'expertise si outrecuidante doit au moins conserver quelque chose de la pruderie de la compagne de César ; elle doit se conserver pure de tout soupçon. Est-ce que ce principe de prudence judiciaire est encore faux à vos yeux ? Réfléchissez un instant avant d'ouvrir la bouche ; car ce juron pourrait bien encore vous échapper malgré vous.

Mais je m'aperçois que j'allais oublier l'explication la plus curieuse de toutes celles que vous venez d'avoir l'air de me donner.

D. Pourquoi consentiez-vous à annuler l'assiette C, obtenue par votre nitrate de potasse, et couverte de près de deux cents larges taches du plus bel arsenic que j'aie jamais vu ?

R. C'est, qu'en effet, il y avait sur les deux assiettes A et B, assez de taches pour démontrer *quarante fois au moins* que ces taches étaient arsenicales ; c'est-à-dire pour démontrer quarante fois l'existence d'un empoisonnement.

D. Oh !... calculons : ces deux assiettes renferment en tout soixante taches environ, de deux ou trois millimètres chacune, d'une couleur pâle et indécise, et d'une consistance incommensurable. Vous prétendez, à l'aide de ces soixante taches avoir pu obtenir quarante démonstrations légales d'un empoisonnement !

Mais, Monsieur, c'est une tache et demie par démonstration.

Une tache et demie, et quelle tache pour motiver une condamnation à mort ! ! !

Que je vous plains, Monsieur, d'être capable d'une démonstration semblable ! Par respect pour mon pays, parlons bas ; n'élevons pas trop la voix ! Les universités de l'Europe écoutent. Paix ! Paix ! ne le répétez plus.

Car, entendez-le bien, après toutes vos explications et vos révélations, ces trois mots

zinc, *potasse*, *nitre*,

sont les *mané*, *tessé*, *pharès*,

que je vois la main de l'analyse chimique tracer et retracer sans cesse, en lettres phosphorescentes sur les murs du laboratoire de ce mémorable procès.

13e CALOMNIE. C'est une triple calomnie, car il s'agit ici de la 6e, 10e et 19e des notes que j'ai apposées au rapport improvisé de M. Orfila (*Voy.* pag. 82, 84 et 88 de mon *Mémoire à consulter.*, J'ai dû relever dans ces trois notes l'inconvenance qu'il y avait, pour M. Orfila, de profiter de la solennité de ces débats pour venir s'adjuger la priorité de trois découvertes différentes : celle de l'existence de l'arsenic dans les os des cadavres, celle du procédé de désorganisation des chairs par l'acide nitrique et le nitrate de potasse. J'ai dit que la première appartenait en entier et exclusivement à M. Couerbe, la dernière à Rapp, et la deuxième à tout le monde, depuis peut-être deux cents ans. Que répond ici M. Orfila, quant à la deuxième ? « *Il est faux*, dit-il que le procédé de carbonisation par l'acide nitrique ait été indiqué par *Valentin Rose*. »

Or, lisez la note 5, pag. 82 : je donne encore le prix Bardin à quiconque y rencontrera le mot de *Valentin Rose*. J'y ai dit que ce procédé appartient à tous les chimistes, à tout le monde, depuis que l'esprit de nitre est connu.

Que répond-il quant au procédé de Rapp ? « Il y a une immense différence entre la manière défectueuse dont cet auteur employait le nitre et celle que M. Orfila a mise en usage. » C'est la polémique des *gros-boutiers* et des *petits-boutiers* de Gulliver ; qu'on nous permette cette facétie, ne nous en occupons pas plus sérieusement.

Enfin, vient l'interminable réclamation contre M. Couerbe ; je croyais avoir ramené M. Orfila à un silence prudent, hommage à la vérité qui n'avait plus rien de compromettant pour son amour-propre, aujourd'hui que les révélations de M. Couerbe sont venues lui donner le plus éclatant démenti. M. Orfila est incorrigible : il aime à lutter contre la plus inexorable vérité. Lisez la lettre de M. Couerbe insérée dans la *Gazette des Hopitaux* du 15 octobre 1840. Il est impossible maintenant que M. Orfila se défende d'une accusation de plagiat prémédité, s'il persiste à s'attribuer la propriété d'une communication confidentielle de M. Couerbe. N'insistons plus : la justice est avertie sur les habitudes de l'expert.

14e CALOMNIE. Ici ce n'est plus moi qui attaque : mon rôle es interverti. Je défends l'habileté et la conduite de MM. les experts de Limoges : M. Orfila les décrie et les attaque ; il lance contre leur habileté un factum plus insultant encore que sa déposition : il les accuse, sur le témoignage de M. Lespinasse, de n'avoir jamais su manier l'appareil de Marsh, qui est bien aujourd'hui le *pont aux ânes* de l'expertise légale, et qu'un enfant manierait aussi habilement que le fait M. Orfila. Passons, passons vite, car de telles impertinences après coup ne sauraient retomber que sur la tête de leur auteur ; nous ne voulons rien faire pour qu'elles y retombent ; nous aurions l'air de nous venger ! et Dieu sait si nous en avons la pensée. La vengeance ne trouve plus de place à côté d'un sentiment de pitié.

15e CALOMNIE. C'est la note (29) de la page 92. « M. Orfila, ai-je dit, a-t-il trouvé le secret de réduire à volonté la flamme à ses justes proportions ? Est-il à l'abri de ce hasard, et est-il en droit de le jeter en reproche à d'autres ? »

A cela, M. Orfila répond : « Oui, car il n'est pas de question plus élémentaire que celle-ci. On commence par mettre peu d'acide dans le flacon, et si l'on voit que la flamme est trop faible, on en ajoute un peu plus. (*C'est fort simple et fort élémentaire assurément.*) Il est aisé, ajoute-t-il, de juger de la force qu'aura la flamme avant d'enflammer le gaz, en approchant des lèvres l'extrémité du tube, par laquelle ce gaz s'échappe. »

Il n'y a rien de plus simple, en général, que les plus grandes difficultés chimiques, quand on les lit dans les livres de M. Orfila. L'impondérable y est pesé, il a sur les lèvres un photomètre qui donne les décimales de l'intensité de la flamme, et au bout des doigts de quoi palper l'invisible et estimer une réaction qui se dérobe aux yeux.

La flamme est-elle trop faible ? Ajoutez de l'acide. *Mais combien d'acide proportionnellement ?* Un peu. *Mais un peu est beaucoup selon les doses du reste ?* Enfin, ajoutez-en jusqu'à ce que la flamme soit assez forte. *Mais qui s'y prend autrement ? qui ne tâtonne et n'essaie ? Vous n'essayez donc pas, vous ? Vous réussissez du premier coup ?* Mais non, je fais comme les autres, et puis je dis : Ils ne font pas comme moi. Pitié que ces leçons élémentaires ! Nous les renvoyons au Bourgeois gentilhomme ; car en chimie légale on ne plaisante pas.

16e CALOMNIE, relative au revirement de l'expertise légale sur la valeur de la réaction par l'acide hydro-sulfurique. (*V.* p. 50 de mon *Mémoire à consulter.*)

M. Orfila répond : « M. Orfila n'a jamais ni pensé, ni dit que l'acide sulfurique fût un réactif infidèle ; il l'a constamment regardé, au contraire, et son opinion est toujours la même, comme un des meilleurs agens dont on puisse se servir pour déceler la présence de l'acide arsénieux (1) ; MAIS il a toujours entendu et *écrit* qu'il ne suffisait pas de *dire* que cet acide fournissait un précipité jaune, soluble dans l'ammoniaque et qu'il était indispensable d'*ajouter* que ce précipité était du sulfure d'arsenic, susceptible de donner de l'arsenic métallique lorsqu'on le réduisait à l'aide du charbon et de la potasse. »

Voilà sa phrase ; j'ai promis de ne pas insister sur le style, ne voulant insister que sur ce qui appartient en propre à M. Orfila dans ce *factum*. Je ne relèverai pas cette singulière analyse qu'exige M. Orfila de la part des experts, analyse qui est toute dans le compte-rendu qu'ils doivent faire à l'audience ; en sorte que d'après la règle posée par M. Orfila, la réaction de l'acide hydrosulfurique paraîtrait indubitable, pourvu pourtant que les experts *ajoutassent* que le précipité obtenu est du *sulfure d'arsenic* ; espèce d'amphigouri dans lequel je vais m'attacher à chercher plutôt ce que M. Orfila a voulu dire que ce qu'on lui fait dire.

Tous les chimistes, qu'a copiés en cela M. Orfila, avaient établi en principe qu'on ne doit pas se contenter d'obtenir par l'acide hydro-sulfurique, un précipité jaune (*non pas floconneux*, comme le disait M. Orfila), soluble dans l'ammoniaque, pour se croire en droit d'avoir obtenu *du sulfure d'arsenic*, mais que l'on devait de plus recueillir ce précipité et chercher à le réduire au moyen du charbon et de la potasse pour obtenir l'arsenic métallique.

C'est là ce qui est écrit partout.

Mais j'ai eu soin de relever, dans mon Mémoire, des rapports d'expertise dans lesquels M. Orfila attachait évidemment la plus grande importance à l'indication quelconque de l'acide hydrosulfurique, alors même que la réduction n'avait pas eu lieu, et ne pouvait en aucune manière avoir lieu ; comment réduire, par exemple, un précipité obtenu de deux petites taches trouvées à Albi, sur les draps de la défunte Thérèse Rigal ?

C'est ce que j'avais déjà relevé à Dijon dans le rapport de M. Orfila, en l'invitant, en sa présence, et au milieu du plus imposant auditoire, à se défaire enfin de ces prétentions impossibles en résultat, et trop outrecuidantes dans la forme.

Dans la lettre écrite par M. Orfila à Me Paillet, il blâme les experts de Brives d'avoir attaché un sens à la réaction de l'acide hydrosulfurique avant d'avoir pu réduire le précipité ; c'était bien et conforme aux principes de prudence que nous lui avions rappelés à Dijon et à Albi.

Puis, quelques jours après, appelé à contrôler l'analyse des experts de Limoges, et se trouvant, ainsi que le veut la fatalité de son génie, en contradiction avec ces derniers, comme il s'était trouvé d'abord en contradiction avec les premiers ; le même M. Orfila, qui avait déclaré nulle l'expérience des experts de Brives par l'acide hydrosulfurique, nulle de tout point faute de complément, reprend dans son rapport improvisé du 14 septembre, cette même expérience, y ajoute, de sa pensée, le complément, la regarde comme moyen de démonstration, comme une probabilité valable, et annonce, ainsi qu'un fait indubitable, *avec la connaissance qu'il a acquise en expérimentant sur le corps de Laffarge, que, si ces messieurs n'avaient pas cassé leur tube, ils auraient retiré de l'arsenic métallique du précipité qu'ils avaient obtenu par la réaction de l'acide hydrosulfurique.*

N'est-ce pas là un revirement indigne d'un chimiste qui professerait quelque respect pour la science et pour la justice ? N'est-ce pas proclamer bon, ce qu'on avait d'abord proclamé nul ? N'est-ce pas rendre à l'accusation une arme qu'on lui avait d'abord arrachée ?... Vous aviez regardé cette expérience nulle, faute de complément. Une expérience nulle est une preuve nulle de tout point. Pourquoi devient-elle tout-à-coup quelque chose à vos yeux ? Pourquoi la complémentez-vous et y mettez-vous l'appoint de votre autorité ? Vous savez bien que la justice compte, faute de pouvoir les peser, les témoignages des chimistes. Pourquoi replacez-vous sur les plateaux de la balance, un poids qui n'était pas vérifié ?

Voulez-vous que je vous dise le pourquoi ? En bon français ? C'est le pourquoi des girouettes ? C'est le revirement selon les caprices du vent ? pas autre chose, Monsieur ! Voilà ce que j'ai dit et ce que je maintiens encore.

Mais je ne me suis pas arrêté à relever aux yeux du public, ce défaut de l'expert ; vos défauts et vos exemples, ce n'est pas à moi à en faire justice. J'ai voulu prémunir les experts contre les mauvaises indications des livres classiques de médecine légale, et j'ai profité de cette circonstance solennelle pour inviter les experts futurs à se méfier d'une réaction la plus difficile, la plus longue et la plus ambiguë de toutes, même avec le complément de la réduction.

On recommande, en effet, d'attendre quelques heures, une semaine, un mois ! ! ! un mois ! (et je crois que vous, à qui les mots ne coûtent rien à écrire, vous avez ajouté davantage !) Un mois pour attendre le précipité que l'acide hydrosulfurique serait dans le cas de déterminer dans un liquide présumé empoisonné ! Un mois !... Quand on attend si long-temps, c'est que le précipité ne doit pas être considérable, même lorsque l'arsenic serait abondant dans le liquide ! Et qui ne sait combien ce précipité est peu de chose, même lorsqu'on opère sur une dissolution d'acide arsénieux pur ? C'est un fond de vase, tel qu'on en trouve dans les réactions les plus insignifiantes !

... Vous voulez, comme le prescrivaient avant vous tous les chimistes, que l'on recueille ce précipité par décantation, qu'on le soumette au procédé de la réduction pour obtenir, nous dites-vous, *de l'arsenic métallique?* (Pour être conforme à la vérité, et pour ne pas tromper le public d'avance, il faut lire *un miroitement métallique*) ; et si, par la réduction dans un petit tube de verre, on obtient ce *miroitement*, vous prononcerez hardiment que ce *miroitement* ne saurait provenir que de la présence de l'arsenic métallique ? Oui, vous seriez homme à prononcer ainsi cet arrêt ; vous l'avez peut-être fait déjà ? Eh bien ! je vous déclare, moi, que vous vous exposeriez, en prononçant de la sorte, à induire la justice en erreur. En effet, quel est le chimiste habitué aux analyses élémentaires, qui ne sache avec quelle facilité une substance organique, que l'on carbonise avec la potasse, couvre un tube de verre d'un *miroitement métallique*, surtout si la substance organique est azotée et phosphatée.

L'expérience ici ne saurait être plus comparative, le résultat apparent ne saurait être plus identique ; c'est le même mode de réduction, c'est le même *miroitement* à travers le tube de verre ; et pourtant ce miroitement ne provient que d'une incomplète incinération ! Osez encore répéter en justice, ce que je vous croyais incapable de répéter désormais ? Les experts et la justice du pays sont avertis ; je ne perdrai pas plus de temps à vous convaincre. Encore un revirement, Monsieur ! Ne parlez plus de l'infaillibilité de l'acide hydro-sulfurique, même avec son complément ; car c'est la réaction la plus impossible et la plus trompeuse de toutes. Revirez-vous maintenant.

Cela est sérieux, sans doute, et mes lecteurs s'attendent (car le sujet est grave) à ce que je garde le même sérieux d'un bout à l'autre de ma réponse. Mais ici, je l'avoue, la chose commence à devenir un tant soit peu difficile. Je puis bien répondre de mon sérieux ; mais l'on ne me condamnera pas à répondre de celui de M. Orfila. Cependant je ferai tout mon possible pour ne pas me laisser entraîner par l'exemple.

On lit, au sujet de l'acide hydro-sulfurique (page 54 de mon *Mémoire à consulter*), la phrase suivante :

« D'un autre côté, ainsi que l'a démontré Capitaine, l'antimoine se comporte, avec l'hydrogène sulfuré, exactement comme l'acide arsénieux (*Journal de Pharmacie*, août 1839, page 510). »

C'est là ma phrase calomnieuse ou fausse ; car M. Orfila ne s'explique pas clairement à cet égard.

Croirez-vous que M. Orfila m'accuse d'avoir mal cité le nom, le journal, la page ? Vous seriez dans l'erreur. Croirez-vous ?... Eh non ! lecteur, je ne veux pas vous conduire par la main d'hypothèse en hypothèse pour vous faire passer par toutes les manières dont on pourrait découvrir les traces d'une opinion fausse et calomnieuse dans cette citation. Je vais tout simplement transcrire la réfutation de M. Orfila, telle qu'il l'écrit, telle qu'il la retourne, telle qu'il la commente. Lisez, relisez-la encore ; vous voudrez sans doute la relire une troisième fois. La voici textuellement, sans en ôter un *si*, un *que*, un *donc*, un *à quoi*, une virgule.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Et pourtant depuis un an, M. Orfila ne s'en sert plus.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Iritis syphilitique aiguë.

Au no 39 de la salle Sainte-Vierge, est couché le nommé Granneau (Jacques), âgé de vingt-trois ans, sculpteur, entré à l'hôpital le 14 de ce mois. Ce jeune homme dit avoir été atteint à différentes reprises de maladies vénériennes (chaude-pisse, chancres, bubons), contre lesquelles il n'a jamais fait un traitement complet. Il y a environ trois mois qu'il fut pris de nouveau de chancres à la verge, dont il ne fut guéri qu'un mois après ; mais leur disparition fut suivie plus tard d'un mal de gorge, et bientôt des ulcérations de nature syphilitique se montrèrent dans l'arrière-bouche. Il dit avoir pris de la liqueur de Van-Swiéten, et s'être gargarisé avec un mélange d'eau de miel et d'alun. Il y a trois semaines environ, il soutient qu'il ne conservait plus aucun symptôme de la maladie vénérienne.

Quoi qu'il en soit de ces antécédens, Granneau dit qu'il n'avait jamais eu mal aux yeux, lorsque, il y a douze jours, il s'aperçut, en travaillant, d'une espèce de picotement dans l'œil gauche, et bientôt d'un trouble dans les fonctions de cet organe. Les jours suivans, l'œil devint de plus en plus rouge, et la vision s'affaiblit progressivement.

Le 10 de ce mois, il fut consulter un médecin qui ordonna : 1° un collyre d'eau de rose, d'eau de laitue et de laudanum de Sydenham ; 2° des frictions sur le front et sur la tempe, avec une pommade belladonée ; 3° douze sangsues sur la tempe du côté malade, et des bains de pieds de moutarde. Trois jours après la maladie n'avait point diminué, et Granneau vint réclamer des soins à la Charité.

Voici l'état dans lequel nous trouvâmes son œil à la visite du 14 : La conjonctive oculaire est rouge, mais légèrement injectée ; il est facile de voir que les vaisseaux dilatés sont situés plus profondément. Autour de la cornée, on voit distinctement l'anneau rayonné de la sclérotique mentionné par les auteurs. Quelques vaisseaux du plan artériel profond s'avancent dans la cornée et semblent donner à cette membrane un aspect rougeâtre. L'iris offre une couleur plus foncée que du côté sain ; c'est presque la couleur rouge cuivrée notée par les auteurs. En l'examinant avec soin, on aperçoit assez distinctement sur la face antérieure des espèces de villosité qui semblent dépendre de la dilatation des vaisseaux qui rampent sur cette surface. La pupille est déformée ; sur le bord libre de l'iris on aperçoit de petits prolongemens, des espèces de franges qui donnent à la pupille la forme d'une feuille de trèfle. On voit aussi derrière l'ouverture pupillaire des espèces de nébu-

losités. D'ailleurs, le malade souffre peu, mais il ne voit qu'à travers des nuages ; la grande lumière le fatigue. Il ne peut pas distinguer avec l'œil malade les caractères ordinaires d'un imprimé.

Avant de passer outre, nous devons présenter ici quelques courtes considérations qui peuvent avoir une importance pratique.

Plusieurs ophthalmologistes ont cru pouvoir établir un lien entre les formes que peut revêtir la pupille et les diverses causes de l'iritis. C'est là, d'après M. Velpeau, une simple assertion qui ne s'accorde pas avec sa propre expérience.

Des observations nombreuses, dit ce chirurgien, me permettent d'affirmer qu'il n'y a aucun rapport entre les formes que peut revêtir la pupille et les diverses causes de l'iritis. J'ai vu la forme dite syphilitique, c'est-à-dire une pupille tirée en dedans et en haut, dans l'iritis franche et chez des sujets qui n'avaient jamais éprouvé la moindre atteinte de syphilis, en même temps que je ne l'ai point trouvée chez des malades réellement affectés de vérole. Les formes dites rhumatismale, arthritique, scrofuleuse, sont tout à fait dans le même cas. Il n'est pas rare de rencontrer l'une de ces formes dans un œil, et d'en trouver une toute opposée dans l'autre, chez le même individu. Il y a plus, c'est que j'ai vu dans le même œil la pupille, d'abord ovalaire de haut en bas, devenir anguleuse en haut et en dedans, puis s'arrondir de ce côté pour s'allonger en dehors dans le cours de la même maladie. Ces déformations dépendent, comme toutes les autres, ou de ce que quelque région de l'iris se trouve plus engorgée, plus enflammée que le reste; ou bien de filamens qui vont de l'un de ses bords à l'autre, comme pour en gêner les mouvemens, et qui lui font aussi contracter des adhérences avec le disque antérieur de la capsule du cristallin. (*Dict. de Méd.* Manuel pratique des maladies des yeux, d'après les leçons cliniques de M. Velpeau; par G. Jeanselme.)

Nous avons eu nous-même un grand nombre de fois l'occasion de vérifier au lit des malades la justesse de ces observations ; et nous ne concevrions pas qu'on pût encore soulever le moindre doute à cet égard.

Quant à la nature de la maladie dont Granneau est atteint, vu les antécédens, M. Velpeau est porté à penser qu'il s'agit d'une iritis syphilitique ; cependant il observe qu'il ne peut pas en avoir la certitude, et il ajoute, avec beaucoup de raison, que sans la connaissance des affections vénériennes dont Granneau a été atteint, il lui serait difficile de se prononcer. Nous devons dire cependant que ce doute dans le diagnostic prend en grande partie sa source dans l'état aigu de la maladie, et que, plus tard, si l'iris ne revenait à son état normal, cette membrane offrirait alors les caractères d'une affection syphilitique.

Quoi qu'il en soit, que l'iritis soit syphilitique ou non, cela n'influe sur le traitement actuel que d'une manière secondaire. Ce qu'il faut, avant tout, dit M. Velpeau, c'est de dissiper l'inflammation ; quand celle-ci sera calmée, on s'occupera alors de la maladie générale si on le juge convenable.

Il y a dans le traitement de l'iritis aiguë quelques préceptes qu'il importe de ne point oublier dans la pratique. C'est ainsi que dans la plupart des cas, à l'aide d'une médication convenable, il est assez facile de faire disparaître la phlegmasie ; mais la guérison ne consiste pas seulement dans ce résultat, il faut en outre que le chirurgien s'applique à prévenir autant que possible, et par des moyens appropriés, l'établissement d'adhérences vicieuses, soit en avant, soit en arrière, adhérences qui, comme on le comprend facilement, deviendraient un obstacle plus ou moins grand à l'accomplissement des fonctions visuelles de l'organe. C'est aussi dans ce but qu'il convient de faire usage de la belladone et de quelques autres moyens thérapeutiques que nous ne devons point exposer ici.

Le jour de son entrée à l'hôpital, le malade a été saigné et a été mis à l'usage du calomel à l'intérieur. Le lendemain, deux vésicatoires lui ont été appliqués sur le front. Aujourd'hui (16 décembre) la phlegmasie semble avoir un peu perdu de son intensité.

Cataracte traumatique du côté droit.

Lundi dernier est entré à l'hôpital et a été couché au nº 44 de la salle Sainte-Vierge, le nommé Leroy (Etienne), âgé de ving-un ans, cordonnier, d'une bonne constitution. Il y a un an environ, il reçut dans l'œil droit un coup de flèche, et depuis cette époque, il n'y voit plus de ce côté. Voici ce qu'il rapporte sur les phénomènes qui suivirent cet accident. Immédiatement après le coup, ses paupières se fermèrent, et il éprouva une violente douleur. Quelques heures après, en examinant l'œil, il dit qu'on aperçut dans la pupille un corps rougeâtre ; le globe oculaire était très rouge et vivement enflammé. On se borna à appliquer six sangsues autour de l'orbite et à placer des compresses imbibées d'eau froide sur l'œil ; plus tard l'inflammation disparut et alors le corps rougeâtre qui se trouvait derrière la pupille devint blanc.

Etat actuel. L'œil ne conserve plus aucune trace d'inflammation. Sur la cornée, et particulièrement sur la moitié interne de cette membrane, existe une cicatrice linéaire blanchâtre, dirigée horizontalement, et qui paraît être le résultat de la blessure. La pupille n'est point déformée. Derrière cette ouverture, on voit très distinctement un corps blanchâtre opaque qui ne l'obstrue point en entier. Du côté externe existe un espace libre à travers lequel les rayons lumineux pourraient passer. Le fond de l'œil est noirâtre et ne paraît pas de prime abord dans un état anormal. C'est à tel point qu'à l'aspect seul de cet œil on ne dirait pas que la vue est abolie au point que de ce côté le malade distingue seulement le jour de la nuit, ce dont nous nous sommes assurés par des expériences diverses. Voici l'explication que M. Velpeau a donnée de ce phénomène. Lors de l'accident, dit-il, du sang s'est épanché dans le corps vitré, et tout porte à penser que c'est là l'obstacle principal à la vision. Il résulte de là, ajoute ce chirurgien, que l'enlèvement du corps opaque qui obstrue en partie la pupille, ne suffira pas pour rendre la vue au malade. Néanmoins, comme ce jeune homme désire être opéré, et que d'ailleurs il n'y a aucun danger à tenter ce moyen, nous l'opérerons un de ces jours. Mais qu'on n'oublie pas que je compte peu sur le succès.

Luxation de l'épaule du côté gauche. Fracture de la clavicule du même côté.

Au nº 34 de la salle Sainte-Vierge, est couché le nommé Deuilliers (Pierre), âgé de 42 ans, charretier, entré à l'hôpital le 12 de ce mois. Le jour même de son entrée, cet homme fut renversé par une voiture, qui lui passa, dit-il, sur l'épaule gauche. Interrogé sur les particularités de cet accident, il n'a pu fournir que des renseignemens très vagues qui ne peuvent nous être d'aucun secours réel pour expliquer le mécanisme des lésions que nous allons décrire.

Quoi qu'il en soit, voici l'état dans lequel nous le trouvâmes le lendemain de son entrée. Toute l'épaule gauche était sensiblement tuméfiée, il existait des marques d'une contusion assez profonde ; on voyait plusieurs plaques ecchymosiques. Mais ce n'étaient là que des lésions secondaires. Il existait en outre une fracture de la clavicule et une luxation de l'humérus du côté blessé. La fracture avait son siége vers le tiers externe de l'os ; elle était tout à fait transversale, sans déplacement des fragmens. Elle se montrait cependant avec tous les signes qui la caractérisent. La luxation était aussi très facile à diagnostiquer : nous dirons, sans entrer dans aucun détail, qu'elle se présentait avec tous les caractères qui décèlent ce qu'on a décrit sous le nom de luxation sous-scapulaire.

Ces deux affections principales (fracture et luxation), considérées séparément, n'ont rien que de très commun : mais, comme l'a fort bien observé M. Velpeau, réunies sur le même sujet et du même côté, elles ne laissent pas que d'être une complication, une espèce d'embarras pour le traitement. M. Velpeau ne connaît pas d'observations de ce genre. Quel parti prendre en pareil cas? Il semblerait de prime-abord qu'il faudrait attendre la guérison de la fracture avant de songer à réduire la luxation ; mais pour peu qu'on y réfléchisse, on comprend de suite que cette pratique ne serait point rationnelle, car il faudrait attendre près de deux mois pour obtenir la consolidation parfaite de l'os brisé ; et chacun sait qu'on perdrait ainsi un temps bien précieux, et qu'alors peut-être la réduction de la luxation serait impossible. C'est là, dit M. Velpeau, une considération qui doit nous engager à réduire immédiatement la luxation, d'autant plus que si nous réussissons, vous savez que le traitement qui s'applique à cette lésion est le même que celui auquel je soumets les fractures de la clavicule. En effet, lundi dernier M. Velpeau a procédé à la réduction de la luxation, et il est parvenu facilement à replacer la tête de l'humérus dans la cavité de l'omoplate. Un bandage approprié, arrosé d'un liquide émollient et résolutif, a été appliqué. Deux jours après le gonflement avait été dissipé en partie, et dès-lors M. Velpeau a fait appliquer le bandage inamovible à l'aide de la solution de dextrine.

Plaie de tête.

Mardi dernier est entré à l'hôpital le nommé Bac (Claude), âgé de cinquante-trois ans, limonadier. Cet homme, qui est couché au nº 27 de la salle Sainte-Vierge, était occupé, pour les funérailles de l'Empereur, à procurer des places aux nombreux spectateurs de cette imposante cérémonie nationale. Il dut être content de son travail, puisque la journée n'était point encore terminée que déjà il avait salué à sa manière le retour des cendres du grand homme ; il était complètement ivre.

C'est dans cet état qu'il fit une chute d'un lieu assez élevé, et se blessa grièvement à la tête. L'ivresse complète dans laquelle il était lorsqu'on l'amena à l'hôpital, ne permit pas de savoir s'il avait perdu connaissance ; nous n'avons pu avoir aucun détail précis sur l'accident. On nous dit seulement qu'une assez grande quantité de sang s'était écoulée par la plaie que le malade portait sur la tête.

Voici, du reste, ce que nous constatâmes :

A la partie supérieure du crâne, existe une large plaie qui paraît comprendre toutes les parties molles. Un large caillot de sang est interposé entre les lèvres de cette plaie. A côté de cette lésion, existe une tumeur sanguine assez volumineuse. Le malade est assoupi.

Cette blessure paraît grave ; cependant, comme jusqu'à présent il est difficile de savoir si le cerveau a été lésé, vu qu'on n'a aucune donnée sur les phénomènes qui ont suivi l'accident, on ne peut point encore se prononcer sur le pronostic. Dans quelques jours le diagnostic s'éclaircira, et nous reviendrons alors avec détails sur ce fait, qui nous paraît digne de fixer l'attention des praticiens.

Dans un prochain numéro, nous reviendrons sur les quatre faits dont nous ne venons de donner l'histoire qu'en partie.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU STRABISME.

Une séance à l'Institut orthopédique de M. J. Guérin.

Quand les chirurgiens allemands annoncèrent les nombreux succès de leurs opérations, l'opinion publique, en France, se tint sur la réserve. Cette disposition d'esprit était naturelle ; et nos honorables confrères d'outre Rhin ne pouvaient en aucune manière s'en formaliser. On voulut voir et expérimenter : ce fut M. Jules Guérin qui pratiqua la première opération en France; à tort ou à raison, il mit de côté le procédé opératoire de M. Dieffenbach, pour en adopter un qui fût l'application des principes fondamentaux de sa méthode sous-cutanée. Les premiers succès qu'il obtint, non-seulement sous le rapport de la guérison du strabisme, mais encore sous celui de l'absence de toute espèce d'accidens consécutifs, furent mis à la connaissance du public médical ; mais, d'un autre côté, quelques tentatives infructueuses faites par des chirurgiens recommandables à plus d'un titre, mais peu familiarisés avec les procédés ou les précautions qui sont la condition indispensable du succès, fortifièrent les précautions qu'on avait déjà contre le traitement chirurgical de cette difformité.

Depuis lors, M. J. Guérin a pratiqué un grand nombre d'opérations auxquelles nous avons assisté. Il a apporté dans son procédé des modifications qui réalisent plus complètement les principes de sa méthode sous-cutanée, et il a acquis cette conviction que, toutes choses égales d'ailleurs, les insuccès viennent toujours du vice des procédés. En attendant qu'il publie la description raisonnée de celui qu'il emploie, il a voulu en montrer publiquement et les résultats obtenus et de nouvelles applications.

A cet effet, il a réuni, ces jours derniers, à la *Muette*, une trentaine de médecins français et étrangers, et a soumis à leur examen dix sujets opérés du strabisme à des époques plus ou moins reculées, les uns par l'ancien procédé de sa méthode, les autres par le nouveau. Quelques-uns des assistans, et nous sommes de ce nombre, avaient constaté le degré de la difformité et avaient été témoins des opérations. Or, toutes les personnes présentes ont pu constater ces quatre résultats principaux :

1º Aucun des sujets récemment opérés n'offrait de traces de suppuration ; on voyait seulement de l'injection ou des ecchymoses sous-conjonctivales ; quelquefois au moment de la section, le sang s'épanche en assez grande quantité pour former un véritable trombus des paupières ; mais nous avons constaté maintes fois l'innocuité de cet épanchement et la rapidité avec laquelle il se résorbe.

2º Le strabisme avait disparu chez tous les sujets, au point que sur plusieurs d'entre eux, les médecins présens ne pouvaient dire de quel côté avait existé la difformité. Notons que quelques-unes de ces guérisons dataient déjà de cinq mois. On a pu seulement apercevoir chez quelques sujets récemment opérés une certaine incertitude des actions musculaires de l'œil, donnant au regard quelque chose de vague et de mal assuré ; mais chez d'autres, qui avaient été opérés, soit récemment, soit depuis plusieurs mois, et surtout chez ces derniers, on fut vivement frappé de la parfaite synergie des deux yeux, de la rapidité et de la sûreté de leurs mouvemens. Cela fut même si remarquable chez un jeune homme qui, en notre présence, avait subi, cinq mois auparavant, la section du muscle droit interne des deux côtés, qu'il semblait même difficile de croire qu'il eût été réellement strabique ;

3º Aucun des sujets ne présentait de déviation du globe oculaire dans le sens opposé au muscle divisé ;

4º Enfin il existait chez tous une amélioration sensible de la vision dans les yeux opérés.

Après la constatation de ces heureux résultats, vint l'application. M. J. Guérin opéra, par son nouveau procédé, quatre strabismes internes ou convergens. Chez tous ces malades, au moment même où le ténotome était retiré de l'orbite, l'œil avait repris sa direction normale, et il était impossible de le ramener en dedans, preuve évidente que le muscle avait été coupé.

Nous le disons sans prévention aucune, rien n'est plus simple, rien n'est plus expéditif, rien n'est plus sûr entre les mains de M. J. Guérin, que ce procédé. Nous n'avons pas l'intention de le décrire ici avec détails ; nous avons déjà dit qu'il consiste en une application rigoureuse des principes de la méthode sous-cutanée de ce chirurgien. Comme dans cette méthode, c'est à travers une petite plaie linéaire, préalablement faite avec un petit bistouri à double tranchant, que le ténotome va chercher profondément le muscle rétracté. Le plat de sa lame passe d'abord entre lui et le globe oculaire ; puis, l'opérateur, après avoir dirigé le tranchant du côté du muscle, le fait agir à-la-fois en sciant et en pressant. Un bruit de craquement se fait entendre et annonce le moment où se fait la section. Il ne reste plus qu'à retirer le ténotome. L'opération toute entière, pour peu que le sujet s'y prête, ne dure qu'une minute.

En résumé, les faits que nous avons vus nous permettent d'affirmer que M. J. Guérin retire véritablement de son procédé les avantages qu'il lui attribue, à savoir : une exécution rapide et sûre, l'absence d'inflammation, de suppuration et de végétation consécutive de la conjonctive, et l'absence de strabisme en sens inverse de celui qui a été opéré.

Nous ajouterons en terminant, que M. le docteur Phillips (de Liége), qui vient de publier un travail intéressant sur le strabisme, nous a fait l'honneur de nous inviter à assister prochainement à quelques opérations de ce genre qu'il doit pratiquer, et à constater plusieurs succès qu'il dit

avoir obtenus depuis qu'il est à Paris. Ce sera alors que nous pourrons parler *de visu*, et que nous donnerons dans ce journal, après l'exposition rapide des faits, une appréciation comparative des différentes méthodes, des différens procédés employés jusqu'ici, et une description détaillée et raisonnée du procédé de M. J. Guérin.

G. J.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 15 novembre 1840.

M. Sorlin occupe le fauteuil.

M. Tanchou entretient la Société des injections intra-utérines. Il rappelle que cette médication a été essayée et successivement abandonnée par plusieurs praticiens, lui aussi les essaya en 1837 et 1838, au Dispensaire pour les femmes; mais il les abandonna aussi par suite des accidens qu'elles occasionnèrent, et surtout à cause du peu d'avantage qu'il leur trouve. Il dit aussi qu'il a fait de nouveaux essais d'après le procédé qui vient d'être publié; sans en avoir observé les mêmes dangers, il n'en a pas retiré plus de résultat. En effet, dit-il, le cas où l'on propose les injections est très rare; les leucorrhées intra-utérines peuvent être contestées, et les ulcérations de la même cavité ont été bien rarement signalées. M. Tanchou regarde comme imprudent de s'exposer bénévolement à un danger sur lequel tous les praticiens sont d'accord, pour un mal qui est une exception, qui ne peut pas être reconnu quand il existe, qui se borne presque constamment à l'intérieur du col utérin, et qui peut facilement être atteint par les agens thérapeutiques, solides ou liquides.

Examinant le procédé récemment proposé, il le trouve illusoire. En effet, dit M. Tanchou, quand on considère la direction naturelle de la matrice dans le bassin, la difficulté qu'il y a souvent à bien faire entrer le col de la matrice dans le spéculum, si on fait attention que les cols utérins malades à travers lesquels on propose de faire pénétrer les injections sont toujours remplis de pus ou de mucosités épaisses, toujours boursouflés, souvent courbés sur eux-mêmes, on comprendra la rare possibilité, si ce n'est l'impossibilité toute entière, de faire pénétrer les injections, et si on ajoute à cela certaines contractions spasmodiques de l'utérus, le petit volume du tube qui peut en outre se briser; la facilité avec laquelle peuvent ressortir ces injections, et leur petite quantité (8 ou 9 gouttes), on sera convaincu de ce qu'avance ce praticien, et que les injections intra-utérines que l'on pratique à l'hôpital de l'Ourcine ne sont sans danger que parce qu'elles ne pénètrent pas. En résumé, M. Tanchou rejette les injections intra-utérines parce que le nouveau procédé est illusoire, et plus encore parce qu'elles sont complètement inutiles; attendu que le mal contre lequel on les recommande est toujours impossible à reconnaître, et que les maladies de l'intérieur du col n'ont pas besoin de ce moyen défectueux pour guérir.

M. Tanchou montre plusieurs matrices, une saine, et deux dont la cavité du col est malade; une quatrième contient dans son col un polype qui est implanté profondément sur toute la circonférence de cette cavité.

M. Guillon rappelle qu'il a proposé, il y a dix-huit ans, les injections intra-utérines seulement dans les cas de métrite et de métro-péritonite survenues à la suite de couches, et que depuis cette époque il en a constamment retiré de bons effets. Mais dans le cas de métrite non puerpérales, les injections par le col de la matrice lui paraissent peu rationnelles; l'introduction d'un corps étranger, d'une canule quelque flexible qu'elle soit, devant produire plus de mal que l'action momentanée du liquide injecté ne doit faire de bien, surtout ce liquide ne pouvant rester que quelques instans dans l'organe malade.

Pour les inflammations du col et du corps de la matrice, dans les érosions du museau de tanche, dans les leucorrhées aiguës et chroniques, etc., on obtient, assure M. Guillon, de bien meilleurs résultats des cataplasmes portés dans le vagin sur le col de l'utérus, ou dans le rectum; médication dont il a introduit l'usage dans la thérapeutique, en 1822.

L'action des cataplasmes vaginaux et rectaux, dit M. Guillon, est prolongée à volonté, et diffère suivant qu'ils restent plus ou moins long-temps dans l'organe où ils sont injectés au moyen d'une seringue à large canon.

Nouvelle sonde élastique. — *M. Guillon* montre une nouvelle sonde élastique dont l'extrémité vésicale est en spirale, et présente assez exactement la courbure de la moitié inférieure du chiffre 6. Cette sonde, qui prend son point d'appui dans la vessie, a cet avantage sur les autres qu'elle n'a besoin d'aucun moyen contentif pour être fixé à demeure dans cet organe. Pour l'introduire, M. Guillon la redresse convenablement à l'aide d'un mandrin; et dans cette circonstance, il fait l'inverse de ce qu'on pratique ordinairement, puisque les mandrins ont toujours servi à courber les sondes.

Pour extrait conforme: Le secrétaire annuel, Duhamel.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1842 ET AUTRES.

— Prix de l'Académie. — Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples et comparer ces cas sous leurs différens rapports.

Ce prix sera de 1,500 fr.

— Prix fondé par madame Marie-Elisabeth Bernard de Civrieux, épouse de M. Michel jeune. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie de médecine un prix anquel pour l'auteur du meilleur « ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse »; l'Académie propose pour sujet du prix à décerner en 1842: « l'Histoire physiologique et pathologique de l'hypochondrie. »

Ce prix sera de 1,500 fr.

Les Mémoires, dans les formes usitées, doivent être envoyés, francs de port, au Secrétariat de l'Académie avant le 1er mai 1842.

— Prix fondé par M. le marquis Lebascle d'Argenteuil. — *Extrait de son testament.* « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour être placée avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'Etat, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix sera décerné en 1844; sa valeur sera donc de 8,238 f. et des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

— Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. — *Extrait de son testament:* « Je lègue à l'Académie royale ce médecine une inscription de 1,000 f. à 5 p. 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée, et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 21 mars 1840, sera décerné en 1843.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement sera par ce seul fait exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Sont exceptés de cette disposition les concurrens aux prix fondés par MM. Lebascle d'Argenteuil et Itard.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1841.

— Prix de l'Académie. — « 1° Déterminer, particulièrement par des nécropsies, si la phthisie tuberculeuse a été quelquefois guérie; 2° en cas d'affirmative, assigner les conditions probables à la faveur desquelles la guérison s'est opérée; 3° rechercher jusqu'à quel point l'art pourrait, dans certaines circonstances, faire naître des conditions analogues pour s'élever aux mêmes résultats. » Ce prix est de 2,000 fr.

— Prix Portal. — « Décrire les différentes espèces de ramollissement des centres nerveux (cerveau, cervelet, moelle épinière) en exposer les causes, les signes et le traitement. » Ce prix est de 1,200 fr.

— Prix Civrieux. — « De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir. » Ce prix est de 2,000 fr.

Ces prix seront décernés dans la séance publique annuelle de 1841, et les Mémoires adressés avant le 1er mars de la même année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

(Dix-septième séance publique. — Lundi 21 décembre.)

Epreuve orale après trois heures de préparation.

MM. Bérard jeune et Sanson (Alphonse): *De l'opération de la cataracte.*

— Il y a deux jours, les élèves en médecine, mécontens contre le doyen de l'Ecole, parce qu'il n'avait pas voulu demander pour eux une place dans le cortége à la cérémonie des funérailles de l'Empereur, se sont mis à chanter la *Marseillaise* avec tant de persistance dans les salles de l'Ecole, que M. Orfila a été obligé de suspendre sa leçon. Après plusieurs exhortations au silence, voyant que le calme ne se rétablissait pas, M. le doyen menaça ses élèves de suspendre son cours pour quelque temps; puis il ajouta: « Et moi aussi je sais chanter: venez chez moi ce soir, et nous chanterons ensemble, si vous y tenez, pourvu que ce ne soit pas pendant la leçon. » A ces mots, les étudians se sont calmés, et M. Orfila a pu continuer sa séance sur la *composition chimique de l'eau*.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 24 DÉCEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 151, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

[Le] Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
[Bu]reau, rue Dauphine, 22-24.
[A]nnonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

[L]es ateliers étant fermés vendredi, 25, jour de [N]oël, le Journal ne paraîtra pas samedi.

RÉFUTATION

DE LA RÉPONSE DE M. ORFILA (13 décembre 1840), *aux écrits de M.* RASPAIL (1er octobre) *sur l'affaire de Tulle;*

PAR F.-V. RASPAIL.

(Suite du numéro précédent.)

Réfutation par M. Orfila de ma calomnie relative à M. Henri Capitaine.

« En ce qui concerne M. H. Capitaine, nous ajoutons que ce chimiste a trop de sens pour avoir imprimé que l'*antimoine* se comporte avec l'acide sulfhydrique, exactement comme l'acide arsénieux, ce qui équivaudrait à cette assertion. Il n'y a pas de différence entre le *sulfure d'arsenic* et le *sulfure d'antimoine*. Que M. Capitaine ait annoncé que l'acide sulthydrique donne, avec une dissolution aqueuse *très faible* d'oxide d'antimoine ou d'acide antimonieux, un précipité jaune, léger, soluble dans l'ammoniaque, exactement comme le ferait une dissolution *très étendue* d'acide arsénieux, je l'accorde ; mais c'est à tort que l'on a conclu de là que M. Capitaine admettait que l'on ne pourrait pas distinguer, *à l'aide de l'acide sulfhydrique*, la dissolution antimoniale de la dissolution arsenicale ; citons à notre tour un passage du mémoire de M. H. Capitaine, relatif à ce sujet.

« La liqueur jaune qu'on obtient en faisant réagir l'a» cide sulfydrique sur la dissolution faible d'acide arsé» nieux, abandonnée à elle-même, laisse déposer une » poudre jaune serin (*sulfite arsénieux*) ; la liqueur jaune » obtenue avec l'oxide d'antimoine laisse déposer *du jour » au lendemain* des flocons *jaune orangés* qu'on ne peut » méconnaître pour du *sulfure d'antimoine.* » (J. de Pharmacie. Août, 1839, p. 520.)

» On obtient donc dans un cas du *sulfure arsénieux* et dans l'autre du *sulfure d'antimoine*, composés qui diffèrent autant l'un de l'autre que l'acide sulfurique de l'acide nitrique. Voyez à quoi l'on s'expose, lorsqu'on cite sans discernement et en tronquant les passages d'un mémoire que l'on invoque pour appuyer une opinion insoutenable. »

Oh !.... oh ! la plume me tombe des mains, pour écrire une réponse chimique ! O chimistes, je ne vous ferai pas l'insulte de m'adresser a vous, dans le but de donner à cet homme la correction qu'il mérite en public. C'est au public le plus incompétent sur la matière, au public doué d'une raison franche, entière, un peu frondeuse, si vous le voulez; c'est au public de bonne foi que je m'adresse.

Messieurs, je suis accusé par un homme un peu enclin par habitude aux formes de l'accusation, je suis accusé d'avoir calomnié *le sulfure d'arsenic* en le qualifiant de *sulfure d'antimoine.* Cette accusation, Messieurs, est mensongère de tout point, et je veux que vous en soyez juges.

Voici tout mon petit crime, et vous verrez s'il valait bien la peine que l'on mentît pour l'incriminer.

J'ai dit à la justice, que l'on trompe quelquefois, même après avoir prêté serment : Prenez garde, bonne Thémis, vous n'y voyez pas, et vous vous contentez d'entendre ; vous vous en rapportez à ceux qui vous assurent y voir très clair en tout. Ils vous trompent, en se trompant sans doute les premiers ; ils vous trompent ; ne les croyez plus seuls et sur la foi de leurs assertions. Il peut leur arriver de confondre sur la couleur et sur la mine deux choses les plus disparates, les plus différentes, à savoir : *le sulfure d'arsenic et le sulfure d'antimoine*, et par conséquent d'accuser d'empoisonnement un médecin qui aurait administré l'émétique au défunt, avant son agonie.

En effet, bonne Thémis, il arrive à ces experts de déclarer que, lorsqu'après avoir fait passer un courant de gaz hydrogène sulfuré à travers un liquide supposé empoisonné, et cela après l'avoir aiguisé d'un acide, s'il se détermine un précipité plus ou moins jaune, et soluble dans l'ammoniaque, puis réductible par la potasse et le charbon ou un simple miroitement, ce précipité est l'indice d'un empoisonnement par l'arsenic.

Ils vous trompent, bonne Thémis, ces gens *experts dans tous les cas* ; sans doute, ils se trompent tout les premiers, car le même courant de gaz hydrogène sulfuré détermine un précipité également jaune, également soluble dans l'ammoniaque, également réductible par le charbon et la potasse, dans un liquide émétisé ; et vous savez bien, bonne Thémis, qu'on ne vous a pas empoisonnée pour vous avoir fait prendre, dans l'occasion, deux ou trois grains d'émétique.

Ces gens là sont donc exposés à voir un sulfure d'arsenic, une preuve d'empoisonnement par l'arsenic, dans un simple sulfure d'antimoine. Or, vous ne savez pas comment ils se vengent de mon bon conseil, de mon avertissement, de mon témoignage en face de votre justice? ils retournent casaque à ma réfutation, et c'est moi qu'ils accusent d'avoir pris, par l'effet d'une crasse ignorance, le sulfure d'antimoine pour le sulfure d'ars[enic] ... chimistes en rient, parce que c'est bien la chose la plus qu'on ait jamais écrite en chimie. Mais vous, bonne Thémis, en rirez-vous aussi ? Oh ! non, bonne Thémis, vous soulèverez un peu le coin du bandeau qui vous couvre les yeux, et vous voudrez reconnaître les traits de celui qui vous fait ainsi une pareille insulte, alors que vous l'invoquez pour vous éclairer. Tenez, regardez bien : voilà le chiffon de papier sur lequel il a osé écrire une pareille bouffonnerie, et voilà là-bas son visage qui se cache derrière deux autres ; c'est à vous maintenant à faire votre devoir; j'ai fait le mien, je n'insiste pas davantage.

16e CALOMNIE. Elle est contenue dans la note 13, pag. 85 et pag. 127 de mon *Mémoire à consulter.*

Afin de démontrer à la justice de quelle imprévoyance est capable M. Orfila dans ses annonces arsenicales, j'ai cité la séance de l'Académie de médecine du 2 avril 1839, séance dans laquelle il annonça que le bouillon ordinaire, et de nos pat-au-feux, était arsenical.

J'ai dit : 1° que cette assertion était le résultat de deux cents expériences faites par M. Orfila. Je l'ai dit d'après les témoins qui l'ont entendu, et en m'appuyant sur des témoignages écrits.

J'ai ajouté : 2° que *ce fait parut si étrange aux divers chimistes et médecins présens à la séance, qu'ils voulurent s'assurer de la pureté des réactifs dont M. Orfila avait fait usage.*

J'ai ajouté : 3° il a été reconnu que l'arsenic que M. Orfila avait attribué aux bouillons de la capitale, ne provenait que de l'arsenic de l'acide sulfurique du commerce dont il s'était servi pour alimenter l'appareil de Marsh.

Enfin, 4° j'ai cité à l'appui le témoignage de M. Devergie (*Méd. lég.*, t. III, p. 449.)

Que répond à ces quatre points M. Orfila ?

Au premier?... qu'au lieu de deux cents bouillons, il n'a parlé que d'un seul, et il cite à l'appui de *son dire*, l'extrait de la séance du *Bulletin de l'Académie* (t. III, p. 682).

Mais ce bulletin ne paraît que huit ou dix jours après la séance. Huit ou dix jours après, sans doute, votre opinion avait progressé; car le lendemain, que dis-je? le soir même, votre réactif vous était signalé comme suspect de cette bévue. Vous m'inviterez à vous citer mes témoins : oh! Monsieur, je n'ai jamais dénoncé personne ; mais vous savez bien qu'ils ne m'ont pas induit en erreur. Quoi qu'il en soit, vous assurez maintenant, ainsi que vous l'avez écrit huit jours après dans le *Bulletin des séances* (dont vous êtes l'éditeur en chef et l'administrateur), que vous n'avez parlé que d'un seul bouillon. Mais on ne conçoit pas qu'un expert, aussi d'un résultat isolé, d'une espèce d'essai sans importance, d'une réaction d'un quart d'heure, d'un doute enfin, que huit jours après vous exprimez aussi longuement qu'une vérité. Une pareille note, aussi longue, sur un fait aussi peu important, ne saurait être, Monsieur, qu'une rétractation plus ou moins adroite, qu'un moyen d'arranger une mauvaise affaire. Permettez-moi d'avoir recours à d'autres sources, et de puiser mes renseignemens dans des témoignages plus voisins de l'événement. Je consulte la séance du 2 avril 1839, telle que la publie la *Gazette des Hopitaux*, dans le n° du 4 avril (deux jours après, car le journal ne paraît pas le lendemain), et voici comment on y rend compte de votre annonce :

M. Orfila ajoute à son Mémoire les PROPOSITIONS SUIVANTES :

4° Le bouillon du pot-au-feu de viande de bœuf, sans légume et sans sel ne contient pas d'arsenic ; mais si l'on y ajoute des légumes ordinaires, tels que des carottes, des navets, du sel, etc., le bouillon contient de l'arsenic. » (*On rit.*)

C'était donc bien une proposition générale, un aphorisme que vous aviez intention d'introduire en médecine légale !

Et vous prétendez aujourd'hui n'avoir éliminé cette grave et effrayante vérité que de la réaction d'un seul bouillon? Mais vous vous calomniez, Monsieur, par cette version, bien plus que je ne vous calomniais moi-même par l'autre? Ne vous calomniez plus ainsi, et admettez, avec moi, que vous n'êtes venu certifier ce fait désespérant, en médecine légale, qu'après l'avoir soumis au nombre de contre-épreuves dont j'ai porté approximativement le chiffre à 200 bouillons de la capitale.

Au 2e de ma calomnie, vous répondez qu'à l'Académie personne ne demanda la parole. Est-ce qu'on demande la parole, quand on rit? Et puis, est-ce qu'on osait bien alors demander la parole contre vous? On sait ce qu'il en coûte. — Vous ajoutez : « PAR CONSÉQUENT *personne ne chercha à s'assurer de la pureté des réactifs.* (*V. le procès verbal des séances.*) »

Ce PAR CONSÉQUENT est de la force de tous ses homologues en médecine légale ; et ce renvoi au procès-verbal des séances, sur un fait qui se passa dans votre laboratoire, à petit bruit, dans votre intérêt autant que dans l'intérêt de l'expertise légale, ce renvoi ne m'étonne plus de votre part ; je suis blasé sur ces sortes d'artifices.

A mon 3e vous répondez : « *Le passage emprunté à M. Devergie a été altéré par l'auteur que nous combattons.* Mais, Monsieur, nous n'avons emprunté aucun passage à M. Devergie, en rapportant ce qui s'est passé dans votre laboratoire. A l'appui de notre assertion nous avons cité le livre de M. Devergie, sans en rien extraire, et par conséquent sans en rien altérer. Nous avons eu soin d'écrire : (*Voy.* Devergie.) Vous triomphez parce que M. Devergie, au lieu de se servir de cette expression : *nous avons reconnu*, a dit : *Nous craignons que l'acide sulfurique employé par M. Orfila, n'ait été une source d'erreur dans son expérience, et n'ait fourni à lui seul l'arsenic obtenu.* » Vous remportez, il est vrai, des triomphes qui ne coûtent guères, Vous triomphez, comme les autres croiraient perdre la bataille. Il vous faut bien peu pour vous contenter !.... Eh ! sans doute, Monsieur, quand il s'agit de vous et de parler de vos erreurs, on met, on est forcé de mettre aux doigts de la réfutation, de petites mitaines, de lui faire faire patte de velours, et de remplacer les expressions affirmatives par des expressions respectueusement dubitatives. Sous la gaze de ces formules, le chimiste comprend et devine. On a servi la science, sans vous irriter ; on n'a [...]is ni ses études ni sa personne; ainsi le malin héros de Lesage s'y prenait envers monseigneur. Permettez, Monsieur, que j'en imite la complaisance officieuse; triomphez, Monsieur, de votre erreur.

Qu'allais-je dire? *Erreur*?

« Enfin, ajoute M. Orfila, M. Orfila est tellement peu revenu » de son erreur, et il est tellement éloigné de soutenir, que, » dans un cas d'empoisonnement, les muscles ne contiennent » pas d'arsenic (1), qu'il persiste plus que jamais à dire que la » chair musculaire de bœuf, avec laquelle on prépare journelle» ment le bouillon, renferme une matière arsenicale ; il persiste, » parce que c'est la vérité. »

Comment donc?... une vérité que vous ne donniez que comme un doute dans le *Bulletin des Séances* de l'Académie de médecine (p. 682)! Une vérité générale que vous disiez plus haut n'avoir appuyée que sur un seul essai de votre pot-au-feu ! Mais, Protée de l'assertion, vous m'échappez, vous me glissez entre les doigts, alors que je crois vous serrer davantage !

Je ne vous ai donc pas calomnié en disant que vous aviez basé votre conviction d'alors, conviction ferme et fermement accentuée, sur l'essai de près de deux cents bouillons?

Ma calomnie ne retombait donc plus que sur votre retour à des idées plus saines; je vous accusais de n'être pas un *entêté*, un *obstiné*, un homme qui regimbe contre l'évidence. J'avais tort, vous persistez dans votre erreur. La chair musculaire renferme de l'arsenic à l'état normal ; et vous oserez encore certifier, sur quelques taches, un empoisonnement en justice, quand vous aurez eu à traiter un cadavre putréfié ! Je m'y perds, Monsieur ! Je ne sais plus à qui je parle. Pour nous, lecteur, laissons-là ces tripotages d'un homme qui a l'air de ces écoliers qu'on cherche à convaincre, et qui vous échappent par la diagonale du carré dans lequel vous venez de les enfermer. Passons, passons vite.

18e CALOMNIE. Page 105, j'ai avancé que, dans *l'enquête faite par nous, quelques experts nous ont assuré qu'un essai tenté par M. Orfila sur le foie isolément, n'y avait pas constaté la moindre trace d'arsenic.*

M. Orfila le nie, mais très brièvement, et avec fort peu d'assurance. Donc le fait doit être reçu comme vrai. Seulement, M. Orfila a grand soin, en y répondant, d'altérer toute la phrase et de ne pas citer la page où elle se trouve et où nous la maintenons. Il ne s'agit pas ici des résultats mentionnés dans son rapport, mais bien des renseignemens, dont l'enquête ne nous avait pas trompé sur les faits attestés.

19e CALOMNIE. M. Orfila nous prête les paroles suivantes :

« L'assiette A ne contient que quatorze taches et l'assiette B » une trentaine ; ces taches sont petites, d'un jaune tirant sur le » gris; leur miroitement ne provient que de la surface de porce» laine ; l'on doute enfin que ces taches soient arsenicales. »

(Tout ce que nous avons dit de l'assiette C est reconnu ainsi comme valable de tout point ; M. Orfila n'en parle pas. (*Voyez* page 116 de notre *Mémoire à consulter.*)

Voyons ce que renferme de calomnieux le reste.

« Nous avons détaché de l'assiette B, dit M. Orfila, pour les » reconnaître, environ une trentaine de taches, et nous affirmons » qu'il en restait encore bien soixante sur les deux assiettes. »

D'après les paroles que M. Orfila nous prête, sur les deux assiettes il ne resterait plus que quarante-quatre taches ; différence : seize fort petites taches. Certes, notre tort ne serait pas bien grave en lui même, et il ne vaudrait pas la peine qu'on élève tant la voix ; mais je vais vous donner un petit échantillon de la bonne foi de cet homme !

Lorsque nous avons procédé, au greffe de Tulle, à l'examen des trois assiettes, Me Bac eut la complaisance de prendre la plume et d'écrire, sous notre dictée, les résultats que nous obtenions. Il me remit ensuite cette espèce de procès-verbal, pour en faire usage selon que de droit. Me Bac écrivit les nombres en chiffres arabes. Or, lorsqu'à Paris je me suis mis à dépouiller ces notes et à les consigner dans mon travail, j'ai conservé du doute sur la véritable valeur de l'un de ces nombres. Le chiffre désignant le nombre des taches de l'assiette A me parut être 14 ; mais le signe 1 me sembla en même temps pouvoir être pris pour un 2. Le temps pressait, et il ne s'agissait rien moins que d'une si petite différence. Qu'ai je dû faire alors?... Transmettre mon doute au public? Je l'ai fait. Car après avoir consigné le chiffre 14, page 116, dans le texte, j'ai eu grand soin de placer, au bas de la page, la note suivante :

Je ne crois pas me tromper sur le chiffre 14; cependant il serait possible que le chiffre noté par Me Bac soit 24.

M. Orfila a supprimé cette note, parce qu'il avait besoin de la supprimer, afin de signaler une erreur de chiffre. Car, autrement, en prenant 24 au lieu de 14, pour le nombre des taches de l'assiette A, le nombre des taches de l'assiette B étant une trentaine, ce qui est plus que trente; on est bien près de soixante, que M. Orfila exige pour que nous tombions d'accord.

$$\begin{array}{r} 24 \\ 30 \\ \hline 54 \end{array}$$

, ce qui n'est pas loin de 60 ;

et

24 + une trentaine = 60,

et l'on tombe d'accord!

IL EST FAUX, continue M. Orfila, *il est faux que ces taches soient jaunes ;*

(Nous avons dit d'un jaune tirant sur le gris) ;

Il est faux qu'elles soient jaunes, car elles sont brunes.

Il faut que M. Orfila n'ait jamais tenu un pinceau de sa vie,

(1) La chair musculaire de Laffarge n'a pas offert la moindre trace d'arsenic à l'analyse de M. Orfila. (*Voy.* ligne 8 de la page 84 de son rapport dans notre *Mémoire à consulter.*)

ni associé deux couleurs primitives, pour en produire une nuancée! Quelle différence, en fait de style, entre des taches d'un *jaune tirant sur le gris* et des *taches brunes*? Dites-moi la différence, vous qui coloriez, et qui avez à rendre quelquefois le sentiment de la couleur par des mots? Dites-la moi, je vous prie, un peu vite, afin de guérir cet homme malade, vraiment malade, de la manie de s'écrier *il est jaune* sur tout ce qu'on lui dit.

D'après moi, le miroitement de ces taches ne provient que de la porcelaine.

D'après M. Orfila, le miroitement de ces taches leur est propre. Je renvoie la vérification du fait aux opticiens et physiciens qui passeront à Tulle; et je leur laisse le soin de prononcer si, sans la porcelaine, et sur un corps non verni et non miroitant, chacune de ces taches aurait le moindre miroitement qui lui fût propre?

Mais pour la gouverne des lecteurs de cette feuille en général, j'ajouterai: Voulez-vous avoir l'idée la plus exacte que je puisse vous donner de l'aspect, de la couleur, du miroitement et de la consistance de cette soixantaine de taches éparpillées sur le fond des assiettes A et B qui sont déposées au greffe de Tulle? Etendez sur une surface de porcelaine une couche des plus minces, soit de blanc d'œuf, soit d'une huile essentielle imprégnée de phosphate d'ammoniaque. Promenez ensuite la flamme d'hydrogène sur cette surface de porcelaine, et vous obtiendrez les taches les plus analogues que je connaisse aux taches des assiettes A et B du greffe de Tulle (1); et finissons là-dessus.

Nous avons conservé des doutes, de graves doutes sur la nature arsenicale de ces taches; des doutes que tous les chimistes de bonne foi partageront, s'ils voient jamais ces preuves terriblement petites de la plus grave des accusations.

Qui pourrait en faire l'analyse? qui oserait assurer l'avoir faite complètement? qui l'oserait? Qu'il se nomme et que je l'admire, moi qui, dans ma vie, ai fait l'analyse de près d'un millier d'infiniment petits! qu'il se nomme, pourvu qu'il ne porte pas le nom de M. Orfila, à qui seul, sur la terre, il m'est enjoint de reconnaître la puissance exceptionnelle de ce talent?

Suit une leçon que M. Orfila nous donne, à MM. les experts de Limoges et à moi, sur la réaction du *nitrate d'argent*. Un service en réclame un autre. Donnons à M. Orfila une petite leçon.

1° « Nous sommes obligés, dit M. Orfila, de répondre à ces » messieurs et à M. Raspail, que l'acide nitrique *incolore* et *pur* » ne laisse jamais de résidu quand on l'évapore en totalité. »

Nous rappellerons à M. Orfila, qu'il ne devrait plus ouvrir la bouche sur l'action de son acide nitrique *incolore* et *pur*; car nous qui ne tenons pas à ces vétilles, nous n'en parlions plus; mais puisqu'il y tient encore par un petit bout, nous serons encore forcé d'en parler nous-même.

Lors du procès de Dijon, M. Orfila fit distribuer à la haute portion de l'auditoire et aux jurés, une brochure dont nous avons un exemplaire entre les mains, et à la fin de laquelle se trouvait l'annonce d'une découverte récente de M. Orfila, de la découverte d'une *substance jaune* dans l'acide nitrique ordinaire, qu'il appelait *l'acide nitrique jaune*. Or, pour un chimiste ordinaire, cette substance jaune ne saurait être que du soufre ou un sulfure, sans parler de mille autres impuretés dont est coupable cet acide; ce que M. Orfila ne savait pas encore; voyez en effet sa brochure? Sans doute un pareil acide est capable de dénaturer toutes facilement. Sans doute, s'il était possible d'obtenir un acide nitrique entièrement exempt de substances étrangères, de soufre et de sulfure, etc., on pourrait prétendre à des indications précises sur des infiniment petits? M. Orfila y prétend.

A quoi ne prétend-on pas, la plume à la main, et quand on écrit, non pour des chimistes, mais pour frapper l'esprit d'un public incompétent?... Mais quand il s'agit d'expériences sur des infiniment petits, cette prétention est ridicule; que l'on distille l'acide tant qu'on voudra, et sur tout ce que l'on voudra, l'acide sera sans doute considéré pur, relativement à des résultats visibles à quatre pas de distance; mais je vous porte le défi, avec le plus pur, de ne pas toujours obtenir un résidu visible à la loupe, résidu plus que capable d'altérer les indications d'une tache impondérable, incommensurable, et de 20 taches même de ce calibre négatif.

Il est peut-être fort divertissant de prétendre à des tours de force; de les faire annoncer à son de trompe, à domicile, auprès de gens que Scribe a si bien décrits dans les *Empiriques d'autrefois*. Mais il est bon, il est juste de se montrer inexorable envers ces prétentions, quand on rentre dans le sanctuaire de la justice; et nous le serons jusqu'au bout.

Nous le déclarons donc hautement, nous qui avons vérifié toutes nos réactions au microscope, à la loupe et à la vue simple, nous ne sachions pas un réactif qui, sur des infiniment petits, puisse être considéré comme pur! Pas un qui ne laisse sur le fond d'un verre de montre un résidu appréciable à l'œil nu, et dont l'épaisseur ne puisse être soumise aux mesures micrométriques! Pas un, en conséquence, qui ne soit capable d'altérer par son impureté les réactions d'une tache sans épaisseur, d'une tache qui ne saurait être considérée en chimie que comme une surface géométrique!

Pas un réactif! et puis, sur l'une de ces infiniment petites réactions, allez, en justice, porter un témoignage tendant à faire tomber une tête humaine!

Mais ce n'est pas seulement sur ces inexorables vérités théoriques que nous avons assis notre conviction négative; nous avons tenu à nous éclairer auprès des témoins oculaires des réactions de M. Orfila, et nous avons acquis la certitude que la réaction par le nitrate d'argent, qui est toute la pierre de touche de M. Orfila, n'avait pas même apparu d'une manière positive et incontestable à l'égard des assiettes A et B. M. Orfila soutient le contraire; je ne crois pas M. Orfila sur parole, on a vu que j'en avais de bonnes raisons; mais jamais je n'ai tant cru à la sincérité, à la loyauté des déclarations des experts que j'ai consultés, que depuis que j'ai lu et relu le *factum* de M. Orfila: qui m'a jamais si bien démontré que ces messieurs ne m'avaient trompé sur rien?

Non, vous n'avez pas obtenu avec les taches H et B, par le nitrate d'argent, le *rouge briqueté*, franc de doute, que l'on obtient avec l'acide arsenique! Vous avez voulu forcer les témoins à le voir ce rouge briqueté; les uns ont été polis, et ils ont dit: *hum! dam!* (ce qui vous suffit peut-être et équivaut pour vous à une approbation); mais les autres, et les plus expérimentés, ont dit: *je ne vois rien de tel.*

Je ne nie pas cependant qu'au bout de deux mois et demi, il ne vous soit possible d'être plus heureux dans la démonstration que vous nous offrez; mais enseignez-nous donc un moyen de tirer authentiquement ces pièces de conviction de la poudre du greffe, même de ce greffe qui est ouvert à tout venant, a dit M. Vicant?

Eh bien! pourtant, je ne veux pas encore vous enlever cette planche de salut: je veux bien admettre ce que vous croyez voir; je veux bien vous accorder qu'après avoir été traitées par l'acide nitrique, ces taches donnent par le nitrate d'argent un *rouge briqueté* qui, d'après vous, c'est-à-dire d'après les chimistes qui ont opéré en grand avant vous et moi, est le signe de la présence de l'*acide arsénique*; je vous l'accorde les yeux fermés.

Mais c'est là dessus seulement que vous vous appuierez pour décider que ces taches sont de l'arsenic métallique? Sur une coloration infiniment petite? Mais, Monsieur, en opérant sur des masses, on ne se contenterait pas d'une telle réaction? mais, voyez donc! la coloration jaune par l'acide hydro-sulfurique ne vous suffisait pas tout à l'heure? il vous fallait, de plus, le complément de la réduction? et nous parlions en cela d'une opération en grand! Et maintenant, sans le complément de la réduction, et en opérant sur des infinitésimaux, la coloration *brique* vous suffit pour avoir droit de conclure à l'existence d'un empoisonnement! Cendres de Laubardemont, réchauffez-vous! il n'a manqué à votre gloire qu'un expert de l'aptitude de M. Orfila!

Mais parlons aux hommes de progrès, cela console, et démontrons leur que le *rouge de brique* peut signifier par le nitrate d'argent tout autre chose que l'arsenic.

Vous déposez une substance suspecte d'être une preuve d'empoisonnement, après les préparations voulues, dans l'appareil de Marsh, et vous obtenez des taches.

Vous dissolvez ces taches dans l'acide nitrique, si pur que vous pourrez vous le procurer, et vous faites évaporer cet infiniment petit sur une capsule; puis vous traitez le résidu par le *nitrate d'argent.*

S'il se décèle une coloration *rouge de brique*, serez-vous en droit de déclarer que ces taches étaient formées d'arsenic métallique que l'acide nitrique aurait transformé en acide arsénique? vous vous exposeriez à commettre une erreur!!!

Car on peut obtenir par le nitrate d'argent le même *rouge de brique*, surtout en petit, au moyen de substances qui ne sont rien moins qu'arsenicales; et pour ne citer qu'un cas que chacun pourra constater, et qui n'a pas subi la moindre dénégation: supposons que la tache proposée ne soit qu'une tache organique, provenant de la carbonisation d'une substance azotée et partant phosphatée, ce qui est inséparable (entendez-vous bien!); supposons maintenant que l'acide nitrique employé pour dissoudre la tache, si pur qu'on le suppose, renferme un peu de nitrate de fer; et quel récipient est exempt de fer en quantité minime? Après évaporation, cette tache se composera de phosphate d'ammoniaque et de nitrate de fer... Or, sur un pareil mélange, le nitrate d'argent est dans le cas de produire un précipité *rouge de brique*, analogue à celui que donne l'*arséniate d'argent*. Et il est dans la nature bien d'autres mélanges qui peuvent, sans un atome d'arsenic, fournir un résultat aussi terriblement équivoque! Hommes de progrès, hâtez-vous de désapprendre les élémens de l'Ecole! l'humanité vous l'ordonne, et l'humanité n'a jamais en vain fait un appel à votre raison. Désapprenez, car votre doyen lui-même s'amende; il s'amende à sa manière, il est vrai, en s'emparant des dépouilles du vaincu.

M. Orfila, fort prévoyant sur l'avenir, et bien averti, [illegible] *Gazette des Hôpitaux*, sur les réactions amphibologiques du nitrate d'argent, chante, chante, palinodie à petit bruit, à mots couverts, en phrases où nous pourrions relever autant de nonsens que de contre-sens, il fait le lit à sa réfutation future.

Nous lui avions révélé la puissance trompeuse des mélanges en fait de réactions colorantes. Nous avions, en effet, donné des exemples de cas où l'acide arsénique ne fournit plus la coloration *rouge de brique* par le *nitrate d'argent*. Aussi, M. Orfila, n'exige-t-il plus le *rouge de brique!* Homme prudent et bien avisé; il se contente d'un *jaune virant au rouge de brique*, et il annonce presque que les taches A et B, de Tulle, essayées par le nitrate d'argent, ne donneront qu'un tel jaune!!!

Un *jaune virant au rouge de brique!* Mais cette phrase est l'équivalent de celle-ci: un *blanc virant au noir.*

Un *jaune virant au rouge de brique!* Mais ce n'est ni *jaune* ni *rouge de brique*. Ce n'est ni un précipité *d'arsenite d'argent* qui est *jaune* (Ecrivez bien *arsenite*, S. V. P.) ni un précipité *d'arseniate d'argent* (Ecrivez bien *arseniate*, S. V. P.) qui est *rouge de brique*. Ce n'est donc ni l'un ni l'autre! Et parce qu'il n'est ni l'un ni l'autre, il est évidemment la signification légale, terriblement légale du dernier!

Faisons-nous donc un compromis de la chimie? une côte mal taillée? un *passez moi la rhubarbe, et je vous passe le séné?*

Messieurs les Elèves, par respect pour vous, qui avez été toujours si bons envers moi, je ne pousserai pas davantage sur ce point le doyen de l'Ecole, je ne veux pas soulever le manteau, qu'en passant, vous avez jeté sur le titre qu'il porte. Je me hâte de passer à mes erreurs scientifiques après avoir vidé un dernier petit bout de mes calomnies, qui se perd, comme la 20e, à la fin de ce long paragraphe calomniateur.

20e CALOMNIE. C'est M. Orfila qui parle d'un bout à l'autre: « Les taches de ces assiettes (dit M. Raspail) proviennent de la portion soluble des matières soumises, après l'exhumation juridique de septembre, à l'analyse chimique. »

R. Les taches de l'assiette A, répond M. Orfila, proviennent de l'estomac et du liquide des vomissemens, matières qui n'ont *jamais été inhumées.* »

M. Orfila a tout altéré dans ce bout de phrase.

Voici la nôtre, telle qu'on la trouve page 118 de notre *Mémoire à consulter*:

« En effet, d'où proviennent les deux assiettes A et B?

» De la portion soluble et liquide des matières soumises, après » l'exhumation juridique de septembre, à l'analyse chimique. »

« D'où provient la troisième C?

« De la portion *solide* de ces mêmes matières, de celle qui est restée sur le filtre. »

Voilà notre phrase, qui renferme la position d'un très grave dilemme.

Que va chercher M. Orfila, pour en détourner l'attention? Il se rejette sur l'exhumation juridique? et parce que nous avons dit que ces matières étaient le résidu de l'analyse ordonnée par la Cour, lors de l'exhumation juridique de septembre, il nous fait dire que ces substances provenaient toutes de l'exhumation. Laissons encore de côté ce procédé; passons à un autre.

« Les taches de l'assiette A, nous dit-il, proviennent de l'estomac et du liquide des vomissemens, matières qui n'ont jamais été inhumées. »

Je ne veux pas abuser, moi, d'une faute d'impression, c'est l'assiette B, que vous avez voulu dire sans doute. Car l'étiquette écrite sur l'assiette A, à Tulle, porte ces mots, que M. [illegible] transcrits sous ma dictée: *Arsenic retiré de la décoction des viscères.* Or, ces viscères provenaient bien de l'exhumation de septembre. Lisez le rapport des experts, pag. 71 de mon *Mémoire à consulter*. Enfin, ce n'est ni sur l'exhumation, ni sur l'autopsie que porte mon raisonnement, c'est sur la *solubilité* ou la *solidité* des substances soumises à votre examen; car les solides vous ont plus donné d'arsenic par le nitrate de potasse, mille fois plus que les liquides traités par l'acide nitrique, et c'est tout le contraire qui aurait dû arriver! N'allez donc pas détourner la question, en épiloguant sur une phrase incidente et accessoire, sur une date que vous transformez en une source de matériaux; car il ne faut pas d'autres procédés, aux yeux d'un juge, pour reconnaître la culpabilité d'un accusé, et ici l'accusé, c'est vous.

Laissons encore là votre culpabilité sur le chef des calomnies, et passons aux erreurs scientifiques que vous, M. Orfila, vous allez relever dans mon *Mémoire à consulter*. Il en fourmille! avez-vous écrit à la *Gazette des Tribunaux*. Ici, nous allons prendre pour juges des chimistes et des médecins. Faite provision d'assurance.

(La suite au prochain numéro.)

Errata du 22 décembre. — Page 597, 2e colonne, on a intercallé, entre le premier et le second alinéa de la lettre de M. Boris, la suite de la note (1) de M. Raspail, commençant au mot *quant*, et finissant au mot *judiciaires*. Le lecteur est prié de restituer ce paquet, en lisant, à son lieu et place.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Variole confluente. Emploi de l'emplâtre de Vigo.

Au n° 29 de la salle des femmes, est une malade âgée de vingt-neuf ans; elle est à Paris depuis trois mois; d'une assez forte constitution; elle dit qu'elle n'a jamais été vaccinée; et, en effet, elle ne présente point de traces du vaccin. Dimanche dernier, le 9, elle fut prise de douleurs lombaires fort aiguës et de maux d'estomac, de la céphalalgie; bientôt elle vomit en grande quantité des matières bilieuses jaunes et amères. Le mal de reins, dans la journée du 10, acquit une grande intensité, ce qui aurait déjà dû éveiller des soupçons sur la nature de sa maladie; mais on ne s'en douta pas avant le jour même de l'éruption des pustules, qui eut lieu le 12. Les maux de reins ont alors diminué; les vomissemens ont cessé, la céphalalgie a persisté avec son intensité primitive.

Actuellement, la face est entièrement couverte de pustules commençantes; elles sont au troisième jour de l'éruption; tout le corps en est couvert, et elles sont extrêmement nombreuses à la cuisse. Il en existe aussi dans la cavité buccale, sur la voûte palatine et dans le fond du pharynx. Le pouls bat 96 fois par minute; il y a un suintement purulent des yeux. La variole est donc très confluente. [illegible] il est à remarquer qu'elle est accouchée il y a trois mois, et que ses règles ont reparu ce matin. Ce rétablissement du flux menstruel, assez rare dans les circonstances où se trouve notre malade, est-il un bon signe? Espérons-le; mais nous avons souvent remarqué que la réapparition des règles dans le cours des phlegmasies, a été suivie de symptômes graves.

Quant au traitement général, nous n'avons pas d'indications très précises à remplir. Nous ne ferons pas de saignée; et disons ici, Messieurs, qu'il faut être très circonspect dans l'emploi des émissions sanguines au début de la petite-vérole; l'usage des purgatifs ne nous paraît pas non plus indiqué dans le cas actuel. Ce qu'il y a de plus important, comme nous avons affaire à une variole confluente, c'est de modifier, si cela est possible, l'éruption de la face. Ceci m'amène à vous entretenir de l'usage des mercuriaux à l'extérieur dans la variole. M. Briquet a publié, il y a quelque temps, les résultats intéressans de ses recherches à ce sujet. Il a préconisé l'application de l'emplâtre de Vigo. Cette application se fait spécialement sur la face; mais comme les boutons sont très nombreux au cuir chevelu, nous ferons faire sur cette dernière partie des frictions avec l'onguent mercuriel. Il y aurait, certes, un grand avantage à annihiler, dès son début, l'éruption variolique à la face; et, nous devons le dire, nous y sommes parvenus plusieurs fois à l'aide de l'emplâtre de Vigo, dont l'application, faite à temps, réussit à faire avorter les pustules.

Quant à l'effet général des mercuriaux, M. Briquet n'a pas répété ses expériences un assez grand nombre de fois, pour qu'on puisse dire si le mercure modifie ou non la marche de la maladie.

Réflexions. Nous avons déjà eu occasion (v. la *Gazette des Hôpitaux*, n° du 15 août) d'entretenir nos lecteurs de l'emploi de l'emplâtre de Vigo contre la difformité qui résulte des cicatrices des boutons varioliques. Nous en avons depuis vu les résultats dans un grand nombre de cas dans les hôpitaux de Paris (car on commence à s'en occuper sérieusement); nous l'avons mis en usage nous-même à plusieurs reprises, et nous pouvons affirmer que son emploi a toujours été suivi des plus heureux effets, toutes les fois que l'emplâtre a été employé à temps, et que la préparation a été convenablement appliquée.

Nous voyons [illegible] qu'on poursuit avec activité les expériences [illegible] en 1825 par M. Serres, et continuées avec [illegible] par M. Briquet, de l'hôpital Cochin; [illegible] convaincu qu'avant long-temps on par[illegible] établir un traitement efficace, spécifique [illegible] petite-vérole. De tout temps on a pris le [illegible] rieur dans cette affection; mais l'idée de l'extérieur n'était jamais venue à l'esprit des

On remarquait souvent que lorsque la petite-[...] attaquait des personnes qui avaient salivé sous l'in[fluenc]e du mercure, elle sévissait avec une moindre inten-

---

(1) On se rappellera que c'est moi qui les ai désignées ainsi dans *mon Mémoire* (pag. 116 et suiv.), afin d'abréger les citations.

sité. Ainsi, on trouve dans l'excellent ouvrage de Mason Good (*The Study of medicine*), un passage relatif à l'emploi du mercure dans la variole, qui aurait dû mettre les médecins sur la voie du traitement. Nous ne pouvons nous abstenir de traduire les opinions de l'auteur anglais, opinions qui ne nous paraissent nullement hasardées.

« Le mercure paraît avoir une influence *spécifique* sur l'action de la matière variolique, peut-être même sur la qualité de cette matière, comme cela arrive pour la syphilis; car le pus de la variole, étant trituré avec du calomel, perd la faculté de transmettre la maladie par inoculation, et l'on sait que ce même pus, très étendu d'eau, transmet parfaitement l'affection qui l'a fourni. Les expériences de *Won Wensel*, en Allemagne, sont concluantes à cet égard. Les médecins d'hôpitaux ont souvent remarqué que la petite-vérole a été très bénigne chez ceux qui en ont été atteints à la suite d'un ptialisme mercuriel; en Angleterre et en Amérique surtout, où l'usage du calomel est plus général qu'en France, l'inoculation de la variole a pu réussir, proportion gardée, plus souvent, et les accidens qui en ont résulté ont été moins graves, etc. »

MM. Serres et Briquet approuvent fort l'emploi des emplâtres mercuriels dans toutes les variétés de la petite-vérole, qu'elle soit discrète, confluente ou modifiée. On doit couvrir le visage entier d'un masque, ne laissant que des orifices pour la bouche, les narines et les yeux. Une petite quantité d'onguent mercuriel est appliquée sur les cils. Par suite de cette application, ou l'exanthème subit une révolution totale, ou bien il se convertit en vésicules ou en tubercules. La résolution, ou plutôt l'avortement de l'éruption, peut être primitive ou secondaire; les effets sont primitifs lorsque l'éruption est à l'éruption papulaire; de sorte que les papules, qui se seraient changées en pustules sans l'application de l'emplâtre, disparaissent complètement sous son influence.

Ceci est fort important, en ce qu'il indique l'emploi des mercuriaux dès que l'éruption se montre. Nous avons toujours remarqué (contrairement à ce qu'ont avancé MM. Serres et Gariel), que l'avortement n'a pas lieu lorsque les pustules sont en pleine suppuration. Toutes les fois que, sous l'influence du mercure, l'éruption prend la forme vésiculeuse, elle ne diffère guère en apparence de l'herpès. Les vésicules renferment une sérosité lymphoïde, et sont entourées d'une auréole d'un rose clair. Ce qui est digne de remarque, c'est que la peau, dans l'intervalle des vésicules isolées, est pâle, sans la moindre tension; elle n'est jamais enflée ni rouge, comme on l'observe dans les parties non recouvertes par l'emplâtre. La suppuration ne s'y manifeste jamais. La difformité n'est donc pas possible.

Nous appelons l'attention sur le cas de M. Chomel, car son résultat jettera probablement quelque lumière sur l'efficacité ou la non efficacité de l'emploi des mercuriaux lorsque la suppuration a déjà commencé. En effet, chez la malade couchée au n° 29 de la salle Saint-Bernard, l'éruption est arrivée à son troisième jour, les pustules sont ombiliquées: nous verrons si elles se modifieront; disons à ce sujet que M. Briquet diffère totalement de M. Serres. Le premier de ces praticiens nie l'efficacité du traitement, si on le met en usage après le troisième jour de l'éruption. Nous reviendrons très incessamment sur ce cas, que nous continuerons à suivre avec intérêt et attention.

Diagnostic obscur. Métrite post-puerpérale.

Au n° 30, de la salle Saint-Bernard, est une malade entrée hier, sur laquelle nous appelons toute votre attention. Elle offre à l'observation un de ces cas d'inflammation utérine qui survient un certain nombre de jours après l'accouchement et qui diffère essentiellement de celle qui arrive immédiatement après la naissance de l'enfant; car cette dernière espèce de métrite est presque constamment mortelle, tandis que la première est presque toujours exempte de dangers: elle est généralement produite par un écart de régime ou des règles hygiéniques. Nous lui avons donné le nom de *métrite post-puerpérale*.

La malade dont il s'agit est accouchée, il y a dix jours, à la Maternité. La grossesse avait été régulière. Nous lui avons demandé si elle s'était aperçue, pendant son cours, de quelque saillie anormale dans l'hypogastre; elle a répondu par la négative. Le lendemain de ses couches, qui ont été naturelles, elle a ressenti des douleurs dans le flanc gauche; une saignée a été pratiquée, à la suite de laquelle elle s'est sentie soulagée et a pu sortir de l'hôpital, le cinquième jour après l'accouchement. Elevons-nous ici, Messieurs, contre l'habitude qui existe à l'hospice de la Maternité, de permettre la sortie prématurée des femmes nouvellement accouchées; le terme même de neuf jours est beaucoup trop court, et nous pensons qu'un séjour de quinze à vingt jours doit être de rigueur. Nous avons journellement à déplorer cette funeste habitude qui donne lieu à des affections extrêmement graves.

Cette femme se portait assez bien en apparence, et a pu reprendre ses occupations le septième jour après l'accouchement. Le dixième jour elle fut prise de douleurs vives, qui siégeaient, cette fois, dans la fosse iliaque droite, et qui étaient accompagnées d'un mouvement fébrile intense. Au moment de son entrée à l'hôpital, la fièvre était forte, la peau chaude, le pouls à 102 pulsations; le ventre offre un certain degré de sensibilité à la pression. Nous avons procédé à l'exploration de l'utérus. L'introduction du doigt dans le vagin a été douloureuse, ce qui arrive presque toujours à la suite de l'accouchement, à cause de l'éraillement que cet organe subit lors de la sortie du fœtus. Nous avons constaté, par le toucher, l'existence d'une tumeur plate à la région iliaque droite, tumeur que nous avons pris, au premier abord, pour l'utérus même; et, en effet, il nous a été impossible, en appuyant avec la main gauche sur l'hypogastre, et en imprimant en même temps des mouvemens à l'utérus, de trouver des limites nettes entre la tumeur et le corps utérin. La tumeur paraît presqu'immobile dans la fosse iliaque. On parvient cependant à lui communiquer une légère impulsion qui se transmet à la matrice; mais cette impulsion est elle due à la contiguité ou à la continuité entre la tumeur et l'utérus? C'est ce qu'il est fort difficile de déterminer. Quoi qu'il en soit, quel que soit le siége de la tumeur, qu'elle occupe le corps utérin, l'ovaire ou le tissu cellulaire de l'excavation du bassin, les indications thérapeutiques sont les mêmes dans tous les cas. Le diagnostic, ici, n'est qu'une question secondaire. Le pronostic n'est pas grave, et il est plus que probable que les accidens phlegmasiques céderont promptement à l'emploi du traitement antiphlogistique et aux injections émollientes dans le vagin.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT FILS.

REVUE CLINIQUE DU 10 DÉCEMBRE.

Défloration d'une petite fille d'onze ans et demi. Apparition de plusieurs symptômes syphilitiques après quelques jours d'incubation.

Une jeune fille, âgée d'onze ans et demi, nous a été présentée à la consultation, dans l'un des jours derniers, pour une affection des organes génitaux. Elle avait été déflorée par un adulte, qui, d'après les renseignemens que nous avons obtenus, était parvenu à accomplir l'acte de la copulation. Les efforts avaient dû être violens et réitérés, à en juger par l'état des parties; car la vulve, qui était tuméfiée, se présentait sous la forme d'une tumeur violacée, offrant une ouverture à son centre, ce qui lui donnait une ressemblance assez exacte avec le col de l'utérus d'une femme adulte. La membrane hymen était déchirée, et un écoulement séro-muqueux se faisait par le vagin.

La condition pathologique des parties génitales externes se présentait, quant alors, sous les caractères d'une simple inflammation; ce qui nous amena à prescrire seulement des applications émollientes, avec le soin, toutefois, en renvoyant cette petite fille, d'engager les parens à se tenir sur leurs gardes relativement aux accidens qui pourraient se manifester ultérieurement, et pour lesquels il serait nécessaire de réclamer promptement les secours de la chirurgie.

Ce conseil n'avait pas été donné inutilement aux parens de cette jeune fille, puisqu'hier on nous l'a amenée de nouveau avec des chancres, des pustules plates humides et un commencement d'engorgement des ganglions de l'aine.

Nous avons immédiatement cautérisé avec le nitrate d'argent, et en même temps, nous avons prescrit à l'intérieur le proto-iodure de mercure à la dose d'un quart de grain matin et soir.

Brûlure en voie de guérison. Croup suivi de mort,

Nous avons perdu la petite fille qui était couchée au n° 13 de la salle Sainte-Thérèse, et qui avait été amenée à la clinique pour une brûlure. Il y a quelques jours qu'elle fut prise d'un mal de gorge dû à une angine couenneuse, dont les progrès n'avaient pu être enrayés ni par le jus de citron, ni par le nitrate d'argent; bientôt des symptômes de croup annoncèrent la formation de fausses membranes dans le larynx; mais ces symptômes étaient faibles, et il n'y avait nullement menace d'asphyxie, circonstance qui éloignait nécessairement la pensée d'en venir à une opération chirurgicale. La maladie cependant faisait de lents progrès contre lesquels nous avons vainement opposé, outre la cautérisation, les frictions avec l'onguent mercuriel et le calomel à l'intérieur: la mort est arrivée sans que la petite malade ait présenté les symptômes de suffocation qui, dans le croup, déterminent le chirurgien à pratiquer la trachéotomie. L'autopsie nous a fait reconnaître l'existence de fausses membranes dans le larynx et dans la trachée-artère.

Lithotritie. Complication de croup.

Chez le petit malade couché au n° 9 de la salle Saint-Côme, qui a été soumis, il y a sept semaines à une première séance de lithotritie, et qui a eu une orchite, il est survenu une nouvelle complication plus grave encore, le croup. Il urinait bien, par un jet non interrompu, et nous nous apprêtions à faire une nouvelle exploration pour nous assurer s'il était totalement débarrassé de son calcul, lorsqu'il a été pris des symptômes du croup, qui a commencé par le développement de fausses membranes sur les amygdales.

Négligeant l'emploi des sangsues dont l'insuffisance en pareil cas nous est bien connue, nous avons eu recours de suite aux purgatifs, aux vomitifs et aux frictions mercurielles, et en même temps nous avons touché les productions membraneuses avec la dissolution de nitrate d'argent.

Malgré cette médication active, le croup a continué à faire des progrès, et aujourd'hui la voix est striduleuse et presque entièrement éteinte. Ces symptômes ne laissent presque pas de doute relativement à l'existence de fausses membranes dans le larynx. Cependant, les organes thoraciques accomplissent bien leurs fonctions, quant à présent, et attendu qu'il n'y a pas menace d'asphyxie, et eu égard à l'âge du sujet, qui rend possible l'expectoration des fausses membranes, nous croyons devoir ajourner l'opération toujours très grave de la trachéotomie.

La dissolution du nitrate d'argent, que nous employons dans ce cas, est composée dans les proportions de 40 centigrammes de ce sel sur 31 grammes d'eau distillée (huit grains sur une once). Cette dissolution est portée sur les points indiqués, au moyen d'une éponge fixée à l'extrémité d'une tige en baleine, et nous tâchons d'en faire entrer dans l'intérieur du larynx.

En même temps, nous faisons continuer les frictions mercurielles, les loochs hémétisés et les boissons adoucissantes; le malade ne prend pour toute nourriture que du lait et du bouillon.

Taille bi-latérale. Guérison complète au vingtième jour.

Le petit malade couché au n° 24 de la salle Saint-Côme, que nous avons opéré de la pierre il y a vingt jours, peut être considéré aujourd'hui comme étant complètement guéri. Il pisse à plein canal, et pas une seule goutte de liquide ne suinte par la plaie.

Cet enfant sortira prochainement, et nous avons d'autant plus hâte de le renvoyer, que les complications sont très faciles et malheureusement fréquentes à l'hôpital. Ceci nous amène encore à préférer généralement, chez les enfans, la taille à la lithotritie; puisque le premier intérêt est de les garder à l'hôpital le moins long-temps possible, et que par la première de ces opérations ils se trouvent plus promptement guéris.

REVUE CLINIQUE DU 17 DÉCEMBRE.

Défloration; affection syphilitique; amélioration.

C'est quinze jours après notre première consultation, que des chancres et des pustules plates, humides, se sont manifestés à la face interne de la vulve, chez la petite fille du n° 11 de la salle Sainte-Thérèse, qui a été déflorée. A la suite des cautérisations que nous avons pratiquées, le gonflement du ganglion inguinal a manifestement diminué.

Nous continuons chez elle l'emploi du proto-iodure de mercure à l'intérieur, auquel nous faisons associer la salsepareille avec le sirop de Cuisinier. Aujourd'hui nous allons pratiquer une troisième cautérisation, qui sera probablement la dernière.

Lithotritie; complication de croup; mort; autopsie.

Nous avons à regretter la perte du petit malade couché au n° 9 de la salle Saint-Côme, chez lequel le croup était venu compliquer la lithotritie.

Sans revenir sur son histoire, et sur ce que nous avons fait pour lui depuis son entrée à l'hôpital, nous rappellerons succinctement que trois séances de lithotritie ont été pratiquées, lesquelles nous avaient semblé avoir été en grande partie infructueuses. L'autopsie nous a démontré que nous nous étions mépris à cet égard, et que la grande friabilité du calcul avait été cause de cette erreur de notre part.

Au nombre des accidens que nous avons eu à combattre chez ce jeune sujet, nous rappellerons l'arrêt à plusieurs reprises de fragmens dans l'urètre, et d'un, parmi eux, fixé à la fosse naviculaire, lequel ayant éludé toutes nos manœuvres, exercées tantôt avec des pinces, tantôt avec la curette articulée, nécessita le débridement du méat urinaire.

Un accident plus grave encore fut le développement d'une orchite suivie d'abcès, mais qui avait fini par céder aux moyens employés, après avoir entravé toutefois le traitement de la manière la plus fâcheuse. La vessie était simultanément affectée de catarrhe, fournissant des urines abondantes pourvues de mucosités, voire même quelquefois de stries sanguinolentes. Au demeurant, cet accident même, qui donnait lieu de craindre la persistance de quelques fragmens lithiques dans la vessie, ce dont nous ne pouvions nous assurer, l'orchite s'opposant à toute sorte d'exploration, cet accident, disons-nous, disparaissait, lorsque, par suite de l'augmentation du froid, le petit malade commença à tousser.

Cette toux se rattachait à une angine tonsillaire qui ne tarda pas à se compliquer de la formation de fausses membranes. Le jus de citron fut de suite employé, et, par suite de son insuffisance, le nitrate d'argent dissous dans la proportion que vous connaissez, avec le soin d'en faire pénétrer autant que possible dans l'intérieur du larynx, nous conformant en cela au conseil donné par M. Bretonneau.

Mardi dernier l'aphonie était complète; toutefois la respiration n'était pas laryngo-trachéale. La respiration, d'autre part, se faisait entendre dans la presque totalité de l'étendue du poumon. Les frictions mercurielles autour du cou avaient été employées dans ce cas également, ainsi que le calomel à l'intérieur. L'auscultation démontra que la surface respirante du poumon diminuait graduellement, tandis que l'affaissement faisait des progrès. En attendant, nous avions fait appliquer quatre vésicatoires volans; deux à la partie antérieure, deux à la partie postérieure du thorax, et le malade faisait usage en même temps de loochs kermétisés. La mort est survenue hier, sans étouffemens, sans suffocation, sans bruit laryngo-trachéal, et par le seul progrès de l'affaissement.

A l'autopsie, nous avons trouvé les caractères d'une inflammation extrêmement intense de la membrane muqueuse du larynx, de la trachée-artère et des grosses bronches; cette membrane était épaissie sur plusieurs points, mais elle n'a pas présenté la moindre trace de fausse mem-

brane; enfin des ulcérations nombreuses se faisaient remarquer sur cette membrane. Les deux poumons étaient enflammés, et la pneumonie siégeait principalement en avant et sur les parties latérales.

En résumé, ce malade a succombé par suite d'une laryngo-trachéo-bronchite avec ulcération, à laquelle est venue s'ajouter dans les derniers temps une pneumonie double.

Une circonstance remarquable dans le résultat fourni par cette autopsie, c'est l'absence totale de fausses membranes dans les voies respiratoires. Le traitement que nous avons mis en usage est celui qui est conseillé par M. Bretonneau, et que mon père suit également. Nous avons à nous demander ici, si dans les tentatives que nous avons faites pour soulever l'épiglotte et pour faire arriver une partie de la dissolution caustique dans le larynx, nous avons réellement atteint ce but; et si, dans ce cas, ce ne serait pas le nitrate d'argent qui aurait donné lieu à la formation des ulcérations.

Nous croyons pouvoir répondre négativement sur ce point: puisque nous avons eu occasion d'employer plusieurs fois ce même moyen sans qu'il nous ait jamais donné un semblable résultat. Nous pensons que c'est la marche forcée de l'inflammation qui a entraîné cette fâcheuse complication, et par suite la mort.

L'appareil urinaire a été trouvé en assez bon état. La vessie ne renfermait pas le moindre fragment lithique. L'urine qui y était contenue était catarrhale et tenait en suspension un petit lambeau pseudo-membraneux. La membrane muqueuse présentait les caractères chroniques de son inflammation.

Que devons-nous conclure de ce fait? Assurément on ne peut pas attribuer à la lithotritie une influence directe sur la mort du sujet, car la tristesse d'abord, et surtout l'air de l'hôpital ont puissamment contribué au développement de la complication dernière qui a amené cette issue funeste. Cependant, de ce cas de lithotritie et de celui dont vous avez été témoins naguères, on peut conclure que, dans les hôpitaux, la lithotritie doit être généralement proscrite chez les enfans, puisque la longueur du traitement qu'elle entraîne et qui rend nécessaire le séjour prolongé des malades à l'hôpital, les expose à une foule de complications. Chez le premier, nous avons eu à combattre une pleuro-pneumonie; le second a été entraîné par le croup. K...

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 22 décembre.

Strabisme. A l'occasion du procès-verbal, M. Velpeau prend la parole pour rectifier ce qu'il avait dit dans la dernière séance concernant le strabisme. J'ai, dit-il, parlé de sept individus que j'avais opérés et dont un a guéri tout à fait et d'une manière durable: les six autres n'ont été guéris que pendant quelques semaines seulement; au bout de ce temps, l'œil a commencé à se tourner en dedans, et le strabisme a fini par se reproduire en partie; de sorte qu'ils n'ont éprouvé qu'une légère amélioration. Je tiens à rectifier ce fait, car on avait mal saisi ce que j'avais dit; je n'ai pas voulu par là blâmer l'opération en elle-même. M. Velpeau se plaint de ce que quelques personnes ont saisi l'occasion de ce qu'il avait dit pour faire un grand fracas dans les journaux politiques et dans quelques journaux de médecine, exagérant les faits d'une manière étrange et parlant de leurs résultats comme de choses merveilleuses. L'opération est en elle-même extrêmement simple et facile: quelques personnes arborent pourtant déjà le drapeau de leur rare habileté opératoire et de leurs succès.

— *Faits divers. M. Rochoux* communique en quelques mots un cas de brûlure très étendue au crâne, aux mains, aux avant-bras et aux bras. Les phalanges sont tombées, et, chose étonnante, malgré ces désordres profonds et étendus, le malade vit depuis plusieurs jours et ne paraît pas souffrir beaucoup.

M. Nacquart parle d'un cas analogue qui s'est terminé par la guérison. Les bruits qui régnaient dans la salle et la voix peu distincte de ces deux orateurs nous ont empêché de bien saisir les détails circonstanciés de ces deux observations.

— *M. Larrey* présente un militaire de la vieille armée qu'il a rencontré au cortége funèbre de l'empereur et qu'il avait guéri d'un coup de feu à la cuisse accompagné de fracture comminutive du fémur, à l'aide de l'appareil inamovible. Ce fait a paru remarquable à cause de la fracture, car on sait qu'on compte à peine quelques guérisons sans amputation dans les cas de ce genre, et que le précepte reçu en pareille circonstance est d'amputer sur-le-champ. Chez ce militaire, une portion du fémur, longue de plusieurs pouces, était sortie nécrosée par la plaie. M. Larrey dit que plusieurs militaires qui se trouvent actuellement à l'Hôtel des Invalides ont été guéris par lui de la même manière de blessures pareilles à la cuisse.

— *M. le président* fait part à l'Académie que le jour de la cérémonie funèbre de l'empereur, une députation de dix membres tirée au sort y a assisté, et a pris, dans l'église de l'Hôtel des Invalides la place qui lui avait été réservée par ordre du ministre de l'instruction publique.

Une seconde députation a été nommée pour accompagner jusqu'à sa dernière demeure les restes mortels d'Esquirol.

M. Pariset ayant prononcé un discours sur sa tombe, a été invité à en donner lecture. Cette lecture a été applaudie.

— *M. le Président* donne lecture d'une lettre déposée sur le bureau. Cette lettre est de l'auteur du mémoire n° 5 du concours pour le prix Civrieux. On se rappelle que l'Académie avait accordé une mention honorable à l'auteur de ce mémoire; mais le nom était resté inconnu, l'ouverture du billet cacheté n'ayant pu être faite sans l'autorisation de l'auteur. Aujourd'hui l'auteur donne le signalement de son mémoire par l'épigraphe, et demande qu'on décachète son nom. M. le Président ouvre, en présence de l'Académie, le paquet cacheté: l'auteur est M. le docteur Gillette, médecin distingué à Paris, rue Sainte-Marguerite, secrétaire de la Société médicale d'Emulation (1).

— *M. Londe*, au nom de M. le docteur Canu, médecin à Yvetot, communique une note sur une malade atteinte d'hydropisie, contre laquelle avaient échoué toutes les ressources de l'art et du charlatanisme (elle avait pris dans l'intervalle de soixante jours 15 bouteilles de la drogue Le-oy), et à laquelle malade M. Canu a pratiqué 866 fois la ponction à la suite de ces ponctions répétées tous les six, huit, dix ou douze jours, et qui ont produit le volume énorme de 173 h. 30 litres, ou 52 muids normands; la malade a guéri complètement.

Renouvellement des membres du Bureau. — Le reste de la séance a été consacré au renouvellement des membres du bureau. Ont été élus:

Président: M. Roux.
Vice-président: M. Fouquier.
Secrétaire annuel: M. Gérardin.

Séance levée après cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

(Dix-huitième séance publique. — Mercredi 23 décembre.)

Epreuve orale après trois heures de préparation.

MM. Laugier et A. Thierry: *La taille hypogastrique.*

— Le bruit court qu'une décision est ou va être prise pour que désormais les concourss aux places de professeurs dans les Facultés de médecine et de droit de tout le royaume aient lieu et soient jugés à Paris.

Les motifs donnés pour cette modification sont la faiblesse de certains concours, et même l'insuffisance, dans quelques cas où la nomination n'a pu être faite.

On pourrait sans peine trouver un autre motif à cette mesure; nous reviendrons sur ce sujet.

— Les candidats dont les noms suivent sont admis à prendre part aux concours pour le professorat, qui s'ouvriront le 5 janvier prochain à l'hôpital de perfectionnement.

Pour la médecine. — MM. Cazalès, Martin, Mialhes, Camba, Rulh, Laveran et Champouillon, médecins-adjoints.

Pour la chirurgie. — MM. Leclerc, Bernet, Bonnafont, Guliano dit Castano, chirurgiens majors; Salleron, Marchal, Scriv..., Gama, Goffres et Maignien, chirurgiens aides-majors.

Pour la pharmacie. — MM. Poggiale, pharmacien-major, Millon, Choulette et Goldscheider, pharmaciens aides-majors.

En outre, les candidats qui, à la suite du concours du 21 de ce mois, auront été reconnus aptes aux emplois de médecin adjoint, auront la faculté de se présenter au concours pour les emplois de médecin-professeur.

— Les mesures sont arrêtées pour la création d'hôpitaux militaires à Belfort et Saint-Denis. MM. Aulagnier, médecin ordinaire, Grémaud, chirurgien principal, Herpin, pharmacien-major, et Gouvion, officier d'administration comptable, sont désignés pour diriger en chef ce dernier établissement.

— Un rapport du général Schramm, en date du 16 novembre dernier, relatif aux expéditions qui ont eu lieu récemment en Algérie, cite avec éloges M. Delahaye, chirurgien sous-aide (blessé

---

(1) On nous assure que ce mémoire avait mérité l'approbation de la commission, et que le prix lui avait déjà été adjugé par moitié avec un autre mémoire. Dans la séance suivante cependant l'un des membres de la commission a cru devoir faire casser l'arrêté précédent et disposer autrement les choses. (*N. du R.*)

Paris, imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard 36.

SAMEDI 26, ou MARDI 29 DÉCEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 152, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9, fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

RÉFUTATION

DE LA RÉPONSE DE M. ORFILA (13 décembre 1840),

aux écrits de M. RASPAIL (1er octobre) sur l'affaire de Tulle;

PAR F.-V. RASPAIL.

(Suite du numéro précédent.)

§ II. ERREURS SCIENTIFIQUES.

Dans le premier paragraphe, M. Orfila a démontre... à sa manière... que je suis, à son égard, coupable d'allégations fausses et calomnieuses; et que, partant, ma réputation d'homme de bonne foi doit être désormais réduite au néant aux yeux du pays.

Voici de quel exorde il fait précéder la démonstration de mes erreurs scientifiques, et comment il avertit mon pays de ne plus ajouter la moindre confiance au peu de connaissances que j'ai acquises à une autre école que la sienne. Je transcris :

« Si, après avoir énuméré les principaux faits controuvés et les allégations offensantes, nous passons aux erreurs scientifiques, nous verrons que le champ n'est ni moins vaste, ni moins affligeant. Nous n'avons pas la prétention de les avoir toutes relevées; mais il suffira de celles que nous citons pour donner la mesure de la confiance que doit inspirer M. Raspail comme chimiste. »

Je ne puis pas répondre des erreurs que M. Orfila veut bien ne pas relever. Je ne m'attacherai donc qu'à celles qu'il relève; je parlerai à des hommes instruits, mais de manière à me faire comprendre de ceux qui sont moins familiarisés avec ces sortes de matière.

A ceux-ci je ne dirai pas : Vous ne connaissez pas la chimie, attendez, je vais vous prendre pour juges d'une discussion chimique; mais je leur dirai : Vous êtes hommes de sens, de raison et de bons procédés, je vais vous parler votre langage, et m'adresser à vos habitudes de raisonner. Je serai long, peut-être; excusez-moi; j'ai à réfuter un homme qui ne garde aucune mesure et se joue du raisonnement. Excusez-moi, Messieurs, ma mission est pénible, mais elle est sacrée; je veux dépouiller l'accusation d'une arme à deux tranchans, que pourraient manier un jour des mains trop déloyales; je veux préserver la défense d'un moyen d'accusation qu'il n'est pas à son pouvoir de dévoiler et de pulvériser en face de la justice. Je plaide ici pour l'avenir, humilié de ma faiblesse, sans doute, de mon ignorance dans un art que l'homme le plus studieux meurt sans savoir en entier; mais je me sens encouragé par cette idée, que, dans tous les siècles, le zèle des ignorans a plus servi la cause de l'humanité que l'orgueil des savans de la terre; que douze pauvres pêcheurs ont plus offert de consolations aux pauvres opprimés que les puissans n'ont, en se jouant, enfoncé d'épines dans leur front courbé sous la hache; j'ai foi, dès-lors dans les inspirations de mon ignorance; je prends alors *ma besace et mon bâton blanc*, pour voler au secours de qui m'appelle, grand ou petit, pourvu qu'il souffre, comme moi; et la justice des hommes m'écoute, me protége contre les superbes, et me dit : « Parle, parle-nous, pauvre ignorant, ton ignorance nous va mieux au cœur et à l'esprit que toute leur vaine science; parle en face du Christ que tu vois appendu au-dessus de nos têtes; du Christ que les superbes ont mis en croix; apprends-nous à être humains, même envers le coupable, à douter de sa culpabilité, même contre les assertions de l'homme qui sait tout; on n'a jamais à se repentir d'avoir pu errer avec toi; mais quel repentir pourrait laver le tort d'avoir erré avec l'autre?— »..

Et quand je parle l'on m'écoute, et quand j'écrit l'on me lit; et ces savans n'osent me répondre que lorsque de hautes convenances ne me laissent plus le droit de parler.

Où sont mes torts, Messieurs, je vous le demande? Où est ma faute, à moi qui me contente d'obéir?

Mais, dira-t-on, nous n'attaquons pas vos torts, nous nous en prenons à votre ignorance. Ne nous combattez plus, nous, Orfila, qui en savons plus que vous; car un homme capable d'écrire les erreurs que nous allons relever, ne saurait inspirer la moindre confiance à la justice.

A ces mots la défense m'ordonne de relever le gant que me jette le maître. En garde, prince de la science! je suis prêt. Notre arène va être transportée dans le *champ vaste et affligeant* des erreurs scientifiques. En garde! et tenez-vous bien; je me sens dans l'esprit toutes les forces de mon cœur : je commence :

Première erreur. 1° « La réduction en phosphore, dit M. Raspail, du phosphate ammoniacal, ne s'opère jamais, sur les charbons incandescens, sans répandre une odeur d'ail. (P. 41.) »

Réponse de M. Orfila. Si l'on prend un charbon incandescent, et si l'on projette dessus un peu de phosphate d'ammoniaque, en opérant comme on a coutume de le faire pour reconnaître l'arsenic, on ne réduit jamais le phosphate, et il ne se dégage pas de phosphore; le sel perd l'ammoniaque, dont l'odeur est bien différente de celle de l'ail, et l'acide phosphorique reste incomposé sur le charbon qu'il a éteint. »

J'éprouve un certain embarras à répondre à de pareilles choses, à de pareils tours d'écolier; il me faut descendre si bas dans les élémens pour ramasser ce gant-là; mais enfin j'y suis forcé. Que nie donc M. Orfila, en tout ceci? Niera-t-il que le phosphate d'ammoniaque se décompose plus ou moins complètement en phosphore, en acide carbonique et en d'autres produits dus au dégagement de l'ammoniaque, quand on le traite par le charbon porté à l'incandescence? Mais il nierait alors la décomposition du phosphate de chaux par le charbon, procédé par lequel on obtient tout le phosphore qui se verse dans le commerce.

Le phosphate ammoniacal est donc susceptible de donner du phosphore par l'action des métalloïdes et par celle du charbon incandescent!

Si le phosphore se dégage, on obtiendra l'odeur d'ail, cela est indubitable!

Où est donc notre erreur?

Attendez : M. Orfila prend, dit-il, du *phosphate ammoniacal cristallisé* qu'il projette sur un charbon de l'âtre. L'eau de cristallisation éteint le charbon, détruit l'incandescence, rend impossible ainsi la réduction de l'acide phosphorique en phosphore, et partant le dégagement de l'odeur d'ail.

Admirable! sans doute sur un charbon éteint, la réduction du phosphate est impossible! sans doute avec son eau de cristallisation, le phosphate ammoniacal éteindra le charbon : mais qui vous a parlé de prendre du phosphate ammoniacal cristallisé pour le projeter sur un charbon qu'il éteint?..... Moi?..... Mais lisez mieux la phrase : vous avez commis une altération de texte, que je vous pardonne, puisque sans elle il ne vous était pas possible de trouver une erreur. Mais permettez que je rétablisse ma phrase telle quelle se lit à la page 41 de mon *Mémoire à consulter.* « La réduction en phosphate du phosphore ammoniacal, *sel si abondant dans les substances organiques*, ne s'opère jamais sur les charbons incandescens sans répandre une odeur d'ail. »

Vous avez soin de supprimer ces mots : *sel si abondant dans les substances organiques*. Car tout le monde aurait vu que je ne parlais pas ici du *phosphate ammoniacal cristallisé*, mais du phosphate ammoniacal qui se trouve combiné avec les matières organiques, celle du cerveau par exemple, et que j'expliquais alors de la manière la plus naturelle (ce qui n'est pas dans vos élémens) l'odeur d'ail que répandent, sur des charbons incandescens, une foule de substances organiques qui ne sont pas arsenicales, et l'odeur même de l'ail, qui n'a pas d'autre origine, soyez-en sûr, chez l'ail lui-même, que la décomposition des phosphates, sous l'influence de la végétation, ou bien de la puissance végétative. Mais laissons ces explications théoriques, et arrivons au fait.

Nierez-vous maintenant que le phosphate ammoniacal dont est imprégnée une substance organique oléagineuse puisse se décomposer sur un charbon incandescent? Mais, voyez donc! le charbon ne s'éteindra pas : bien loin de là : son incandescence sera activée, et de plus la substance organique qui est associée, molécule à molécule, avec le phosphate, lui fournira, molécule à molécule, une nouvelle quantité de charbon pour se décomposer; l'odeur d'ail se dégagera donc, et on la démêlera dès que le dégagement ammoniacal et empyreumatique aura cessé de masquer cette odeur.

Car la substance brûlera avec flamme, comme brûlent les substances oléagineuses. L'acide phosphorique se trouvera donc constamment dans les deux conditions qu'il réclame pour se décomposer : 1° en contact avec du charbon; 2° en contact avec un charbon incandescent et non éteint. Nous ne le nierez pas, je pense, quoique je vous croie capable de bien d'autres dénégations.

Pourquoi donc alors altériez-vous la phrase par une suppression de mots? Et pourquoi trompiez-vous le public en me faisant dire toute autre chose que ce que j'ai dit et que ce qui est vrai? Vous avez parlé d'un *champ affligeant!* Qui l'a rendu tel, si ce n'est le champion à cheveux blancs, le doyen de l'Ecole, qui a recours à de tels procédés, pour avoir deux minutes l'air d'avoir raison? Qui vous avait parlé, Monsieur, de *phosphate d'ammoniaque cristallisé* et éteignant le charbon?

Deuxième erreur. 2° « Dans l'affaire de Dijon, j'ai fortement » blâmé M. Orfila, dit M. Raspail, *pour avoir dit* que les experts » du pays auraient dû attendre un temps suffisant *pour* s'assurer » que l'acide sulfhydrique ne donnerait pas un précipité jaune » après plusieurs jours. (Ces Messieurs avaient attendu trois heures.) J'ai blâmé la sévérité de ces exigences et la haute importance que M. Orfila attachait à cette indication (p. 50 et 51). »

RÉPONSE DE M. ORFILA : « Il n'est pas un expert *instruit* qui ignore que souvent, lorsqu'on fait passer du gaz acide sulfhydrique dans un liquide notablement gélatineux et peu arsenical, on est obligé d'attendre 10, 20, 30 et 40 jours avant que le sulfure d'arsenic soit déposé. »

Vous me prêtez encore là, Monsieur, une contexture de phrase qui n'est pas la mienne : je n'ai jamais exprimé ma pensée d'une manière aussi blessante pour des oreilles françaises. Après cette altération de texte, qu'avez vous donc voulu altérer dans la pensée? que combattez-vous? que soutenez-vous? où est donc l'erreur d'un expert qui n'est pas instruit? Qui vous a nié que le précipité, par le courant de gaz acide hydrosulfurique, soit lent à se montrer? Qui vous a dit que ce phénomène, auquel dans le principe vous attachiez une si grande importance, ne tarde pas 10, 20, 30, 40 jours et même deux mois, si vous le voulez, à se montrer? Mais que deviennent alors les expertises de 24 heures? celles où l'on dit aux juges : Demain nous vous ferons notre rapport, et où, le lendemain, on tient parole.

Mais qu'est-ce donc, en médecine légale qu'un réactif dont on est obligé d'attendre la faible, l'infiniment faible indication, 10, 20, 30 et 40 jours, dans un laboratoire souvent improvisé, avec des appareils souvent ouverts à toutes les poussières?

Surtout quand le précipité jaune peut n'être, au bout du compte, qu'un précipité de flocons organisés, qu'un mélange de savon et de soure, qui, dans le tube à réduction sera capable de vous donner un *miroitement métallique* légalement trompeur? Voilà en quoi je vous blâmais alors, et je ne croyais plus avoir à vous blâmer. Mais, je le vois, vous êtes incorrigible. Dès qu'on dit un *oui*, il faut irrésistiblement que vous répondiez *non*. Conservez votre défaut, mais n'altérez plus des phrases; car c'est pire que d'altérer une pensée; c'est une sottise, et permettez-moi de continuer d'inviter les experts à ne plus croire à l'infaillibilité du procédé par l'acide hydrosulfurique, alors même qu'ils auraient la patience et le temps d'attendre dix, vingt, trente et quarante jours, et qu'ils n'arriveraient pas de Paris, pour en finir en vingt-quatre heures.

Troisième erreur. 3° « Les résultats obtenus par l'emploi de l'acide hydrosulfurique sont considérés aujourd'hui, dit M. Raspail, comme les plus équivoques de ceux qui ont pour but de constater la présence de l'arsenic dans une substance incriminée; il s'ensuit que les résultats affirmatifs que les experts auront pu obtenir, dans cette expertise par l'emploi de ce procédé, doivent être considérés comme n'ayant aucune valeur chimique, et partant aucune valeur judiciaire. » (Pag. 49 du *Mémoire à consulter.*)

Réponse de M. Orfila. Cela n'est pas exact; loin de là; les résultats qu'on obtient par l'emploi de l'acide sulfhydrique sont considérés *comme les meilleurs* que l'on puisse obtenir, *dans la plupart des cas*, pourvu qu'on retire ensuite le métal du sulfure jaune d'arsenic, dont il détermine la formation, et que l'on ne se borne pas à constater que cet acide colore les liqueurs en jaune, et qu'il fait naître des précipités de même couleur. Nous demanderons à M. Raspail, *dans quel ouvrage* il a lu ce qu'il annonce? Nulle part, excepté dans ses écrits. *Sans doute*, depuis quelque temps, on a recours de préférence à l'appareil de Marsh, *lorsqu'il s'agit de déceler des atomes d'arsenic* mélangés à beaucoup de matière animale; mais c'est parce que, dans ce cas, il faudrait quelquefois attendre un mois, pour obtenir, avec l'acide sulfhydrique, un précipité de sulfure d'arsenic, *qu'on pourrait même ne pas en obtenir du tout par l'action de ce réactif*, et que d'ailleurs l'appareil de Marsh est *un peu plus sensible* que l'acide sulfhydrique. *Tout cela se réduit à dire* : cet acide est un puissant moyen de déceler l'arsenic qu'il faudra *presque toujours* employer; mais il est des cas où l'appareil de Marsh vaut mieux. »

Je rappelle à mes lecteurs que j'ai transcrit littéralement ce passage; je n'ai pas l'habitude d'altérer en citant. Relisez-le, s'il vous plaît, de tête reposée; et puis, dites-moi ce qu'il signifie.

L'emploi de l'acide hydrosulfurique est un puissant moyen de déceler l'arsenic, mais il faut attendre souvent un mois pour obtenir du sulfure d'arsenic, et *on peut même ne pas en obtenir du tout (sic)! L'appareil de Marsh*, qui, en deux minutes est dans le cas de vous donner des taches arsenicales, n'est considéré que comme un peu plus sensible que le courant d'hydrogène sulfuré, qui ne vous répond qu'au bout d'un mois, et qui souvent, même sur une substance arsenicale, ne vous répond rien du tout!

Il faudra presque toujours l'employer! Et depuis un an, M. Orfila ne l'a pas employé une seule fois peut-être! et à Tulle, il ne l'a pas employé du tout! Oh! tenez, dans ce galimathias chimique, je ne saurais voir (et c'est parce que je veux prendre toujours les interprétations les moins défavorables à votre amour-propre) dans ce galimathias, je ne saurais voir *qu'un remords*... pour avoir si souvent, il y a quelques années, prononcé en justice sur les indications d'un réactif aussi trompeur! Vous vous débattez contre ce remords; permettez-moi de tirer le voile sur ces accès convulsifs; j'ai pitié de ceux qui souffrent, et ces principes d'indulgence, Monsieur qui m'interrogez, je les prends dans mon cœur autant que dans mes écrits, ces écrits que vous êtes forcé de copier, Monsieur, de votre propre main, dans vos ouvrages classiques, et malheureusement pour *vos ouvrages*, je n'ai pas encore fini de tout écrire.

Je laisse donc là votre acide sulfhydrique; j'en ai assez dit plus haut pour en préserver les jeunes experts à qui nous parlons tous les deux en ce moment.

Quatrième erreur. 4° Un centimètre carré d'un papier peint en vert, dit M. Raspail, est dans le cas, par l'appareil de Marsh, de couvrir vingt assiettes peut-être de taches arsenicales, p. 17. »

Réponse de M. Orfila. « Ce fait n'est pas exact, car c'est tout au plus si, avec une pareille quantité de ce papier, et en opérant, comme on a l'habitude de le faire, avec tout le soin possible, on retire *trois* ou *quatre petites taches* jaunes *à peine* arsenicales. »

Je n'insisterai pas sur la suppression de ces mots : *un millimètre carré d'une pareille boiserie*, qui (pag. 17) suivent le mot *papier*; je veux être indulgent sur les altérations de texte.

Je sens combien ces révélations du rôle que peut jouer le hasard, au moyen des débris de papiers peints en vert et des boiseries vertes, dans un cas d'accusation d'empoisonnement, je sens, dis-je, combien ces révélations que j'exprimais pour la première fois, à Dijon, en face de la justice, doivent peser lourdement dans la mémoire de l'expert que je combats. Pourquoi ne saisirait-il pas la première occasion d'atténuer, un an après, l'impression que ce fait bien simple à apprécier parut produire sur le jury et sur l'assistance. C'est encore ici un remords! respect!... Mais quant à l'idée chimique, discussion!

J'ai dit qu'en certains cas, un centimètre carré de papier peint en vert, un millimètre carré de boiserie peinte en vert, étaient dans le cas de couvrir vingt assiettes de taches arsenicales. Vous répondez : cela n'est pas exact, car on n'en obtiendrait que *trois ou quatre taches jaunes.*

Est-ce dans tous les cas, que vous prononcez ce décret raide comme le fléau de la balance? Est-ce dans tous les cas? ou voulez-vous plaisanter?... Mais quand on prononce un tel axiôme, on a soin de désigner l'épaisseur du papier, le diamètre de l'assiette, et de sortir du cercle des approximations. Procédons de la sorte, et posons un cas :

N'avez-vous jamais vu de papier peint en vert, couvert d'une couche d'*arsenite de cuivre* (écrivez-bien *arsenite*, S. V. P.), d'une épaisseur d'un millimètre, d'une grosse goutte de vert de Schéele? Si vous n'en avez pas vu, on peut vous en montrer; admettez-le.

N'avez-vous pas rencontré souvent des larges places du papier collé, où se trouvaient superposées, jusqu'à trois bouts de papier de ce genre? Prenons notre carré sur ce point. Nous aurons une quantité de vert de Schéele, d'une surface d'un centimètre de côté, et de trois millimètres environ d'épaisseur : c'est-à-dire, une quantité égale à 300 millimètres cubes d'arsenite de cuivre, ce qui, en n'assignant à cette peinture que la pesanteur spécifique de l'eau, équivaudra, en poids, à 300 milligrammes d'arsenite de cuivre = 30 centigrammes = 3 décigrammes. Ne prenons que le tiers de cette quantité pour représenter approximativement la proportion d'arsenic métallique qui entre dans la combinaison d'arsenite de cuivre; il ne nous en restera pas moins 100 milligrammes = 10 centigrammes = 1 décigramme d'arse-

nic. Et vous soutiendrez alors que ce décigramme d'arsenic ne donnerait que *quatre petites taches jaunes à peine arsenicales*. Mais souvenez-vous qu'à Tulle, vous n'avez évalué qu'à un demi-milligramme le contenu de vos trois assiettes. A ce compte, nous pourrions obtenir 600 assiettes analogues à celles de Tulle, de nos 10 centigrammes d'arsenic, rentrant dans notre arsenite de cuivre. En effet, nous aurons la proportion suivante, en désignant le nombre des assiettes par *a*.

0 gr. 0005 : 3 a : : 0 gr. 1 : 600 *a*

ou bien, car nous parlons ici élémens, un demi-milligramme d'arsenic donnant trois assiettes de taches ; 100 milligrammes en donneront 600 assiettes.

Vous voyez que j'avais été bien modeste, en ne portant qu'à 20 le nombre d'assiettes qu'un carré de papier peint en vert, d'un centimètre de côté, est capable, dans un cas ou un autre, de couvrir de taches arsenicales par l'appareil de Marsh.

Et vous n'aviez pas pensé une seule fois, Monsieur, à ce moyen effrayant que le hasard avait par devers ses combinaisons invisibles, pour faire tomber une tête innocente sur déclaration d'experts assermentés !

Allons, Monsieur, tremblez ! Tremblez autant que nous, pauvres ignorans ; et humiliez-vous enfin devant la toute-puissance des causes occultes ! *Hoc scio, quod nihil scio.* « Ce que je sais le mieux, c'est que je ne sais pas grand chose » ; le doyen des sages l'a dit ainsi, il y a bien des années.

Passons à une autre erreur.

Cinquième erreur. 5° « L'antimoine, dit M. Raspail, est gris d'acier ; exposé à l'air, il prend une couleur noire qui indique un certain degré d'oxidation.

Réponse de M. Orfila : Ces assertions sont inexactes (*voyez* tous les livres élémentaires de chimie). »

Avant de voir les livres élémentaires, ayez la complaisance de voir d'abord la page 160, 1re colonne de mon *Mémoire à consulter*, d'où cette phrase est extraite, et puis après avoir été voir aussi l'art. 145 du code pénal, qui règle la matière, dites-nous, s'il n'est pas permis de penser qu'un expert capable de tromper le public et les élèves par de semblables altérations d'écriture, puisse, dans le même accès de vindicte ou d'orgueil, se laisser aller à induire en erreur la justice ?

Et voilà justement pourquoi, tant qu'il nous restera un poumon au service de la défense, nous ne cesserons de représenter hautement à la justice du pays, le danger qu'il y a pour sa bonne administration, à ne pas soumettre sans cesse à un contrôle sévère les déclarations de cet expert.

Après avoir fait ainsi la part de la moralité de la citation, arrivons à sa partie élémentaire ; car nous profiterons de cette circonstance pour faire à notre tour un cours élémentaire d'expertise légale à MM. les élèves, que le professeur officiel jette un peu trop impunément, par ses leçons et ses exemples, dans une méthode déplorable.

Nous avons dit :

« L'aspect de l'arsenic est métallique, sa couleur gris d'acier, sa friabilité est facile à obtenir ;

Exposé à l'air, il prend une couleur noire qui indique un certain degré d'oxidation. (P. 160.) »

Est ce là ce que M. Orfila déclare inexact, de par les ouvrages élémentaires ?

Pas du tout ; du moins, je ne l'en crois pas capable.

Mais il a remplacé le mot *arsenic* par celui *d'antimoine*, et cette altération de texte une fois admise, il a dit : vous le voyez, cela est inexact.

Vous n'êtes pas au bout de ses petites supercheries ; il lui en reste une pour se défendre encore.

Il vous dira ensuite : « Mais, dans la colonne correspondante, on lit ces mots : « Tous ces *caractères* conviennent à l'antimoine. » Donc j'ai bien pu remplacer, dans la phrase de M. Raspail, le mot *arsenic* par celui d'*antimoine*. »

Non, Monsieur l'expert, vous ne le pouviez pas, alors que vous aviez à relever une prétendue inexactitude ; car c'est le cas, ou jamais, de citer exactement. Du moins, c'est ainsi, en France, que les hommes de bonne foi se comportent.

Quel était le but de cette rédaction dans notre mémoire ?

De mettre en regard les *caractères amphibologiques* de l'arsenic, ceux par lesquels un expert pouvait être exposé à prendre pour de l'arsenic une toute autre substance. Le titre de ce chapitre, est celui-ci : *Compendium par ordre alphabétique des indications amdhibologiques que peuvent offrir dans une analyse qualitative les principaux réactifs dont on se sert pour déceler, en chimie légale, la présence de l'arsenic.*

Avant de passer aux réactions, nous avions pris soin de parler des *caractères*, c'est-à-dire des analogies de couleur, d'aspect, de friabilité, etc., des *caractères physiques* enfin, et non des propriétés *chimiques* ; et nous avions dit que, sous le rapport de ces *caractères*, on pouvait être exposé à prendre une poudre d'antimoine pour de l'oxide noir d'arsenic, et même pour une poudre d'arsenic métallique.

Voyons si, d'après les élémens, dont cet homme parle avec une ardeur de novice, nous avons dit quelque chose d'inexact.

L'arsenic est *gris d'acier*, l'antimoine est *gris d'argent* ou *de zinc*, d'après les élémens. Pourriez-vous bien me dire s'il est si facile de distinguer une poudre *gris d'acier* d'une poudre *gris de zinc* ?

L'aspect de l'arsenic est métallique, et celui de l'antimoine ne l'est-il pas ?

Ne sont-ils pas également tous les deux friables ?

Mais, dira l'homme aux élémens, l'arsenic exposé à l'air prend une teinte noire, et l'éclat de l'antimoine ne se ternit pas.

Sans doute, quand l'antimoine est assez pur pour avoir de l'éclat : mais est-ce qu'il s'offre facilement, par la réduction, avec cet aspect argentin ? Non, et alors il a l'aspect noirâtre de l'arsenic qui s'oxide.

Le *régule d'antimoine martial*, qu'on obtient en décomposant le sulfure d'antimoine dans un creuset de Hesse rempli de petits clous de fer, ce régule, mélange d'antimoine réduit, de fer, de sulfure de fer et d'antimoine, n'a pas un autre aspect que certaines qualités d'oxide noirâtre d'arsenic. En poudre, il serait difficile de les distinguer l'un de l'autre par leurs *caractères* physiques.

Donc tous les caractères physiques de la poudre d'arsenic peuvent convenir à l'antimoine, et faire prendre l'antimoine pour l'arsenic, si l'on s'arrête à l'aspect.

Donc l'homme aux élémens, qui connaît sans aucun doute toutes ces choses, a voulu tromper le public en arrangeant la phrase autrement.

Sixième erreur. 6° « L'acide nitrique oxide de nouveau l'acide antimonieux, » a dit M. Raspail (p. 160).

Réponse de M. Orfila : L'acide nitrique ne saurait oxider de nouveau l'acide antimonieux ; puisqu'on obtient ce dernier en épuisant l'action de l'acide nitrique sur l'antimoine. (*Voy.* les ouvrages élémentaires.) »

Ici notre phrase n'est pas altérée, aussi M. Orfila a-t-il soin de citer la page où elle se trouve ; il avait oublié de le faire plus haut. Allons encore aux élémens, mais aux élémens qui ne sont pas un plagiat des élémens d'autrui ; ayons recours à Berzélius (*Traité de Chimie*, pag. 497 et 498, tom. II, trad. 1830).

« *Acide antimonieux.* On l'obtient en oxidant l'antimoine aux » dépens de l'acide nitrique.

» *Acide antimonique.* On le prépare en dissolvant l'antimoine » dans l'eau régale (mélange d'acide hydrochlorique et d'*acide* » *nitrique*) évaporant la dissolution jusqu'à siccité, ajoutant au » résidu de l'*acide nitrique concentré*, et chauffant la masse à » une température qui ne doit pas s'élever jusqu'au rouge, jus- » qu'à ce que tout l'acide nitrique soit chassé (*Berzelius*) ».

Allons-nous jouer sur les mots ? et n'est-il pas évident que si au lieu de dissoudre dans l'eau régale l'antimoine, on dissout, dans ce menstrue, l'acide antimonieux et qu'on en traite le résidu par l'acide nitrique, on le transformera en acide antimonique, de même qu'en traitant l'acide arsénieux par l'acide nitrique on le transforme en acide arsenique ? d'où, corrélation des propriétés chimiques de l'arsenic et de l'antimoine, sous le rapport des recherches d'expertise légale :

Arsenic.	Antimoine.
Oxide d'arsenic.	Oxide antimonique.
Acide arsénieux.	Acide antimonieux.
Acide arsenique.	Acide antimonique.

L'homme aux élémens niera-t-il cette correspondance si élémentaire ? Il a donc encore voulu, en cette circonstance, tromper l'inexpérience du public.

Remarquez bien que nous ne parlions de toutes ces choses que relativement aux expériences qui opèrent sur des taches ; et que notre but était de démontrer combien, sur des essais de ce calibre, on court risque de commettre une méprise fatale aux accusés.

Nous reviendrons plus bas sur cette question, et nous sortirons des élémens, afin de faire comprendre le danger qu'il y a à rester stationnaire dans ce cercle scholastique. Mais ici nous n'avions pas à nous citer nous-mêmes ; l'homme aux élémens nous impose l'obligation de ne le battre qu'à coups d'élémens. Nous lui avons toujours laissé le choix des armes. A une autre erreur.

Septième erreur. 7° « L'antimoine, a dit M. Raspail, se ré- » duit de la même façon (que l'arsenic) dans un tube de verre ; » on pourrait donc être exposé à prendre pour le métal d'une » combinaison arsenicale le produit de la réduction de l'éméti- » que, par exemple (pag. 168). »

Réponse de M. Orfila : *Tout le monde sait* que l'antimoine n'est pas volatil lorsqu'on le chauffe dans un tube de verre, et que, sous ce rapport, il est impossible de le confondre avec l'arsenic, qui se volatilise avec tant de facilité, qu'on peut le faire passer successivement sur toutes les parties du tube d'essai. »

L'auteur a oublié de nous renvoyer ici aux élémens, probablement parce que tout le monde est censé les connaître. Cependant il faut bien que j'y retourne, en y traînant l'homme aux élémens par le collet,

Vous dites, Monsieur, que l'antimoine n'est pas volatil. Ce mot n'est plus philosophique aujourd'hui ; car nous ne sachions pas de corps si fixe qui, à une certaine température, ne soit capable de se volatiliser. Voyez donc le titane que l'on retrouve cristallisé à des hauteurs considérables, dans nos hauts fourneaux. Mais ce mot-là n'est plus même élémentaire dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire dans le cas de la réduction par le charbon dans un tube de verre ; et il est démontré dans tous les élémens, que l'antimoine peut se sublimer, de même que l'arsenic, lorsqu'on cherche à le réduire avec du charbon, seul même, et sans potasse. Sans doute, il n'est pas aussi volatil que l'arsenic. Mais qu'importe, dans nos opérations en petit ? Il l'est assez, ne vous déplaise, pour induire en erreur les experts, qui, après la réduction, se contentent d'obtenir un *miroitement métallique*.

Vous n'avez pas bien relu vos élémens, Monsieur ; permettez que je vous les réapprenne.

Vous trouverez dans Berzélius (*Emploi du chalumeau*, 1821, pag. 173), ces mots : « L'acide antimonieux (de la nature) n'est pas réductible sur le charbon ; mais donne un léger sublimé d'antimoine. »

Vous trouverez dans son *Traité de Chimie* (tome II, page 495) ces mots : « Quand on chauffe l'antimoine au rouge blanc, il distille. »

Vous trouverez dans Henri Rose (*Traité pratique d'analyse chimique*, tome I, p. 379) : « L'antimoine chauffé à l'abri du contact de l'air est peu volatil, ou ne le devient qu'à la température du rouge blanc. »

Vous trouverez dans Thénard (5e édit., t. II. p. 15, en note) : En calcinant de l'oxide d'antimoine avec du charbon, ce métal se sublime en grande partie, a mesure qu'il se réduit.

M. le professeur élémentaire de chimie légale à l'Ecole de médecine ! vous avez donc bien oublié vos élémens depuis quelque temps. Vous auriez dû les relire, avant de donner ainsi des démentis en public, et de soutenir que l'antimoine, par le procédé de la réduction, n'est pas susceptible de se volatiliser le moins du monde dans un tube de verre ouvert par les deux bouts. Qui donc vous a joué le mauvais tour de vous passer cette misérable note ? Ne les acceptez plus ainsi de toutes mains les notes qu'on vous porte !

Mais cependant, afin de ne pas trop vous retourner la pointe de la mystification dans l'amour-propre, je veux condescendre à une erreur qui ne vient pas de vous ; je veux bien admettre que l'antimoine ne soit pas plus volatil que vous le dites, c'est-à-dire qu'il ne le soit pas du tout, et je vais vous démontrer que je n'en aurais pas moins raison, en avertissant les experts que, par le procédé de la réduction, ils peuvent être exposés à prendre de l'antimoine *miroitant* pour de l'arsenic. J'admets donc, pour vous faire plaisir seulement, que l'antimoine ne soit pas volatil ; mais vous admettrez que, par le charbon et la potasse, il est réductible.

Or, je prends une substance incriminée que j'introduis dans un tube de verre effilé par un bout, mais ouvert par les deux bouts : après l'avoir pétrie avec du charbon en poudre et de la potasse, je chauffe ce tube jusqu'à ce que tout soit consommé. Si j'aperçois contre les parois du tube de verre un miroitement métallique, serez-vous autorisé à soutenir que c'est le signe de l'arsenic plutôt que celui de l'antimoine ? Vous auriez tort, car après l'expérience dans ce petit tube de verre, il est impossible à qui que ce soit d'assurer si la réduction s'est faite ou non par voie de sublimation. Qui ne prévoit que, par l'action de la chaleur, la masse peut voyager d'un bout à l'autre du tube et laisser des traces sur toute la longueur de ses parois ? Quand la force de la capillarité ne serait pas là pour expliquer ce déplacement, ne suffit-il pas de la force expansive de l'ébullition ? Donc, si sur portion quelconque des parois du tube il y a miroitement mé lique, il ne sera pas plus permis de déclarer qu'on a sous les y le produit de la réduction d'une combinaison arsenicale que d'une combinaison antimoniale.

En fait de philosophie chimique, vous avez donc tort de tendre si haut.

En fait d'élémens, ce n'est pas à moi à qualifier la leçon vous avez voulu nous donner à tous dans votre comment Mais je répéterai encore aux jeunes experts : « Désapprene raideur des principes de l'Ecole, et méfiez-vous, en exper légale, du procédé de réduction, afin de ne pas vous expos prendre l'émétique pour de l'acide arsénieux ; poussez plus vos vérifications arsenicales ; multipliez-les avant de rien pron cer devant la loi ; il s'agit ici de la vie et de l'honneur de semblables.

» N'oubliez pas, surtout, que l'antimoine est, en partie moins, volatil comme l'arsenic, d'après tous les élémens de mie, quelque chose que vous dise encore l'illustre profess des Elémens de chimie légale : *Magis amica veritas.* »

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

Service des enfans à la mamelle et des nourrices.

Pneumonie lobulaire. — Ramollissement de l'estomac. Autopsie. — Vaccin.

Pneumonie lobulaire.

Au no 3 de la salle Sainte-Thérèse, est un enfant dix mois, qui présente aujourd'hui tous les signes d'u pneumonie lobulaire. Il est ici depuis un mois ; voilà vin cinq jours seulement qu'il fut pris de diarrhée et de missemens qui ont cédé à l'ipécacuanha et à l'extrait Monésia. Il y a huit jours, cet enfant fut pris de toux vint bientôt par quintes semblables à la toux de la coqu luche à son début.

Le diagnostic de cette maladie est difficile au débu mais la difficulté s'aplanit bien vite.

Quand il arrive que rien ne peut faire croire à la coqu luche, quelques signes alors nous viennent en aide : toux se montre par secousses brusques, répétées, sans fi vre, avec écoulement de larmes ; viennent ensuite des vo missemens. Ce dernier signe a également beaucoup valeur diagnostique ; si avec cela l'enfant devient irascibl inquiet, l'existence de la coqueluche est plus probable en core.

Au bout de quinze jours environ, la toux augmente en core de fréquence : elle paraît par quintes de 4 à 5 expira tions successives ; puis ce nombre est porté jusqu'à 15, 20 30 et même davantage. La toux intercallaire diminu d'intensité et de fréquence, on ne peut plus alors mécon naître la coqueluche. Les enfans perdent respiration, leu voix par l'inspiration imitent le chant du coq ; il survien ordinairement après 2, 3 ou 4 quintes de toux quelque vomissemens, et tout rentre dans l'ordre.

Chez notre petit malade, la toux, depuis huit jours, pris le caractère quinteux, l'enfant est devenu maussade et nous pensions avoir affaire à une coqueluche, quand hier il s'opéra quelque changement dans son état. La toux est moins saccadée, la peau est chaude, il y a de l'abattement et de la fièvre, peu de vomissemens. La poitrine examinée avec le plus grand soin, nous trouvons le son normal, la respiration pure, un peu soufflante seulement à droite ; mais à gauche, matité occupant le creux de l'aisselle et l'épine de l'omoplate. Dans ces points, on entend à l'auscultation un râle muqueux et quelques bulles de râle sous-crépitant. Cet enfant présente les signes d'une pneumonie lobulaire.

Cette maladie a été bien étudiée depuis quelques années, surtout par MM. Rilliet et Barthez, qui en ont fait le sujet de leurs recherches. Voici les caractères anatomiques que l'on trouve : si l'on coupe franchement un poumon d'enfant mort d'une pneumonie lobulaire, l'on remarque plusieurs points du poumon restés sains et environnés d'autres points altérés présentant les caractères de l'hépatisation rouge et grise. Lorsque par les progrès de la maladie les points restés sains d'abord se sont pris, on a alors une pneumonie lobaire secondaire ; c'est-à-dire pneumonie devenue lobaire par l'inflammation successive des lobules. Dans ce cas, l'on trouve dans les lobules contigus les trois degrés de la pneumonie réunis, ce qu'il est facile de reconnaître à l'aspect marbré de la section.

Chez les très jeunes enfans, la pneumonie lobulaire est la forme la plus ordinaire de l'inflammation du poumon, et elle présente chez eux beaucoup de gravité ; il n'est pas rare de la rencontrer chez les enfans à la mamelle.

La pneumonie lobulaire présente une marche insidieuse, c'est-à-dire que ne s'accompagnant que de fièvre et d'abattement, elle peut par cela même laisser le médecin dans une funeste sécurité.

La pneumonie lobaire, au contraire, débute brutalement, comme chez l'adulte, par une fièvre intense, de la matité, du râle sous-crépitant, du souffle bronchique, mais aussi elle est moins grave que la pneumonie lobulaire. Dans celle-ci nos moyens sont souvent insuffisans : ceux que nous employons ordinairement sont les saignées, les vésicatoires et les vomitifs.

La saignée chez les enfans n'est pas aussi difficile à pratiquer qu'on le croit communément, et c'est un moyen qui réussit parfaitement.

Il y a des médecins qui, dans cette maladie, se contentent de la médecine d'expectation qui, disent-ils, leur réussit tout aussi bien qu'aucune autre chose ; nous ne comprenons pas qu'en présence d'une affection d'ordinaire si grave l'on reste dans l'inaction, et, nous l'avouerons ici,

nous d'avons jamais osé suivre un pareil exemple.

Il est à craindre que chez notre petit malade les symptômes que nous observons ne prennent d'ici à demain plus d'intensité. Chez lui, nous ne pratiquerons pas de saignée, par la raison que, dans les hôpitaux, la plupart des enfans qu'on y reçoit sont dans un état de cachexie que l'on ne rencontre point en ville dans la pratique. Aussi la pneumonie lobaire est-elle plus commune chez ceux-ci; chez les autres, au contraire, c'est la pnemonie lobulaire que l'on rencontre plus fréquemment, et celle-ci cède bien plus difficilement aux antiphlogistiques.

Nous ferons appliquer un vésicatoire sur la poitrine vers la région de l'omoplate; on lui donnera 25 centigr. d'ipécacuanha, que l'on pourra continuer les jours suivans. Les vomitifs en général seront considérés comme de véritables moyens antiphlogistiques, et vous nous verrez souvent, dans les inflammations de certains organes, pratiquer une ou deux saignées et donner trois ou quatre vomitifs, qui produiront le même effet que de plus amples émissions de sang. (Cet enfant est guéri maintenant.)

Ramollissement de l'estomac. Autopsie.

Le petit enfant du n° 12 de la salle Sainte-Julie a succombé avant-hier, et nous en avons fait l'autopsie le jour suivant. Nous n'avons rien trouvé dans le cerveau ni dans les poumons; mais le tube digestif était le siége d'altérations curieuses. La muqueuse de l'estomac dans la partie supérieure, non déclive, présentait une rougeur assez comparable à celle d'une cerise peu mûre ou de gelée de groseille peu colorée et pourtant transparente, rougeur assez semblable dans son essence à celle de l'érysipèle. Dans la partie déclive de l'estomac et vers le grand cul-de-sac, la muqueuse est décolorée, macérée par le liquide contenu dans le viscère, et auquel elle a cédé son principe colorant. L'épaississement de cette membrane est considérable. Le duodénum paraît sain. La muqueuse de l'intestin grêle est pâle et paraît ramollie; mais dans le gros intestin on trouve de nombreuses ulcérations; toute la membrane muqueuse est ramollie, diffluente, et présente l'aspect de mucus.

Ne serait-ce par là une inflammation gélatiniforme de la membrane de l'estomac plutôt qu'un ramollissement? Nous ne le pensons pas. En effet, dans l'inflammation gélatiniforme de cette membrane, décrite par MM. Breschet, Cruveilhier, Billard, on observe celle-ci plus épaisse qu'à l'ordinaire, mais non colorée. Ici elle a acquis une épaisseur considérable, mais en même temps elle est colorée en rouge. Il faut supposer qu'il y a dans cette maladie plusieurs degrés, dont celui-ci serait le premier. Le second serait caractérisé par une destruction complète de la membrane, et par sa transformation en une espèce de gélatine.

Du Vaccin.

Au n° 10 de la salle Sainte-Julie, est un enfant vacciné il y a quinze jours. C'est pour nous une règle invariable de revacciner les enfans à leur entrée dans nos salles; nous échappons ainsi aux ravages de la variole. Nous suivons aussi avec le plus grand soin la marche de la vaccine. Au sujet de cet enfant, nous allons entrer dans quelques considérations sur la vaccine, considérations qui, nous l'espérons, ne seront pas sans quelqu'intérêt.

Quoiqu'un peu débile, cet enfant a les chairs fermes et paraît se porter assez bien. Ses boutons de vaccin, dans les premiers jours, ne prenaient aucun développement; ils étaient plats, sans rougeur au pourtour, semblables à des vésicules un peu irritées à leur base, ne présentant en ce moment aucun des caractères de la vraie vaccine; puis, au bout de douze jours seulement, vous les voyez fleurir, s'entourer d'une auréole et d'un gonflement inflammatoire. Voilà quinze jours que cet enfant est vacciné, et les pustules de son vaccin n'en paraissent avoir que neuf.

Eh bien, Messieurs, cette même anomalie se rencontre dans les maladies éruptives. En effet, vous voyez des scarlatines, des rougeoles et des varioles n'apparaître qu'après dix ou quinze jours d'incubation. Vous comprenez que c'est aujourd'hui une chose difficile à constater; mais autrefois, que l'on inoculait la variole, il était facile de voir quel intervalle il y avait entre l'inoculation et l'apparition de l'éruption. Eh bien, ordinairement c'était deux à trois jours, et quelquefois sept à huit jours se passaient avant qu'on vît les premières pustules.

La même chose peut avoir lieu (notre enfant du n° 10 de la salle Sainte-Julie en est un exemple) pour la vaccine, qui ne paraît être, en définitive, qu'une variole modifiée; du moins l'espèce d'immunité dont jouissent les personnes vaccinées nous le ferait croire. Le fait suivant vient à l'appui de cette manière de voir.

On sait qu'il existe chez les moutons une maladie qui a la plus grande analogie avec la variole, sans pourtant être cette dernière affection. C'est la clavelée, maladie éruptive contagieuse, présentant trois jours d'incubation, ensuite plusieurs jours de réaction, accompagnée souvent de symptômes ataxiques, adynamiques et suivie alors d'abcès, d'engorgemens interminables. Cette pyrexie est susceptible d'être transmise à un autre mouton par l'inoculation.

Un riche agriculteur russe, voulant faire cesser dans ses troupeaux la mortalité causée par les épizooties de clavelée, imagina, dit-on, de leur inoculer cette maladie avec les précautions suivantes: il divisa ses moutons par troupeaux ou catégories de cent, qu'il parqua à une distance assez éloignée les uns des autres, puis il inocula la clavelée à un premier cent; sur ce nombre il perdit plusieurs moutons. Il prit dans cette première catégorie le mouton qui avait eu la clavelée la moins confluente, et il inocula cette clavelée à une deuxième catégorie; dans celle-ci il n'y eut plus que trois morts. Il prit encore la clavelée la plus bénigne et l'inocula à une troisième catégorie; cette fois il n'y eut plus de mortalité. Il continua ainsi jusqu'à ce que l'inoculation ne produisît plus qu'une seule pustule. Il était arrivé ainsi, à l'aide de transmissions successives, à modifier cette éruption à tel point, qu'au lieu d'un nombre considérable de pustules, il n'en obtint plus qu'une seule qui put être inoculée ainsi d'un sujet à un autre.

Il ne serait pas impossible qu'il en fût de même de la variole, et que par la transmission de l'homme à la vache on fût arrivé à n'avoir plus qu'une seule pustule qui serait le vaccin. Le fait précédent, la ressemblance qui existe entre une pustule de variole et celle du vaccin, et l'analogie qu'il y a dans la marche de ces deux éruptions, tout cela rend très probable cette opinion, que le virus-vaccin n'est que la variole inoculée à la vache, puis transmise à l'homme.

Il y a quelques années, on vit, dans quelques départemens du midi de la France, la plupart des enfans vaccinés prendre une éruption générale. Ce fait, que l'on a expliqué par l'inoculation d'un liquide vaccin mêlé à du virus variolique, pourrait tout aussi bien, ce nous semble, être interprété d'une autre manière; ainsi, en admettant que la vaccine est une variole dégénérée, l'éruption de variole, après la vaccination, ne serait autre chose que l'éruption primitive reprenant, sous l'influence de causes qui nous échappent, son caractère primitif, la multiplicité des pustules.

La nécessité de varier les prescriptions dans les maladies aiguës et surtout chroniques de la poitrine, doit faire apprécier l'utilité de certains médicamens dont les avantages sont depuis long-temps reconnus.

Le soulagement qu'on apporte aux malades dans les cas même où la guérison est inespérée, est un grand service à leur rendre. La toux est un des accidens les plus fatigans, et, sous son influence, les affections elles-mêmes s'aggravent; en calmant la toux, on *arrête* donc souvent les progrès du mal, et on leur rend du moins plus supportable une existence déplorable.

Le sirop de Lamouroux tient le premier rang dans les médications palliatives; ses effets sédatifs dans les toux opiniâtres, dans les catarrhes prolongés, la phthisie, les pneumonie et pleurésie chroniques, sont jugés; et les essais d'un grand nombre de médecins distingués faisant partie de l'Académie de médecine, de la Faculté de médecine, des hôpitaux, etc., en ont depuis trente ans répandu l'usage. Nous avons déjà plusieurs fois, et entr'autres, dans le n° du 2 janvier dernier de la *Gazette des Hôpitaux*, constaté les bons effets de ce médicament.

Nous croyons donc utile de recommander à nos confrères, dans cette saison de rhumes et de catarrhes, cette préparation dont on a toujours constaté les avantages.

Recherches médico-légales sur l'arsenic; par MM. Danger et Ch. Flandin. (Lue à l'Académie des sciences, séance du 28 décembre.)

Le 23 novembre dernier, en adressant à l'Académie un paquet cacheté, nous avons annoncé que nous nous occupions de recherches médico-légales relatives à l'arsenic. Bien que le travail que nous poursuivons ne soit pas terminé, nous croyons devoir faire connaître dès à présent quelques résultats qui nous paraissent ne pouvoir être trop tôt publiés.

Les procédés de carbonisation en usage ne nous ayant pas donné des produits identiques, selon l'état des matières animales, selon la quantité des réactifs ou la manière de les employer, nous avons dû chercher le mode le plus sûr pour obtenir de l'appareil de Marsh son *maximum* de résultat. A force de recherches, nous sommes arrivés à un procédé qui nous a permis de manifester un grand nombre de taches sur des quantités de chair très minimes.

Cinq grammes de chair musculaire nous ont donné trois soucoupes remplies de taches semblables à celles dont nous présentons un échantillon. (Soucoupe n° 1.)

La même quantité du foie d'un adulte, du cœur d'un enfant ne nous ont pas donné un résultat moindre. (Soucoupe n° 2.)

Frappés de la similitude de ces taches avec celles que produit l'arsenic, nous les avons soumises à des réactions comparatives. Dans l'un comme dans l'autre cas, la flamme offre les mêmes modifications; une odeur fortement alliacée s'exhale; les taches sont également miroitantes et volatiles; elles se dissolvent dans l'acide azotique et donnent des précipités de même couleur que les dissolutions arsenicales, soit qu'on les traite par l'acide sulfhydrique ou l'azotate d'argent.

Par cette coïncidence si remarquable, persuadés de l'existence de l'arsenic dans les tissus animaux, nous avons été conduits à chercher à déterminer en quelle proportion cet arsenic se trouvait assimilé ou combiné avec nos organes. Mais alors, quelqu'aient été nos moyens d'investigation, il nous a été impossible de ramener à l'état métallique la matière qui nous donnait tant de taches; et cependant nous trouvions des quantités infiniment petites d'autres métaux mêlés accidentellement aux matières sur lesquelles nous opérions. Ainsi obtenions-nous de l'antimoine sur 50 grammes du cadavre d'un individu que nous avons sû, après l'expérience, avoir pris de l'émétique dans les derniers jours de sa vie. Il est résulté de là, pour nous, un doute sur la nature arsenicale des taches que nous obtenions si facilement et en si grande abondance des matières animales non empoisonnées.

Ce doute nous a forcés à examiner isolément, et avec plus d'attention, les divers composés qui prennent naissance pendant la carbonisation. Nous avons reconnu que plus il se produisait simultanément de sulfite d'ammoniaque, d'huile volatile animale et de phosphore à divers degrés d'oxidation, plus on obtenait de taches au moyen de l'appareil de Marsh.

Nous avons fait une synthèse. Nous avons fait passer un courant d'acide sulfureux dans de l'ammoniaque, à laquelle nous avons ajouté quelques gouttes d'huile essentielle de térébenthine. Après la complète saturation de l'ammoniaque, nous avons introduit le mélange dans l'appareil de Marsh. Immédiatement nous avons obtenu des taches identiques, sous tous les rapports, à celles que nous avait données la matière animale: coloration de la flamme, odeur d'ail, réactions avec l'azotate d'argent et l'acide sulfhydrique, rien ne diffère, surtout quand le mélange contient des traces de phosphite d'ammoniaque.

Nous présentons ici un échantillon de taches ainsi obtenues. (Soucoupe 3).

Admettrons-nous que ces taches sont de nature arsenicale? Il faudrait alors admettre que nous formons l'arsenic de toutes pièces. Telle n'est pas notre opinion. Nous sommes parvenus à isoler la matière qui donne des taches, avec l'appareil de Marsh. Elle est composée de sulfite et de phosphite d'ammoniaque, unis à une petite quantité de matière organique. En voici deux échantillons retirés de quelques grammes d'un mélange de foie, de cœur et de chair musculaire d'un cadavre humain (*voir* les tubes de verre). Il suffit de mettre quelques milligrammes de cette matière dans un appareil de Marsh, pour obtenir immédiatement des taches. Mais comme dans le traitement qui nous a servi à isoler cette matière, nous avons détruit une partie de l'huile volatile qu'elle contenait, il est nécessaire de la lui rendre pour obtenir des taches très prononcées.

Nous tirons de ces faits les conclusions suivantes:

1° Il n'existe pas d'arsenic normal dans les chairs des animaux.

En existe-t-il dans les os, dans le terreau de certains cimetières? Nous traiterons très prochainement ces questions devant l'Académie.

2° Les taches que fournissent avec l'appareil de Marsh les matières animales non empoisonnées ne sont que l'effet d'une réaction des sulfite et phosphite ammoniacaux sur une huile volatile organique, sous l'influence d'une force électro chimique.

— Dans une communication qui fera suite à celle-ci, nous indiquerons les moyens d'isoler complètement les véritables taches arsenicales et de les distinguer d'avec celles qui en présentent à un si haut degré les apparences. En outre, nous ferons connaître un nouveau procédé qui permettra d'éviter toute confusion à cet égard, et qui donnera immédiatement l'arsenic à l'état métallique.

Du Strabisme, par le docteur Phillips (de Liège). — In-8° de 126 pages. Paris, au bureau de la *Gazette des Hopitaux*, 22-24, rue Dauphine. Prix: 2 francs.

L'opération du strabisme, d'une création toute récente, a déjà été le sujet de vives discussions. Annoncée en France avec l'indication des nombreuses observations de Dieffenbach, chacun voulut faire de nouveaux essais. M. Guérin, appliquant à cette opération les principes généraux qu'il a posés relativement aux sections des muscles, proposa un procédé opératoire particulier, et traita un assez grand nombre de malades. Après lui vinrent de nombreuses guérisons, et quelques modifications opératoires dues à des chirurgiens divers, de sorte qu'aujourd'hui il n'est plus permis de mettre en doute ni la possibilité de l'opération, ni le nombre considérable de faits bien observés qui serviront de base pour une histoire complète et une appréciation définitive.

M. Phillips, chirurgien de Liège, ami de M. Dieffenbach, et témoin de ses succès, s'est élevé avec courage contre les attaques mal fondées que les premières communications de cet habile chirurgien avaient soulevées. Aussi le livre que nous annonçons aujourd'hui, loin d'être une œuvre de polémique, n'en est pas moins, par la multitude et la valeur des faits, un éloquent plaidoyer en faveur du procédé des chirurgiens allemands. Sans entrer plus avant dans la discussion, nous allons jeter un coup-d'œil rapide sur le travail de M. Phillips.

Un premier chapitre, consacré à des considérations générales, fournit quelques données curieuses à la physiologie; les théories faites jusqu'à ce jour sur les modifications du mécanisme de la vue ont été purement spéculatives; les observations que les opérations du strabisme ont permis de faire les démentent pour la plupart. Et tous ces résultats, que M. Phillips expose sans discussion, mais avec clarté et précision, quelques-uns sont du plus haut intérêt; mais les courtes limites de cette analyse ne nous permettant pas de nous y arrêter, nous avons hâte d'arriver à la partie chirurgicale pure.

Opération. L'appareil instrumental, le procédé opératoire, le traitement consécutif, sont indiqués avec soin dans la seconde partie; le procédé, qui est celui de Dieffenbach, consiste dans l'incision de la conjonctive, la dissection et la section consécutives du muscle contracté.

Faits. M. Phillips a pensé qu'il était préférable de rassembler les faits obtenus, de les exposer successivement, quelle que soit l'uniformité, peut-être ennuyeuse, qui dût en résulter, et enfin de les comparer entr'eux après les avoir groupés. Un chapitre est donc consacré à la description et à l'étiologie du strabisme convergent; puis viennent 38 opérations pour cette variété observée sur l'œil droit, et 24 sur l'œil gauche, et 17 pour le strabisme convergent des deux yeux.

Après avoir opéré des strabismes convergens, on s'aperçut que quelques yeux avaient conservé une légère déviation en haut et en dedans; on voyait aussi quelquefois ces yeux être mis en mouvement d'une manière brusque et très rapide; ces yeux étaient ainsi retenus par la contraction du muscle grand-oblique, et la lésion a cessé par la section du muscle que nous venons de nommer. Quatre observations de ce genre servent à faire connaître le procédé opératoire assez difficile qu'il faut employer dans ces cas.

Le strabisme supérieur est étudié dans le sixième chapitre. L'auteur en rapporte quatre opérations.

Vient ensuite le strabisme divergent. Des faits de ce genre ont été traités par la section du droit-externe. Trois fois la maladie existait sur l'œil gauche, cinq fois sur l'œil droit, et cinq fois elle était double.

Tous ces strabiques opérés offraient des exemples de maladie accidentelle; un appendice est consacré à quatre opérations pratiquées dans le cas de strabisme congénital. On voit que cette variété est extrêmement rare.

Résultats. Après cette étude, est-il permis de conclure? Nous ne le pensons pas, dit M. Phillips, la question du strabisme est trop récente, trop peu de faits existent encore; signalons cette sage réserve, qu'a trop peu imitée un chirurgien d'ailleurs recommandables de notre pays qui s'est empressé de conclure, et d'une manière fort absolue, aprèsle résultat de de sept opérations!.....

Voici, pour ainsi dire, l'addition des *cent* opérations qui servent de base au travail de M. Phillips.

Résultats physiologiques. 1° Strabismes convergens de l'œil droit,	36
Parmi eux voyaient double avant l'opération,	16
Ne voyaient pas double,	16
Voyaient double d'un seul œil,	4
	36

Après l'opération ont conservé la vue double pendant quelque temps,	4
Qui ne voyaient pas double avant ont vu double après,	2
Ont récidivé et guéri après une deuxième opération,	2
Ont été opéré en même temps de la cataracte,	3
Les autres n'ont rien offert de remarquable.	
2° Strabisme convergent de l'œil gauche,	24
Voyaient double avant l'opération,	7
Ne voyaient pas avec l'œil dévié,	4
Voyaient double après l'opération,	2
N'ont pas recouvré l'usage de l'œil *délouché*,	2
(Ces deux appartiennent à la catégorie des 4 qui ne voyaient pas de cet œil.)	
Cataracte opérée en même temps,	1
N'a pu dire s'il voyait double avant et après,	1
3° Strabismes convergens doubles,	17
Voyaient double avant,	2
Ont vu double après,	0
Ne voyaient pas avant avec l'œil le plus dévié,	5
Ont vu après,	5
4° Strabismes divergens,	10

Cette variété n'a pas présenté le phénomène de la double vue ni avant ni après l'opération.

Restent d'autres recherches très curieuses sur l'état de la pupille, sur la myopie qui existe lorsque *le grand oblique est contracté*, sur les facultés des deux yeux opérés ou non ; sur les mouvemens des yeux après l'opération, et les conséquences que ces fonctions modifiées de telle ou telle façon peuvent entraîner. Nous ne pouvons que donner l'indication précise de ces faits curieux à tant de titre, et que M. Phillips a résumé d'une manière si précise et si pratique.

RÉSULTATS CHIRURGICAUX. Sous ce nom nous indiquerons les phénomènes pathologiques qui ont suivi les opérations. L'auteur indique avec soin ce travail dans son chapitre préparatoire; nous ne le suivrons pas dans ses particularités ; disons seulement qu'après l'opération il survient chez un certain nombre des opérés une inflammation vive, qu'il faut combattre par les moyens antiphlogistiques les plus énergiques. En général, pour les malades qui ont fait la base de ce travail, le traitement a varié entre quelques jours et un mois.

Ce travail sera lu avec plaisir et avec fruit; il est consciencieux, pratique et fort bien résumé ; l'exactitude et la véracité des faits ne sauraient être mises en doute; M. Phillips nomme ses opérés; il a pratiqué la plupart de ses opérations devant MM. Arendt Simon, Jal, etc., dont chacun connaît le mérite. Depuis son arrivée à Paris il a exécuté plusieurs fois son procédé en présence de chirurgiens distingués qui en font le plus grand éloge. Disons enfin de M. Phillips qu'il a fait preuve d'une modestie trop rare.

Dans son préambule historique, il rapporte tout l'honneur de l'idée du procédé à Stromeyer, l'honneur de l'application et de l'exécution à Dieffenbach; il n'a réservé pour lui que ses nombreuses observations. Cela est d'autant plus généreux, que presque tous bataillent pour avoir une des premières parts dans le catalogue historique; M. Phillips pouvait le faire avec d'autant plus d'avantage, que bon nombre de mémoires et d'articles de journaux, cherchant à remonter à l'origine, l'avaient gratifié des honneurs de la priorité. Ce fait place M. Phillips à l'abri de toute discussion, hors du terrain de la chirurgie exacte et purement scientifique.

X.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur et honoré confrère,

Vous avez inséré, dans votre n° du 12 décembre, une réclamation de M. Ricord sur le commencement d'un article intitulé : *Danger du traitement par la cautérisation des ulcères vénériens primitifs.*

La lettre de M. Ricord, sous le rapport scientifique, doit être regardée comme non avenue, jusqu'à l'entière publication de mon travail. Je n'ai donc aucune discussion de ce genre à entamer ; car, dans son empressement, il a manqué de réflexion et de jugement.

M. Ricord ne doit pas s'étonner qu'on s'attaque directement à lui et plus encore à sa doctrine. N'est-il pas en évidence comme auteur et comme chef de service, professeur de maladies vénériennes? A ces derniers titres il appartient tout entier à la science. Libre à lui de rester convaincu qu'il a composé un bon ouvrage, professé d'excellens principes et enseigé la meilleure des toutes les doctrines. Mais aussi, liberté entière à ceux qui ne partagent pas ses principes de les critiquer, de les discuter et d'en appeler au jugement des médecins spéciaux et autres.

M. Ricord s'est montré peu généreux en s'obstinant à mettre en regard de lui-même l'homme de 1826 avec celui de 1840. Il a vraiment perdu son temps à feuilleter un ouvrage qui lui a occasionné des pandiculations, du malaise, de l'ennui ; ne sait-il pas que, dans l'espace de quatorze années, surtout en syphilis, un homme consciencieux, ami de la vérité peut changer d'opinion. Quand il se rend à l'évidence sur un point contesté jusqu'à l'époque où il commença ses écrits, il n'y avait point d'utilité ni de générosité à vouloir le mettre en contradiction avec lui-même.

Quoi qu'en dise M. Ricord, cette reconnaissance du principe contagieux, virulent, inoculable, par l'auteur de la Clinique de la maladie syphilitique, ne renverse pas de fond en comble cet ouvrage ; car je déclare ne pas en renier publiquement les principes fondamentaux. La discussion sur l'existence d'un virus inoculable n'est pas la base de mon ouvrage ; il y aurait seulement quelques feuilles à détacher. Au reste, M. Ricord le sait bien, et il ne voudra pas se mettre en contradiction avec lui-même ; car il lui faudrait démentir ce qu'il a écrit dans son ouvrage. « M. Devergie, dont la doctrine physiologique invoque, à bien des titres mérités, l'important témoignage et l'autorité, etc., etc. » En parlant des recherches sur le traitement mercuriel. « On doit en rapporter avec reconnaissance toute la gloire *aux écoles modernes* et en particulier à MM. .... Richond, Jourdan, Devergie, Desruelles, Frieke, etc. »

Ainsi, on peut juger de l'excès de mauvaise humeur de M. Ricord, pour vouloir m'enlever le mérite d'avoir composé un ouvrage qui a joui de quelque succès et obtenu les honneurs d'une contrefaçon en Belgique. Quant au livre de M. Ricord, personne ne lui fera l'injure de lui en disputer la composition ; il porte un cachet particulier qui le fera toujours reconnaître, car, au milieu de bonnes choses, se trouvent fréquemment parsemées des incohérences d'idées, des contradictions fréquentes, des fausses doctrines, des conséquences erronées déduites d'observations inexactes ou mal rédigées. Il est facile d'en acquérir la preuve par la lecture de l'ouvrage; d'ailleurs mon article en cite quelques passages. Aussi M. Ricord a grand tort de se targuer de la haute sanction donnée à ses doctrines par l'Académie des sciences ; car si son honorable rapporteur eût connu quelque chose en spécialité syphilitique, ou bien avait eu la constance d'analyser les huit cents pages de cet ouvrage mal composé, suivant moi et beaucoup d'autres, je doute qu'une haute sanction lui eût été donnée. En effet, M. Ricord n'ignore pas les bévues nombreuses que font tous les corps savans dans la distribution de leurs faveurs. Mon ouvrage n'a pas reçu la haute sanction, mais a été accueilli favorablement par l'Académie des sciences, et cependant vous voyez le cas que vient d'en faire M. Ricord, qui le réduit à néant.

« *Le siècle doit en finir*, dit M. Ricord, *avec la théorie absurde du loup renfermé dans la bergerie*; traitez rationnellement, vous empêcherez qu'il y pénètre, ou vous l'en ferez sortir s'il y est entré. » En vérité, ce pauvre M. Ricord perd la mémoire, ou tous nos auteurs anciens et modernes ont été et sont atteints d'aliénation mentale, lorsqu'ils nous citent tant de preuves de maladies répercutées causant des accidens graves, des maladies longues, dangereuses et mortelles. A quoi faut-il donc attribuer ces syphilis constitutionnelles qui apparaissent souvent et trop souvent, même après quelques années d'un traitement bien fait et bien rationnel ? ces maladies foudroyantes, survenant après des gales traitées brusquement par des frictions âcres, etc., après des dartres et éruptions supprimés, si ce n'est un loup renfermé dans la bergerie !

Silence, Fernel, F. de Hilden, Morgagni, Boucher, Hoffmann, Junger, Storck, Richard, Sennert, Schreder, Préval, Reil et cent autres auteurs qui ont osé soutenir une si absurde doctrine ! Arrière Hahnemann, Broussais, Andral, Bégin, Foville et autres. M. Ricord d'un seul trait de plume vient d'anéantir vos plus beaux titres de gloire, vos recherches précieuses, vos observations si justes et si vraies, fruits de vos longues méditations. Vous êtes tous des rêveurs à cerveau creux, vous nous avez tenus dans d'épaisses ténèbres avec vos pernicieuses doctrines; M. Ricord seul raison, lui seul a vu la lumière.

Agréez, etc. DEVERGIE aîné.

20 décembre 1840.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

(Dix-neuvième séance publique. — Lundi 28 décembre.)

Epreuve orale après trois heures de préparation.

MM. Chassaignac et Blandin : *Des opérations que nécessitent les anus contre nature.*

— M. Chassaignac ayant été interrompu par les cris et le chant de la Marseillaise qui partaient de la cour de l'Ecole, la séance suspendue et n'a été reprise que lorsque le bruit eut cessé.

— Cinq places nouvelles d'internes vont être créées, dont trois à l'annexe de l'Hôtel-Dieu et deux à Bicêtre. L'élève externe attaché à chacun des services des hôpitaux excentriques, recevra 300 fr. par an au lieu de 150. Il aura de plus les dissections gratuites.

— Par décision du Conseil royal du 16 de ce mois, le concours qui devait avoir lieu le 2 janvier prochain à Strasbourg pour les *deux chaires de pathologie externe* et *de clinique externe*, est reporté au 2 mai suivant, et SERA OUVERT DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS ! ! !

— Nous désirerions que l'on nous fît savoir en vertu de quelle loi le Conseil royal croit avoir le droit de dénaturer ainsi le concours et de disposer à son gré du lieu ou des formes de ce mode de nomination ?

— Aujourd'hui, dans l'après-midi, un grand nombre d'étudians en médecine se sont rendus au domicile de M. Lamennais, pour lui témoigner leurs vives sympathies ; ils paraissent avoir été bien accueillis, et la réponse de M. Lamennais sera, dit-on, publiée demain dans *le National*. Revenus en ordre à l'Ecole de Médecine au nombre de quinze cents environ, ils se sont rangés en cercle dans la cour, et ont chanté en chœur la Marseillaise. Ils se sont séparés ensuite aux cris de *vive Lamennais! à bas Guizot!*

— Lundi, 28 décembre, M. le docteur Belhomme a terminé dans la cinquième conférence, ce qui est relatif aux localisations encéphaliques, et commencera les prolégomènes des maladies mentales.

Cette conférence a eu lieu à huit heures du soir, après la leçon phrénologique de M. le docteur Place.

Nos lecteurs se rappellent le rapport de M. le professeur Bouillaud sur l'emploi du *lactate de fer* dans les affections chlorotiques (*Gazette des Hopitaux* du 6 février).

Deux élèves internes, MM. Gélis et Conté, par cela seul que le rapport les désignait comme étant les premiers qui eussent signalé à l'attention des médecins ce nouvel agent thérapeutique, pensèrent avoir droit au monopole de la vente du *lactate de fer*; ils demandèrent donc et obtinrent un brevet d'invention qui, du reste, il faut le dire, leur fut délivré sans respect pour l'opinion de l'Académie de médecine, à laquelle fut soumis par le ministre du commerce le mérite de la demande de MM. Gelis et Conté, et qui avait assez mal traité les prétentions de ces Messieurs.

Quoi qu'il en soit, MM. Gélis et Conté, s'appuyant sur le brevet, firent pratiquer dans plusieurs officines des saisies de lactate de fer, et réclamèrent ensuite à la justice contre les pharmaciens des dommages-intérêts pour le préjudice que ces derniers leur aurait causé.

Mais malheureusement pour MM. Gélis et Conté, leurs illusions dorées durèrent peu, car un jugement confirmé par un arrêt vient de les condamner à l'amende et aux dépens, par ces motifs : d'une part, que l'application à la thérapeutique d'un médicament ne saurait avoir le caractère d'une invention, et d'autre part, que le mérite de l'application du lactate de fer à la thérapeutique ne leur appartenait pas, ainsi que bien à tort on le leur avait attribué, puisqu'il résultait des preuves produites que bien antérieurement au rapport de M. le docteur Bouillaud, des médecins, et notamment le docteur Duplay, en avaient prescrit l'usage.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 31 DÉCEMBRE 1840. (13e ANNÉE.) N° 155, TOME 2. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Hydrocéphale interne chronique. Considérations cliniques.

Nous devons vous entretenir un instant du petit malade couché au n° 50 de la salle Sainte-Marthe, qui est sur son départ, et pour lequel nous n'avons pas pu faire ce que d'abord nous avions cru encore praticable.

Cet enfant, âgé de trois ans, est atteint d'un hydrocéphale interne chronique. Dans un examen rapide fait en ville, nous n'avons pas pu nous assurer jusqu'à quel point l'ossification crânienne était arrivée, et s'il y avait encore lieu de pratiquer la ponction, opération déjà usitée autrefois, mais que quelques chirurgiens modernes ont tenté de faire renaître, et qu'ils ont conseillée d'une manière toute spéciale. Tout considéré cependant, nous croyons que c'est compromettre l'art que d'y avoir recours dans la majorité des cas au moins, car les parois du crâne reviennent difficilement sur elles-mêmes, le vide qu'occasionne l'évacuation du liquide est capable d'entraîner des accidens graves.

Vous savez que l'hydrocéphale interne chronique a presque toujours son siége dans les ventricules du cerveau. Cette affection, dont on ignore le caractère essentiel, entraîne d'ordinaire l'abolition de l'intelligence et une diminution plus ou moins marquée des sens : cet état existe chez notre petit malade de la salle Sainte-Marthe. A l'autopsie des sujets qui en sont atteints, et que l'on n'a guère l'occasion de pratiquer après l'âge de cinq, six, sept ou huit ans, on trouve un déplissement du cerveau, qui est presque réduit à l'état membraneux, et qui constitue une poche dans laquelle la sérosité est contenue. Le cerveau ne cesse donc pas d'être en rapport avec les parois du crâne.

L'hydrocéphale peut se développer dans le sein de la mère, et, suivant son degré de développement au moment de l'accouchement, il peut opposer de grandes difficultés à l'accomplissement de celui-ci, faire courir de grands dangers à la mère, et nécessiter de la part de l'accoucheur l'emploi soit du forceps, soit du céphalotribe, quand l'évacuation du liquide dans le sein de la mère est indispensable.

Ordinairement cependant, l'hydrocéphale commence après la naissance, ou du moins son développement au moment de celle-ci était assez peu prononcé pour passer inaperçu; de sorte que, à la marche de la maladie, on peut croire qu'elle ne s'est développée que postérieurement à l'accouchement. Quoi qu'il en soit, c'est quelque temps après la naissance que l'on s'aperçoit de l'augmentation disproportionnée de la tête; et alors, l'affection se dessine et se traduit clairement.

Ses progrès sont plus ou moins rapides, et beaucoup de variétés s'observent à cet égard. Chez quelques enfans, en effet, la maladie a atteint en quelques mois seulement son maximum d'intensité; tandis que chez d'autres, elle exige des années pour arriver au même terme. Toujours est-il que lorsque la marche de l'hydrocéphale est lente, la vie est conciliable, jusqu'à un certain point, avec un tel état de choses; et elle peut se prolonger, quoique l'intelligence soit abolie, les sens obtus, et que l'individu soit réduit à une vie uniquement végétative.

Par cela même que la maladie peut marcher avec lenteur, l'ossification des parois crâniennes peut de même, en progressant continuellement, arriver à son terme complet. Mais quelques points échappent d'ordinaire au travail d'ossification, comme, par exemple, les fontanelles et les sutures; et sur ces différens points, c'est un état membraneux qui se substitue à l'état osseux. Tel est le cas dans lequel se présente notre enfant, chez lequel la suture coronale persiste; à la partie inférieure de laquelle nous avions tout d'abord pensé que nous pratiquerions la ponction.

Cependant, chez les sujets atteints d'hydrocéphale, la mort est toujours plus ou moins rapprochée; et l'on conçoit que cette pensée ait dû porter les chirurgiens à tenter les moyens usités pour guérir les hydropisies dans le traitement de celle du cerveau.

Lecat, chirurgien distingué, dont l'hôpital de Rouen conservera un long et honorable souvenir, a employé un des premiers la ponction pour tenter la guérison de l'hydrocéphale : le fait qu'il rapporte est des plus remarquables. Autant que nous pouvons nous en rappeler, Lecat fit la ponction au vertex vers le sinciput, point assurément qui n'est pas le plus favorable. Peu de temps après l'opération, il survint des accidens graves, et le malade mourut. Dans ses considérations sur ce fait, Lecat se reproche la conduite, à laquelle il attribue les accidens qui entraînèrent la mort.

Ce fut un cas isolé que celui de Lecat, et après lui comme avant on continua à considérer l'hydrocéphale comme une maladie incurable. Dans ces derniers temps cependant, quelques chirurgiens s'étant de nouveau saisis de cette question, se sont demandé s'il n'y avait réellement rien à faire, s'il fallait rester spectateur impassible des progrès d'une maladie aussi redoutable, et s'il ne fallait rien tenter pour retarder au moins sa marche funeste. On revint alors à l'idée de la ponction : cette opération, pratiquée par Graefe, répétée en Allemagne et en Angleterre, a donné des résultats peu favorables, et, de plus, les observations qu'on rapporte manquent de tous les détails désirables.

M. Malgaigne, un des espoirs de la chirurgie française, a saisi, l'année dernière, l'occasion de pratiquer cette opération. La ponction a été faite à la partie inférieure de la suture coronale; répétée à plusieurs reprises, elle a servi chaque fois à retirer quelques onces seulement de liquide. Le malade de M. Malgaigne a survécu vingt jours environ à l'opération.

Au total, les faits sont peu nombreux quant à présent; néanmoins, il est déjà permis d'en tirer quelques conclusions qui ne sont pas trop favorables à la ponction de l'hydrocéphale. Disons, toutefois, que, dans quelques cas, l'opération a eu ceci d'avantageux, qu'elle a rendu la maladie stationnaire; mais, d'autre part, la diminution du crâne a été peu sensible, sinon nulle. Quant à des guérisons complètes on n'en cite pas d'exemples, et nous croyons que c'est rendre aux malades un bien mince service que de rendre leur affection pendant quelque temps stationnaire. D'ailleurs, dans les cas les plus heureux, ils restent avec une tête monstrueuse et dépourvus d'intelligence.

Nous pensons qu'en définitive, si l'on ne parvient pas à obtenir des résultats avantageux plus marqués, mieux vaut renoncer à toute tentative ultérieure, et abandonner les sujets aux progrès du mal, plutôt que d'ajouter à leur sort les chances si peu certaines d'une opération.

On ne peut d'ailleurs espérer de réussir, moyennant la ponction, que lorsqu'on a affaire à des sujets très jeunes dont les espaces membraneux peuvent se resserrer et disparaître avec le temps; car l'opération devient inutile lorsque, comme chez notre enfant, l'ossification est avancée, et à plus forte raison quand elle est achevée.

La guérison de l'hydrocéphale au moyen de la ponction présente d'ailleurs des difficultés ultérieures, dont on trouve les analogues à la suite de la ponction des autres hydropisies dépendantes du plus ou moins d'obstacles que rencontrent les parois des cavités viscérales d'une part, et les viscères de l'autre, à se porter à la rencontre les uns des autres pour faire disparaître le vide qui les sépare après l'évacuation du liquide. Ces difficultés sont d'autant plus grandes, que la marche de la maladie a été plus lente, et que la quantité du liquide est plus considérable; car alors les viscères ont été comprimés, atrophiés, et leur expansion est difficile, sinon impossible.

Somme toute, nous croyons vraies les observations que l'on a publiées sur le sujet qui nous occupe; nous croyons que dans quelques cas on est arrivé à retarder l'issue funeste de la maladie. Mais les faibles résultats que donne l'opération ne nous paraissent pas compenser les dangers auxquels elle expose les malades. A plus forte raison nous croyons qu'il faut s'abstenir d'opérer quand l'ossification est aussi avancée qu'on l'observe chez le petit malade couché au n° 50 de la salle Sainte-Marthe. K...

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

REVUE CLINIQUE DU 24 DÉCEMBRE.

Défloration. Guérison totale des symptômes syphilitiques.

L'affection syphilitique de la petite fille couchée au n° 11 de la salle Sainte-Thérèse a marché avec une rapidité réellement surprenante : la cicatrisation des chancres a été complète après une quatrième cautérisation. Nonobstant cela, nous persistons dans l'usage intérieur du proto-iodure de mercure et de la tisane de salsepareille avec le sirop de Cuisinier.

Ce fait démontre, conformément à l'opinion de M. Ricord, que les chancres peuvent être cautérisés dès leur début, sans nullement craindre d'accroître les accidens inflammatoires.

Double cataracte congéniale. Opération par abaissement.

Il nous est entré depuis plusieurs jours, au n° 15 de la salle Sainte-Thérèse, une petite fille atteinte d'une double cataracte congéniale. Nous l'avons opérée par abaissement d'un seul côté, et cette opération a présenté de grandes difficultés occasionnées par l'impossibilité de fixer l'œil, la petite fille ne comprenant pas ce que nous voulions lui dire, lorsque nous lui recommandions de tenir l'œil immobile. C'est là un inconvénient grave que l'on rencontre dans tous les cas de ce genre.

Nous avons, pour ainsi dire, saisi l'œil au vol, et nous avons été assez heureux pour arriver dans la chambre postérieure. La capsule cristalline a été déchirée et aussitôt un fluide laiteux s'est épanché dans la chambre antérieure. Nous avions donc lieu de craindre qu'il ne survînt des accidens sérieux, sans cesser d'espérer cependant la résorption du liquide épanché dans la chambre antérieure.

Notre prévision à cet égard s'est vérifiée et nous n'avons vu survenir aucun accident, soit du côté de la tête, soit du côté de l'œil. D'autre part, la résorption du liquide épanché s'est effectuée en partie.

Aujourd'hui le centre de la pupille est mobile, mais il présente un point blanchâtre qui n'est autre chose qu'une portion de cristallin qui n'a pu être abaissée. Nous espérons que la résorption de cette portion de cristallin aura lieu, et que nous pourrons éviter une seconde opération.

Les grandes difficultés qu'a présentées l'opération, résultant de l'impossibilité de fixer l'œil, nous ont conduit à nous demander si, comme dans l'opération du strabisme, il ne serait pas utile d'arriver à ce résultat au moyen de l'érigne. On sait aujourd'hui que cette pratique ne peut être suivie d'aucun grave danger, et nous nous proposons d'étendre à l'opération de la cataracte les bienfaits qu'elle procure dans l'opération du strabisme : c'est ainsi que nous nous conduirons lorsque nous opérerons l'autre œil.

Déviation spontanée et lente des pieds en dedans.

Nous avons reçu au n° 16 de la salle Sainte-Thérèse une petite fille âgée de quatorze ans, qui a commencé à ressentir, il y a trois ans, une douleur au pied droit, le long de son bord interne, s'étendant aussi à la région plantaire. Cette douleur, ayant été attaquée par des moyens peu énergiques, le pied commença bientôt à se recourber et son bord interne ne tarda pas à se présenter sous la forme d'une voussure, étendue du talon à l'extrémité du gros orteil. En même temps, la totalité du pied se renversait graduellement en dedans et la tendance à la formation d'un varus se dessinait davantage chaque jour.

Notons avant d'aller plus loin, qu'au dire des parens, rien de tout cela n'existait chez la jeune fille au moment de la naissance; et que postérieurement, à l'époque où la difformité commença à paraître, il n'y eut pas de convulsion, ni aucune autre maladie concomitante qui aurait pu en être la cause.

Quelle a été la nature de l'affection qui a déterminé la formation du varus? Il ne paraît point douteux que la douleur qui a existé ne fût le symptôme de l'inflammation de l'aponévrose plantaire et des muscles fléchisseurs en général, mais principalement de ceux du gros orteil; inflammation qui, n'ayant pas été traitée par des moyens assez énergiques, a entraîné la rétraction des parties fibreuses, cause immédiate et d'ailleurs bien manifeste de la déviation qui existe aujourd'hui.

Toute douleur avait du reste entièrement cessé au pied droit, la difformité persistant toujours d'ailleurs, lorsque, sans plus de cause apparente que dans les accidens éprouvés il y a trois ans, la jeune fille ressentit, il y a trois semaines environ, une douleur analogue, dans sa nature et dans son siége, au pied gauche. C'est cette douleur qui l'amène aujourd'hui à la clinique.

On ne saurait se dissimuler que nous n'ayons affaire, dans ce cas, à une série d'accidens semblables à ceux qui ont présidé à la formation du varus à gauche, accidens qui sont encore à leur début, et qui nous rendraient témoins du même phénomène qui s'est passé à droite, sans l'intervention des moyens thérapeutiques énergiques. Or, agissant dans l'hypothèse, bien fondée d'ailleurs, qu'il s'agit d'une phlogose des principaux élémens fibreux de la plante du pied, nous essaierons d'en prévenir les résultats par l'emploi des antiphlogistiques.

Cette rétraction des membres est loin d'être exclusivement un phénomène consécutif à l'inflammation des tissus fibreux : l'inflammation des muscles peut y donner lieu. Il n'y a pas long-temps que nous avons eu occasion d'observer en ville une petite fille qui offrait une flexion forcée de tous les orteils. Parmi les médecins consultans, il en était qui pensaient qu'il s'agissait d'une faiblesse des muscles extenseurs; nous pensâmes au contraire que la flexion était le résultat d'une inflammation des muscles fléchisseurs. On adopta en conséquence l'emploi des antiphlogistiques, et la petite fille se trouva bientôt guérie.

PLUSIEURS CAS DE FRACTURES.

Chute dans un puits. Fracture des deux fémurs.

Le petit malade couché au n° 5 de la salle Saint-Côme est tombé dans un puits sans eau et profond de plusieurs mètres, chute qui a entraîné la fracture des deux fémurs. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, si grave par sa nature, c'est la manière heureuse dont les choses se sont pourtant passées jusqu'à présent.

Le déplacement était tout d'abord presque nul; il y avait peu de gonflement, pas d'épanchement sanguin bien notable. Les accidens inflammatoires ont été pour ainsi dire nuls, et le malade a à peine eu un peu de fièvre. Enfin, jusqu'à présent il n'est survenu aucune complication.

Fracture de la cuisse gauche.

Le n° 8 de la salle Saint-Côme est entré avec une frac-

ture de la cuisse. Dans ce cas, vous nous avez vu nous écarter un peu des règles que nous suivons habituellement, parce que la fracture s'est elle-même présentée avec des conditions particulières.

Dans le cas de fracture du fémur, quand les sujets sont bien portans et âgés tout au plus de trois à quatre ans, nous nous bornons à l'application d'un bandage roulé et de trois attelles; moyens qui suffisent pour nous procurer la guérison au bout de quinze à vingt jours. Si, au contraire, l'enfant est âgé de six, sept, huit ans ou plus, nous faisons alors l'application du grand appareil de Scultet; et dans ce cas, la consolidation se fait attendre de vingt à vingt-quatre jours.

— Le petit malade du n° 8 de la salle Saint-Côme est âgé de treize ans et demi; il est à l'hôpital depuis cinquante-six jours, et pourtant sa fracture n'est pas complètement consolidée. Quelle est cette lenteur dans la formation du cal, et quelle est la nature de la cause qui la retarde d'une manière aussi singulière?

L'enfant présente toutes les apparences d'une bonne constitution, et tout soupçon relatif au concours d'une cause spécifique constitutionnelle dans la lenteur imprimée à la marche du travail du cal paraît devoir être éloigné. La fracture était très oblique; et cette grande obliquité explique, en partie au moins, le fait qui nous occupe. Mais ce n'est pas tout; l'épanchement sanguin qui existait au moment de l'arrivée du malade dans le service était porté tellement loin, qu'en explorant la partie on pouvait aisément obtenir l'indice d'une fluctuation, qui témoignait de l'existence d'un flot considérable de liquide. La douleur, en outre, était très intense.

Ces deux circonstances nous expliquent pourquoi la marche du cal a été aussi lente; mais nous en trouverons d'autres encore dans la thérapeutique, que les circonstances nous ont imposé d'employer dans ce cas. En effet, d'une part, les accidens inflammatoires nous ont empêché d'appliquer l'appareil avant le huitième jour, terme peut-être un peu trop éloigné pour un enfant de treize ans; et d'autre part, nous avons dû faire pratiquer plusieurs saignées.

L'épanchement était presque complètement résorbé lorsque nous avons procédé à l'application de l'appareil. Mais les saignées, qui nous avaient procuré ce bienfait, devaient nécessairement influer d'une manière fâcheuse sur la marche du cal. Des expériences directes, faites sur les animaux, ont prouvé, en effet, que les émissions sanguines retardent le travail de consolidation; l'analogie veut qu'il en soit de même chez l'homme; or, notre petit malade avait été saigné trois fois. Aussi la fracture n'était-elle pas consolidée au trente-huitième jour, et loin de là les fragmens tendaient encore à chevaucher, ce qui nous fit comprendre la nécessité d'employer un certain degré d'extension. Aujourd'hui la consolidation est assurée; mais par précaution nous persisterons encore pendant quelques jours dans l'emploi du bandage roulé et des attelles.

Brides congénitales de la main; emploi du procédé de Rudtorffer; accidens inflammatoires. Angine membraneuse.

Le malade qui est couché au n° 23 de la salle Saint-Côme est entré à la clinique pour des brides congéniales de la main que nous avions entrepris de détruire par le procédé de Rudtorffer.

Le passage des fils métalliques ayant déterminé des accidens inflammatoires assez intenses et un écoulement purulent assez abondant, nous avons cru devoir les retirer et renonçer à cette méthode qui nous a réussi dans d'autres circonstances.

Il nous a fallu donc, dans ce cas, recourir à une autre méthode; la section ordinaire des brides a été faite, et on lui a fait succéder un pansement capable de s'opposer à la reproduction de la difformité.

C'est au milieu de semblables circonstances que le malade a été pris des premiers symptômes d'une angine membraneuse que nous n'avons pas réussi à enrayer ni avec le jus de citron ni avec le nitrate d'argent.

Cette complication nous donne d'autant plus d'inquiétude qu'il y a beaucoup de croups en ce moment; ainsi, dans ces derniers jours, on en a reçu cinq à l'hôpital, tandis qu'ordinairement on n'en reçoit qu'un cas par an, ou même pas du tout. Cette circonstance doit nécessairement nous alarmer.

Nous avons déjà eu occasion de vous dire que les antiphlogistiques sont insuffisans en pareil cas: MM. Bretonneau, Trousseau et mon père ont pu s'assurer de ce fait. Au contraire, les vomitifs, les purgatifs, les frictions mercurielles, le jus de citron et le nitrate d'argent jouissent d'une efficacité plus réelle: nous ne nous écarterons donc pas de l'emploi de ces moyens.

On fera quatre frictions dans les vingt-quatre heures; ce matin on touchera les productions membraneuses avec le jus de citron et dans la journée avec le nitrate d'argent. De plus, le malade prendra 30 centigrammes de calomel.

Ce ne serait que dans le cas où il y aurait menace de suffocation que nous pratiquerions la trachéotomie.

K.....

QUESTION DE MÉDECINE LÉGALE À RÉSOUDRE.

Yssingeaux, 14 décembre 1840.

Monsieur et cher confrère,

Permettez-moi, je vous prie, de vous adresser une question relative à un cas d'accusation d'empoisonnement.

Une femme du village de Retournac est accusée d'avoir empoisonné son mari et ses deux enfans. L'exhumation des trois cadavres a eu lieu il y quinze jours; l'instruction se poursuit, et deux médecins de la localité où j'exerce ont été chargés de procéder aux opérations chimiques.

Cette femme m'a fait appeler aujourd'hui à la prison et m'a chargé d'assister en son nom aux opérations des experts.

Je suis allé communiquer la volonté de cette malheureuse à M. le procureur du roi. Ce fonctionnaire s'est opposé à ce que je fusse présent aux expériences chimiques que l'on fait contre la prévenue, sous le prétexte que l'instruction doit être secrète et n'être communiquée à personne, pas même à l'accusée. J'ai eu beau lui rappeler l'affaire Laffarge, dans laquelle un médecin assistait, au nom et dans l'intérêt de l'accusée, aux opérations que dirigeait M. Orfila, il m'a répondu qu'à cette époque l'instruction n'était plus un secret, et qu'il y avait eu déjà une première expertise. D'après cette réponse, je me suis retiré en promettant néanmoins à M. le procureur du roi que je chercherais à m'instruire sur le droit qu'il s'est arrogé de me défendre d'assister à ces expériences.

Voilà les faits, Monsieur. Les auteurs de médecine légale n'ont pas prévu la question qui se présente ici; leur silence à cet égard m'oblige à recourir à vos lumières; veuillez donc me dire, s'il vous plaît, si un procureur du roi peut, malgré la volonté expresse d'une personne prévenue d'un crime d'empoisonnement, défendre à un médecin, qui en a été chargé par cette personne, d'assister aux opérations chimiques qui s'exécutent contre elle.

Dans l'attente d'une réponse, je suis votre très humble et dévoué confrère,

EUG. ALIROL, D.-M.,
A Yssingeaux (Haute-Loire).

RÉPONSE.

En supprimant l'institution du jury d'accusation et en la remplaçant par celle du juge d'instruction, le législateur a eu en vue de fournir à l'accusation tous les moyens possibles d'arriver à la constatation de la vérité qu'il importe à la sécurité publique de mettre au jour. Il a donc investi le juge d'instruction d'un pouvoir discrétionnaire illimité, en tout ce qui tient aux travaux préparatoires de la procédure.

Le secret dans lequel le juge peut tenir l'accusé est un des plus puissans moyens que l'instruction ait à sa disposition pour amener celui-ci à un aveu et pour déjouer toutes ses feintes ou ses ruses.

Mais ce secret n'est pas tel que le juge d'instruction ait le droit de priver la défense des documens dont elle pourra faire usage un jour, au jour des révélations publiques.

Ainsi le juge d'instruction n'a pas le droit de supprimer une pièce qui serait dans le cas de militer contre le système de l'accusation: cette suppression serait une forfaiture.

Le pouvoir discrétionnoire du juge d'instruction n'est pas tellement illimité qu'il soit à l'abri de tout contrôle. La loi lui ordonne au contraire de faire son rapport dans la huitaine à la chambre du conseil, laquelle a le droit de modifier, de régulariser, d'activer, si elle le juge convenable, la marche de la procédure.

Il est des choses sur lesquelles le secret ne saurait être rigoureusement gardé, quoi qu'on fasse: par exemple, une exhumation est en général publique, et il est peu de ses circonstances qui échappent à la curiosité. Il en est de même d'une descente sur les lieux, d'une visite domiciliaire, etc. Mais l'instruction ne souffre en rien de cette publicité, puisque nul n'a le droit, pendant le secret, de communiquer avec l'accusé, de se concerter avec lui, pas même son défenseur.

Ces principes de jurisprudence une fois posés, faisons-en l'application au cas spécial que l'on soumet à notre appréciation.

Il est reçu aujourd'hui dans la jurisprudence des Cours d'assises, que la défense a le droit d'opposer expertise à expertise, de soumettre au contrôle d'experts choisis par l'accusé le travail des experts choisis par l'instruction judiciaire. Ce droit de la défense a été reconnu dans un si grand nombre d'audiences solennelles, qu'il est acquis à l'accusé. On ne saurait désormais plus l'en spolier.

Or, ce droit serait illusoire et même dérisoire si l'expert de la défense ne devait peraître qu'aux débats, alors que la substance incriminée aura peut-être été absorbée et dévorée en entier par la première expertise, et que le contrôle de la défense ne saurait plus s'exercer que sur un rapport écrit.

On répondra qu'on aura soin de conserver une certaine quantité de la substance pour le contrôle ultérieur de la défense. Mais cette concession, qui est un droit incontestable dont on ne doit jamais se départir, cette concession serait encore dérisoire si l'expert de la défense est privé du moyen de contrôler les méthodes qu'on a employées pour réserver les substances qui, plus tard, doivent être soumises à son examen. Il importe à la défense que cette réserve soit faite sur tel ou tel organe, sur telle ou telle portion, dans telle ou telle circonstance de l'analyse chimique, et avec telles ou telles précautions dont elle seule est juge. Il lui importe de connaître exactement la filière par laquelle l'analyse accusatrice a pu passer pour arriver a un résultat quelconque, de pouvoir évaluer les vices des méthodes employées, etc.

Accorder à la défense le droit de raisonner de toutes ces circonstances, en lui interdisant celui de les admettre ou de les combattre authentiquement et expérimentalement, c'est une prétention qui implique contradiction.

Où en serions-nous en fait de procédure criminelle si l'accusation pouvait dire impunément à la défense: Vous n'accepterez vos preuves que de ma main, vous ne les exposerez que sous la forme dans laquelle je les aurai enveloppées; vous pourrez en raisonner, mais jamais les tenir entre les mains; vous serez forcée de croire à l'exactitude des résultats que mes experts auront obtenus, à leur habileté, à leur prudence, à la perfection de leurs procédés. Autant vaudrait ajouter: Vous serez forcé de croire à leur infaillibilité qui sert de base à la mienne.

Donc, dans un cas d'autopsie et d'expertise légale, si l'accusé le requiert, il importe à la moralité de l'accusation, ainsi qu'à la bonne administration de la justice, que le juge d'instruction permette à l'expert de la défense d'assister à toutes les opérations de ce genre, à la condition de ne rien entraver, de ne s'opposer à rien de ce que croiront devoir adopter les experts de l'instruction judiciaire; mais à la condition réciproque aussi que rien de tout ce que feront ces derniers ne puisse être soustrait à la connaissance, à la surveillance de l'expert de l'accusé.

Il serait sans doute plus conforme à nos principes d'égalité, que les opérations d'expertise légale fussent confiées en commun à un nombre d'experts choisis, par égale part, au nom de l'accusation et de la défense, car l'expertise légale offre les traits de ressemblance les plus frappans avec l'institution de l'arbitrage et celle du jury.

Mais enfin, la loi n'ayant rien réglé encore à cet égard, et tout étant laissé à la discrétion du juge commis à la poursuite de l'affaire, il n'est permis d'exiger de lui que ce qu'il serait à lui irrationnel de refuser.

La demande de M. le docteur Eugène Alirol est fondé en raison et sur les traditions de la jurisprudence. Le juge d'instruction a le pouvoir de s'y refuser sous sa responsabilité personnelle; mais la défense a intérêt à faire constater ce refus par ministère d'huissier; elle doit ensuite présenter d'abord requête à la chambre du conseil; puis enfin, sur le refus d'y faire droit par cette chambre, on conservera ces pièces au procès.

L'omnipotence du jury est là pour apprécier de tels dénis de justice; car, aux débats, la défense aura la faculté de refuser d'arguer d'une expertise dont le contrôle ne lui a pas été accordé, et de déclarer nulle de tout point, faute de preuves contradictoires, cette portion de la procédure qui amène l'accusé aux débats.

« Vous nous avez refusé de faire la preuve du contraire de ce que vous avancez, dira la défense à l'accusation; vous vous êtes réfutée vous-même d'avance. Nous n'avons rien à répondre à ces faits; mais c'est par votre faute: le jury appréciera. »

Les rédacteurs de la Gazette des Hopitaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 28 décembre.

La séance d'aujourd'hui a été comme celle de pareille époque à chaque année, consacrée à des élections. Nous donnerons la liste des membres qui composent les différentes commissions permanentes.

Une députation de dix membres a été nommée pour se rendre le jour de l'an au château des Tuileries, pour féliciter le roi.

M. le président annonce la mort d'un des membres les plus anciens de l'Académie, M. Landré-Beauvais. M. Pariset, ayant prononcé un discours sur la tombe de ce médecin, a été invité à lire en séance, ce qu'il a fait. M. le secrétaire perpétuel s'est surtout appesanti sur les heureuses récompenses que Landré-Beauvais a dû obtenir dans l'autre monde. (Applaudissemens.)

— *M. Boullay*, de la section de pharmacie, a lu une note dans laquelle il invite l'Académie à demander au ministre du commerce et des travaux publics l'exécution d'un projet adressé par l'Académie à l'autorité, relatif à la suppression de l'abus des brevets d'invention concernant les remèdes secrets.

Sur la demande de M. Adelon, la proposition de M. Boullay a été envoyée au conseil d'administration.

Séance levée avant cinq heures.

Pathologie interne du système respiratoire; par le docteur PUTÉGNAT (de Lunéville). Deux vol. in-8°; 2e édition.

Tous les auteurs qui ont écrit sur un point quelconque du vaste domaine de la pathologie interne des voies respiratoires, enorgueillis à plus ou moins juste titre de leur science, se sont bornés complaisamment dans cet horizon, et ont dédaigné de faire connaître les travaux des anciens et ceux de leurs contemporains. En composant son ouvrage, M. Putégnat a voulu réparer cet injuste et nuisible oubli, il l'a rendu impartialement historique en rapportant tout ce qu'on a écrit d'intéressant sur les affections internes du système respiratoire. Nous ne dirons pas qu'il a complètement réussi: mais si quelquefois il a failli, c'est qu'il n'est donné à personne de ne jamais manquer. Son œuvre est un assemblage de matériaux puisés dans tous les auteurs avec une patience et une saine érudition qu'on ne rencontre que très rarement. La direction philosophique qui y règne nous semble bonne. L'auteur n'a voulu s'enrôler sous aucune bannière exclusive; il a choisi partout le bon en discutant les faits et en critiquant parfois certains écrits trop exclusifs. « *L'éclectisme libre de tout préjugé et dirigé par le flambeau de l'étude approfondie et raisonnée des ouvrages tant anciens que modernes*, » tel est le but qui l'a dirigé.

Ce traité est divisé en deux parties. La première comprend l'étude des différens moyens dont la connaissance est indispensable pour bien diagnostiquer les maladies internes du système respiratoire, ou la *percussion médiate* et *immédiate*; l'*auscultation médiate*, *immédiate*, à distance et la succussion. Ce chapitre, où l'auteur se plait à déployer ses moyens, nous semble traité fort habilement: la classification en est heureuse. Après avoir étudié avec beaucoup de soin les bruits physiologiques du murmure respiratoire, de la voix et de la toux; la description des *râles* ne laisse rien à désirer. A propos du tintement métallique, M. Putégnat prouvé par des faits que l'explication de ce bruit, donnée par Dance et Beau, n'est point applicable dans tous les cas, et qu'ainsi elle n'est pas plus exacte que celle de Laennec. L'article assez long qui a trait à l'auscultation à distance, est remarquable par son originalité et par l'ordre méthodique qui y règne; nous le recommandons au lecteur. La pression abdominale, la mensuration, le toucher et la palpation; l'inspection du visage, du cou, du thorax, de l'attitude, de la respiration, des doigts, des sueurs forment autant de chapitres remplis de faits instructifs. Viennent ensuite la douleur, l'hérédité, la prédisposition et l'étiologie proprement dite.

La deuxième partie, divisée en cinq sections, traite des maladies internes du larynx, de la trachée-artère, des bronches et de leurs glandes, du tissu pulmonaire et du thymus, de la plèvre, etc.

Parmi les maladies décrites dans la première section, nous citerons la laryngite pseudo-membraneuse, que M. Putégnat a décrite en homme qui a beaucoup lu et vu. Il regarde cette maladie comme une inflammation spéciale, ainsi que l'avaient déjà soutenu Mahon, Chambon, Autenrieth, Michaëlis, Albers; et, à l'exemple d'Albers, de Goëlis, de Guersant, de Bretonneau, etc., il recommande fortement les mercuriaux, ainsi que les caustiques et la trachéotomie. Les chapitres dans lesquels il est question de la laryngite striduleuse, de la laryngite tuberculeuse et ulcéreuse, méritent une attention particulière.

Cette première section est terminée par un article qui, suivant l'auteur, rend compte de la fréquence des maladies laryngées.

La deuxième section, qui comprend les maladies de la trachée-artère, est conçue et écrite sur le même plan que la précédente. Le chapitre dans lequel l'auteur traite de la phthisie trachéale nous paraît le plus intéressant.

La troisième section est consacrée aux nombreuses affections des bronches. Nous engageons fortement le lecteur à méditer le chapitre qui a trait à l'hypérémie bronchique, et à le rapprocher de celui où il est question de l'hypérémie pulmonaire. Le chapitre II traite de la broncho-hémorrhagie. Dans le suivant, la bronchite aiguë est étudiée sous toutes les formes: la fièvre catarrhale inflammatoire, la fièvre bilieuse, le catarrhe suffocant, la bronchite typhoïdienne, la bronchite capillaire, la fausse péripneumonie et le simple rhume y sont passés en revue, et leur traitement étudié avec soin. Le chapitre IV est une complète et excellente monographie de la grippe, que l'auteur définit ainsi: « Affection spécifique, essentiellement épidémique et contagieuse par infection, précédée, accompagnée et suivie souvent long

temps après la résolution du catarrhe, de douleurs nerveuses siégeant tantôt dans la tête, tantôt dans le thorax, fréquemment dans tous les membres. » M. Putégnat insiste pour qu'on fasse marcher de front le traitement de l'affection même et le traitement local. Le chapitre VI traite longuement de la coqueluche, qui y est regardée comme « une névrose épidémique et contagieuse. » Ce chapitre se recommande par le soin avec lequel ont été discutés les points culminans de l'histoire et du traitement de cette affection. Les articles diagnostic et traitement de la bronchite chronique nous ont paru remarquables. La phthisie bronchique a été étudiée dans le chapitre IX.

Après avoir parlé, dans les chapitres suivans, de la broncorrhée chronique, des dilatations, du rétrécissement, de l'obstruction des bronches et de la simple dyspnée nerveuse, M. Putégnat traite de l'asthme. Le chapitre XVI est, à notre avis, une heureuse analyse philosophique, basée sur des faits bien discutés, de tout ce qui a été écrit sur cette affection ; M. Putégnat la regarde comme étant essentiellement nerveuse, et placée sous la dépendance de tout ce qui peut augmenter ou diminuer le fluide électrique du corps, et accompagnant souvent une affection organique quelconque qui peut réagir sur elle.

Le traitement de cette maladie est exposé avec un soin tout particulier. Après avoir signalé en passant l'expansibilité des bronches comme affection opposée à la précédente, qui n'est qu'une contraction spasmodique des bronches, et la névralgie bronchique, M. Putégnat arrive aux corps étrangers dans les bronches et aux maladies des caillouteux. L'appendice contient deux chapitres où sont étudiées les maladies des glandes bronchiques. Cette partie, qui nous semble traitée un peu trop brièvement, termine le premier volume.

La quatrième section traite des nombreuses maladies du tissu pulmonaire. Les chapitres I et II sont consacrés à l'étude des emphysèmes. Dans le premier, M. Putégnat combat les objections qu'a faites M. Louis à l'explication donnée par Laënnec. Après avoir traité de la pneumo-hémorrhagie, M. Putégnat arrive au chapitre V, où il est question longuement de la pneumonie. Dans ce chapitre, nous trouvons la description des formes aiguë, chronique, continue, intermittente, simple et compliquée, franche et latente, lobaire, lobulaire et vésiculaire, bilieuse, ataxique, typhoïdienne et épidémique. Les nuances produites par la morve aiguë et par la résorption purulente n'y sont point oubliées. De longs articles traitent de la pneumonie des enfans et des vieillards.

A ce propos, M. Putégnat dit que le traitement *jugulant* affaiblit horriblement les malades ; chose qui n'échappe point aux médecins des petites villes, qui ont constamment leurs malades sous les yeux pendant la convalescence et après la complète guérison. Dans plusieurs passages, cet auteur attaque l'emploi des saignées coup sur coup.

Après avoir parlé de la gangrène, de l'œdème et du cancer du poumon, l'auteur traite de la phthisie pulmonaire. Une analyse détaillée ne pourrait donner une idée exacte de ce long chapitre, où tout est étudié méthodiquement et avec beaucoup de savoir. L'étude des acéphalocystes du poumon, de l'anthrocosis, maladie peu commune et assez inconnue, la névralgie pulmonaire, la description détaillée, autant que le permet l'état actuel de la science, de l'asthme thymique, complètent la quatrième partie.

La section V comprend les maladies de la plèvre, la pleurésie sous toutes ses formes. Pour chacune de ces nombreuses formes, l'auteur étudie la marche, le diagnostic et le traitement. Le chapitre II a trait à l'empyème ; nous avons retrouvé ici un mémoire que l'auteur avait inséré dans les Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles (1838). Ce chapitre contient plusieurs faits curieux et bien analysés. Les deux suivans traitent du pneumo-thorax, de la gangrène, du cancer et des tubercules de la plèvre. La description de la pleurodynie termine l'ouvrage. Pour résumer notre pensée, nous dirons que c'est un vaste tableau dans lequel l'auteur a su encadrer avec hardiesse et précision tout ce qui a été écrit d'important sur ce sujet. Donnant souvent des aperçus neufs et piquans sur différens points de la science, passant en revue avec rapidité les nombreuses maladies qu'il examine et qu'il étudie sous toutes les formes, chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard ; discutant avec impartialité, et s'inquiétant moins de la forme que revêt la pensée que du principe qu'il établit et du but vers lequel il marche, on peut dire du livre de M. Putégnat que c'est l'œuvre utile et consciencieuse d'un praticien érudit autant que patient et laborieux. B. G.

DANGER DU TRAITEMENT PAR LA CAUTÉRISATION DES ULCÈRES VÉNÉRIENS PRIMITIFS ;

PAR M. DEVERGIE, D.-M.

(Suite du nº 148.)

Ce raisonnement n'est pas rigoureusement l'expression de la vérité ; car il est certain qu'en produisant plusieurs ulcérations, on augmente la sphère des accidens locaux ; que ces accidens ne se développant pas sans incubation, il y a eu une nouvelle impression syphilitique dans l'organisme. Cela est si vrai que si on ne parvient point à arrêter le développement de l'ulcère d'inoculation, ou si on le laisse marcher, il lui faudra autant de temps pour parcourir ses périodes d'accroissement, de *statu quo*, de réparation, que s'il avait été contracté par le coït ; que, par conséquent, il lui faudra vingt-cinq à trente-cinq jours et souvent plus pour arriver à la cicatrisation complète. Mais la nouvelle infection inoculée aggrave évidemment l'état de l'organisme déjà infecté, et le travail du nouvel ulcère exige souvent au-delà de 40 à 50 jours. Les exemples n'en sont pas rares, et à l'appui de ce que je viens d'avancer, je citerai les deux observations suivantes, provenant de l'hôpital des Vénériens de Paris.

Première observation. Un jeune homme de vingt-un ans, fort, vigoureux, enclin au libertinage et à la débauche, à la suite d'un excès des deux genres, contracte un chancre sous le prépuce. Il continue son travail de commissionnaire, et, à peu de temps de là, un engorgement inflammatoire se développe dans l'aine gauche. Le chancre se cicatrise assez rapidement, et environ trois semaines après le coït impur, il est reçu à l'hôpital des Vénériens, service de M. R..... Trois jours après l'ouverture d'un abcès volumineux, on pratique sur la cuisse du même côté trois piqûres d'inoculation qui se développent très bien, et ont été, d'après le rapport du malade, trois fois cautérisées sans être arrêtées dans leur marche. Après un mois de séjour, ne voyant pas son état s'améliorer, son bubon ulcéré restant stationnaire, et ses nouveaux ulcères indurés, il quitta l'hôpital sous prétexte d'affaires urgentes, et il entra à Saint-Louis, dans le service de M. D..... Il y resta au delà de deux mois avant d'obtenir la guérison complète de son bubon largement ulcéré ; et ses pustules d'inoculation indurées, et formant des ulcérations de la largeur d'un centime, que j'ai vues à son entrée à Saint-Louis, mirent *soixante-treize jours* à se cicatriser.

Deuxième observation. Le nommé B...., âgé de vingt-un ans, entre le 21 mars 1833, salle 1re, nº 38, service de M. Ricord. Il est d'une constitution sanguine irritable, d'un caractère sombre, d'une tristesse profonde. Depuis cinq mois, il était sous l'influence d'une maladie syphilitique caractérisée par un chancre sur le prépuce et un bubon du côté droit. Le chancre prit le caractère phagédénique ; une bonne portion du prépuce fut détruite, et le gland lui-même rongé dans un tiers de son épaisseur. Le bubon s'ouvrit spontanément. (Deuto-chlorure en pilules, forte salivation.)

A son entrée, le bubon, largement ulcéré, offre une surface de deux pouces et demi de diamètre. Le gland est presque détaché. Les corps caverneux offrent une perte de substance arrivant jusqu'à l'urètre ; il y a en général beaucoup d'irritation, et partout la période du progrès. (Antiphlogistiques généraux, *décoction* concentrée d'opium pour pansement.)

Après quinze jours, amélioration sensible dans le bubon ulcéré, et la verge offre des bourgeons charnus. (Pansement avec cérat calomel, cautérisation de l'ulcération de la verge.)

Le 21 avril, un mois après son entrée, on prend du pus au centre de l'ulcère de l'aine, on inocule sur la cuisse gauche. Elle réussit très bien.

Au 20 mai, c'est-à-dire *trente jours après*, elle n'était qu'en voie de réparation !!! On n'indique pas l'époque de la cicatrisation.

Eruption de la syphilis lenticulaire combattue par le proto-iodure, la tisane et le sirop sudorifique ; *elle met deux mois à guérir.*

Le 7 mai, le bubon est en pleine voie de cicatrisation, mais le chancre de la verge persiste à la période d'ulcération. Multiplicité des moyens excitans, calmans, toniques, mercuriels locaux, sans autre résultat que l'aggravation de l'ulcère, persistant à l'état de progrès et rongeant.

Au 20 juillet, neuf mois après l'apparition du chancre et quatre mois de traitement, commencement d'une cicatrisation lente. Malgré l'état de gravité de la maladie on ne craint pas d'*inoculer encore* le pus de l'ulcère de la verge, le 30 août au dixième mois de la maladie. La pustule se forme, l'ulcère s'établit et le 27 novembre il *n'était pas encore cicatrisé après quatre-vingt-huit jours* !!! L'ulcère phagédénique de la verge ne fut guéri qu'en décembre. Enfin, le malade sortit le 21 du même mois, après un séjour de *neuf* mois entiers, 275 jours !!!

Je livre cette observation aux méditations des médecins consciencieux, et je ne me permettrai aucune réflexion ni morale ni scientifique ; je craindrais qu'une juste indignation, suscitée par le martyre de ce malheureux qu'on *a torturé sans pitié pendant neuf mois entiers*, ne m'entraînât trop loin ; que l'honneur de la chirurgie française ne me dictât quelques allocutions trop énergiques.... Rejetons les idées pénibles qu'un semblable tableau fait naître, et disons pour terminer que les médecins expérimentateurs, inoculateurs et cautérisateurs de l'espèce humaine ont cru bien faire et se sont trompés de bonne foi ; ne leur adressons que le reproche bien mérité d'avoir trop multiplié leurs expériences et souvent mal choisi leurs sujets (1).

La question de l'inoculation n'en reste pas moins d'une gravité effrayante pour le présent et l'avenir des malheureux qui y sont soumis ; car si déjà, au début d'une affection syphilitique, il y a une impression plus ou moins vive produite par l'imprégnation du système nerveux et par l'absorption du principe contagieux, on tend à établir de suite le tempérament syphilitique, puis la diathèse si on s'oppose au travail d'élaboration entrepris par l'organisme On voit combien la nature lutte contre les mauvais effes d'une médication locale intempestive, et combien l'impression générale est vive et augmentée par des inoculations dangereuses, puisque, souvent *malgré les cautérisations répétées*, ces ulcères improvisés résistent et continuent leur marche en dépit des assertions mensongères et des théories brillantes (2). Je renvoie à l'ouvrage de M. Ricord pour en trouver les preuves ; il les fournit lui-même jetées çà et là sans ordre, presque au hasard ; mais les faits n'en sont pas moins réels.

(1) Je dois ici signaler la prudence des chirurgiens militaires français chargés du service des vénériens, qui n'ont pas cru devoir se livrer à de semblables expériences sur les hommes confiés à leurs soins. Leur conscience a reculé devant un fait si grave ; ils n'ont point regardé le soldat comme une pâte à expériences dangereuses ; ils savent tous que, quelle que soit la méthode qu'on emploie dans le traitement de la syphilis on ne peut garantir des récidives pour l'avenir ; à plus forte raison quand on communique aux syphilisés une deuxième chance (incertitude) d'infection.

(2) Les ulcères contractés par le coït et ceux produits par l'inoculation résistent si bien aux cautérisations avec le nitrate d'argent, que M. Ricord abandonne ce moyen et préconise maintenant la pâte de Vienne comme déterminant une eschare plus profonde et plus capable de détruire le principe contagieux résidant tout entier dans l'ulcère. Ce moyen sera bon à l'hôpital, où les malades restent au lit à volonté ; mais proposez en ville cette destruction locale aux malades, vous verrez comme elle sera accueillie !!!

Un fait que nous ne pouvons passer sous silence, c'est la propriété contagieuse des sécrétions des affections que M. Ricord range mal à propos sous la dénomination de fausse syphilis ; c'est-à-dire, la balanite, posthite, ulcération superficielle, écoulement vaginal, tubercule, etc. Ce chirurgien, dans ses expériences trop multipliées, relate que dans beaucoup de cas la pustule d'inoculation a commencé à se développer ; que quelquefois elle a pendant quelques jours parcouru sa période d'accroissement, mais s'est bientôt desséchée. Tous ces accidens vénériens provenaient souvent d'un ulcère bien caractérisé, participaient de la propriété contagieuse de leur point de départ, prouvaient ainsi évidemment leur origine malfaisante ; ils la possédaient à un degré suffisant pour produire d'autres accidens analogues, mais non pour reproduire l'ulcère primitif.

Puisque je suis sur le chapitre de l'inoculation, je ne puis laisser passer sous silence les expériences de Hernaudey ; elles fournissent toutes des preuves, que dans certaines dispositions vicieuses de l'économie *il faut se garder de tenter les inoculations*, même avec un produit qu'on ne croit pas susceptible de déterminer une infection générale. M. Ricord les cite pour prouver que le produit d'une blennorrhagie inoculée a déterminé *des ulcères* qui ne tenaien pas de la nature contagieuse du chancre vénérien, et tous ses adeptes auraient bien dû en profiter pour modérer les expériences, et se convaincre que sur des sujets malsains, lymphatiques, scrofuleux, scorbutiques ou autres, *il ne faut jamais tenter d'expériences avec les principes contagieux.* Ce qu'il y a de singulier, c'est que toutes les inoculations faites sur le gland avec le produit de la blennorrhagie, produisirent *des ulcérations* qu'on assure n'être pas vénériennes. Je les accepte comme telles.

17 expériences au bagne. 3 hommes *sains* furent inoculés au gland et au prépuce à plusieurs reprises. Ulcères légers chaque fois. Guérison prompte.

2 individus ayant de fortes dispositions au scorbut, donnèrent des ulcères rebelles, résistant aux moyens locaux L'un d'eux avait des douleurs qui parcouraient le corps ; le pus était sanieux, les chairs fongueuses.

4 jeunes gens à scrofules bien prononcées eurent des ulcères très opiniâtres ; chez deux ils avaient presque le caractère syphilitique, il survint des éruptions herpétiques. Obstruction du ventre ; traitement et guérison par le calomel à l'intérieur.

Un jeune homme, né de parens goutteux, et très disposé à cette maladie, fut inoculé au printemps. L'ulcère s'établit, s'empira, s'accompagna de douleurs vagues et de tous les dérangemens qui dépendent de la faiblesse des organes de la digestion. Il résista à tous les remèdes. La chaleur seul le guérit.

Un homme de cinquante ans, sujet aux hémorrhoïdes, est inoculé au moment d'une disparition. L'ulcère prit l'aspect vénérien, et ne se guérit qu'au retour du flux hémorrhoïdal.

Sur six individus faibles, irritables, cacochymes, il y eût des ulcères opiniâtres, accompagnés de dartres et de douleurs chez deux, qui ne cédèrent qu'à un long usage de fortifians.

Voilà un certain nombre d'observations d'inoculations avec les principes contagieux de la blennorrhagie virulente et avec celui de l'ulcération syphilitique. Leurs résultats ne sont point équivoques, et prouvent tout le danger de cette méthode (1).

Quant à la méthode de la cautérisation immédiate, nous avons vu que ce moyen thérapeutique est complètement désapprouvé par la plupart des hommes spéciaux de diverses époques ; nous avons cité l'opinion d'hommes du jour jouissant d'une réputation méritée, et dont les écrits sont les plus modernes. Nous pourrions, à l'appui, relater un grand nombre de faits qui viennent démontrer que cette méthode, réellement vicieuse, malheureusement trop répandue depuis long-temps, et qu'un enseignement public vient encore répandre davantage, porte chaque jour des fruits désastreux qu'on ne peut révoquer en doute.

Partout où l'on jette les yeux on ne voit que des victimes de cette triste et dangereuse méthode. En ville, il n'est pas rare d'en rencontrer atteints d'affections consécutives à la cautérisation ; quelques-uns, délicats et faibles, portent des symptômes d'affection double syphilitique et mercurielle.

Les hôpitaux de Paris commencent à recevoir des malades atteints de syphilides, suite de cautérisations de chancres pratiquées par des chefs de service à l'hôpital des Vénériens. Les dispensaires ordinaires et homœopathiques ont à traiter de semblables conséquences de la méthode de cautérisation et des traitemens mercuriels subis aux hôpitaux destinés aux vénériens. MM. Laffitte, Chartron, Calendra et autres ont sous les yeux des malades où l'extirpation des ulcères vénériens a été faite avec le bistouri aux mêmes hôpitaux, sans préserver l'économie d'une infection générale, non plus que la cautérisation. Si une enquête scientifique s'établissait par toute la France, les faits ne manqueraient pas à l'appel. Pour abréger sur ce dangereux moyen, je termine par la relation de deux faits.

M. le docteur G... me fit voir l'an dernier, à Rambouillet, un jeune homme porteur d'ulcération syphilitique à l'arrière-gorge, conséquence de chancres au gland, cautérisés six semaines auparavant par M. Ricord, qui avait

(1) Les médecins belges (Anvers, Gand et autres) ont déjà publié des observations du triste résultat des inoculations ; même des élèves de M. Ricord, admirateurs zélés de ses doctrines et de ses travaux.

assuré au patient que ses ulcérations n'étaient pas de nature vénérienne.

Un élève de l'Ecole de commerce, d'une constitution lymphatique et délicate, contracte dans un coït impur une blennorrhagie et trois ulcères à la partie interne du prépuce (1). M. R..., sans faire attention à la mauvaise constitution du malade, adresse à la blennorrhagie, dès le début, deux gros de poivre de cubèbe, et cautérise les chancres; en huit jours le patient fut cautérisé trois fois, et avait ingéré deux onces de cubèbe. Cette médication incendiaire détermina une gastro-entérite avec fièvre; une inflammation vive des chancres et du prépuce, et le gonflement inflammatoire des glandes des aines. Effrayé de ces accidens, on me fit appeler. Six semaines furent nécessaires pour enrayer les symptômes douloureux de l'urètre, du prépuce et des ganglions des aines, et rétablir le tube digestif à l'état normal. A peine ces accidens avaient-ils disparu ou presque disparu sous l'influence d'un régime sévère et d'un traitement simple, que des ulcérations survinrent à l'arrière-bouche, et des rhagades à l'anus. Ils furent alors combattus par le proto-iodure à un trente-deuxième de grain, uni à la salsepareille. Le malade ne prit jamais au-delà d'un huitième de grain. Le traitement dura deux mois.

Combien nous pourrions multiplier ces exemples de la pratique de beaucoup de médecins, d'autres chefs de service, etc. ! ! !

La certitude du diagnostic de l'ulcère vénérien, donnée par l'inoculation, a-t-elle un avantage réel pour guider dans le choix du traitement? NON. *La thérapeutique a-t-elle gagné quelque chose depuis les inoculations du principe contagieux virulent?* NON.

Je réponds par la négative à ces deux questions. En effet, la découverte de M. Ricord, utile seulement pour la science, se réduit à zéro quand il est question de la thérapeutique et de la guérison des malades. En voici la preuve.

Les médecins de l'école physiologique qui se sont occupés de syphilis ont commis sans doute des erreurs; s'il en est quelques-uns qui se soient égarés sur un seul point important, il en est d'autres aussi qui, rejetant la dénomination de virus, reconnaissaient un principe contagieux capable d'infecter l'économie. Il n'y avait donc qu'un pas à faire pour s'entendre. Mais ils ont été tous unanimes pour prouver au monde médical qu'il était absolument impossible d'établir un diagnostic certain sur les ulcères des parties sexuelles. Rien absolument ne peut faire distinguer ceux dépendant d'un principe contagieux d'une lésion physique, soit par abus de cohabitation, soit par disproportion de forme, de volume, etc.; pas même *l'ulcère dit hunterien*, puisqu'à volonté on peut le développer par le sublimé corrosif et les caustiques, et que la base de ces ulcères devient indurée comme ceux dépendans d'un principe contagieux. Leurs travaux sur ce point sont appuyés par les écrits des médecins allemands, suédois, danois et autres.

Le seul moyen de diagnostic est donc l'inoculation! Il faudra, en conséquence, chaque fois qu'un malade aura contracté des ulcérations suspectes, et qu'il désirera être convaincu s'il a ou non la maladie vénérienne, lui proposer de l'inoculer. Mais, demandera-t-il, que gagnerai-je à cette opération? Faudra-t-il lui répondre: Vous gagnerez le triste avantage d'être exposé à une infection plus grave, plus profonde, plus difficile à guérir, qui exigera un traitement plus long; de vivre dans la crainte de voir plus tard votre existence compromise, la santé de votre femme en danger, et vos enfans venir au monde avec des maladies qui les enlèveront rapidement. Peste soit, vous répondra-t-il, de l'importante découverte. Je préfère rester dans l'incertitude, et courir les chances de guérir plus promptement et peut-être radicalement.

Aussi les inoculateurs ne comptent point, en ville, d'expériences, et ce n'est qu'aux hôpitaux seulement qu'ils se livrent si légèrement à en tenter sur les malheureux qui viennent avec confiance réclamer secours et guérison.

Une question de législation médicale et d'administration se présente ici. Un médecin, chef de service, a-t-il le droit d'expérimenter sur les malades confiés à ses soins des principes contagieux susceptibles d'empoisonner son économie, de compromettre son existence! Peut-il disposer de ces hommes, libres comme lui, sans leur consentement? Peut-il, à son bon plaisir, les mettre en position de prolonger leur séjour à l'hôpital, de les exposer, en vivant longtemps dans une atmosphère souvent malfaisante, à contracter des maladies graves qui mettent leurs jours en danger? Peut-il, par de dangereuses expériences, retenir loin de sa famille le chef utile au soutien de ses enfans? Je sais qu'il existe dans ces hôpitaux des hommes adonnés à la débauche la plus crapuleuse, et qui méritent peu de considération; mais aussi ils renferment un assez grand nombre d'ouvriers laborieux qui ne sont pas toujours tempérans, et qu'un moment d'égarement et la misère conduisent aux hôpitaux consacrés aux vénériens. Ces asiles ne sont point ouverts pour y augmenter le germe d'une maladie toujours grave; la morale, l'humanité, la raison et la justice ne s'opposent-elles pas à ce que [...] malades soient exposés au libre arbitre d'un homme qu[i] n'a d'autre pouvoir à exercer sur eux que celui que l[ui] donnent les règlemens des hôpitaux.

Quand Hernandès fit ses belles expériences sur la con[]tagion de la blennorrhagie, ce fut dans un bagne, sur d[es] hommes condamnés à périr dans ces tristes lieux; enco[re] en homme moral consciencieux, il ne pratiqua ses dix-se[pt] expériences que sur des hommes de bonne volonté.

Un médecin a-t-il le droit, par ces expériences, qui pro[]longes souvent le séjour des malades pour un temps ind[é]fini, de disposer des fonds d'une administration dont [il] reçoit des émolumens, d'augmenter le budget des dépen[]ses, non-seulement des journées de malades, mais enco[re] du prix de nombreux médicamens assez dispendieux? [...] enfin, il est tel malade qui ne serait resté à l'hôpital q[ue] 30 à 40 jours (chiffre bien élevé), et qui y a séjourné [...] 80, 90, 100 et même 275 jours. Le nombre est assez con[si]dérable pour produire, à la fin de chaque année, u[ne] somme que je laisse à l'approximation des juges en finan[ces] et des administrateurs.

(1) Y avait-il là deux principes contagieux, ou les deux affections provenaient-elles de la même cause?

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante p[ar] la mort de Richerand.

(Vingtième séance publique. — Mercredi 30 décembre.)

Epreuve orale après trois heures de préparation.

MM. Lenoir et Vidal: *Des opérations que nécessitent [les] fistules à l'anus.*

— La Société phrénologique de Paris, dans sa séance du [...] décembre, vient, au terme de son réglement, de renouveler [son] bureau pour l'année 1841.

Ont été nommés:

MM. le docteur Fossati, président;
— Lacorbière, vice-président;
— Belhomme, *idem.*
— Ch. Place, secrétaire-général;
— Le Couteulx, trésorier.
MM. Guichard, secrétaire des procès-verbaux;
Bourjeot Saint-Hilaire,
Gaubert, archiviste-conservateur;
Harel, membre du comité des fonds;
Sorlin, *idem.*
Appert, *idem.*

L'*Encyclopédie des Sciences médicales* a obtenu une gra[nde] faveur parmi les élèves, les praticiens et les personnes éclairé[es]; elle convient à celui qui étudie et à celui qui traite les maladi[es], car elle embrasse toutes les branches de l'*art de guérir*. On [a] réuni méthodiquement une série de *Traités* sur toutes les part[ies] de l'*art de guérir*, et une collection des *auteurs* les plus m[ar]quans de tous les siècles. Parmi les auteurs modernes qui [ont] concouru à cet ouvrage, on distinguera les noms de MM. les do[c]teurs Bayle, Marjolin, Brachet, Récamier, Serres, Ségalas, G[er]dy, etc. M. Bayle, rédacteur en chef, a contribué, par ses soi[ns] savans, à placer cette importante *publication* au rang qu'elle o[c]cupe. Le prix des volumes est très modique. On doit des enco[u]ragemens à l'*Encyclopédie des Sciences médicales*.

La statistique médicale, dont M. Domange, secrétaire des [Bu]reaux de la Faculté, donne le tableau dans l'Almanach gén[éral] de médecine qu'il vient de publier pour 1841, présente cette [...] encore une augmentation du personnel des médecins de Par[is], malgré le nombre considérable des jeunes docteurs qui, cha[que] année abandonnent la capitale après quelque temps d'établis[se]ment infructueux. Voici le tableau de cet accroissement prog[res]sif. Il y avait à Paris, en 1833, 1090 docteurs en médecine; [en] 1836, 1220; en 1839, 1310; et au 1er janvier 1841 on en com[pte] 1360, ce qui donne une augmentation de 270 depuis huit a[ns], période pendant laquelle il y a eu parmi les médecins 150 déc[ès]; moyenne, 18 par an.

La nouvelle édition de l'Almanach général de médecine, [qui] est si utile au corps médical, se recommande encore cette an[née] par des additions importantes.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME 2, DEUXIÈME SÉRIE,

(1840)

DE LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T